REVISTA
ESPAÑOLA
DE
PODOLOGIA

1ª EPOCA

1971

1973

II

# INDICE
## 1ª EPOCA. NUMEROS DEL 19 AL 36
## AÑO 1971 AL 1973

Director : Leonardo Escachs Clariana
Sub-Director : Pablo Vilató Ruiz
Redactor Jefe : Francisco Mañe Domingo

### Nº 19

3 JUNTA DE GOBIERNO
5 EDITORIAL
9 MI OPINION PERSONAL
11 EL PODASIN EN PODOLOGIA GERIATRICA por F. Farreras Morcillo
15 ONICOLOGIA
19 GALVANOTERAPIA EN EL PIE por P. Vilató
25 LABOR DE LAS DELEGACIONES

### Nº 20

3 JUNTA DE GOBIERNO
5 EDITORIAL
7 MI OPINION PERSONAL
11 TEORIAS QUIRURGICAS EN LA CIRUGIA DE LA UÑA por F. Alonso Royano
15 V CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA
20 PIE CAVUS ESENCIAL por P. Vilató
25 VI CONGRESO INTERNACIONAL DE PODOLOGIA
31 LA PODOLOGIA EN HISPANOAMEARICA por F. Muñoz Campos

### Nº 21

3 JUNTA DIRECTIVA
5 EDITORIAL
7 MI OPINION PERSONAL
10 LA PODOLOGIA ESPAÑOLA RECIBIDA POR S.E. EL JEFE DEL ESTADO
15 DE SANTIAGO A BARCELONA O EL TESON DE NUESTROS HOMBRES F. Santomé Rodríguez
17 TECNICAS DEL FOTOPODOGRAMA Y SU INTERPRETACION por F. Alonso Royano
21 ACORTAMIENTO CONGENITO DEL 4º METATARSIANO por P. Vilató
27 GIMNASIA DE LOS PIES por Dr. O. A. Stracker
29 TRASTORNOS DE LA ESTATICA EN LAS ENFERMEDADES NEUROLOGICAS por Dra. Gisella R. A. Fábregas
31 LABOR DE LAS DELEGACIOES

### Nº 22

3 JUNTA DE GOBIERNO
5 EDITORIAL
7 NECROSIS ASEPTICA DE LA CABEZA METATARSIANA por Dr. C. Marco Clemente
9 PIE ZAMBO por F. Múñoz Campos
13 ESPOLON CALCANEO CON OSTEOTENDINOSIS por J. Fernández Mitjans
17 METATARSALGIA
21 ATENCION DEL PIE DIABETICO
23 OBESIDAD
27 V CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA

## Nº 23


3 JUNTA DE GOBIERNO
5 EDITORIAL
7 EL MASAJE EN LA RECUPERACION DEL PIE por J. Cámara de la Hoz
11 PRECAUCIONES EN LA CORRECCION DE LAS DEFORMACIONES DEL PIE EN EL NIÑO por J. Arenas Torras
15 ASPECTOS PROFILACTICOS DEL PIE INFANTIL por L. Aycart Vijuesca
20 EL PODOPHOT, ULTIMA TECNICA DETECTORA DE VICIOS MORFOLOGICOS DEL PIE por F. Farreras Morcillo
27 LAS MEDIDAS Y LA SALUD DEL PIE
30 LA VACUNA ANTICOLERICA NACIO EN EL EBRO por J. Villalta
31 NOTA DE REDACCION


## Nº 24


3 JUNTA DE GOBIERNO
7 EDITORIAL
9 PROFILAXIS DEL PIE EN EL NIÑO por J. A. Calvo
12 NUEVAS APORTACIONES AL RADIODIAGNOSTICO PODOLOGICO por F. J. Jorge Ugarriza
14 VERRUGAS Y PAPILOMAS PLANTARES por P. Galardi Echegaray
16 PROBLEMAS MILIMETRICOS EN LA BIOMECANICA PODAL L. Tejo
19 LABOR DE LAS DELEGACIONES


## Nº 25


3 JUNTA DE GOBIERNO
5 EDITORIAL
7 COMIDA DE HERMANDAD EN MADRID
7 EL FOTOPODOGRAMA EN LA INFANCIA por P. Vilató
13 ECZEMAS EN LOS PIES por Prof. Xavier Vilano
21 EXPLORACION Y CONDUCTA A SEGUIR EN LOS TRAUMATISMOS DEL PIE por E. Violan Camps
25 TECNICA PARA LA PREVENCION DEL PIE PLANO POST-TRAUMATICO por Dr. J. Ojeda Gil
27 LA PODOLOGIA EN EL MUNDO
29 CARTA ABIERTA
31 VIAJE A EE. UU.


## Nº 26


3 JUNTA DIRECTIVA
5 EDITORIAL
7 OSTEONECROSIS ASEPTICA DE LA EPIFISIS POSTERIOR DEL CALCANEO O ENFERMEDAD DE SEVER por J. Sala Pich
11 MALFORMACIONES HEREDITARIAS Y CONGENITAS por J. A. Calvo
15 MALFORMACIONES CONGENITAS por J. Sole Cuch
20 LA PODOLOGIA EN EL MUNDO
21 EL PIE GERIATRICO por Dr. A. M. Sánchez
27 INVESTIGACIONES SOBRE LOS MUSCULOS por A. Szent-Gyorgyi


## Nº 27


3 JUNTA DE GOBIERNO
5 EDITORIAL
7 LA OSTEOTOMIA DEL ESPOLON CALCANEO por L. Aycart Vijuesca
11 ULTRASONIDO por F. Alonso Royano
19 EL PAPILOMA Y SU TRATAMIENTO por S. Sánchez Fajardo
25 PODOLOGIA INFANTIL por F. Santomé Rodríguez
29 EPIDERMICOSIS Y VERRUGA PLANTAR EN EL NIÑO por R. Contreras
30 ERGONOMIA DE LOS GENUS por J. Fernández Mitjans

## Nº 28


3 JUNTA DE GOBIERNO
5 EDITORIAL
7 CONSIDERACIONES PODO-PROFILACTICAS EN LA INFANCIA por F. Farrera Morcillo
11 FRECUENCIA DE LA PATOLOGIA DEL PIE ENTRE LA JUVENTUD ESPAÑOLA EN UNA EDAD DETERMINADA por J. Alonso Guillamón
15 PAPILOMAS PLANTARES, DISTINTOS TRATAMIENTOS por J. L. Navarro
21 EL MENSUROGRAMA, SU TECNICA E INTERPRETACION por F. Alonso Royano
28 LEIDO PARA VD.: OSTEOTOMIA METATARSALL PARA LA CORRECCION EN LA EDUCCION DEL ANTEPIE INFANTIL por F. Alonso Royano


## Nº 29


3 JUNTA DE GOBIERNO
5 EDITORIAL
7 CUIDADOS PODOLOGICOS EN LA INFANCIA por M. Gavín Barceló
19 EXPLORACION FUNCIONAL MUSCULAR DEL PIE por J. Cámara de la Hoz
28 BURSITIS Y SU INSTAURACION PEDICA por V. Fano
31 CARTA ABIERTA


## Nº 30


3 JUNTA DE GOBIERNO
5 EDITORIAL
7 FELICITACION
9 HIPERTROFIA LABIO UNGUEAL DEL PRIMER DEDO CON GRANULOMA por J. Olcina
11 LAS VARICES por Dr. E. Oscar Rosón
17 YO EL PIE por J. D. Ratcliff
20 EL PODOLOGO ANTE LAS ENFERMEDADES VASCULARES PERIFERICAS por J. M. Zaldua Alberdi
25 PATOLOGIA DEL MAL PERFORANTE PLANTAR por Dra. Gisella Fabregas (Argentina)
31 CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA


## Nº 31


3 JUNTA DE GOBIERNO
5 EDITORIAL
7 EXPLORACION Y PRUEBAS DIAGNOSTICAS por F. Alonso Royano
17 PEDHIDROSIS por F. J. Jorge Ugarriza
19 ¿SUFRIO EL "GUERRERO DEL ANTIFAZ" SUDOR DE PIES? por F. J. Jorge Ugarriza
21 SEGUNDO SIMPOSIO NACIONAL DE PODOLOGIA
23 CONGRESO INTERNACIONAL DE PODOLOGIA
25 CARTA DE LOS COMPAÑEROS DEL URUGUAY
27 PROBLEMAS MILIMETRICOS EN LA BIOMECANICA PODAL por L. Tejo
31 INORME DE TESORERIA


## Nº 32


3 JUNTA DE GOBIERNO
5 EDITORIAL
7 MODELOS FISICOS DEL PIE: DETERMINACION OBJETIVA DE LAS PRESIONES PLANTARES por J. Villalobos Hidalgo
19 CONGRESO INTERNACIONAL DE PODOLOGIA
25 CARTA A UN JOVEN A.T.S. QUE DESEA SER PODOLOGO
27 MINICIRUGIA DEL DEDO EN MARTILLO por L. Aycart Vijuesca

## Nº 33


3 JUNTA DE GOBIERNO
5 EDITORIAL
7 TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS VERRUGAS por J. Alonso Guillamón
17 CONGRESO INTERNACIONAL DE PODOLOGIA
28 LABOR DE LAS DELEGACIONES


## Nº 34


3 JUNTA DE GOBIERNO
5 EDITORIAL
7 EL METATARSO ADDUCTO Y SU SIGNIFICADO CLINICO por Brian A. Rothbart, D.P.M. (EE.UU.) Lector: J. Jorge Ugarriza
11 PRINÇIPIOS GENERALES DE ORTONIXIA por F. Farreras Morcillo
14 CONGRESO INTERNACIONAL DE PODOLOGIA
15 EXPERIENCIAS
17 LA PODOLOGIA EN EL MUNDO
19 LA CRIMINALISTA APLICADA A LA PODOLOGIA por J. L. Ferrulli (Argentina)
23 BIOMECANICA DEL PIE CON RELACION A LAS AFECCIOENS PODOLOGICAS por C. Noya. (Argentina)
29 NOTAS TERAPEUTICAS:TRATAMIENTO DE LOS PIES PLANOS EN EL NIÑO por Dr. Arthur J. Helfet, Revista Triángulo


## Nº 35


3 JUNTA DE GOBIERNO
5 EDITORIAL
7 CONSIDERACIONES por A. Alonso Diaz
9 PODOLOGIA LABORAL: SU IMPORTANCIA SOCIAL por F. Farreras Morcillo
15 PATOLOGIA DEL TALON por Dr. de la Vega
26 AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA (VIAJE A EE.UU.)
28 LA PODOLOGIA EN EL MUNDO

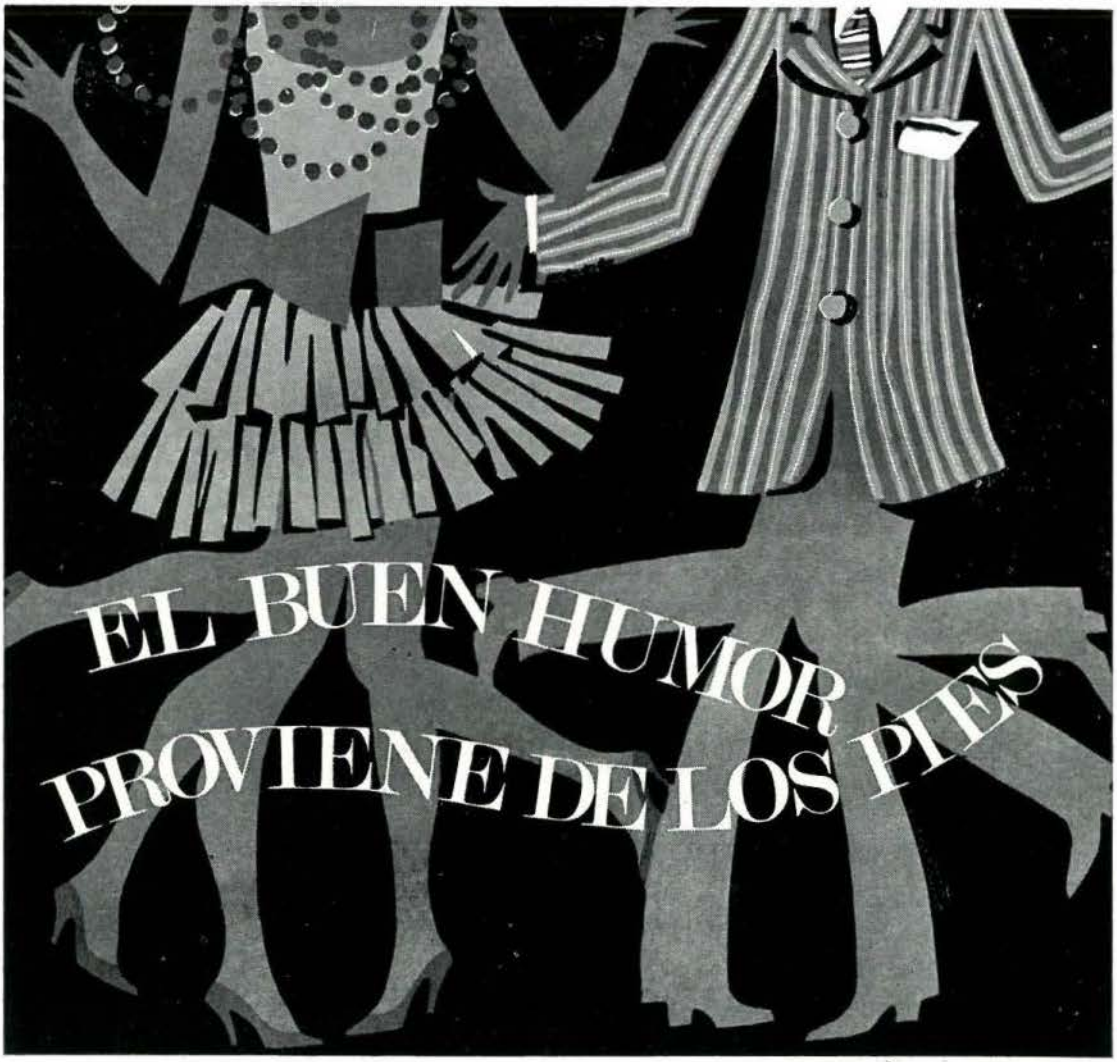

## Nº 36


3 JUNTA DE GOBIERNO
6 EDITORIAL
8 HIGIENE Y PODOLOGIA
21 VIAJE A EE.UU.
28 II SYMPOSIUM NACIONAL DE PODOLOGÌA
32 CARTA ABIERTA

# REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

Enero-Febrero 1971

n.º 19




**podólogo:** **¿quién mejor que Ud. puede asegurar la veracidad de este slogan...?**

**¿quién mejor que Ud. para liberar a sus pacientes del enemigo que ataca "la raiz" de la persona...?**

**...¿y quién mejor que Ud. para dar vigor y tranquilidad a esa raiz, con la ayuda de...**

**AKILEINE** que **descongestiona** los pies haciendo desaparecer el ardor en las plantas, a la vez que **desodoriza** y modera la transpiración ya que no contiene formol u otros productos nocivos, que puedan provocar inflamaciones o irritaciones en la piel.

**AKILTROPIC** que **neutraliza los efectos de la transpiración** y elimina la enfermedad de las piscinas.

Pida muestras a Lab. Inibsa - Loreto, 8 - BARCELONA-15

# REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

ORGANO DE LA AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

Redacción y Administración:
Bruch, 144, pral. - Barcelona - 9

**Director:**
Leonardo Escachs Clarina

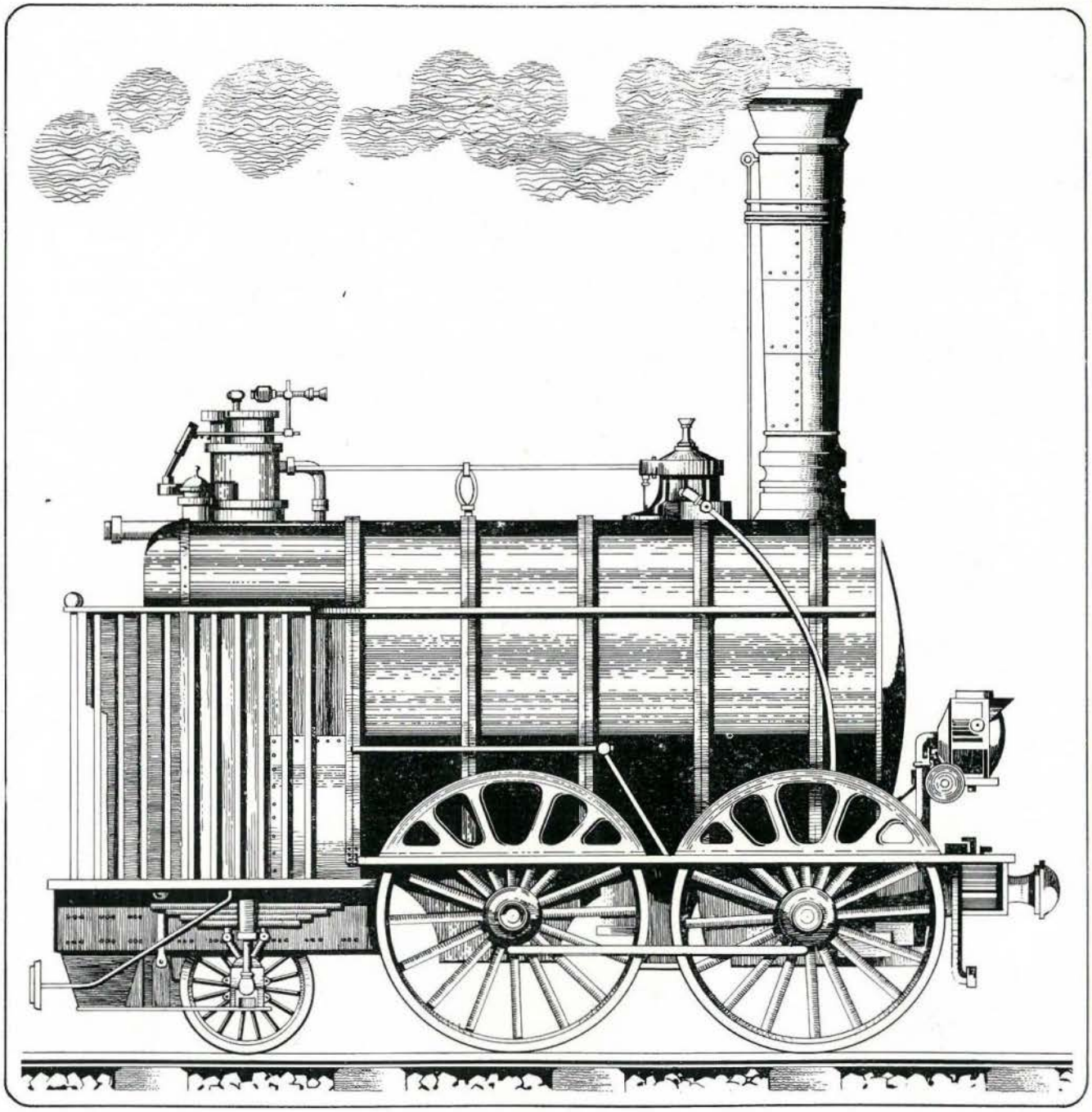
**Sub-director:**
Pablo Vilató Ruiz

**Redactor jefe:**
Francisco Mañé Domingo

Manualizaciones ESCUELA NORMAL - Depósito Legal: B. - 13484 - 1968


# SUMARIO


| | |
|---|---|
| 3 | **Junta de Gobierno** |
| 5 | **Editorial** |
| 9 | **Mi opinión personal** |
| 11 | **El Podasin en Podología Geriátrica** |
| 15 | **Onicología** |
| 19 | **Galvanoterapia en el pie** |
| 25 | **Labor de las Delegaciones** |



en procesos reumáticos...

**ditrone** **cápsulas 100 y 200 mg** (envases con 20 cápsulas)
**supositorios 200 y 500 mg** (envases con 16 y 10 sup. respec.)

**delta ditrone** **envase con 50 cápsulas**

HOSBON S/A

# AGRUPACIÓN DE PODÓLOGOS DE ESPAÑA

## JUNTA DE GOBIERNO

| | | |
|---|---|---|
| Presidente Nacional | D. LEONARDO ESCACHS CLARIANA | Barcelona |
| Vice-Presidente 1.º | D. JUAN PEREZ LAZARO | Madrid |
| Vice-Presidente 2.º | D. ISAIAS DEL MORAL CEJALVO | Valencia |
| Secretario General | D. JOSE A. CALVO GARCIA | Zaragoza |
| Vice-Secretario | D. FRANCISCO MAÑE DOMINGO | Barcelona |
| Tesorero | D. M. GAVIN BARCELO | Barcelona |
| Contador | D. LUIS AYCART VIJUESA | Madrid |
| Vocal 1.º | D. FCO. MORAN VENTURA | Las Palmas G. Canaria |
| Vocal | D. JUAN VIDAN TORRES | S. Compostela |
| Vocal | D. LUIS INCHAURRONDO | Irún |
| Vocal | D. JOSE M.ª BAEZ BASAURI | Bilbao |
| Vocal | D. FRANCISCO BERNEDO GARCIA | Granada |

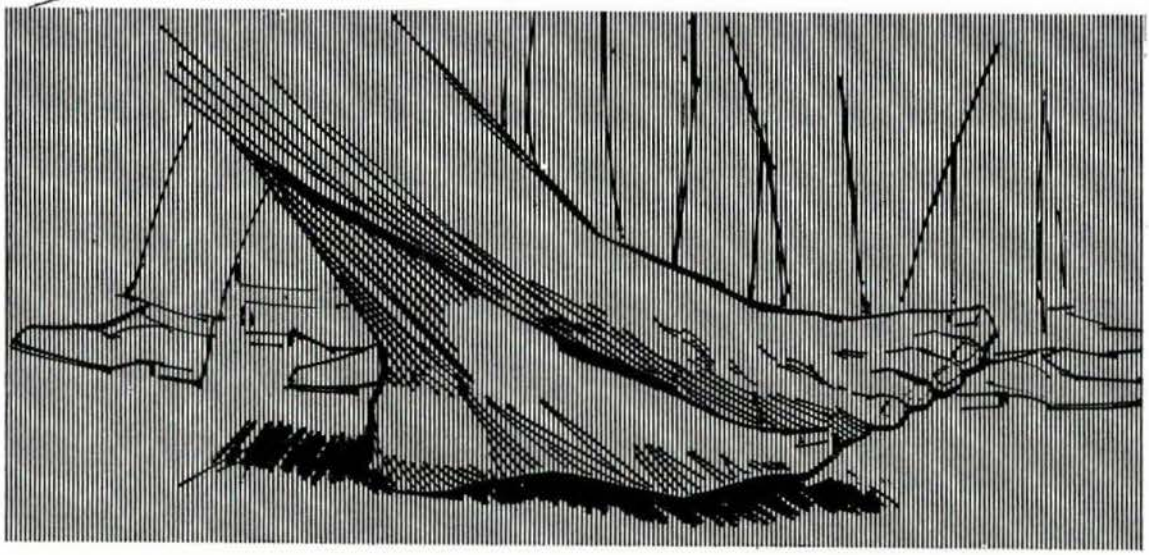
## DELEGADOS DE ZONA

**D. José M.ª Báez Basauri.** Mayor, 27, 6.º. Las Arenas. BILBAO.
**D. José Luis Inchaurrondo.** Paseo de Colón, 65. IRUN.
**D. Juan Vidán Torres.** Preguntoiro, 10. SANTIAGO DE COMPOSTELA.
**D. Antonio Báez Prieto.** Alcalá, 313. MADRID.
**D. José Antonio Calvo García.** Coso, 77, 5.º. ZARAGOZA.
GERONA: **D. José M.ª Bosch Doménech.**
**D. Jaime Sala Pich.** Muntaner. BARCELONA-11.
**D. Isaías del Moral Cejalvo.** Moratín, 6. VALENCIA - 2.
**D. Francisco Bernedo García.** Príncipe, 12. GRANADA.
**D. Francisco Morán Ventura.** León y Castillo, 8. LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

## DELEGADOS PROVINCIALES

ALAVA: Sin Delegado Provincial.
ALBACETE: **D. Luis Juan Navarro.**
ALICANTE: **D. José Olcina Morales.**
ALMERIA: Sin Delegado Provincial.
AVILA: Sin Delegado Provincial.
BADAJOZ: **D. José Villafaina de la Cruz.**
BARCELONA: **D. Jaime Sala Pich.**
BILBAO: **D. Víctor Fano Ucarriza.**
BURGOS: **D. Elías Hernando Tamayo.**
CACERES: **D. Timoteo Fernández Gil.**
CADIZ: **D. Manuel Albalá Valle.**
CASTELLON: **D. Nicolás Prats Moreno.**
CIUDAD REAL: **D. Luis Barba Vázquez.**
CORDOBA: Sin Delegado Provincial.
CUENCA: **D. Gerardo Bollo de la Peña.**
GERONA: **D. José M.ª Bosch Doménech.**
GRANADA: Sin Delegado Provincial.
GUADALAJARA: Sin Delegado Provincial.
HUELVA: Sin Delegado Provincial.
HUESCA: Sin Delegado Provincial.
JAEN: **D. Leandro Rodríguez Revuelta.**
LA CORUÑA: **D. Francisco de la Cruz Agustí.**
LAS PALMAS DE GRAN CANARIA: **D. Francisco Morán Ventura.**
LEON: Sin Delegado Provincial.
LERIDA: Sin Delegado Provincial.
LOGROÑO: **D. Vicente Alvarez Pipaon.**
LUGO: Sin Delegado Provincial.
MALAGA: **D. Antonio Gutiérrez Velasco.**
MADRID: **D. Zacarías García Andrés.**
MELILLA: Sin Delegado Provincial.
MURCIA: Sin Delegado Provincial.
ORENSE: **D. Elisardo Bralo Rego.**
OVIEDO: Sin Delegado Provincial.
PALENCIA: **D. Damián Porro Villarroel.**
PALMA DE MALLORCA: **Juan Bta. Brines Rubio.**
PAMPLONA: **D. Javier Sarasa.**
SALAMANCA: **D. Antonio Basas Encinas.**
SANTANDER: Sin Delegado Provincial.
SAN SEBASTIAN: **D.ª Pilar Gómez Eizaguirre.**
STA. CRUZ DE TENERIFE: **D. Armenio Méndez Martín.**
SEGOVIA: **D. Francisco García Rodríguez.**
SEVILLA: Sin Delegado Provincial.
SORIA: Sin Delegado Provincial.
TARRAGONA: Sin Delegado Provincial.
TERUEL: Sin Delegado Provincial.
TOLEDO: Sin Delegado Provincial.
VALENVIA: **D. Manuel Campo Rodríguez.**
VALLADOLID: **D. Alfonso Domínguez Milán.**
VIGO: Sin Delegado Provincial.
ZAMORA: **D. Juan J. Miguel Barrios.**
ZARAGOZA: **D. José Antonio Calvo García.**

¡NUEVA FORMULA!



# Pentoderm®

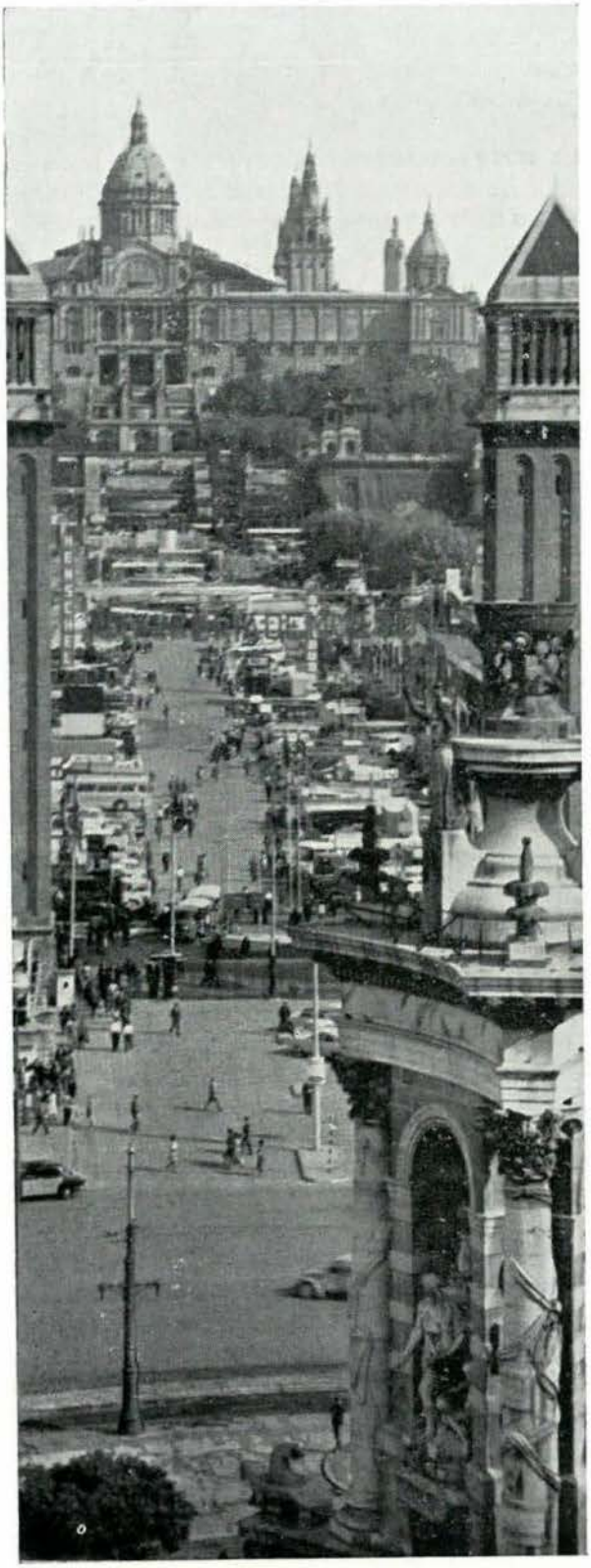
## Crema dermoprotectora cutánea

**Tubo con 50g de crema** (62,80 ptas.).

DESDE 1880 CERA

**Laboratorios Cera, S. A.** – Aptado. 9001 - Barcelona

# EDITORIAL



Tal y cómo se acordó el pasado año durante la celebración del IV Congreso Nacional de Podología, en Santiago de Compostela, en el presente va a desarrollarse en la ciudad Condal, el V Congreso, también nacional, de la especialidad. Las fechas previstas para ello son las del 18 al 22 del próximo mes de julio.

Una vez más se pone a prueba la capacidad de trabajo y organización de unos hombres dedicados y entregados de lleno a la Podología. Al igual que en su momento ocurrió en otras regiones españolas, es ahora Barcelona, la que asume la responsabilidad —gran responsabilidad— de la puesta a punto de un Congreso. Quienes en alguna ocasión lo han hecho ya saben del enorme esfuerzo que ello lleva consigo. No es fácil. Pero, quizás, esas mismas dificultades es lo que, a la hora de la verdad, valoran los actos a celebrar.

La Ciudad Condal abrirá sus puertas a quienes asistan con esa hidalguía propia de la región, con esos brazos anchos y fuertes con los que, siempre, ha dado un abrazo a los que a ella han acudido. Y en esta ocasión, además de los actos normales del Congreso, se nos presenta una nueva faceta. Al coincidir en dicha ciudad la Escuela de Podólogos, ésta se suma al Congreso, organizando unos cursos de capacitación, intensivos, repletos, completos en su contenido, so-

bre tres importantes temas de la Especialidad. De todo ello, según nos consta, se dará amplia y detallada información a través de la Comisión Organizadora.

La nueva ordenación universitaria, demostrativa de un marcado interés por conseguir una mejor capacitación, nos viene a demostrar cuán importante es —y cada día más— el estar plena y debidamente preparado para el ejercicio de cualquier profesión, carrera u oficio. La ampliación de estudios, amplía los horizontes y el campo profesional característico de cada especialidad. Y ello obliga a capacitarse más y más, ahondando en detalles hasta ahora desconocidos, para obtener con su estudio y desarrollo práctico, una mejor aplicación de las técnicas aprendidas.

Por esta razón, entre otras, la Escuela de Podólogos de la Facultad de Medicina de Barcelona, desea prestar su colaboración, organizando los Cursos Monográficos, intensivos a los que pueden concurrir todos aquellos compañeros ávidos de ampliar sus conocimientos y ponerse al corriente de las nuevas técnicas. Serán tres días de trabajo constante; tres días de estudio sobre tres temas distintos a cual más importante. Y ya, después de estos tres días, la celebración del Congreso.

Aparte de lo reseñado, la Agrupación de Podólogos de España, tiene programados una serie de desplazamientos y contactos, fuera de nuestro país, siguiendo con ello la tónica ya habitual de estudio y capacitación en beneficio de todos sus agrupados. Y estos mismos agrupados saben, les consta de que su Agrupación está por completo a su disposición, si así lo desean, para obtener toda aquella información relacionada con la Especialidad y conseguida merced a los desplazamientos señalados: esto es algo que, a veces particularmente, no es posible de realizar.

En la reunión de la Federación Internacional de Podología que se celebró dentro de los actos del último Congreso Internacional celebrado en la ciudad de Florencia (Italia) se acordó que el próximo Congreso Internacional tendría lugar en Austria, concretamente en la ciudad de Salzbourg. Maravilloso país. País de hadas y ensueño. Con mucho tiempo por delante, nos congratulamos en ponerlo a conocimiento de todos los agrupados para que, así, puedan, si lo desean, empezar a prepararse para tal desplazamiento.

No nos han de faltar ocasiones para seguir demostrando el valor y la capacidad de los profesionales españoles. No nos han de faltar medios ni ocasiones para seguir en la brecha manteniendo en alto el pabellón de nuestra Podología. Los que regularmente han asistido a cuantos actos se han venido celebrando, saben del alto nivel y del alto concepto en que se nos tiene fuera de nuestras fronteras. Pero, saben también, que ello tiene un precio. Y, este precio, es el sacrificio constante en pro de la Especialidad. No es suficiente sembrar, si luego no se sabe cuidar la planta. Llevamos años sembrando y ya vamos recogiendo frutos, pero éstos pueden aumentarse si seguimos unidos y codo a codo luchamos por y para la Podología. Este es el precio; un sacrificio pequeño si se tienen en cuentan y se valoran los resultados que de tal esfuerzo pueden dimanar.

Entre las muchas cosas realizadas por la Agrupación tenemos la Revista. Pero nadie sabe lo que cuesta su confección. Es una ardua tarea bimensual el ponerla a punto cuando esta Redacción no dispone de material para ello. Yo no sé si sería mucho pedir a quienes esto lean, que aportaran su pequeño granito de arena a la misma. Con ello se conseguiría una mayor rapidez en su confección y, por tanto, una recepción más regular. Pero hemos de comprender que si la Revista ES DE TODOS Y PARA TODOS, somos todos los que debemos colaborar con ella. No puede ser una labor de pocos —muy pocos— ha de ser de todos.

Mucho hemos hecho. Muchos más nos queda por hacer. Ojalá este año que empezamos sea fructífero en buenos resultados y veamos encumbrarse más si cabe esta profesión a la que dedicamos lo mejor de nuestra vida, siendo ella meta e ilusión, para los que, de corazón la sienten y la ejercen.

# Mi opinión personal

por **L. ESCACHS**
Podólogo

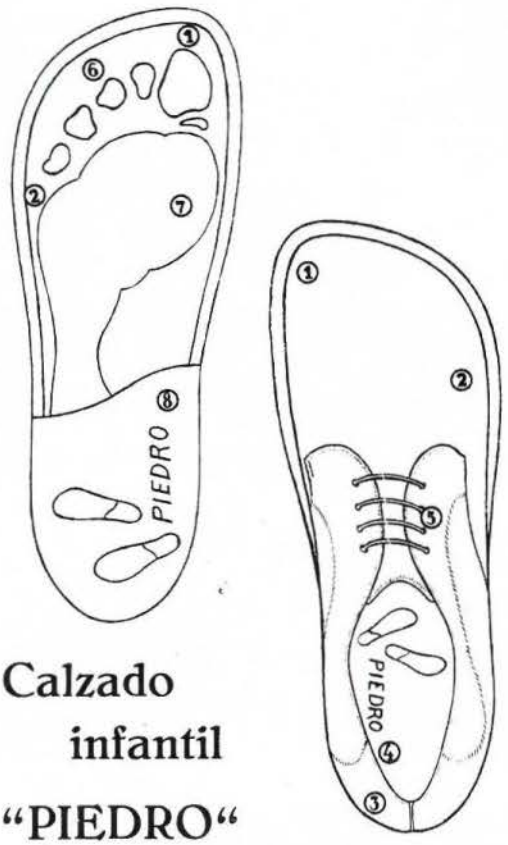
**(Continuación)**

El informe del Consejo Nacional de Educación fue desfavorable para nosotros; tan desfavorable que se veía claramente que estaba hecho por un enemigo nuestro. Haciendo averiguaciones nos enteramos de que había un Catedrático de Barcelona formando parte de este Consejo Nacional de Educación y que, a pesar de no asistir mucho a las reuniones del mismo, por su mucho trabajo, dio la casualidad de que asistió precisamente el día que se debatía lo nuestro. Como en el Consejo Nacional se desconocía en absoluto nuestra Carrera, era difícil emitir un informe. Pero al estar presentes dicho Sr. informó de que en Barcelona existía una Escuela y fue encargado de tramitar el informe correspondiente. Lo que hizo fue pasárselo al Ilmo. Sr. Decano y éste lo pasó al Sr. Director de la Escuela. Todos ellos estaban muy ocupados y por ello encargaron dicho informe al médico del que tantas y tantas veces hemos hablado en este escrito, quien informó de esta manera tan nefasta para nosotros. Pero como no hay mal que por bien no venga, se ve que nos tenía— y debe tener todavía— un odio tan profundo, que se le fue la pluma, o la máquina, y el Director General, hombre experto e inteligente, leyó este odio entre líneas y quedó sin efecto la información. No obstante, a partir de aquel momento empezaron a llover cortapisas en contra nuestra. Fue pasando el tiempo; fue perdiéndose la paciencia; intentamos varias veces ver al Ilmo. Sr. Director General diciéndonos siempre "que ya no hacía falta que habláramos más, que todo estaba resuelto, que en su día saldría el Decreto si tenía que salir". La espera, la desilusión, la desesperanza, nos creó una serie de complejos a todos, fomentados, además, por un par de compañeros de Madrid que pincharon al amigo Pérez Lázaro. Todo ello nos llevó a desconfianzas mutuas e incluso a discusiones y riñas que no debieron llegar nunca. Como la verdad siempre reluce, por fin el día 29 de Marzo de 1962 —Decreto 727— se nos avisó que iba el Decreto al Consejo de Ministros y cuyo texto íntegro tal y como se había redactado, salió aprobado. Este fue el día más grande para todos los Podólogos españoles. Pero no terminaron aquí los sinsabores pues flotaba en el ambiente que lo iban a impugnar. Todo el mundo se atribuía el logro del mismo y en vez de servir de gloria y acicate para el desarrollo de nuestro trabajo profesional, sirvió para discordias siempre tan lamentables y más si cabe pues es el único Decreto que de

verdad, sube nuestra profesión, no solamente la de los Podólogos, sino la de todos los Practicantes en general. En Especialidad, es quizás, el Decreto que más nos favorece de todos cuantos han salido y el que nos hace más justicia.

Después de la publicación de este Decreto en el B. O. del E. y casi inmediatamente, en el transcurso de una reunión celebrada en Madrid, se me propone hacerme un homenaje conjuntamente con otro compañero de Madrid. Me niego rotundamente a ello, indicando a los compañeros allí presentes "que si Madrid cree deben hacerle un homenaje a dicho compañero, que se lo hagan, pero, junto conmigo, no". Tengo la firme creencia de que, aún hoy, hay muchos compañeros que todavía no me han perdonado esta decisión. En cambio yo, sigo firmemente convencdio, a pesar de los años transcurridos, de que si me viera de nuevo obligado a tomar una decisión al respecto, la tomaría en el mismo sentido de antaño, a pesar de crear con ello una violentísima situación.

Aquellos que no me conocen —o me conocen sólo a través del criterio de terceros— creyeron y deben creer aún en mi particular soberbia. Pero, en verdad, no es así. El motivo de negarme no fue por creerme superior al compañero ni valorar mi trabajo a un alto precio. Si lo hice fue sólo por ética y compañerismo. Y lo fue por los motivos expuestos ante el hecho de que, si bien todos los podólogos de España pusieron su granito de arena en la consecución del Decreto que reglamentaba tan magníficamente nuestra querida Especialidad, los unos con su personal entusiasmo; los otros, con su asistencia constante a los actos celebrados por la Delegación Nacional de Podología y los más, por el abono mensual de 10 pts., cuya cantidad iba destinada a la subvención de los gastos de desplazamientos y demás, no nos cabe a ninguno de los que hemos seguido esa lucha y ese caminar adelante de que hubo un reducidísimo grupo de compañeros que se sacrificó más que nadie, estando continuamente a mi lado, aguantándome y acompañándome en todos los desplazamientos, cargando con todos los sinsabores cosechados sin hablar del constante aban-


**Calzado infantil "PIEDRO"**

Hormas, control y garantía de
**PIEDRO INTERNATIONAL -**
**Berkel, Holland**

Si no tiene aún información completa consulte a **"PIEDRO"**

PIEDRO

Apartado 7053 — Barcelona

dono de sus consultas particulares, haciéndose mal ver en todas partes donde debíamos defender nuestros afanes y recibiendo constantemente todos los disgustos tanto directamente como a través mío. Y estos compañeros a los que aludo son: Mañé, Aymamí, los dos a un mismo nivel; Cabanes, inmediatamente después y detrás de éste los compañeros Ferré y Zambrano.

Nadie pensó en estos compañeros —ni ha pensado todavía— y, hasta ahora, ni un solo podólogo español me ha propuesto la idea de rendirles un homenaje, a pesar de que todos y cada uno de nosotros, hemos sacado un provecho de su ingente labor. Y se lo merecen. No lo dudéis.

En cambio sí que se ha pensado con el compañero Cabanes, hombre al que debo mucho y a quien me une, por encima de la profesión un filial cariño. Y a este gran hombre, luchador infatigable por y para la Podología, si Dios quiere, le será ofrecido este merecido homenaje nacional durante la celebración del V Congreso Nacional de Podología. Y por cierto debo significar mi satisfacción no tan sólo por la entrega del trofeo con el que se le obsequiará sino por el hecho de que dicha proposición de entrega ha sido formulada por nuestros compañeros de Madrid y aprobada, por unanimidad, en la última reunión de la Junta de Gobierno de la Agrupación de Podólogos de España.

Todo ello no es óbice para que nos olvidemos de los demás compañeros, en especial Mañé y Aymamí. Y, cómo no, detrás de ellos, el amigo Ferré.

Después de todo lo significado, nadie puede interpretar como soberbia mi posición al no aceptar un homenaje conjunto y sin querer significar tampoco que no aprecie y valore siempre, en su justa medida, la labor realizada por este compañero de Madrid. Cuando una gesta se lleva a cabo por muchos y para muchos, cada uno tiene en ella su parte y es de hombres honrados el dársela en su justa medida.

Pasa el tiempo y en julio de este mismo año, por iniciativa de Barcelona, se me tributa un homenaje obsequiándome con un automóvil "SEAT 600". Nadie puede comprender cómo lo agradecí. Era el sueño dorado de toda mi vida. Ahora bien, si yo hubiera sabido, o tan siquiera sospechado, la de envidias, resquemores, palabras de doble sentido y otras tan directas como: "Por lo menos parte de una rueda me corresponde a mí. He contribuido a tu homenaje con 100 pesetas". Al señor que tan generosamente me interpelaba —y no puedo darle el calificativo de compañero— le ofrecí inmediatamente la devolución de su "entrega". Y como este detalle podría exponer muchos más. No vale la pena. Lo que sí vale la pena es dejar bien sentado que si yo hubiera sabido la reacción de muchos de los llamados compañeros míos —que dicho sea de paso, estoy seguro ignoraban completamente toda mi labor— jamás habría aceptado este obsequio. Y aprovecho también la ocasión para decir a todos estos compañeros que, cuando se contribuye un homenaje, se hace de corazón y creyendo es merecido y justo. Si no es así, resulta más correcto no contribuir. Y también quiero dejar constancia de cómo esto me llenó y me llena todavía de amargura pues no hay duda alguna de que si yo me hubiera quedado en mi casa, trabajando tranquilamente y atendiendo a mis clientes, sin abandonar tan repetidamente mi consulta, con toda seguridad me habría podido comprar el mismo automóvil sin necesidad de contraer una deuda, de por vida, con tantos compañeros. En fin, como todo ello resulta un tanto desagradable, vamos a dejarlo. Si bien, en honor a la verdad debo significar que, aparte de los puntos y problemas desagradables y molestos, también se han producido situaciones harto satisfactorias y he podido comprobar en más de una ocasión a ese incondicional grupo de compañeros que con su ayuda y estímulo me han mantenido en la brecha. A todos, mis más expresivas gracias y mi reconocimiento sincero.

A pesar de las controversias, a pesar de los sinsabores, a pesar de que cada visita a Madrid era un tormento, seguimos trabajando incansablemente pues como consecuencia del Decreto, hacía falta un Programa de Estudios y una Reglamentación de Escuelas.

En uno de estos viajes, el Presidente del Consejo Nacional me informó que en la Co-

misión de Estudios le habían nombrado a él y a un Catedrático de la Facultad de Medicina de Valladolid, para la confección del susodicho Programa de Estudios. Inmediatamente movilicé a todos los que creía podían ayudarnos en nuestra labor, todo ello a instancias de nuestro Presidente Nacional que así me lo pidió.

La confección de un programa de estudios encierra una enorme cantidad de trabajo y dedicación. Es algo que no se puede realizar rápida y ligeramente. Y una vez más la colaboración de varios compañeros de Barcelona, se puso de manifiesto. Mañé, Aymamí, Zambrano, Arenas, Lari y Vilató. Expresamente he dejado en último lugar al compañero Vilató por ser quien más trabajó en la puesta a punto del programa. Así dejo constancia de que también nuestro querido amigo Vilató ha hecho una gran labor no por callada, menos meritoria y efectiva. La parte más ingrata del programa corrió a su cargo. Y con referencia a este mismo punto del programa, debo hacer constar la colaboración del amigo Báez, de Madrid. El solo confeccionó un programa, aunque, desgraciadamente, no nos estuvo permitido llevarlo a feliz realidad. Y digo, por desgracia, al habernos visto obligados a desestimarlo no por malo, sino todo lo contrario, por demasiado bueno, demasiado amplio. El programa, estaba a la altura y a la idea del amigo Báez —ha demostrado en más de una ocasión cómo su trabajo es siempre exhaustivo— pero era tan fuerte, con tantos pormenores y detalles que jamás habría sido aceptado por el Ministerio. Ahora bien, en honor a la justicia, debo significar la labor llevada a cabo, trabajo bien hecho habiendo empleado en su ejecución muchas horas, pero... demasiado exhaustivo, demasiado fuerte para el nivel de nuestra profesión en aquel entonces.

Pasaron los días, adaptamos el programa y lo entregamos al Presidente de nuestro Consejo Nacional a mediados de junio de 1982. Calculen cuál no sería nuestra sorpresa cuando vimos aparecer publicado un Programa completamente distinto al nuestro, aprobado en una reunión celebrada por la Comisión de Estudios del Ministerio de Educación, el día 14 de julio. Preguntado al respecto nuestro Presidente Nacional nos comunicó su extrañeza y que él no pudo estar presente en dicha reunión por encontrarse ausente de Madrid. Inmediatamente fuimos a saludar al Catedrático Presidente de aquella Comisión de Estudios quien nos dijo: "A mí me encargaron de la confección del programa y yo lo he hecho. No pretenderán ustedes saber más que nosotros de confeccionar un programa. No deben de olvidar que soy Catedrático." Nos explicó que para dicho trabajo se había basado en un libro argentino sobre Pedicuría. A ello le contestamos que en aquella época, los pedicuros argentinos todavía no tenían reglamentada la profesión y que, por lo tanto, no nos parecía lo más acertado haberlos tomado como base. La discusión fue tomando un tono más desagradable. Nos habló de intrusismo por nuestra parte, en un tono malsonante lo que nos obligó a contestarle en la misma forma llegando a aconsejarle estudiara la posibilidad de que en todos los Servicios del Hospital Clínico de Madrid. fuera colocado un médico pues, de no ser así, podrían salir "intrusos" —según su manera de pensar— hasta de la cocina. Ni qué decir tiene que, levantándose, nos echó con cajas destempladas. Pero a nosotros, después de la faena que se nos había hecho, sólo nos quedaba el derecho al pataleo y, en verdad que lo ejercimos cumplidamente.

**(Continuará)**

COMPAÑERO:

Sabemos que no nos falta tu ayuda al Portavoz profesional, pero no olvides que su renovación y superación es obra de todos.

Redactando tus experiencias profesionales prestarás un apoyo y una gran ayuda a los colegas que ejercen en poblaciones alejadas de las urbes más importantes.

# El Podasin en Podología Geriátrica

Comunicación al IV CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA.

Distinguidos compañeros:

Esta comunicación no tiene visos de conferencia sino de obligada información a la Clase de una de las técnicas empleadas por ingleses y norteamericanos en la elaboración de la prótesis del pie que tuve ocasión de ver en el FOOT HOSPITAL DE MANCHESTER durante mi estancia en Inglaterra en abril del 69 enviado por la Presidencia de la Agrupación para representar a España en la CONVENCION ANUAL DE QUIROPODISTAS que se celebró en Liverpool.

Por su interés, después de un año y medio de experiencias personales creo propicia la ocasión para darles a conocer el proceso de elaboración considerando que de entre la prótesis aplicable al pie, destaca por su importancia, la PLANTILLA ORTOPEDICA por ser la faceta, quizá más importante en la que el PODOLOGO, puede demostrar su competencia.

Obvia decir que la P. ORTOPEDICA tiene por misión evitar que el hundimiento de las bóvedas sea permanente y que la insuficiencia de las partes blandas se convierta en deformidad ósea logrando una distribución de fuerzas en el pie que predisponga a una marcha y posición estático-fisiológica. Esta finalidad la cumple con garantías de éxito EL PODIASIN, sobre todo, en Podología Geriátrica, por tratarse de un material conglomerado, de fácil preparación, que se le puede dar forma a voluntad hasta donde se desee. Por sus propiedades y caracteristicas suple ventajosamente al corcho y a los conglomerados, pre-fabricados o no, conocidos hasta ahora, cuyos resultados, en mi casuística personal, han sido siempre favorables en diferentes condiciones de edad y peso, pero en especial en la Patología del pie gerontológico por su racional adaptación compensadora, ofreciendo un mayor apoyo, modificando el patológico y aliviando sus consecuencias, por lo que su empleo se hace idóneo en Geriatría por concurrir en esta etapa de la vida una serie de trastornos podológicos, la mayoría de veces etiquetados de "reuma", "anemia senil" o "cansancio de la medula ósea", cuando lo que en realidad existe es un problema de pies, pues conocida es la influencia de la hipotonía muscular sustentadora en el climaterio y senilidad, manifestada, sobre todo, en el arco anterior por efectos de la atonicidad del abductor del primer dedo y de los ligamentos plantares que dan lugar a su hundimiento debido a la marcada artrosis que impide las relaciones recíprocas de las diferentes piezas óseas, cuadro que en otras edades nos podríamos ayudar de la fisioterapia de los pequeños músculos del pie con movimientos de prensión, garra y abertura de dedos pero que en esta época se descarta por el estado especial de paciente con frecuencia artrítico o gotoso que nos conduce irremediablemente a elaborar una plantilla

compensadora con acertado apoyo retrocapital y suave descanso de la bóveda longitudinal antes de recurrir a métodos cruentos con frecuencia de resultados catastróficos.

EL CONGLOMERADO, en cuestión, es la resultante de mezclar 3 partes de POLVO DE CORCHO, 1 parte de POLVO DE MADERA y 3 partes de POLVO DE CUERO, en cantidad suficiente de SOLUCION AMONIACAL DE LATEX hasta lograr una materia pastosa semejante al cemento batido que se aplica al molde de yeso previamente obtenido y se moldea a voluntad lográndose formas parecidas a las de CHARLESWORTH'S con cola 70, siendo su trabajo bastante menos engorroso.

**PROCESO DE ELABORACION**

1.° OBTENCION DEL MOLDE DE YESO.

No es preciso señalar lo absurdo que resulta pretender colocar las plantillas por números, como lamentablemente está sucediendo, por la misma razón que no adquirimos unos lentes, una dentadura o una pierna de succión en el comercio sin previo examen clínico o corrección, por lo que considero de decisiva importancia para el éxito de la PLANTILLA ORTOPEDICA la obtención correcta del MOLDE DE YESO, imponiéndose con más fuerza si se trata de un caso susceptible de aplicar PODIASIN al requerir una exquisita precisión y por esta razón, quizás algo puerilmente, seguidamente me permito recordarles las premisas fundamentales para lograrlo.

En primer lugar deberán ser elaborados exprofeso para cada pie, ya que frecuentemente ambos difieren en forma además de que en cada época del trastorno deambulatorio se podrá actualizar la corrección de la plantilla de acuerdo con la evolución del proceso.

Hasta hace poco tiempo la mecánica era engorrosa al tener que preparar uno mismo las vendas. Actualmente los Laboratorios han lanzado al mercado unas vendas de algodón especial de tejido entrelazado cuyos bordes no se deshilachan, con un contenido de escayola de excelente calidad que permite una aplicación y fraguado rápidos, de fácil aplicación para ceñirse a los contornos del pie. Baste usar agua tibia de 25-30°, sumergir la venda ladeándola oblicuamente hasta que cese el burbujeo que dura unos 5": se extrae del recipiente y sosteniéndola con ambas manos se exprime suavemente hacia el centro y se aplica al pie. Yo empleo la venda de 10 cm. × 2,70 m., por adaptarse mejor a la técnica de Murk-Jansen que es la que adopto y que como Udes. saben consiste en preparar sobre el mismo pie del paciente de 4 a 5 capas de venda enyesada que abarque ampliamente lo largo y ancho de la región plantar desde el talón hasta los dedos, completándose con vueltas circulares a la vez que se va moldeando.

Creo incorrecta la obtención del molde de yeso dando vueltas circulares desde un principio por ser inevitable la tirantez de la venda falseando el molde. Una vez el pie enyesado se procederá a hacer la maniobra correctora oportuna que en Geriatría irá encaminada a ser compensadora, estabilizando la desviación del talón si la hay, deprimiendo la sobrecarga metatarsal, destacando en forma racional la zona RETROCAPITAL que no se halla redondeada como se acostumbra a ver, sobre todo en plantillas prefabricadas de las casas comerciales, sino en ARCO ABIERTO Y EN DIRECCION LONGITUDINAL, que naciendo de la cabeza de los metatarsianos medios se extienda hacia atrás terminando de un modo gradual, ya que la ancha depresión inframetatarsiana, de redondearse, acentuaría más la separación mutua entre 1.° y 5.° metatarsianos. Por esta razón, al tomar el molde lo haremos con dos dedos separados empujando el primer y quinto metatarsiano hacia la planta, mientras que con el dedo de la otra mano, se empuja desde abajo en dirección contraria. De esta manera se corregirá la posición patológica del antepié, de suerte que los metatarsianos marginales estén más bajos que los centrales, procurando que la hilera de sus cabezas y la superficie inferior del calcáneo estén en el mismo plano.

Una vez obtenido el molde corregido y pulido de rugosidades:

2.º) SE APLICA UNA GAMUZA HUMEDA O FOAM ADHESIVO QUE SE FIJARA EN LA PARTE SUPERIOR DEL MOLDE MEDIANTE COSIDO A GRAPAS.

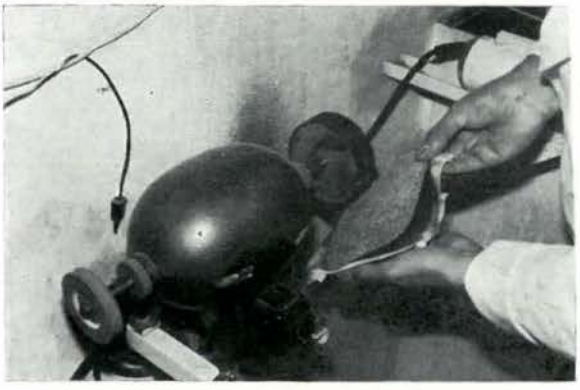
3.º) SE APLICA LA PASTA DE PODIASIN DIRECTAMENTE ENCIMA, PROCURANDO LLENAR SUFICIENTEMENTE LOS ESPACIOS LIBRES, HACIENDO LLEGAR EL MATERIAL HASTA DONDE SE DESEE.

4.º) SE DEJA SECAR UNAS HORAS.

5.º) SE LIJA CON LA PULIDORA DANDO LA FORMA DEL ZAPATO DEL QUE PREVIAMENTE HABREMOS OBTENIDO EL PATRON.

6.º) SE ADAPTA AL ZAPATO DEL ENFERMO, QUIEN LO LLEVARA UNOS DIAS A PRUEBA.

7.º) CONFIRMADA SU EFICACIA SE FORRARA LA OTRA CARA DE LA PLANTILLA Y SE PROCEDERA A SU COSIDO.



## PROPIEDADES Y CARACTERISTICAS

1.º Elaboración racional.
2.º Precisión en el modelaje al no aparecer dobleces ni distorsiones.
3.º Perfecta enclavación del calcáneo.
4.º Fácilmente ajustables ya que en cualquier momento una vez terminada la plantilla es posible un limaje o adición del material.
5.º Adaptación perfecta y minuciosa al calzado.
6.º Rapidez del tiempo de mezclado y certeza de la mezcla, pues las proporciones son siempre las mismas.
7.º Fácil de trabajar a la muela esmeril y ausencia de polvo en la atmósfera, pues las partículas desprendidas caen al suelo por su propio peso específico.
8.º No se rompe como el corcho u otros conglomerados a pesar de su elasticidad.
9.º Resistente a la transpiración.
10.º Relativa limpieza y poco menaje al no precisar almacenar grandes cantidades de diferentes materiales.

## INDICACIONES DE LA PLANTILLA DE PODIASIN

Sus indicaciones pueden ser PROFILACTICAS, PALIATIVAS Y COMPENSADORAS.

PROFILACTICAS en aquellos casos que podamos pronosticar o prever que el pie está en fase de pre-hundimiento condicionado por determinadas profesiones que obligan a estar de pie, sin deambular o moviéndose en espacio reducido —dentistas, peluqueros, camareros—, o en actitud postural forzada creando problemas estático-dinámicos por actitudes laborales antiergonómicas —carpinteros, hereros, torneros—, o aquellas otras profesiones que obliguen a grandes marchas o a llevar grandes pesos —carteros, viajantes de comercio, cargadores de muelle, maleteros.

PALIATIVAS en afecciones dérmicas y vasculares protegiendo callosidades o úlceras y verrugas.

COMPENSADORAS cuando tienen como principal misión distribuir las fuerzas que gravitan sobre el pie restituyendo el arco osteodinámico de la planta destacando los siguientes casos:

a) TRASTORNOS ESTATICOS, como hundimiento total o parcial de la bóveda del pie. Acortamiento, real o virtual, de las extremidades inferiores. Alteraciones de la biomecánica que rige el equilibrio general cuyas repercusiones más frecuentes son: desequilibrio de la pelvis, escoliosis o actitud escoliética, pinzamiento de los discos intervertebrales 4.º y 5.º lumbar, compensación de la escoliosis baja por conjuntamiento de las dorsales y cervicales, desnivel de hombros generalmente inverso en relación a la pelvis, numerosas algias comprendidas ciertas ciáticas y lumbalgias frecuentemente rebeldes a todo tratamiento y de las que muchas veces no se tiene en cuenta su factor desencadenante; la alteración de la dinámica del pie.

b) SINDROMES REUMATICOS.

c) TRASTORNOS CIRCULATORIOS DE MIEMBROS INFERIORES.

d) ESGUINCES RECIDIVANTES Y SECUELAS TRAUMATICAS.

e) ARTROPATIAS CLIMATERICAS DE LOCALIZACION EN EL PIE.

Firmado: Fco. Farreras Morcillo
Colegiado n.º 3.800
BARCELONA


Crema Protar's

PRODUCTOS PROTAR'S
LOGROÑO, Bretón, 30

SEÑORES PODÓLOGOS

PROTAR'S... SUS INDICACIONES MAS IMPORTANTES

1º ELIMINA EL OLOR DE PIES.
2º REGULA LA SECRECIÓN DE SUDOR Y LO HACE INOFENSIVO.
3º EL NIÑO AL FRICCIONARLE SUS ESCOCEDURAS, SONRIE DE PLACER.
4º EN LAS ESCOCEDURAS INTERGLUTEAS, Y EN LOS ÓRGANOS GENITALES FEMENINOS.
5º EN LAS PERNIOSIS (SABAÑONES)

EL MASAJE DE CREMA PROTAR'S, DIARIO, DA DESCANSO Y PLACER.....
PROTAR'S... ACARICIA SUS PIES. - SOLICITE MUESTRAS A...

# ONICOLOGIA

Según cualquier diccionario de habla castellana, la uña es una parte córnea que cubre la extremidad de los dedos en su región superior. Sin embargo, a pesar de lo sencillo de la explicación, el podólogo se enfrenta a diario ante una interesante problemática: la forma de encarar su cuidado.

En el siguiente informe, extractado de la Revista MD en español, se explican desde historias casi mitológicas sobre las uñas hasta las enfermedades que las afectan y las reacciones que experimentan ante cualquier tipo de trastorno físico. Una manera de internarse en la onicología.

Los animales usan las uñas con fines prácticos, principalmente para comer, atacar y defenderse; los seres humanos han llegado a hacer de las uñas de manos y pies, un verdadero culto alimentado por fantasías, leyendas y, finalmente, adornos a costa de los más refinados cosméticos.

Aunque en ningún caso la uña humana se acercó en su función especial a la garra o el espolón de un animal, puede convertirse en arma temible por su naturaleza córnea, que permite a los pueblos primitivos utilizarla para escarbar la tierra y desgarrar la carne.

Las mujeres comenzaron a cuidarse las uñas en los albores de casi todas las civilizaciones. En una tumba preincaica del Perú (año 500 a. de C.) se descubrió una momia de una muchacha cuyas uñas de las manos y los pies estaban cuidadosamente recortadas, pintadas y pulidas; sepultado con ella había un estuche con cosméticos, un afilado cuchillito de bronce y un estilete de madera para separar la cutícula. Las mujeres de **Ur** se pintaban las uñas con tintura negra hecha de antimonio. En **Egipto** se usaba el **henné** para dar color a las uñas, palmas de las manos y plantas de los pies. En la tumba de la reina **Heteferes** se halló un estuche de manicura con cuchillos de oro y bronce y un estilete de metal con un extremo agudo y otro romo, igual a los que se usan hoy.

En tiempo de los romanos el cuidado de las uñas constituía una técnica profesional, a cargo de los barberos. En muchas civilizaciones las uñas largas y bien cuidadas se convirtieron en un símbolo indicativo de que la persona no necesitaba realizar tareas manuales; especialmente los chinos han llevado esta costumbre a extremos tales, que no era raro observar en los ricos y ociosos uñas de 10 cm. o más. Esto les daba apariencia de garras, que protegían con vainas hechas de plata o de bambú. Otra costumbre consistía en dejarse crecer las uñas y barba durante siete semanas en señal de duelo.

Hace medio siglo que en Estados Unidos de América algunas mujeres **rebeldes** comenzaron a pintar sus uñas, y veinte años después, en cierto modo, ello reflejó el impor-

tante cambio de la emancipación de la mujer. Hoy, los esmaltes para las uñas representan fuertes sumas de dólares anuales que las mujeres gastan para embellecerse.

**ANATOMIA**

La lámina ungueal es una concentración de queratina, constituyente principal de la epidermis, pelo, tejidos córneos y matriz del esmalte dentario, escleroproteína insoluble que contiene una proporción relativamente elevada de azufre y aminoácidos, tales como leucina y tirocina, entre otros.

El crecimiento se origina en la matriz, formada por células espinosas modificadas; la porción proximal de aquélla es la zona productiva. Las papilas son cortas y anchas cerca de la base de la matriz y se continúan con una zona de ondulaciones horizontales bajas y estrechas, dispuestas apretadamente en forma paralela al eje mayor. Hacia el margen anterior de la lúnula son reemplazadas por anchas elevaciones lineales que se extienden hasta el extremo del lecho ungueal. En la zona subyacente se observan fibras conectivas verticales y horizontales, extendiéndose las primeras desde el periostio hasta la superficie inferior de la red ungueal, manteniendo así la uña firmemente en su sitio. No existen estructuras glandulares en el corazón subungueal.

Las manchas blancas en las uñas obedecen a diminutas bolsas de aire en su interior. La opacidad de las lúnulas se debe al reflejo de la luz en la unión de la matriz con la porción conectiva ungueal; en la lúnula, la matriz no se adhiere al estrato conectivo como en otros sitios.

Desde el punto de vista físico-químico, se ha comprobado que la difusión hídrica a través del tejido de la uña es esencialmente igual que a través de las palmas de las manos y plantas de los pies. La capa córnea es el factor inhibidor principal en ambos casos. Es sorprendente que la pérdida de agua por difusión sea mayor a través de la piel de las palmas de las manos y plantas y uñas de los pies, que la sangre total o solución salina isotónica a través de la piel epigástrica.

El crecimiento de las uñas comienza al tercer mes del desarrollo fetal, y se manifiesta




# Plantillas Ortopédicas Elásticas "FERRIZ"

**Medalla de Plata en el X Salón Internacional de Bruselas**

●

Nueva y sensacional presentación

Conserva íntegramente su eficaz rendimiento.

Pueden modificarse en todo momento con la misma facilidad y comodidad que con el sistema anterior.

Se mantienen los mismos precios.

Cualquier duda o problema existente será resuelto con prontitud y sin desembolso extra alguno.

Ofrecemos instalación completa (maquinaria, pegamento, forros, etcétera), viaje y estancias totalmente gratis.

Las plantillas se presentan con nueva fórmula química y están tratadas con SANITIZED.

Ofrecemos y exigimos garantía y seriedad comercial.

**Se precisan representantes en exclusiva en poblaciones de toda España**

B. Soriano, 30

Tel. 23 28 29 - JAEN

inicialmente como un espesamiento de la capa epitelial de la falange distal. Se forma una capa transversa que después se cornifica, e irrumpe al quinto mes.

En condiciones normales, la uña crece desde la matriz hasta la periferia en tres a cinco meses, con una velocidad diaria de un poco más de un décimo de milímetro. El crecimiento ungueal es más rápido en los niños que en los adultos, en verano que en invierno y en las manos que en los pies. Las uñas de la mano derecha de las personas diestras crecen un 10 % más rápidamente que las de la mano izquierda. Las uñas del meñique y pulgar crecen con más lentitud que las otras, pero el crecimiento varía según el estado de salud.

Mientras el embarazo aumenta, la velocidad del crecimiento ungueal, los trastornos tróficos la reducen. Se discute si el morderse las uñas estimula su crecimiento, de manera similar al supuesto aumento de la barba por afeitarla. Un estudio realizado en la Universidad de Nueva Cork con las uñas de los pulgares de 37 adultos normales, de 17 a 30 años, midiéndolos fotográficamente con un compás especial, cada tres o cuatro días durante tres meses, la velocidad promedio para todo el grupo fue de 0,108 mm. diarios, con sorprendentes variaciones individuales de hasta un 25 %, y aún mayores en las diferentes personas. También se observó que las enfermedades febriles de más de tres días de durabilidad produjeron detención del crecimiento ungueal, no así las afecciones inflamatorias crónicas no febriles. De ocho casos de enfermedades crónicas no infecciosas, como pielonefritis, fibrosis quística del páncreas y nefrosis, sólo en dos se observó reducción del crecimiento un 10 % por debajo de lo normal). La restricción calórica no afectó el crecimiento ungueal. Durante los tres días después de la muerte las uñas crecen con una velocidad mínima normal, que se atenúa en los diez días siguientes.

## NOTAS MEDICAS

Hipócrates sostenía que las uñas de tamaño y forma anormales denotaban enfermedades cardíacas o pulmonares. Desde entonces, la apariencia de las uñas ha sido una ayuda útil para el diagnóstico de numerosas enfermedades.

Joseph H. S. Beau, médico francés del siglo XIX, al estudiar el crecimiento normal de las uñas y comprobar sus trastornos durante la enfermedad pudo calcular la existencia y fecha de afecciones pasadas, por el aspecto y distribución de estrías transversales. (Líneas de Beau.)

Se han descrito muescas transversales y surcos horizontales como secuelas de enfermedades, como tuberculosis activa, escarlatina y tifoidea. La fiebre reumática puede provocar estrías tanto transversas como longitudinales.

Las uñas gruesas, frágiles y oscuras pueden deberse a la psoriasis o eczema. También la sífilis produce alteraciones ungueales típicas, como asimismo otras afecciones menos comunes: el pénfigo, la dermatitis herpetiforme y la pitiriasis. Las uñas de color rojizo acusan el índice hemoglobínico de la sangre en los casos de anemia. En la endocarditis bacteriana subaguda pueden producirse pequeñas hemorragias subungueales, a causa de la ruptura de los capilares regionales por acumulación de bacterias demasiado grandes para pasar por los vasos microscópicos.

La bronquiectasia y el asma crónica suelen originar el aspecto de los "dedos en palillos de tambor", debido a los trastornos circulatorios; también puede observarse en los enfermos de cardiopatías congénitas. La radiodermitis crónica origina alteraciones tales como estrías, surcos y pigmentaciones transversales o longitudinales.

Se conocen más de cien enfermedades distintas de uñas. La más común es la infección estafilocócica, provocada a menudo por instrumentos de manicura contaminados. Los hongos figuran inmediatamente después, y causan numerosas afecciones ungueales, entre ellas: fragilidad extrema, pigmentación blanca, oscura o amarilla, engrosamiento marcado, descamación, estrías y/o desprendimiento de una o más uñas.

Según un estudio, los hongos principales son: **Trycophyton mentagrophytes, T. Rubrun** y **Candida albicans,** producen el 63 %, 25 % y 6 %, respectivamente, de dichas fungosis.

La ausencia congénita y las malformacio-

nes de las uñas son bastante comunes. La atrofia ungueal puede ser congénita o adquirida, y nunca o casi nunca idiopática. Se caracteriza por alteraciones en la consistencia, elasticidad, forma, tamaño y contorno del órgano afectado. El esmalte de uñas puede producir fragilidad o, con mayor frecuencia, dermatitis, sobre todo en las cejas que se tocan a menudo con las uñas.

La madre puede transmitir la eczema a su hijo por medio de las uñas. Se debe al esmalte el 20 % de las dermatitis causadas por cosméticos. El alérgeno es generalmente una resina, por lo común el formaldehído arilsulfonamídico.

Son frecuentes las enfermedades profesionales de las uñas, habiéndose descrito cerca de un centenar de mutilaciones o pigmentaciones distintas, propias de determinadas ocupaciones, que van desde la onicolisis de los lavadores de botellas hasta la onicauxis, hipertrofia de las uñas de los cuidadores de caballos.

Una observación casual realizada tiempo atrás condujo al tratamiento dietético de las uñas frágiles: después de administrar gelatina a un paciente de reumatismo crónico, para aliviar su debilidad muscular, se comprobó con sorpresa que el aspecto y textura de sus uñas se normalizaban, y la fragilidad se atenuaba al cabo de tres meses. Desde entonces, diversos estudios han indicado que ciertos tipos de fragilidad ungueal responden al tratamiento con gelatina. Se ha sostenido que la gelatina refuerza una sustancia que mantiene las láminas ungueales estrechamente adheridas. Otros métodos de tratamiento de la sequedad y fragilidad de las uñas incluyen las fricciones con aceite o crema lubricantes de y alrededor de las uñas y evitar la excesiva exposición al agua.

**Colofón:** Sherlock Holmes consideraba las uñas de una persona como la clave más importante de su profesión, con el completo asentimiento del Dr. Watson.


Scholl

ORGANIZACION MUNDIAL PARA EL CONFORT DE LOS PIES

FABRICAS Y GABINETES DE APLICACION EN LAS PRINCIPALES POBLACIONES DEL MUNDO

**Se honra en colaborar con los Sres. Podólogos, poniendo a su servicio su larga experiencia en la especialidad y las reconocidas, calidad y eficiencia técnicas de sus preparados, remedios y aparatos para la higiene de los pies, la corrección de sus defectos y el alivio de sus molestias.**

Amplia información técnica de carácter general o sobre cualquier caso particular. Visítenos.

- **Plantillas ortopédicas a medida y pre-fabricadas, en cualquier tipo o medida; de metal, plástico, goma, etc., para pie plano, metatarsalgia, pes-cavus, espolón de calcáneo y otras anormalidades del pie.**
- **Medias para varices, tobilleras y rodilleras.**
- **Taloneras - Protectores de juanetes - Separadores de dedos.**
- **Almohadillas y plantillas de latex espumoso para plantas sensibles.**
- **Sales, Polvos y Crema Pédico para la higiene de los pies.**
- **Polvos Bromidrosil para excesiva transpiración maloliente.**
- **Parches y discos protectores (SIN CALLICIDA).**
- **Crema SOLVEX para pie-atleta.**
- **Vendaje elástico ARCH BINDER para pie abierto.**
- **Vendaje elástico con elevación para apoyo de arco metatarsiano.**
- **Almohadillado adhesivo PROTECTO PAD para proteger cualquier punto sensible del pie.**
- **Reductor de hallux-valgus BUNION SPRING.**
- **Reductor de dedo en martillo HAMMER TOE SPRING.**
- **Vendajes tubulares patentados GASATUB (Tubegauz).**
- **Sandalias fisiológicas PESCURA con diseño especial patentado.**

Central en **ESPAÑA:** Rodríguez San Pedro, 5 - MADRID (15) - Tel. 224 75 66

# Galvanoterapia en el pie

por **D. Pablo Vilato**
Podólogo

## CORRIENTE GALVANICA

**Definición:** Es la corriente continua.

Se genera en un aparato que produce una fuerza electromotriz constante y que sigue siempre la misma dirección, a diferencia de la corriente alterna (v. gr. la farádica) que cambia constantemente de dirección. La primera vendría gráficamente expresada por una línea perfectamente recta, en un extremo el positivo y en el otro el negativo. La segunda se expresa por una línea quebrada, para indicar el cambio constante de dirección.

**Modalidades:** Cuatro son las formas de aplicación de la corriente galvánica: 1.ª Galvanotrófica. - 2.ª Ionización o dialectrólisis medicamentosa. - 3.ª Galvánica interrumpida. 4.ª Electrolisis.

La Galvanotrófica, la Ionización y la Electrolisis son la aplicación de la corriente no interrumpida, o sea: una vez colocados sobre el enfermo los electrodos y dosificada por medio de los mandos del aparato, la cantidad o amperaje de la corriente se mantendrá invariable hasta el final de la sesión.

**Efectos fisiológicos:** Al paso de la corriente galvánica a través de una solución electrolítica, origina una traslación iónica disociando las moléculas de las sales disueltas en el líquido.

El organismo puede considerarse como un recipiente que contiene suero fisiológico —solución acuosa de cloruro sódico al 7 por ciento—. Al hacer pasar la corriente galvánica, la molécula de ClNa se disociará, el ión Cl se dirigirá al polo positivo y el Na al negativo. Esta disociación molecular modificará los tegumentos y la misma célula, dando lugar a procesos de asimilación y de desasimilación.

Otros efectos al paso de esta corriente es la dilatación del área capilar, vasodilatación, aumento de la temperatura de los tejidos, comprendidos en el circuito y, a la larga, si persiste la corriente, ligero aumento de la temperatura general del paciente. La vasodilatación es bien patente, pues al término de la sesión, al retirar los electrodos, puede observarse una rubicundez de la zona, más acentuada en el polo negativo.

Todos estos fenómenos fisioquímicos dan lugar a una serie de cambios que se traducen en un aumento de actividad, siendo favorable para el trofismo de los tejidos.

La acción "in situ" de la galvánica es diferente para las proximidades del polo positivo que en las del polo negativo. Pues mientras el positivo es sedante y analgésico, el negativo es excitante y estimulante. Aparte de estas acciones polares, como se verá más adelante al hablar de la Electrolisis, el positivo tiene un poder hemostático al provocar la coagulación.

**Reconocimiento de la polaridad.** Siendo la acción polar diferente, según su signo (+) o (—), es indispensable conocer de antemano, en cada uno de los cables que salen del aparato de Galvánica, cuál está conectado en el (+) y cuál con el (—). Un método muy sencillo, y al alcance de la mano, es sumergir los terminales de los cables en un vaso de agua y dejar pasar la corriente algunos minutos, es entonces cuando se verá aparecer en uno de ellos una burbujas. Este es el negativo.

**Aparato de Galvánica.** El manejo del aparato no es necesario explicarlo, ya que cada casa constructora presenta sus modelos, y al

suministrarlo instruyen en el modo de usarlos. La graduación o dosificación se hace observando el Miliamperímetro, que todos los aparatos llevan sobre el tablero.

## GALVANOTROFICA

Es la aplicación de la corriente galvánica utilizando electrodos fijos y una intensidad determinada. Los electrodos son esponjosos y están embebidos de suero fisiológico. Todo se mantiene invariable hasta el fin de la sesión.

Estos electrodos están confeccionados con un trozo de plancha de zinc de forma y tamaño en cada caso adecuados, vestidos de una capa gruesa de algodón de 2 cm. o de celulosa de 4 cm., envuelto con venda de gasa, al objeto que no se deformen, conectados al aparato por medio de un cable y previamente mojado con el suero fisiológico. Se colocan sobre la región y se fijan con unas vueltas de venda de caucho, que, por ser aislante, evitan la difusión y por ser elástico aseguran la sujeción.

Con frecuencia, en Podología, deben de ser tratados los dos pies al mismo tiempo y con el mismo polo, por lo que habrá que unirse dos hilos y conectarlos al mismo borde del aparato.

Los pediluvios eléctricos son uno o dos recipientes de materia aislante que contienen suero fisiológico y donde se bañan los pies. Generalmente estos recipientes son de plástico, y sobre el borde de los mismos se coloca un electrodo que contacta con el líquido. El otro cierra el circuito colocado en la región lumbar.

Las aplicaciones terapéuticas de la Galvanotrófica en el pie se desprenden de sus efectos fisiológicos, antes descritos.

| INDICACIONES | Región de Aplicación de los Electrodos | AMPERAJE | Tiempo en minutos |
|---|---|---|---|
| Pies planos o cavus con dolorimiento y fatiga generalizada | Región lumbar (—)<br>Plantas (+) | 15 m.a | 30 |
| Metatarsálgias | Articulación metatarso falángica { dorso (+) / plantar (—) | 7 ó 10 m.a | 25 |
| Találgias | Plantar talón (+)<br>Gemelos (—) | 10 ó 15 m.a | 25 |
| Ciatálgias | Reg. lumbar (+)<br>Retro maleolar externo (—) | 15 a 20 m.a | 25 |
| Hallux valgus o Flexus dolorosos | 1.° Articulación metatarso falángica { dorso (+) / plantar (—) | 7 ó 10 m.a | 25 |
| Poliomielitis | Según los músculos afectados | | |

Como analgésico y sedante puede emplearse con éxito en muchos síndromes dolorosos. Por su acción trófica en muchos tipos de parálisis del pie, sean o no espásticas, y siempre que se desee una mejor circulación tanto venosa como arterial.

En general, será un buen coadyuvante de otros tratamientos medicamentosos u ortopédicos en que debería fijar su atención el Podólogo, empleándolo con más frecuencia.

Exponemos a continuación un cuadro en donde quedan expresadas las más frecuentes indicaciones, los polos de elección, intensidad y tiempo. Todo ello servirá de orientación a nuestros lectores, ya que practicado en estos tratamientos podrán encontrar, sin duda, muchas más aplicaciones.

## IONIZACION

Supongamos dos electrodos forrados de algodón o celulosa, como hemos explicado antes. El uno, embebido con una solución de ClNa (suero fisiológico) conectado éste al positivo, y el otro, con IK, conectado al negativo. Al dar paso a la corriente galvánica ocurrirá el siguiente fenómeno: Los cationes Na (sodio) y K (potasio) se dirigirán hacia el polo negativo, y los aniones Cl (cloro) e I (iodo) se dirigirán al positivo. Pero como hemos dicho que el organismo puede considerarse como un recipiente que contiene ClNa (suero fisiológico) por cada átomo que pierda de Na ingresará otro procedente del electrodo mojado con suero fisiológico, y de esta forma no ganará ni perderá Na y sí, en cambio, se enriquecerá con I procedente del electrodo negativo.

En este fenómeno se funda la ionización o dialectrolisis medicamentosa, pues de la misma manera que ingresamos en el organismo el iodo podemos infiltrar en los tejidos otras sustancias medicamentosas, siempre que sepamos de antemano el polo que hay que elegir en cada caso.

Los electrodos deben ser de tamaño proporcionalmente pequeño y adecuados a la región. Uno de ellos se empapa de la solución medicamentosa y el otro en suero fisiológico.

A continuación, para mayor facilidad del

| INDICACIONES | SOLUCION | Polo | Amperaje | Tiempo por Sesión en minutos | Número de días, por Serie | Días de descanso |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Artrosis Reumatismo crónico | Yoduro potásico 1 % | (—) | 10 m A | 20 a 30 | 15 | 15 |
| Artritis Reumatismo agudo | Salicilato sódico 2 % | (—) | 10 m A | 20 a 30 | 15 | 15 |
| Afecciones cutáneas fungosas | Sulfato de cobre 0,5 % | (+) | 7 m A | 15 | 10 | 15 |
| Pies espásticos y contracturados | Cloruro cálcico | (+) | 10 m A | 20 a 30 | 15 | 15 |
| Enfermedad de Körler II | Novocaína 1 % | (+) | 7 m A | 5 | 5 | 5 |
| Metatarsalgias agudas Neuralgia de Morton | Novocaína 1 % | (+) | 7 m A | 5 | 5 | 5 |

# Plantillas Ortopédicas Elásticas

# F E R R I Z

MEDALLA DE PLATA EN EL X SALON INTERNACIONAL DE BRUSELAS

La Firma que fabrica el mayor y más completo surtido de piezas accesorias para toda clase de anomalías pédicas, ofrece a todos los Podólogos de España su total garantía y seriedad comercial.

BERNABE SORIANO, 30 - TELEFONO 23 28 29 - J A E N

lector, exponemos un cuadro con las principales indicaciones en Podología. Soluciones medicamentosas y su correspondiente polaridad, amperaje, tiempo por sesión y número total de sesiones por serie. Sin inconveniente de repetir las series si se juzga oportuno.

Merece un estudio aparte la ionización con Histamina, cuyo empleo es, en la actualidad, muy frecuente en muchas enfermedades inflamatorias, tales como artritis, mialgias, neuritis.

Colocado el electrodo indiferente (suero fisiológico) conectado al negativo. El electrodo activo se conecta al positivo. Este se confecciona con una lámina metálica, de zinc o plomo, de forma cuadrada, de 2 x 2 cm. Se recorta un papel filtro en forma rectangular de 4 x 2 cm. que, doblado en su mitad, cubrirá todo el electrodo. Se moja con solución de clorhidrato de histamina al 1 x 10.000 colocándolo en la zona a tratar, se hace pasar la corriente 5 minutos con una intensidad de 5 m A. Al retirar el electrodo se observará una pápula de histamina semejante a la que se obtiene por inyección intradérmica. Puede repetirse varias veces en días sucesivos si interesa. Por regla general, con este procedimiento se obtiene un grado superior de tolerancia, pues sabido es que la inyección intradérmica con frecuencia es mal tolerada por los pacientes, que acusan vértigos y mareos.

## ELECTROLISIS

Es un procedimiento que aún hoy tiene sus aplicaciones; en Podología puede estar indicado en verrugas del dorso del pie, especialmente pediculares o en forma de lágrima. Hay que estar provisto de una aguja de electrolisis de mango semejante a un palillero de pluma o bolígrafo, por cuyo extremo superior sale el cable. También posee un botón interruptor.

La técnica es sencilla: Se coloca un electrodo conectado con el polo (+) y previamente mojado con suero fisiológico, en cualquier zona del cuerpo. La aguja se conecta con el polo (—). Se punciona la verruga por su pie, se hace pasar la corriente galvánica 5, 7 ó 10 mA y al cabo de pocos minutos se vera aparecer alrededor de la aguja unas burbujas. Se desciende la corriente y se vuelve a puncionar por otro punto de la base de la verruga, se repiten las punturas según la magnitud de la tumoración. Después de unas horas se puede observar cómo la verruga disminuye de tamaño hasta quedar confinada a una pequeña carbonilla, que al cabo de unos días cae y deja una escara que se cura con pasta Lassar.

Si en el transcurso de la operación la verruga sangra, se invierte la polaridad, pues el polo positivo es hemostático y coagula rápidamente.

## GALVANICA INTERRUMPIDA

En esta forma de aplicación de la galvánica se prescinde de los efectos fisiológicos antes mencionados y se aprovecha la propiedad en estado interrumpido, por aberturas y cierres sucesivos del circuito, de excitar los nervios motores y los músculos, dando como respuesta la contracción muscular tanto si se excita directamente el músculo como si se excita el nervio. Para músculos normales a la misma intensidad de corriente (amperaje) la contracción es más violenta si se excita con el negativo. La contracción que se obtiene en el músculo normal es viva y enérgica, de toda la masa muscular, semejante a las contracciones voluntarias.

Las interrupciones se hacen por medio de un pulsador acoplado a un mango que termina por el extremo superior conectado a un cable y por el inferior a un electrodo de forma plana (de mata sellos) u olivar.

Para cada nervio o para cada músculo existe un punto llamado "punto motor", que es en donde se consigue una mayor contracción con un mínimo amperaje.

Interesa la excitación con un mínimo de intensidad, para no producir molestias innecesarias al paciente y para no fatigar inútilmente los músculos.

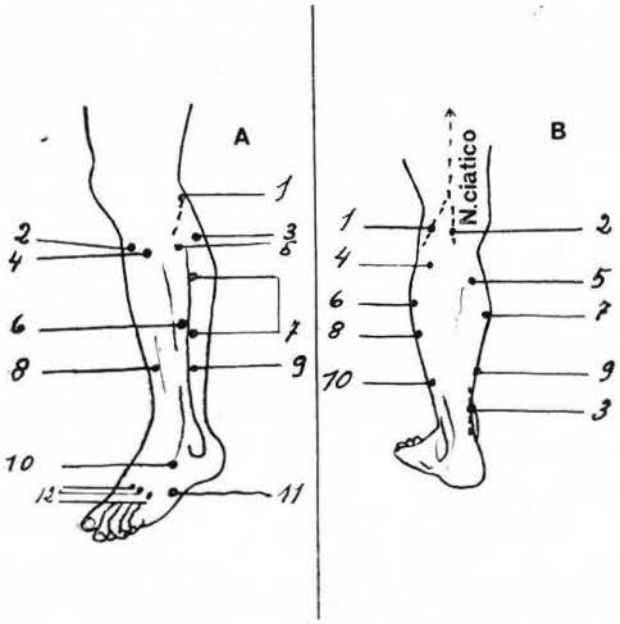
Exponemos en el grabado los "puntos motores" de los nervios y músculos extrínsecos e intrínsecos del pie.

Cuando las interrupciones se producen con demasiada frecuencia, el músculo no tiene tiempo de relajarse, cuando ya le llega una

nueva excitación. En este estado se mantiene en una contracción permanente o contractura. Estado tetanizante. No interesa llegar a este estado, pues la fatiga es tan intensa que puede llegar a una degeneración muscular en pocas sesiones de carácter irreversible. Se recomienda no pasar de 70 interrupciones por minuto.

Con la corriente galvánica interrumpida, se consigue que entren en contracción los músculos hipoválidos. Es, pues, un excelente medio de recuperación.

En Podología, se emplea en las parálisis del pie. En los pies laxos e insuficientes. En los valgos actuando sobre el tibial posterior y anterior, en los varos sobre los peroneos. En los planos sobre los flexores cortos. Y su indicación siempre comprendida como coadyuvante de los tratamientos protésicos y kinestésicos del pie.




A.

1. N. Peroneo
2. Tibial anterior
3. Gemelo externo
4. Extensor c de los dedos
5. Peroneo lat. largo
6. Peroneo lat. corto
7. Sóleo
8. Extensor propio dedo
9. Flexor largo del dedo
10. Extensor corto de los dedos
11. Adductor del V dedo
12. Interóseos

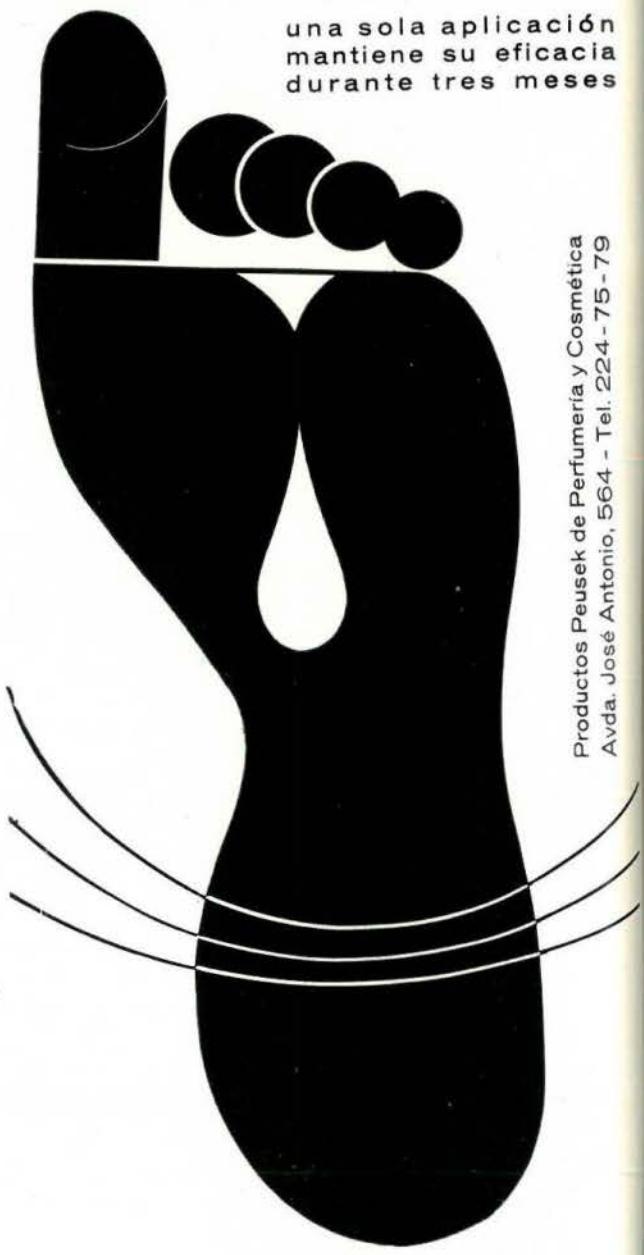
B.

1. N. Peroneo
2. N. Tibial (hueco popliteo)
3. N. Tibial (punto supramaleolar)
4. Gemelo externo
5. Peroneo lat. largo
6, 7. Sóleo
9. Flexor largo c de los dedos
10. Flexor largo del dedo gordo

para evitar el sudor de los pies...

Peusek
MARCA REGISTRADA

una sola aplicación
mantiene su eficacia
durante tres meses



Productos Peusek de Perfumería y Cosmética
Avda. José Antonio, 564 - Tel. 224-75-79

# LABOR DE LAS DELEGACIONES

**AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA**

## Delegación Provincial de Valencia

En el día de hoy a las 22 horas en 1.ª convocatoria y a las 22.30 en segunda ha celebrado reunión en el Salón de Actos del Colegio Oficial de Practicantes —A.T.S., la AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA (Delegación Provincial)— bajo la Presidencia del Delegado de la Zona y Vicepresidente de la misma don Isaías del Moral Cejalvo, con el siguiente orden del día:

1.º Lectura del Acta anterior aprobación de la misma si así procede.

2.º Informe sobre el IV Congreso Nacional de Podología celebrado en Santiago de Compostela.

3.º Informe sobre el VI Congreso Internacional de Podología celebrado en Florencia (Italia).

4.º Proyección de la película "BIOMETRIA PRACTICA", del Podólogo don Joaquín Solé Cuch, de Granollers (Barcelona), Profesor de la Escuela de Podología de la Facultad de Medicina de Barcelona.

5.º Informe sobre el V Congreso Nacional de Barcelona que tendrá lugar el próximo mes de julio.

6.º Toma de posesión del nuevo Delegado Provincial de la Agrupación, don Manuel Campo Rodríguez.

7.º Ruegos y preguntas .

Asisten a la misma los socios Sres. Macián Macián, Campo Rodríguez, Barón de Morella (que hace de Secretario accidental), Berenguer Pérez, Roca Albi, Alcamí Rodríguez, Ferris March, Hernández Santandreu, Llobregat Nogales, Mañez García, Prats Fluixá, Sanchis Cortina, Madaleno Plá, García Vidal, y los compañeros invitados especialmente, Señores Diez Gracia, López Ibernón, Ochoa y Masip Madramany y García Mengud.

Abierta la sesión, se lée el Acta de la reunión anterior que es aprobada por unanimidad.

En el 2.º orden del día, hacen uso de la palabra los Sres. Ferris March, Madaleno Plá, Alcamí Rodríguez y Llobregat Nogales, asistentes al Congreso, que explican lo que el mismo fue en términos generales cuya característica principal fue la cordialidad, tanto por parte de los organizadores como entidades oficiales y Académicas. En el orden científico, aunque como siempre hubo que aguantar algunos "rollos" también es grato consignar el alto nivel de preparación de muchos trabajos. Así mismo se informa de la Asamblea General celebrada y de la dimisión presentada por el Presidente Sr. Escachs Clariana, el cual, ante el clamor de los Asambleístas y después de lá afectuosa intervención del Delegado de Barcelona Sr. Sala Pich, aceptó continuar un año más al frente de la misma, siendo acogida su decisión con grandes aplausos de todos los asistentes puestos en pie.

La participación en la Asamblea del invitado de honor del Congreso Dr. William G.

Martín, pediatra de Kansas City, Missouri, EE. UU., fue muy interesante y sirvió para conocer con detalles la situación de estudios y campo de trabajo de nuestros compañeros americanos, conocimientos muy provechosos proyectados a nuestros estudios y quehacer profesional.

Sobre el VI Congreso Internacional de Podología celebrado en Florencia, el Sr. del Moral informó sobre el mismo diciendo que fue un Congreso anodino, casi repetición del celebrado en Duisburg (Alemania), con los mismos defectos y pocas virtudes. Mal organizado, sin trabajos dignos de consignar. En el mismo hubo ocasión de cotejar la situación profesional de los países asistentes, pudiendo comprobar que a la cabeza de todos están los Estados Unidos y en segundo lugar, España seguidos de Inglaterra, Francia, etc. En sesión celebrada a este respecto, en la que actuaba de moderador un Médico italiano perteneciente al Colegio Internacional de Podología, se estableció una apasionante polémica entre el mismo y el Sr. Escacsh, que constituyó un verdadero triunfo para España en cuanto a saber defender los derechos profesionales del Podólogo en su campo de trabajo, bien delimitado y legalizado. Los asistentes de todos los países, entre los que estaban representantes de Uruguay y Argentina, felicitaron efusivamente a nuestro Presidente y le asediaron a preguntas e información que éste supo darles a satisfacción.

A continuación se proyectó la película "BIOMETRIA PRACTICA" de compañero de Granollers, Profesor de la Escuela de Podólogos de Barcelona, don Joaquín Solé Cuch, siendo acogida con general agrado por parte de todos al comprobar con satisfacción el grado óptimo de preparación de los Podólogos españoles inquietos por superarse y aportar conocimientos y experiencia que ofrecen a la consideración de todos con la ilusión de contribuir así a una superación constante que a todos concierne. Reconociendo los méritos de su aportación, se propuso constase en Acta y así se hace constar, el agradecimiento de la Delegación Provincial y sus componentes al Sr. Solé Cuch.

A continuación se comunica el acuerdo de la Asamblea celebrada en Santiago de Compostela de celebrar el V Congreso Nacional de Podología en Barcelona que tendrá lugar los días 18, 19, 20, 21 y 22 de julio próximo, el cual está llamado a ser de extraordinario interés. Previamente al Congreso, los días 15, 16 y 17, se hará un cursillo de perfeccionamiento, el cual tendrá lugar en la Escuela de Podología. El mismo versará sobre Cirugía Podológica, Prótesis y Recuperación funcional, pudiendo matricularse en uno, dos o los tres. Se dedicará un día completo a cada uno (comiendo en la misma Escuela). El precio de la matrícula será de 1.000 Ptas. (mil) por cada uno para los agrupos que estén al corriente de sus cuotas y 1.500 Ptas. para los no agrupados, aconsejando a los interesados soliciten su inclusión cuanto antes mejor ya que el número de plazas será limitado y condicionado a la capacidad de las aulas.

La organización provisional del Congreso será así. Día 18 de julio, Asamblea General de la Agrupación. Día 19, inauguración oficial y sesiones de trabajo. Día 20, todo el día de excursión. Día 21, sesiones de trabajo y discusión en mesa redonda de las comunicaciones presentadas, por los que hayan presentado trabajos al respecto. Los demás congresistas asistirán como meros oyentes. Día

## ¡Podólogo!

La Revista Española de Podología es nuestra Revista y espera tu colaboración en forma de artículos científicos.

No la defraudes. Ayúdala.

22, sesiones de trabajo, conclusiones, clausura y acto social.

Los trabajos y comunicaciones se enviarán a la Comisión antes del día 15 de mayo, **fecha improrrogable.** Estos trabajos han de ser impresos para ser entregados a los congresistas al recibir éstos la documentación como tales.

Precio de la tarjeta de Congresista: 1.800 pesetas para los agrupados que estén al corriente de sus cuotas y 2.200 Ptas. para los no agrupados. La carta de acompañante aún no se ha determinado. Como quiera que en las fechas del Congreso, el turismo acapara toda clase de hospedajes, se trata de gestionar la concesión de un Colegio Mayor universitario para el hospedaje de los congresistas tratando así de asegurar el mismo con una economía considerable.

Seguidamente tomó posesión el nuevo Delegado de la Agrupación don Manuel Campo Rodríguez, el cual, dirigiéndose a los asistentes prometió servir los intereses de la Agrupación y sus socios con la mejor voluntad, solicitando de todos y cada uno su colaboración que de no tenerla, su gestión se vería privada del elemento más necesario para la consecución de sus fines.

En ruegos y preguntas, la Presidencia solicitó la colaboración de algunos compañeros para constituir la Junta de la Delegación, ofreciéndose los Sres. García Mengod, Ferris March y Berenguer Pérez. Este último manifestó que su colaboración la condicionaba a que el cargo de Delegado recayese en la misma persona que el Delegado del Colegio, a lo que la Presidencia aclaró que dado que el cargo de Delegado de la Agrupación era por elección de los asociados y la de Delegado del Colegio por designación de la Presidencia del mismo, nosotros no podíamos privar al Presidente del Colegio de este derecho aunque el deseo de todos era que así concurriese unificando intereses comunes, manifestando el Sr. del Moral su esperanza de que este deseo de todos sea pronto realidad. Aclarada la cuestión, el Sr. Berenguer acepta como buena la explicación de la presidencia y ofrece de nuevo su colaboración.

En cuanto a la circular enviada a todos los agrupados por la Secretaría General sobre el proyectado homenaje al Presidente de la Agrupación con Leonardo Escachs Clariana, la Presidencia explica las razones del mismo. Numerosos compañeros manifiestan su adhesión prometiendo su colaboración haciéndolo algunos de ellos en el acto.

Varios compañeros, satisfechos de la reunión, manifiestan sus deseos de que éstas se prodiguen más con programas de interés común, propósito a que todos aspiramos con fundadas esperanzas.

A continuación manifiestan su deseo de ingresar en la Agrupación los Sres. García Mengol, Masip Madramany y Diez Gracia, los cuales seguidamente rellenan y firman los boletines de inscripción.

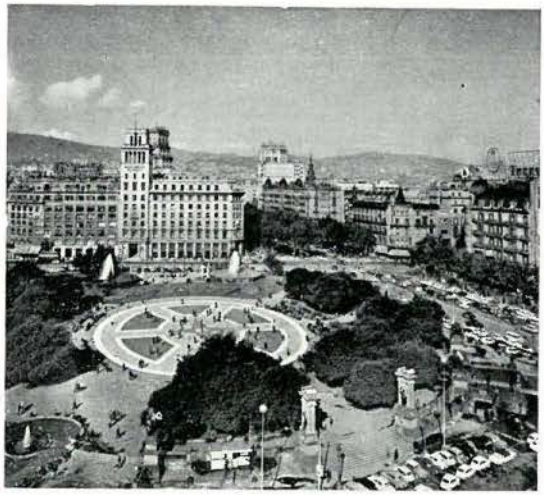
Por último, la Presidencia informa sobre el III Congreso Nacional de la Asociación Española de Podología celebrado el pasado mes de diciembre en Gandía, y otras actividades de esta Asociación Médica.

No tratándose más asuntos de interés para mencionar aquí, se levanta la sesión a las 24.50 horas del día de hoy 11 de enero de 1971.

V.º B.º
Firmado
ISAIAS DEL MORAL

El Secretario:
Firmado

VICENTE BARON DE MORELA



# Delegación Provincial de Barcelona

**CURSO ACADEMICO 1970-71**

**Programa de actos**

CICLO DE CONFERENCIAS QUE SE CELEBRARAN
EN EL SALON DE ACTOS DEL COLEGIO OFICIAL
Bruch, 144, pral. - BARCELONA

| | |
|---|---|
| 27 Enero: 22,30 h. | **Prof. Dr. Ramón Arandes Adán**<br>Catedrático de Patología Quirúrgica. - Director de la Escuela Oficial de Podólogos de la Facultad de Medicina de Barcelona. |
| 12 Febrero: 22,30 h. | **Dr. José M.ª Basora**<br>Profesor de la Escuela Oficial de Podólogos de la Facultad de Medicina de Barcelona.<br>TEMA: Tratamiento del Pie Plano. |
| 10 Marzo: 22,30 h. | **Dr. J. Naves**<br>Jefe del Servicio de Ortopedia y Traumatología de la Policlínica Platón.<br>TEMA: Intervención del Hallux Valgus y Pie Plano Transverso.<br>Tratamiento quirúrgico de una fractura de la articulación del tarso. |
| 14 Abril: 22,30 h. | **Sres. Sala-Pich** y **Francisco Farreras**<br>Podólogos.<br>TEMA: Nuevas técnicas y aplicación del plastazote. |
| 24 Mayo: 22,30 h. | **Sr. Liberto Capellas,** Podólogo<br>TEMA: Plantillas de Ortholen.<br>**Sr. Joaquín Solé-Cuch**<br>TEMA: Prácticas biométricas. |
| 18 Junio: 22,30 h. | Conferencia sobre Dermatología<br>a cargo de la Escuela Profesional de la Especialidad.<br>Clausura del Curso Académico<br>a cargo del Profesor<br>**Dr. Ramón Arandes Adán**<br>Director de la Escuela Oficial de Podólogos de la Facultad de Medicina de Barcelona. |

**El Acto de Clausura** se celebrará en el Salón de Actos de la Escuela Oficial de Podólogos. (Hospital Clínico.) Servicio del Prof. Dr. Arandes.

# Relación de artículos publicados en nuestra Revista durante el período de los años 1968-69-70

**REVISTA N.º 1**

AÑO 1968


Pág. 5. **Reglamentación de la especialidad**
7. **Reglamentación de las Escuelas de Podología**
11. **Programa de estudios de las Escuelas de Podología**
18. **V Concurso Internacional de Podología** (Duisburg, Alemania)
20. **II Manifestación Nacional de la Salud del Pie** (Málaga)
21. **Creación, reconocimiento y registro de la Agrupación de Podólogos de España**
23. **Circular para los delegados provinciales**
24. **Autorización y registro del título de la "Revista Española de Podología"**
26. **Carta abierta**
27. **Labor de las Delegaciones de Madrid y Barcelona**
30. **Noticiario Internacional**
31. **Misión cumplida.** Por Leonardo Escaschs


**REVISTA N.º 2**


Pág. 7. **Estudio podológico del pie cavo.** Por F. Alonso Royano
11. **Importancia de nuestra profesión para el bien de la humanidad**. Por Angel Pereda Verona
12. **El pie y la medicina de empresa.** Por Joaquín Solé Cuch
14. **II Manifestación nacional de la Salud de pie** (Málaga)
16. **V Congreso Internacional de Podología** (Duisburg, Alemania)
18. **Resinas sintéticas en prótesis del pie.** Por Antonio Baez Prieto
23. **Labor de las delegaciones de Málaga, Madrid, Barcelona y Valencia**
29. **La podología en el mundo.** (Desarrollo del pie y sus transtornos en el niño) De la "Revista Francesa de Higiene y Seguridad"


**REVISTA N.º 3**


Pág. 9. **El talón en podología.** Por el Dr. A. Quintana Montero
18. **II Manifestación Nacional de la Salud del pie** (Málaga). Por Fernando Muñoz.
20. **V Congreso Internacional de podología** (Duisburg, Alemania)
25. **Patología de la uña y el calzado en podología.** Por J. A. García
29. **La Podología en el mundo**. Importancia del papel del Podólogo en la sociedad moderna. (De la Revista Panamericana de Podología


**REVISTA N.º 4**


**Pág. 5. Las vendas gipsona**
6. **Resección de helomas e hiperqueratosis.** Por J. Farré y F. Farreras
11. **El plexidur en ortopología.** Por J. **Solé Cuch**
13. **Dos casos presentados en el II Congreso Nacional de Podología.** Por Isaías del Moral
16. **V Congreso Internacional de Podología.** (Duisburg, Alemania)

20. **Labor de las delegaciones de Barcelona y Valencia**
25. **La Podología en el mundo.** La Podología española en Chile. Por Adolfo López de Maturana
28. **Convención de Podólogos americanos en Madrid.** Por Federico Sanchís

**REVISTA N.° 5**

Pág. 5. **La venda elástica de Tensoplast**
10. **Lisozima y verrugas plantares.** Artículo de Lab. Wassermann
13. **Indicadores radio-opacos para determinar el movimiento esquelético intrategumental del pie.** Por Samuel C. Abdoo, de EE. UU.
16. **Crónica del V Congreso Internacional de Podología** (Alemania)
21. **Los Podólogos opinan.** Por A. Alonso Díaz
23. **Pasado y presente de la Podología.** Por F. Muñoz Campos
25. **Labor de la delegación de Madrid**
29. **Leído para ustedes.**
31. **Anomalías congénitas.** Por José A. Calvo

**REVISTA N.° 6**

Pág. 11. **La plantilla ortopédica 3 3.** Por P. García Férriz
13. **Trastornos óseos del pie durante el crecimiento.** Por P. Vilató
19. **Labor de la delegación de Madrid**
25. **Comida de confraternidad**
26. **Labor de la delegación de Barcelona**
28. **Merecido homenaje**
30. **Visita al hospital ortopédico de la Suiza romanda.** Por P. Vilató
32. **Decálogo del Podólogo**

AÑO 1969

**REVISTA N.° 7**

Pág. 11. **Dedo de Morton o Neuritis plantar.** Poz Zacarías García
15. **Transtornos óseos del pie durante el crecimiento (continuación).** Por Pablo Vilató
19. **Evolución del pie.** Por Nelson C. Peyre
21. **Profilasis de las enfermedades de los pies.** Por F. Mañé
25. **Micosis. Dermatomicosis Pedía.** Por José A. Calvo
30. **V Congreso Internacional de Podología**
31. **Congreso Nacional en Bilbao**

**REVISTA N.° 8**

Pág. 8. **III Congreso Nacional de Podología en Bilbao**
11. **Profilaxis de las enfermedades de los pies.** (Continuación) por F. Mañé
16. **La epidermis; sus funciones; su constitución.** Por Marcel Vatard (conferencia desarrollada en Madrid durante el I Congreso Nacional de Pología)
21. **VI Congreso Panamericano de Podología.** Santiago de Chile
26. **Labor de las delegaciones**
30. **Carta al director.** Colegiado n.° 819
31. **Leído para ustedes**

**REVISTA N.° 9**

Pág. 11. **La cubierta cutánea del pie. Histología y Patología.** Por F. Alonso Royano
18. **Importante galardón a un Podólogo de bien.** Por Zacarías García
21. **Presencia de España en la convención 1969 de Quiropodistas Liverpool - Inglaterra.** Por Francisco Farreras
30. **Labor de las delegaciones**
32. **Leído para ustedes**

**REVISTA N.° 10**

Pág. 9. **Cuidado de los pies en los diabéticos.** Por Raymond K. Locke

13. **Los moldes del pie.** Por E. Rodríguez de EE. UU.
16. **Huellas de un Congreso.** III Congreso Nacional de Podología en Bilbao. Por Ramón Salinero
23. **Terapéutica ultrasónica en Podología.** Por Artemio Méndez
27. **Mas sobre la Lisozima de Fleminc.** Por L. María Salazar
29. **IV Congreso Panamericano de Podología.** Santiago de Chile

**REVISTA N.º 11**

Pág. 11. **Carta abierta a los Podólogos españoles. "Operación dos millones"**
13. **Consideraciones acerca del calzado.** Por Manuel J. Mato
15. **Argentinos en nuestra Patria** Por Adolfo López y López de Maturana
19. **VI Congreso Internacional de Pología.** Florencia-Italia
20. **Labor de las delegaciones**
24. **Metatarsalgías.** Por F. Alonso Royano
31. **"El peu i la sabata".** De la Revista infantil "Patufet"
32. **Relación de cobros efectuados para la operación "Dos millones"**

**REVISTA N.º 12**

Pág. 11. **Deontología Podológica.** Por Félix Alonso Royano
15. **VI Congreso Internacional de Podología.** Florencia-Italia
17. **Profilaxis del pie en la infancia.** Por J. Sala Pich
22. **Comienzo del desarrollo y progreso actual de la Podología en España.** Disertación de don Leonardo Escachs en el VI Congreso Panamericano de Podología en Santiago de Chile
25. **Viaje a Liverpool.** Por Luis Aycart
31. **Noticias varias**
32. **Relación de los cobros efectuados para la operación "Dos millones".**

**REVISTA N.º 13**

AÑO 1970

Pág. 11. **Reglas profilácticas en los males de los pies.** Por Francisco Santomé
15. **Transtorno funcional del arco metatarsiano o transverso.** Por Zacarías García Andrés
20. **Comienzo del desarrollo y progreso actual de la Podología en España** (conclusión). Por Leonardo Escachs
24. **España en el 57 Congreso Internacional de los EE. UU. de América.** Por José Antonio Calvo García
28. **II Congreso Nacional de Podología de Francia.** Por Juan Vidán Torres
30. **Labor de las delegaciones.** Barcelona

**REVISTA N.º 14**

Pág. 9. **Fundamentos deontológicos del podólogo.** Por Félix Alonso Royano
15. **VI Congreso Internacional de Podología.** Por Francisco Mañé
17. **Congreso Nacional de Podología.** Por Juan Vidán Torres
19. **Labor de las delegaciones.** Madrid, Málaga, Barcelona

**REVISTA N.º 15**

Pág. 11. **II Congreso Internacional de la Academia de Pediatría Norteamericana.** Por Luis Aycart
15. **Termorregulación e hiperhidrosis pedia.** Por Agustín Llinás
19. **Importancia del pie plano en el nño.** Por Joaquín Vilallonga
22. **Mal perforante plantar.** Por Fernando Muñoz Campos
24. **IV Congreso Nacional de Podología.** Por Francisco Mañé
26. **VI Congreso Internacional de Podología.** Por Francisco Mañé
29. **Labor de las delegaciones.** Barcelona
31. **Entrevista a D. Leonardo Escachs, en televisión**

**REVISTA N.° 16**


Pág. 11. **IV Congreso Nacional de Podología.** Por Juan Vidán Torres

16. **A propósito de un congreso.** Por Isaías del Moral Cejalvo

19. **La pequeña prótesis del pie a partir de las siliconas.** Por Luis Aycart

25. **Gota y artritis gotosa.** Por Félix Alonso Royano

27. **Escriben los ingleses.** Traducción por Angel Medina

29. **Arteriosclerosis de los pies.** De la Revista Argentina de Podología

31. **El valor de los pies.** De la Revista Argentina de Podología


**REVISTA N.° 17**


Pág. 11. **La plantilla de contacto.** Por Luis Aycart Vijuesca

17. **Biomecánica general del pie.** Por Félix Alonso Royano

25. **Los antisépticos.** Por Luis Tejo. (Revista Panamericana de Podología)

27. **Enfermedades de nuestro organismo y sus efectos sobre el pie.** Por José A. Ramos (Revista Argentina de Podología)

31. **Labor de las delegaciones.** Bilbao

32. **Curiosidades**


**REVISTA N.° 18**


Pág. 13. **Propedéutica podológica.** Por Félix Alonso Royano

17. **Prácticas biométricas.** Por Joaquín Solé Cuch

22. **Deformidades de los pies.** Por Juan A. García Hidalgo

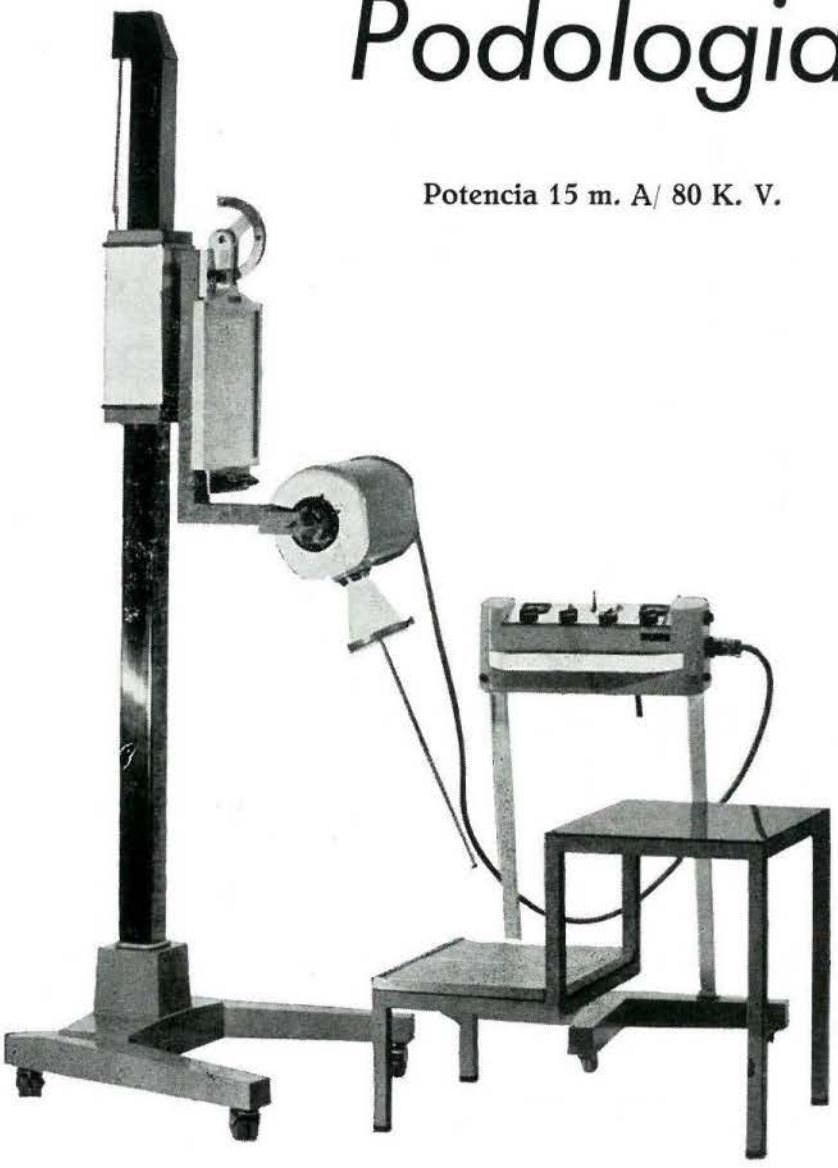
25. **Labor de las delegaciones.** Madrid

32. **Nota importante**

# MODERNO EQUIPO RADIOLOGICO PARA

# *Podologia*

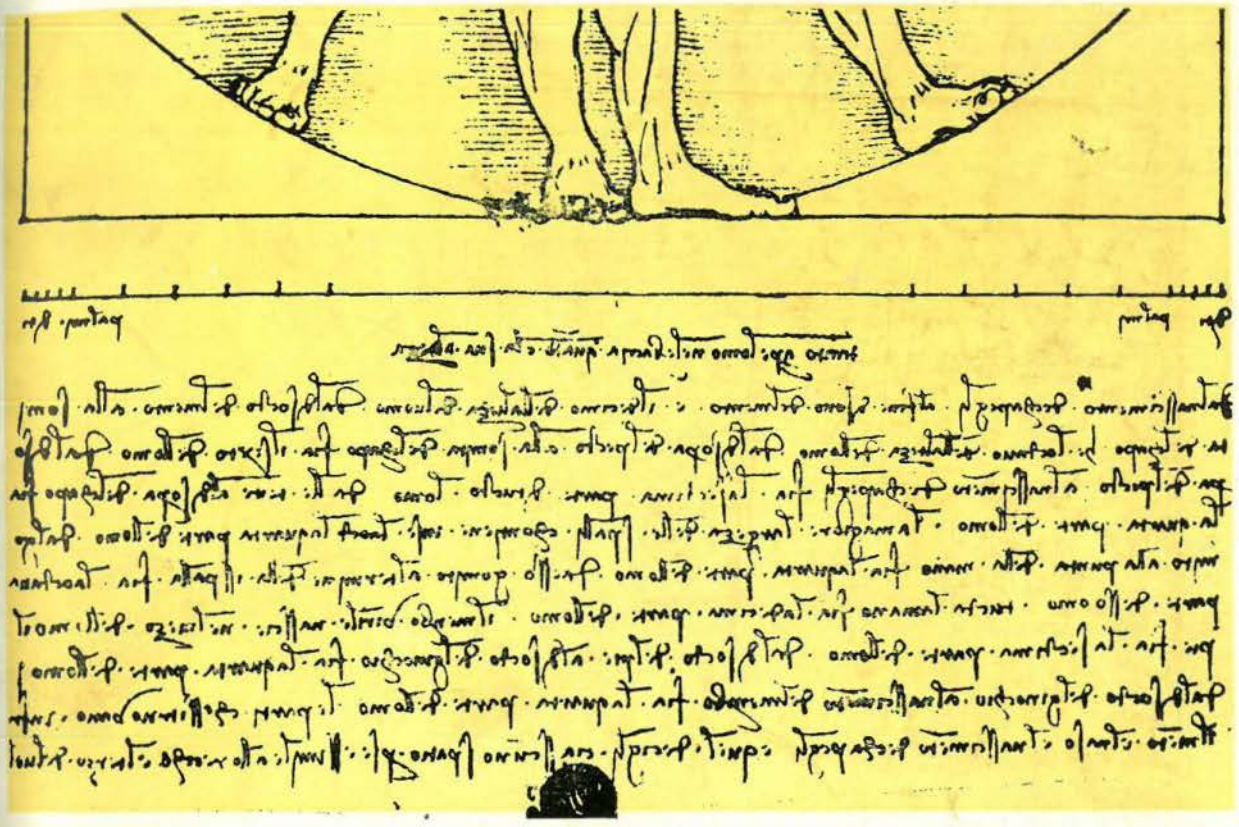
**Potencia 15 m. A/ 80 K. V.**



- Versatibilidad óptima para obtención de radioscopias y radiografías en todas posiciones y ángulos.
- Características eléctricas regulables para obtener un verdadero radioagnóstico.

**EMISA** RÖNTGEN

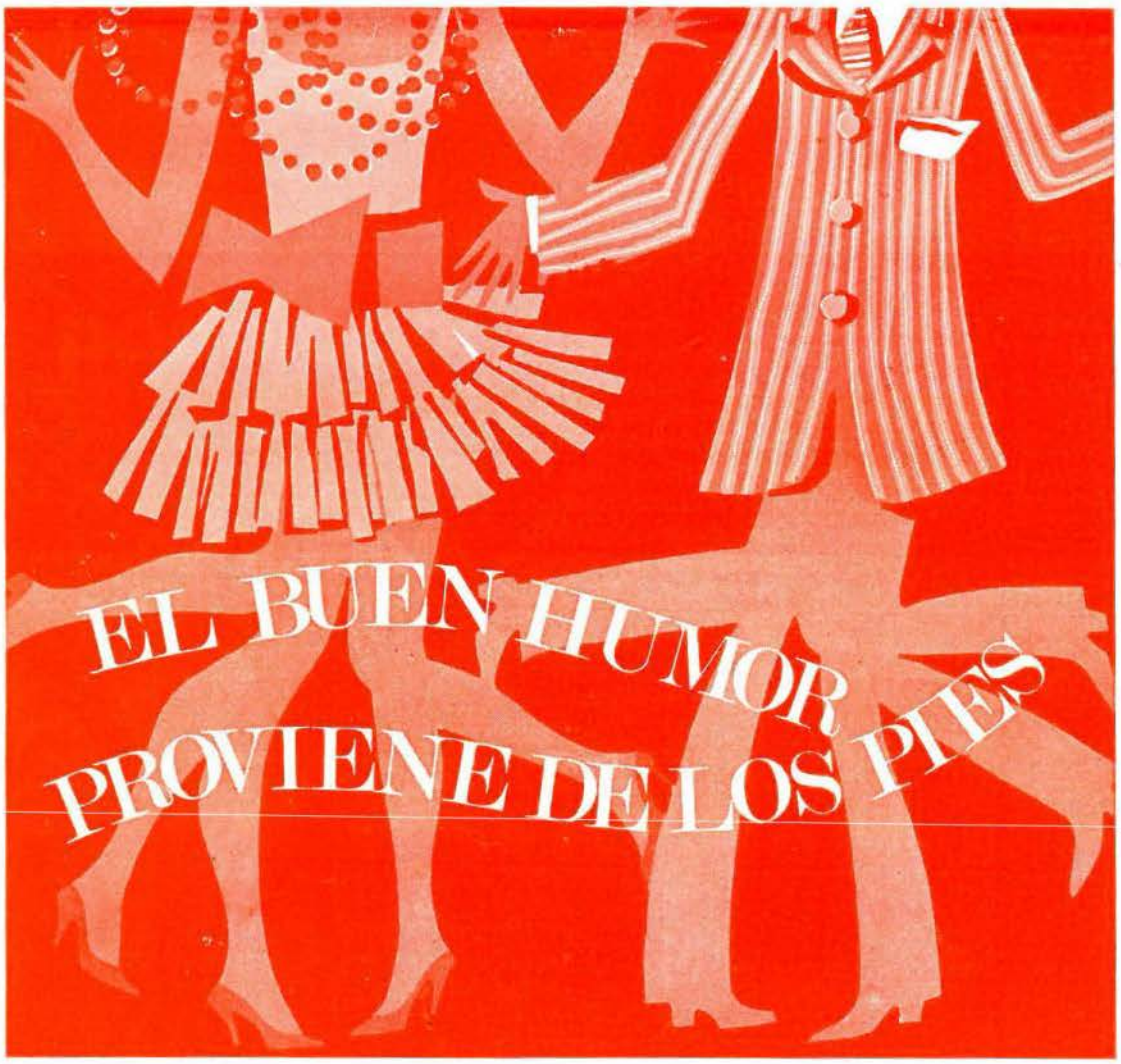
VERDI, 169 - Barcelona-12
Tels. 228 84 98 - 227 76 32



# REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

Marzo-Abril 1971

n.º 20




# podólogo:

**¿quién mejor que Ud. puede asegurar la veracidad de este slogan...?**

**¿quién mejor que Ud. para liberar a sus pacientes del enemigo que ataca "la raíz" de la persona...?**

**...¿y quién mejor que Ud. para dar vigor y tranquilidad a esa raíz, con la ayuda de...**

## AKILEINE

que **descongestiona** los pies haciendo desaparecer el ardor en las plantas, a la vez que **desodoriza** y modera la transpiración ya que no contiene formol u otros productos nocivos, que puedan provocar inflamaciones o irritaciones en la piel.

## AKILTROPIC

que **neutraliza los efectos de la transpiración** y elimina la enfermedad de las piscinas.

Pida muestras a Lab. Inibsa - Loreto, 8 - BARCELONA-15

# REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

ORGANO DE LA AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

Redacción y Administración:
Bruch, 144, pral. - Barcelona - 9

**Director:**
Leonardo Escachs Clarina

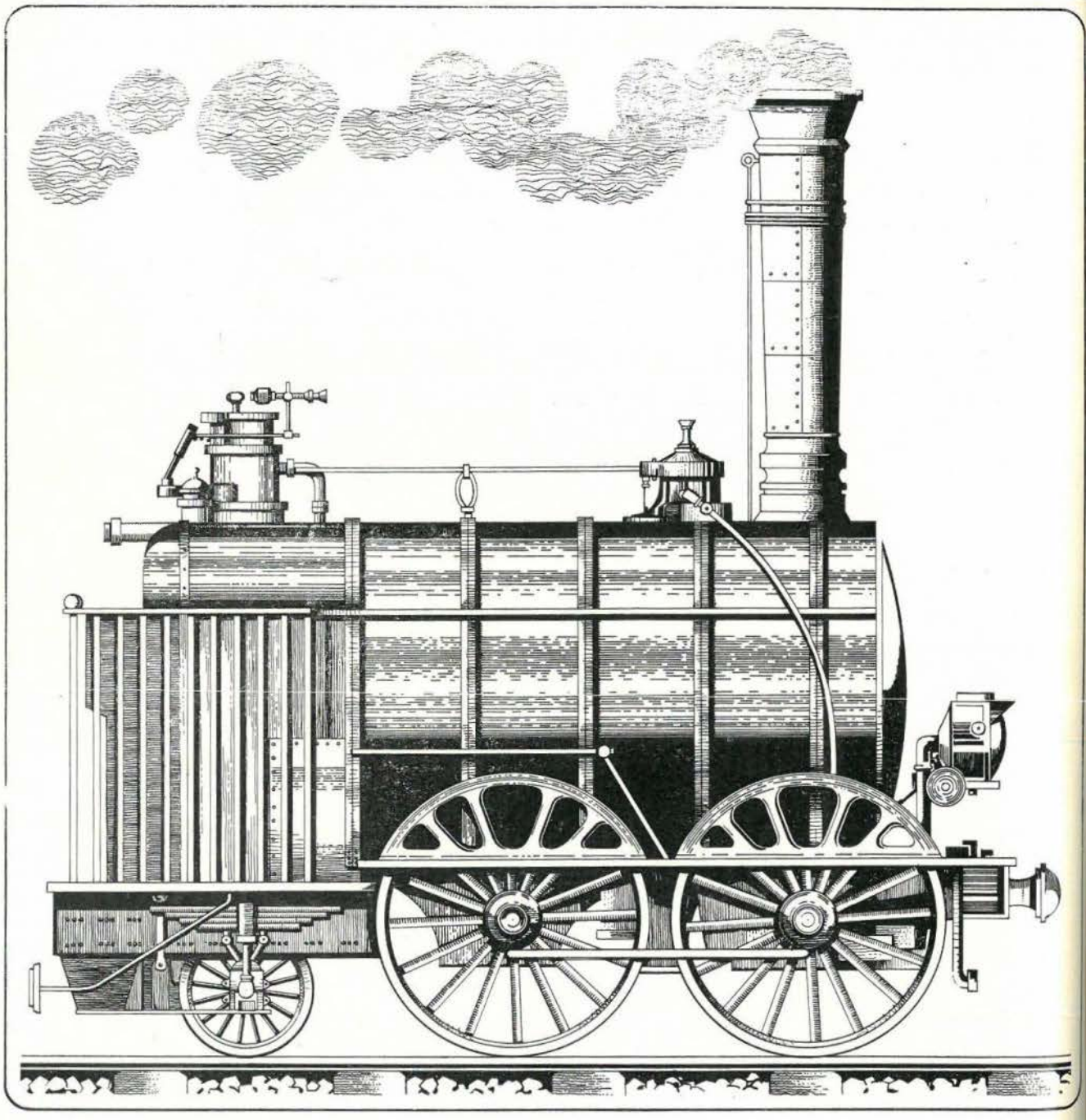
**Sub-director:**
Pablo Vilató Ruiz

**Redactor jefe:**
Francisco Mañé Domingo

Manualizaciones ESCUELA NORMAL - Deposito Legal: B. - 13484 - 1968

## SUMARIO

3 **Junta de Gobierno**
5 **Editorial**
7 **Mi opinión personal**
11 **Teorías quirúrgicas en la cirugía de la uña**
15 **V Congreso Nacional de Podología**
20 **Pie Cavus Esencial**
25 **VI Congreso Internacional de Podología**
31 **La Podología en Hispanoamérica**



en procesos reumáticos...

**ditrone** cápsulas 100 y 200 mg (envases con 20 cápsulas)
supositorios 200 y 500 mg (envases con 16 y 10 sup. respec.)

**delta ditrone** envase con 50 cápsulas

HOSBON S.A.

# AGRUPACIÓN DE PODÓLOGOS DE ESPAÑA

## JUNTA DE GOBIERNO

| | | |
|---|---|---|
| Presidente Nacional | D. LEONARDO ESCACHS CLARIANA | Barcelona |
| Vice-Presidente 1.º | D. JUAN PEREZ LAZARO | Madrid |
| Vice-Presidente 2.º | D. ISAIAS DEL MORAL CEJALVO | Valencia |
| Secretario General | D. JOSE A. CALVO GARCIA | Zaragoza |
| Vice-Secretario | D. FRANCISCO MAÑE DOMINGO | Barcelona |
| Tesorero | D. M. GAVIN BARCELO | Barcelona |
| Contador | D. LUIS AYCART VIJUESA | Madrid |
| Vocal 1.º | D. FCO. MORAN VENTURA | Las Palmas G. Canaria |
| Vocal | D. JUAN VIDAN TORRES | S. Compostela |
| Vocal | D. LUIS INCHAURRONDO | Irún |
| Vocal | D. JOSE M.ª BAEZ BASAURI | Bilbao |
| Vocal | D. FRANCISCO BERNEDO GARCIA | Granada |

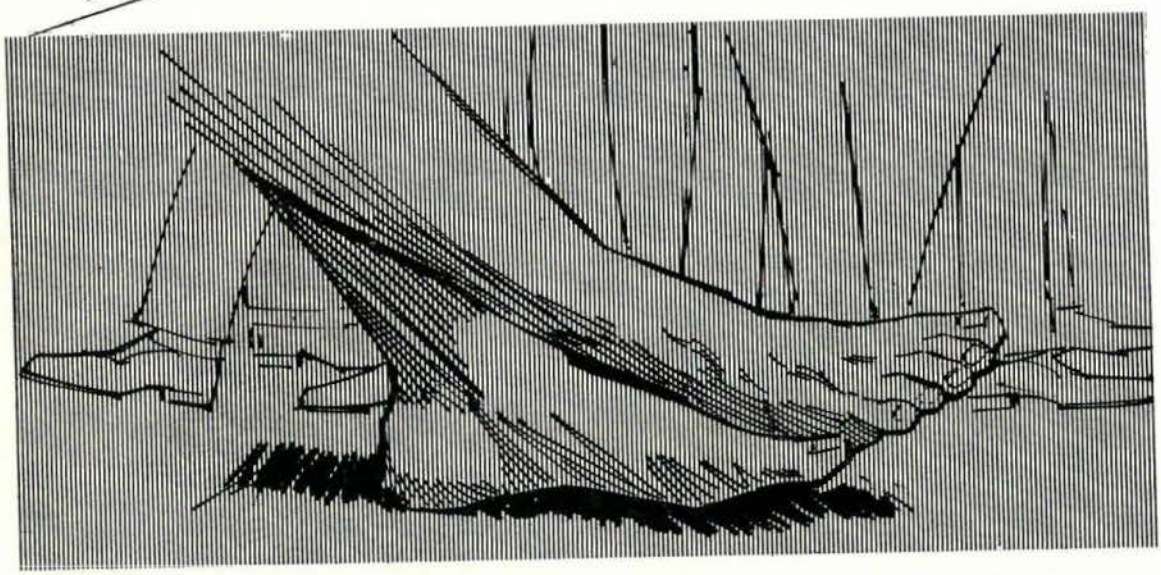
## DELEGADOS DE ZONA

**D. José M.ª Báez Basauri.** Mayor, 27, 6.º. Las Arenas. BILBAO.
**D. José Luis Inchaurrondo.** Paseo de Colón, 65. IRUN.
**D. Juan Vidán Torres.** Preguntoiro, 10. SANTIAGO DE COMPOSTELA.
**D. Antonio Báez Prieto.** Alcalá, 313. MADRID.
**D. José Antonio Calvo García.** Coso, 77, 5.º. ZARAGOZA.
GERONA: **D. José M.ª Bosch Doménech.**
**D. Jaime Sala Pich.** Muntaner. BARCELONA-11.
**D. Isaías del Moral Cejalvo.** Moratín, 6. VALENCIA - 2.
**D. Francisco Bernedo García.** Príncipe, 12. GRANADA.
**D. Francisco Morán Ventura.** León y Castillo, 8. LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

## DELEGADOS PROVINCIALES

ALAVA: Sin Delegado Provincial.
ALBACETE: **D. Luis Juan Navarro.**
ALICANTE: **D. José Olcina Morales.**
ALMERIA: Sin Delegado Provincial.
AVILA: Sin Delegado Provincial.
BADAJOZ: **D. José Villafaina de la Cruz.**
BARCELONA: **D. Jaime Sala Pich.**
BILBAO: **D. Víctor Fano Ugartiza.**
BURGOS: **D. Elías Hernando Tamayo.**
CACERES: **D. Timoteo Fernández Gil.**
CADIZ: **D. Manuel Aibalá Valle.**
CASTELLON: **D. Nicolás Prats Moreno.**
CIUDAD REAL: **D. Luis Barba Vázquez.**
CORDOBA: Sin Delegado Provincial.
CUENCA: **D. Gerardo Bollo de la Peña.**
GERONA: **D. José M.ª Bosch Doménech.**
GRANADA: Sin Delegado Provincial.
GUADALAJARA: Sin Delegado Provincial.
HUELVA: Sin Delegado Provincial.
HUESCA: Sin Delegado Provincial.
JAEN: **D. Leandro Rodríguez Revuelta.**
LA CORUÑA: **D. Francisco de la Cruz Agustí.**
LAS PALMAS DE GRAN CANARIA: **D. Francisco Morán Ventura.**
LEON: Sin Delegado Provincial.
LERIDA: Sin Delegado Provincial.
LOGROÑO: **D. Vicente Alvarez Pipaon.**
LUGO: Sin Delegado Provincial.
MALAGA: **D. Antonio Gutiérrez Velasco.**
MADRID: **D. Zacarías García Andrés.**
MELILLA: Sin Delegado Provincial.
MURCIA: Sin Delegado Provincial.
ORENSE: **D. Elisardo Bralo Rego.**
OVIEDO: Sin Delegado Provincial.
PALENCIA: **D. Damián Porro Villarroel.**
PALMA DE MALLORCA: **Juan Bta. Brines Rubio.**
PAMPLONA: **D. Javier Sarasa.**
SALAMANCA: **D. Antonio Basas Enciras.**
SANTANDER: Sin Delegado Provincial.
SAN SEBASTIAN: **D.ª Pilar Gómez Eizaguirre.**
STA. CRUZ DE TENERIFE: **D. Armenio Méndez Martín.**
SEGOVIA: **D. Francisco García Rodríguez.**
SEVILLA: Sin Delegado Provincial.
SORIA: Sin Delegado Provincial.
TARRAGONA: Sin Delegado Provincial.
TERUEL: Sin Delegado Provincial.
TOLEDO: Sin Delegado Provincial.
VALENCIA: **D. Manuel Campo Rodríguez.**
VALLADOLID: **D. Alfonso Domínguez Milán.**
VIGO: Sin Delegado Provincial.
ZAMORA: **D. Juan J. Miguel Barrios.**
ZARAGOZA: **D. José Antonio Calvo García.**

¡NUEVA FORMULA!



# Pentoderm®

## Crema dermoprotectora cutánea

Tubo con 50g de crema (62,80 ptas.).

DESDE 1880 CERA

Laboratorios Cera, S. A. –Aptado. 9001 - Barcelona

# EDITORIAL

Cuando esta Revista llegue a manos de todos los compañeros agrupados, posiblemente ya habrán recibido información referente al próximo Congreso Nacional de Podología a celebrar en Barcelona en el mes de julio.

Un acto más y, como no, de sigular importancia viene a sumar un nuevo eslabón en la ya larga cadena que los podólogos españoles han ido forjando desde hace muchos años y, muy especialmente, desde la creación del Decreto que tan magníficamente reglamenta nuestra Especialidad.

El afán constante de superación demostrado por un nutrido grupo de compañeros dispuestos siempre a la noble lucha por el engrandecimiento de la Podología y capaces de ímprobos sacrificios de todo orden, viene en esta ocasión a plasmarse en un nuevo Congreso. La Ciudad Condal —Ciudad de Ferias y Congresos— abre una vez más sus puertas a toda España para recibir con su proverbial cariño a la gran masa de podólogos que desde los más apartados rincones de nuestra geografía esperan ansiosos la fecha de apertura del mismo.

Desde aquel venerado Cirujano - Callista —los pioneros que pusieron la primera piedra de la actual Podología— hasta el actual Podólogo, no existe, ni es posible, realizar comparación alguna. Desde aquellos hombres que deseando aliviar el dolor de pies de sus semejantes, sin otros conocimientos más que su innegable buena voluntad, hasta el actual Podólogo, con su especialidad debidamente estructurada y reglamentada, con unos amplios estudios y un campo de acción muy bien delimitado, es difícil efectuar comparación alguna.

Pero no debemos olvidarnos que nuestros antecesores con sus inquietudes, con sus afanes, con sus deseos de aumentar conocimientos, fueron, en cada una de sus respectivas épocas los que fueron catapultando a las promociones más jóvenes hacia la actual situación, hacia esa bien situada esfera en la que se encuentran los podólogos.

Valorando todos estos importantes hechos ocurridos y quizás como rendido homenaje a estos antepasados es por lo que los podólogos se mantienen constantemente en esa línea de superación y estudio. Y ello se viene demostrando en forma palpable en todas cuantas manifestaciones y demás actos se vienen celebrando.

Este Congreso que, como decimos, viene a sumar un nuevo eslabón en la calena merece la atención de todos los conscientes profesionales. No es posible sentirse Podólogo sin estar en primera línea y sentir amor a la profesión. No es posible creer que "se sabe mucho" si no se está al día y, para ello, es condición indispensable estar presente en los congresos. Es en éstos donde se plasman nuevas ideas, nuevas orientaciones, nuevos

materiales, nuevos conceptos. Se comentan, se discuten, se recuerdan. Esto es lo importante.

Molestoso es recordar con pena cómo aún hoy, a pesar de todos los beneficios alcanzados y vislumbrando de mejores si cabe, existen compañeros abúlicos, despreocupados, cansados. Compañeros que sin un verdadero sentido de compañerismo, esperan cómodamente sentados en sus casas que "los demás" les solucionen muchas de las papeletas ¡¡Qué lástima!!

Afortunadamente, al frente de la Agrupación tenemos a un compañero con un tesón maravilloso, indomable, dispuesto al paroxismo del sacrificio en pro de su especialidad. Tenemos al hombre que por encima de bienes materiales, por encima de diversiones, por encima de su bienestar personal y de su propia familia, lleva muchos años en la brecha luchando denonadamente por la Podología. Pero, sabido esto, es mucho más triste el darse cuenta de que, alrededor del mismo, sólo hay un reducido grupo de compañeros —siempre los mismos— dispuestos a colaborar con él. No están los 700 de toda España. ¡Lástima! Y quizás deberíamos de reflexionar un poco y pensar que si nos faltara ese paladín, ese capitán..., ¿qué sería de la Podología?

Este Congreso que ahora se va a celebrar, tendrá como marco la Ciudad Condal. Es la ciudad de nuestro Capitán. Quizás como homenaje a él y quizás como testimonio de que aún hay un nutrido grupo de compañeros que le secundan, deberíamos estar presentes para fundirnos en un apretado abrazo y dejar fehaciente constancia de nuestro reconocimiento a su titánico esfuerzo en beneficio de todos.

Conjuntamente con el Congreso —y como un acto más del mismo— se van a realizar en la Escuela de Podólogos de la Facultad de Medicina unos Cursos Monográficos. Van a ser tres días exhaustivos de estudio y trabajo, aprendiendo nuevas técnicas y el uso y aplicación de nuevos materiales, especialmente en la parte de prótesis. Todo ello va a redondear unas bellas jornadas científico profesionales de las que, sin género de duda, ha de quedar en el corazón de todos los asistentes un imborable recuerdo.

¡¡Hasta Barcelona pues!! ¡¡La Ciudad Condal nos espera!!

# Mi opinión personal

por **L. ESCACHS**
Podólogo

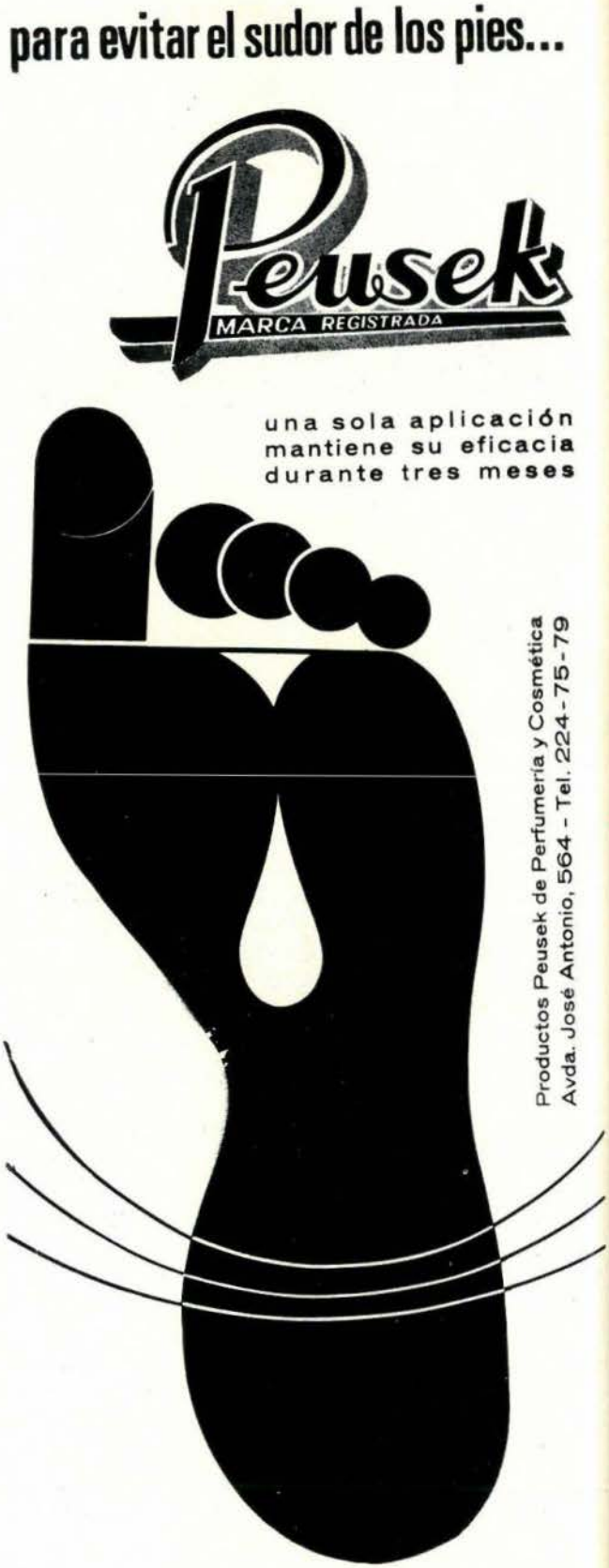
**(Continuación)**

Como ya hemos dicho varias veces durante este escrito, nuestra relación de los hechos acaecidos hasta hoy, se viene redactando de memoria. No disponemos ni usamos notas, revistas ni otros detalles recordatorios. Por todo ello —y repitiendo también mis anteriores palabras— ruego a mis amigos lectores sepáis perdonar cualquier involuntario olvido de un dato, de una persona,de un hecho ocurrido. Y ello viene condicionado por el hecho de que, al repasar todo lo escrito me he dado cuenta de la omisión de dos importantes actos celebrados, cual son las dos Semanas Nacionales de Podología. La primera de ellas tuvo lugar en el bello marco de la ciudad de Santiago de Compostela. La segunda, en el no menos maravilloso marco de la histórica ciudad de Zaragoza.

La Semana Nacional de Podología que se celebró en Santiago de Compostela fue organizada por este gran amigo residente en dicha localidad, nacido allí y cónsul de la profesión en la misma ciudad. Me refiero al magnífico compañero D. Juan Vidal Torres el cual, con su entrega, su voluntad y tesón, nos deparó una magnífica organización. La asistencia de compañeros fue numerosa. Los actos se celebraron dentro de la Facultad de Medicina cedida galantemente por esta gran persona, inteligente catedrático y buen amigo que es el Excmo Sr. D. Angel Jorge Echeverri a quien tuvimos el honor de conocer ofreciédonos desde el primer momento su amistad. Una amistad sincera que perdura y perdurará siempre. También recibimos enseñanzas de otros eminentes profesores todos ellos grandes amigos de la Podología y que nos ofrecieron su saber a través de magistrales conferencias. Hicimos unas sesiones de cirugía podológica siempre dentro de nuestro campo profesional y que se desarrollaron siempre en el Hospital de la propia Facultad de Medicina. Siempre y en todo momento estuvimos tratados maravillosamente por todo el cuadro de profesores, catedráticos, etc. Esta Semana era verdaderamente necesaria para poder entablar contacto con todos los compañeros del Noroeste y Oeste de España y gracias a la masiva presencia de profesionales de dicha Zona, pudimos hacerlo cumplidamente. Así enta-

blamos contacto directo, además de con el amigo Vidan, con los no menos amigos Santomé, Contreras, Meirás, Mondelo, de la Cruz, Medina, Agudo, Carmona y, si mal no recuerdo, creo estuvo también presente el amigo Villafaina, amén de otros que siento infinito no recordar en este momento.

Como ya he dicho anteriormente la organización llevada a cabo por el ímpetu y cariño del amigo Vidan fue perfecta. Tan perfecta como ha venido en otras ocasiones a demostrarnos este gran amigo. Camaradería, cariño, aprovechamiento científico y también buenos conferenciantes podólogos desplazados de los más lejanos rincones de nuestra Patria. Entre ellos me permito destacar al amigo Enrique Salas García que se desplazó desde Barcelona para esparcir su ciencia podólogica por Santiago. Muchacho meticuloso hasta extremos insospechados. Igual que prepara exhaustivamente unos apuntes, una conferencia o un trabajo cualquiera, tambien este desplazamiento lo preparó con toda clase de detalles hasta el extremo de que, habiendo tenido la satisfacción de realizarlo juntos, pude comprobar cómo era portador de cualquier cosa que, en un determinado momento, pudiera ser necesaria. Así iba provisto de azúcar, sacarina, cucharas, cuchillos, tabaco de todas clases, comida en latas, agua, vino, bicarbonato, bisturís, vendas, esparadrapo, asparinas, etc. Sería interminable enumerar la total cantidad de objetos que podían salir de uno de sus bolsillos o maletas. Y ya dentro de esta reseña anecdotaria, me permito exponer un hecho que pone de manifiesto un temperamento innato en el amigo Salas García. Muchas veces vosotros me habréis oído decir —como así es en honor a la verdad— que yo no duermo nunca. Que si no es por una cosa es por otra, pero que todas y cada una de las noches de mi vida, está llena de reuniones, de consultas, de velas, viajando. Pues bien el amigo Salas tuvo la enorme fuerza de voluntad de estar despierto durante el viaje en espera de verme dormido y poderme sacar una fotografía "en los brazos de Morfeo". Sí, me dormí. Y a la vuelta de Santiago, cuando en una ocasión se me ocurrió repetir "que hacía meses y meses que no dormía y sería capaz de quedarme dormido estando de pie", este buen

amigo, tranquilamente, sacó de su cartera una foto —la que hizo durante el viaje de ida— y me la mostró, pudiéndose apreciar perfectamente que estaba dormido "como un tronco. Al pie de dicha foto, había una inscripción que decía textualmente: "Mientras nuestro Delegado Nacional duerme..."

Bueno, aparte de esta expansión un tanto jocosa del viaje, debo significar la magnífica actuación científica desarrollada durante su conferencia, acaparando la atención de todo el auditorio y dejando plena constancia de su magnífica preparación y entrega total a la profesión. Todo ello nos dejó una imperecedera impresión.

Y con el buen sabor de esta Semana, empezamos la segunda unos meses después, celebrándose el mismo año en Zaragoza. Esta no desmereció en lo más mínimo de la primera pues si hubo un gran hombre en Santiago para organizar la de allí, un gran hombre hubo en Zaragoza para organizar esta segunda. Y este hombre fue José Antonio Calvo García quien también con su labor particular y en solitario, supo organizar perfectamente todos los actos. Consiguió una asistencia numerosa de compañeros de toda España. Junto al amigo Calvo, estaba la fuerte ayuda moral de otro gran compañero zaragozano; me refiero a Lacruz, pionero de la Podología en la capital aragonesa y en España toda. Aún hoy, bordeando ya los 80 años, edad en la que ya el cuerpo empieza a desear descanso, él, infatigable, animado de un tesón y un cariño inmensos a su Especialidad sigue en la brecha con el mismo ardor de antaño. Gran ejemplo para todos.

Durante esta Semana, entablamos contacto directo con los compañeros de Zaragoza, Sánchez, Pilar y Natividad Gonzalvo, Nieves Iglesias, el veterano Ara y su hija, el joven Vallejo y tantos otros que siento infinito no recordar en estos momentos. ¡Ah! También recuerdo a Bliblian y Campos. Otro de los que estuvo presente sin ser de la propia Zaragoza, fue el embajador de la Podología en Logroño, el amigo Vicente Alvarez Pipaón. Otro, el gran amigo y constante asistente a todos cuantos actos se han venido desarrollando tanto en España como en el extranjero, el compañero Bernedo, de Granada. Este último, junto con Agudo, de Ponferrada, han estado, repito, en todas partes. Siempre, dentro y fuera de los actos, me he encontrado con ellos. Y este dúo —Bernedo - Agudo— fue el que, sin faltar a sus obligaciones, asistiendo regularmente a todos los actos científicos, supieron sacar provecho de sus desplazamientos, visitando todo lo visitable y más.

Debo destacar también la relación que se entabló como consecuencia de nuestra Semana Nacional de Podología, con el Profesor de la Facultad de Medicina de Zaragoza, Dr. Giménez así como el reencuentro con un antiguo amigo nuestro y Catedrático de la misma Facultad, Dr. D. Andrés Pie Jordá. Todos ellos, con sus atenciones para con todos nosotros, dejaron en nuestros corazones profunda huella.

También, al igual que en la celebrada en Santiago de Compostela, hicimos unas demostraciones de cirugía podológica, dentro de la Facultad de Medicina como testimonio palpable de nuestros conocimientos y técnicas dentro del campo profesional que nos corresponde. Todo salió a la perfección y recibimos plácemes por ello.

Coincidiendo con la celebración de nuestra Semana, se procedió a la inauguración del Primer Dispensario Municipal de Podología y tuvimos el honor de acompañar al Excelentísimo Alcalde, Sr. Laguna en dicho acto. Este Dispensario es, quizás el único que existe en España y su consecución se debe indiscutiblemente a iniciativa y gestión de este gran amigo que es Calvo, organizador, director y gestor de todos los éxitos obtenidos en dicha Semana Nacional así como de muchos más que luego se han ido produciendo.

Más tarde, tuvimos el honor de asistir a un merecido homenaje que Zaragoza tributó a José Antonio Calvo en el transcurso del cual le fue entregada una merecidísima placa como testimonio de afecto y simpatía de todos. Es una satisfacción para mí el resaltarlo por considerar que éste es quizás el homenaje tributado con más por no decir total, unanimidad de criterio entre todos los que lo tributaron. Si gran cosa es merecer mucho mejor es que quien otorga lo haga con todo el corazón.

**(Continuará)**

# Plantillas Ortopédicas Elásticas

# F E R R I Z

**MEDALLA DE PLATA EN EL X SALON INTERNACIONAL DE BRUSELAS**

La Firma que fabrica el mayor y más completo surtido de piezas accesorias para toda clase de anomalías pédicas, ofrece a todos los Podólogos de España su total garantía y seriedad comercial.

BERNABE SORIANO, 30 - TELEFONO 23 28 29 - J A E N

# Teorías quirúrgicas en la cirugía de la uña

**FELIX ALONSO ROYANO**
**Podólogo**

Los principales motivos por los cuales es consultado el Podólogo en una afección ungueal son:

1) Onicocriptosis o uña encarnada.
2) Onicogrifosis.
3) Onicomicosis.
4) Tumores ungueales.

Por este orden de prelación.

**ONICOCRIPTOSIS O UÑA ENCARNADA:**

Se conoce con estos términos una hipertrofia inflamatoria de los labios periungueales, generalmente infectada y que origina la participación del surco ungueal y la incrustación de la lámina en el tejido reactivo.

Para Duvries esos términos no son adecuados y prefiere emplear la terminología de hipertrofia labioungueal. Escachs, de Barcelona, emplea el término de **rodetes.** Patel sigue empleando el término uña encarnada y Arandes la llama también onixis lateral.

Es una afección muy molesta por la que se nos consulta a menudo y requiere indefectiblemente tratamiento quirúrgico. Sólo en casos muy leves se puede emplear el procedimiento de Newman, consistente en introducir una férula entre lámina y labio hipertrofiado y que yo también preconizaba en el año 63 o el uso de gasa empapada en una medicación astringente.

Hay muy diversos procedimientos entre los que citaremos el de Duvries, el de Follin, Wallet, Escachs y el que normalmente empleo en la clínica.

**Procedimiento quirúrgico de Follin:**

Se extirpa la parte afecta de la uña y de los tejidos inflamados y si los dos bordes están afectados se desonica la lámina.

**Procedimiento de Wallet:**

Se practica en dos tiempos. En el primero se procede a extirpar el ángulo interno de la lámina y el tejido inflamado. Cuando la inflamación ha pasado totalmente se extirpa la porción más interna de la uña y el reborde ungueal suturando los labios de la herida.

**Procedimiento de Duvries:**

Lo voy a explicar con más detalle por considerarlo junto con el método que yo empleo, los de elección y de resultados más positivos:

1. Incisión paralela al borde afecto de la lámina ungueal.
2. Otra incisión elíptica que vaya a encontrarse con la primera y por debajo de ésta.
3. Se diseca la grasa sobrante.
4. Se introduce un elevador de Frost para

despegar unos 3 mm. de lámina ungueal en el borde afecto.

5. Se sutura a través del dorso de la uña y del labio de la herida de manera que volviendo con la aguja a introducir de nuevo el hilo en la uña, al tirar quede invaginado el borde de la herida por debajo de la lámina.

6. Sutura de los bordes de la incisión en el epoquinio y en el extremo libre del dedo.

**Procedimiento de Escachs:**

Presta especial atención a una amplia resección del labio ungueal hipertrofiado que denomina **rodete** y que no sutura, cicatrizando por segunda intención. Con ello remoldea el dedo, quedando ligeramente más estrecho y dificultando la aparición de recidivas.

**Procedimiento empleado por mí:**

No empleo un procedimiento únicamente. Depende del grado de la afección y del tipo de dedo, pero el más comúnmente empleado por mí, consiste en:

1. Anestesia troncular con Novocaína.
2. Hemostasia preventiva en la raíz del dedo.
3. Despegamiento del labio ungueal hipertrofiado que generalmente asienta libre sobre la uña.
4. Despegamiento con elevador de Frost o simple sonda acanalada, del borde ungueal afecto.
5. Onicotomía latero-lateral hasta la matriz. A veces incisión del eponiquio.
6. Incisión redondeada o elíptica del labio hipertrofiado y extirpación del mismo.
7. Legrado con cucharilla de Wolkmann de la matriz ungueal en toda su longitud y anchura, equivalente al trozo de lámina extirpada, así como escalpelo y tijera de ojos para limpieza rigurosa de restos.
8. Sutura de aproximación o de coaptación entre lámina ungueal y el borde carnoso.
9. Antisepsia y vendaje adecuados.

Tras esto prescrito, analgésicos, reposo del pie por 24 horas, antibióticos durante 48 horas, generalmente y como profilaxis y curas cada 3 ó 4 días.

**ONICOGRIFOSIS**

Para esta afección, que según Pambor representa un síntoma polietiológico, tan frecuente en personas de edad avanzada, sólo encuentro dos tratamientos que dependerán de varios factores y que ya fueron citados por mi ayudante Jorge Ugarriza en el III Congreso Nacional de Podología, en un trabajo que disertó bajo el título "Nuevas aportaciones en Cirugía Ungueal". En quienes no proceda la intervención quirúrgica se empleará el rebaje mecánico de la uña pero con sumas precauciones. Creo fundadamente que un alto porcentaje de onicogrifosis están afectas de micosis y también el referido Pambor, de Magdeburgo, lo estima así, por lo que el rebaje mecánico puede producir, a la aspiración de partículas micóticas, micosis pulmonares, como ya comunicó recientemente Beisenherz en una apretada casuística y que Jorge Ugarriza (1969) comentó en el citado III Congreso Nacional de Podología.

El procedimiento quirúrgico es la desonicación y el tratamiento del lecho ungueal con antimicóticos eficaces. En caso de recidiva es aconsejable la onicotomía radical con extirpación de toda la matriz, amputación del extremo distal y formación de un colgajo cutáneo que recubra la falta ungueal. El dedo queda ligeramente más corto pero no se afecta su misión de fulcro.

**ONICOMICOSIS**

Las uñas pueden enfermar con tiñas, bien de un modo secundario a una tiña de cuero cabelludo o ser un foco primario y aislado. Generalmente los blastomicetos y los hifomicetos son los huéspedes más frecuentes e incluso algunas veces la candidiasis ungueal.

Entre los hifomicetos destacan el trichophytón mentagrophytes, el trochophytón rubrum, purpureum, etc. Este parasita de forma predilecta en las capas profundas de la lámina ungueal.

Hay que tener en cuenta que a veces estas onicomicosis van asociadas a epidermoficias interdigitales y plantares representando un factor de resistencia para la curación de tales epidermoficias. Las recidivas son frecuentes y decepcionan los tratamientos

Uña que vean engrosada, un tanto despegada y con sustancia polvosa amarillenta entre la lámina y el lecho, piensen que se encuentran ante una tiña, aunque para cerciorarse por completo se precisa un cultivo del hongo.

El tratamiento que les propongo, entre otros que hay, es:

1. Reblandecer la uña con tioglicolato Cálcico al 10 %. No se les ocurra rebajar mecánicamente la lámina por el temor a una infección pulmonar como ya hemos apuntado sobre el trabajo de Beisenherz y que mi colaborador Jorge Ugarriza comentó en el 69, a no ser que utilicen mascarilla buconasal y aspiración pulvígena adecuada. También pueden hacer la desonicación quirúrgica.
2. Aplicar con gran constancia antiparasitarios de alta concentración del tipo del Nitrato Amoniacal en solución, Acido Undecilénico, Griseofulvina o Tlnaftato al 1 % en solución.

Una cuestión es primordial: Hacer ver al paciente lo molesto y lento de su lesión, por lo que deberá de armarse de gran paciencia y por nuestra parte una gran constancia terapéutica. Ni que decir tiene que la profilaxis de los terrenos circuntantes en evitación de permanentes recidivas, es la pauta primordial a seguir.

## TUMORES UNGUEALES

Los tumores ungueales más frecuentes en el pie son las exóstosis ungueales, los tumores glómicos y los helomas subungueales, todos ellos benignos. De los malignos, los únicos que cabe destacar son el melanoma subungueal y el carcinoma primario del lecho ungueal De 85 casos de melanoma subungueal, Pack y Adair (1939) localizaron 34 casos en el dedo gordo. En éste tipo tumoral, afortunadamente infrecuente, el pronóstico depende de que haya o no metástasis. Ashby (1956) habla de 27 casos de carcinoma en el asentamiento que hemos citado.

Veamos ahora el cuadro de caracteres diferenciativos entre los benignos y malignos:

| Caracteres: | Benigno: | Maligno: |
|---|---|---|
| Cápsula | Tiene | No tiene |
| Recurrencia | No | Sí |
| Suministro de sangre | Escaso | Abundante |
| Relación con los tejidos circundantes | No adherentes | Adherente |
| Contorno | Regular | Irregular |
| Metástasis | No | Sí |
| Células | Adultas | Embrionarias |
| Crecimiento | Lento | Rápido |
| Influencia sobre la vida | Poca o ninguna | Casi siempre fatal |

## EXOSTOSIS SUBUNGUEAL

Casi siempre aparece en el dedo gordo; es una neoformación osteógena para algunos autores, Duvries entre ellos, y exóstosis perióstica de tipo irritativo para otros como Patel. Está situada sobre la cara dorsal de la falange distal. Puede presentar dos aspectos generalmente: En forma de cúpula o en forma de hongo. Su presencia es más frecuente en niños y adolescentes y su etiología es muy oscura. Se desarrolla hacia la parte media de la falange distal o incluso hace prominencia cuando su volumen adquiere el tamaño de un guisante con lo que puede despegar los bordes ungueales o asomar por el borde libre.

**Sintomatología:** Dolor a la presión del calzado y de la exploración. A veces la uña toma una coloración un tanto azulada a nivel de la exóstosis que no debe confundirnos con un tumor glómico. Cuando el tamaño de la exóstosis es suficiente comienza un abul-

tamiento y despegamiento de la lámina ungueal. A veces el tumor puede estar ulcerado y rezumante.

**Diagnóstico:** Por la exploración "de visu" y radiográfica.

**Tratamiento:** Exclusivamente quirúrgico, con cualquiera de los métodos que detallamos:

A) 1. Anestesia troncular del dedo.

2. Hemostasia preventiva en la raíz del dedo.

3. Desonicación total.

4. Incisión en herradura alrededor del borde del lecho ungueal.

5. Disecar el colgajo que se forma hasta el dorso de la falange distal.

6. Legrar de la cara inferior del colgajo los tejidos hipertrofiados.

7. Extirpar, con cizalla para huesos apropiada, la exóstosis y alisar con escofina el dorso de la falange distal.

8. Cubrir el hueso con el colgajo del lecho ungueal. Si es preciso, fijarlo con sutura a los labios del pliegue cutáneo.

9. Antisepsia y vendaje.

Habrá de tenerse en cuenta que con este tipo de intervención puede ocurrir el esfacelo del colgajo, por lo que hay que tener en cuenta semejante eventualidad. De cualquier forma aparece una capa epitelial que da lugar a una uña rudimentaria que no molesta.

*(Continua en la pág. 19)*

Scholl

ORGANIZACION MUNDIAL PARA EL CONFORT DE LOS PIES

FABRICAS Y GABINETES DE APLICACION EN LAS PRINCIPALES POBLACIONES DEL MUNDO

**Se honra en colaborar con los Sres. Podólogos, poniendo a su servicio su larga experiencia en la especialidad y las reconocidas, calidad y eficiencia técnicas de sus preparados, remedios y aparatos para la higiene de los pies, la corrección de sus defectos y el alivio de sus molestias.**

Amplia información técnica de carácter general o sobre cualquier caso particular. Visítenos.

- **Plantillas ortopédicas a medida y pre-fabricadas, en cualquier tipo o medida; de metal, plástico, goma, etc., para pie plano, metatarsalgia, pes-cavus, espolón de calcáneo y otras anormalidades del pie.**
- **Medias para varices, tobilleras y rodilleras.**
- **Taloneras - Protectores de juanetes - Separadores de dedos.**
- **Almohadillas y plantillas de latex espumoso para plantas sensibles.**
- **Sales, Polvos y Crema Pédico para la higiene de los pies.**
- **Polvos Bromidrosil para excesiva transpiración maloliente.**
- **Parches y discos protectores (SIN CALLICIDA).**
- **Crema SOLVEX para pie-atleta.**
- **Vendaje elástico ARCH BINDER para pie abierto.**
- **Vendaje elástico con elevación para apoyo de arco metatarsiano.**
- **Almohadillado adhesivo PROTECTO PAD para proteger cualquier punto sensible del pie.**
- **Reductor de hallux-valgus BUNION SPRING.**
- **Reductor de dedo en martillo HAMMER TOE SPRING.**
- **Vendajes tubulares patentados GASATUB (Tubegauz).**
- **Sandalias fisiológicas PESCURA con diseño especial patentado.**

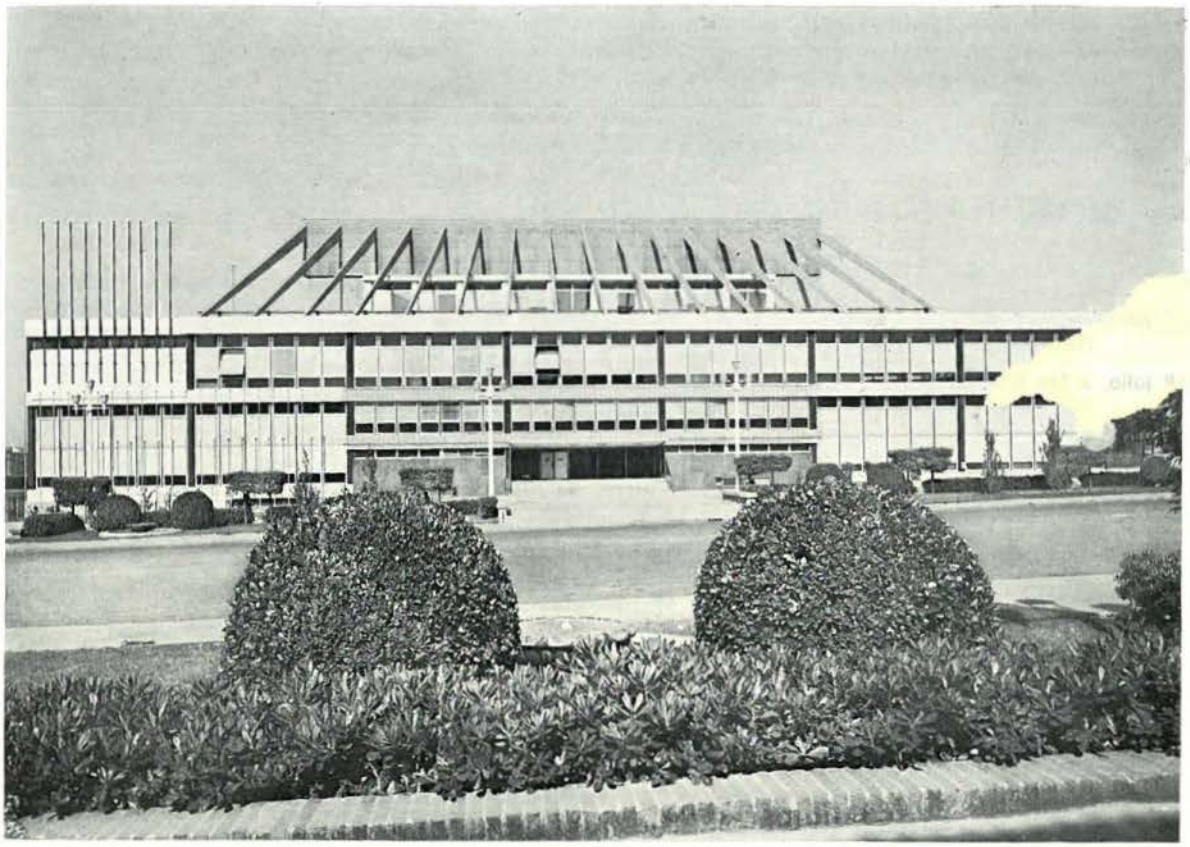
Central en **ESPAÑA:** Rodríguez San Pedro, 5 - MADRID (15) - Tel. 224 75 66

# V Congreso Nacional de Podología

**Barcelona, 18 al 22 de Julio de 1971**

## PALACIO DE CONGRESOS

## programa preliminar



### TEMA

El **V Congreso Nacional de Podología** tiene como tema general:

PROFILAXIS Y AFECCIONES DEL PIE DEL NIÑO

### ACTIVIDADES CIENTIFICAS

Han sido distribuidas en los siguientes capítulos:

a) Ponencias Oficiales
b) Comunicaciones al tema del Congreso
c) Comunicaciones libres

Las comunicaciones al Tema Oficial del Congreso o Libres no podrán sobrepasar los 20 minutos de duración y una sola intervención por podólogo. Las películas no pueden sobrepasar los 90 metros que equivalen a 20 minutos de duración.

No serán admitidos los trabajos llegados después del 15 de junio.

Un ejemplar de las comunicaciones aceptadas será entregado a cada Congresista, junto con la documentación del Congreso.

## CURSO MONOGRAFICO PRE-CONGRESO

Se ha previsto la celebración de un curso monográfico pre-Congreso, en la Escuela de Podólogos, situada en la Facultad de Medicina, Casanova, 143, con el siguiente programa:
Día 15 de julio: Recuperación funcional del pie.
Día 16 de julio: Técnicas de la Escuela en la Prótesis del pie.
Día 17 de julio; Técnicas de la Escuela en la Cirugía Podológica.
Las cuotas de inscripción a dicho Curso son las siguientes:

| | | |
|---|---|---|
| Inscripción a los tres cursos | — | Ptas. 3.000,— |
| Inscripción a dos cursos | — | " 2.500,— |
| Inscripción a un curso | — | " 1.500,— |

## EXPOSICION

Dentro del marco del Congreso, se organizará una exposición comercial en la cual las más importantes empresas y laboratorios exhibirán los materiales y productos más modernos de aplicación para la especialidad.
Los stands, de gran interés para todos los podólogos, estarán atendidos por técnicos que facilitarán toda clase de información.

# Programa Oficial del Congreso

## Días y horario para los Congresistas

17 julio, de 10 a 18 h.:
RECOGIDA DOCUMENTACION EN EL PALACIO DE CONGRESOS

18 julio, a las 9.30 h.:
RECOGIDA DOCUMENTACION

a las 10 h.:
ASAMBLEA GENERAL DE LA AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

a las 13 h.:
INAUGURACION OFICIAL Y VISITA A LA EXPOSICION

a las 16 h.:
VISITA A LA EXPOSICION

a las 17 h.:
PROYECCION PELICULAS DE CONGRESOS ANTERIORES

19 julio, a las 10 h.:
INAUGURACION OFICIAL DEL CONGRESO CON ASISTENCIA DE AUTORIDADES

a las 11 h.:
CONFERENCIA MAGISTRAL

de 15 a 20 h.:
COMUNICACIONES AL TEMA OFICIAL DEL CONGRESO

a las 21 h.:
CENA TIPICA Y FESTIVAL FOLKLORICO EN EL PUEBLO ESPAÑOL

20 julio, a las 9 h.:
EXCURSION A LA COSTA BRAVA, ALMUERZO Y REGRESO A BARCELONA ALREDEDOR DE LAS 19 h.

NOCHE LIBRE

21 julio, de 9 a 12 h.:
COMUNICACIONES AL TEMA OFICIAL DEL CONGRESO

a las 12.30 h.:
EXCURSION A MONTSERRAT, ALMUERZO EN EL RESTAURANTE DEL MONASTERIO VISITA A LA BASILICA Y REGRESO A BARCELONA SOBRE LAS 21 h.
NOCHE LIBRE

22 julio, de 9 a 13 h.:
COMUNICACIONES LIB

de 15 a 18 h.:
MESA REDONDA Y EN
CONGRESO

a las 19 h.:
CLAUSURA DEL CONG

a las 22 h.
CENA DE GALA

## Días y horario para los a

19 julio, a las 10 h.:
Asistencia a la solemne

a las 16 h.:
Visita de la parte mod
Familia y cumbre d

a las 21 h.:
Cena típica y festival fo

20 julio, a las 9 h.:
Excursión a la Costa Br

21 julio, a las 12.30 h.:
Mañana libre. Concentr
hacia Montserrat. A
tes de la Santa Mo

22 julio, a las 22 h.:
Cena de gala

## FACULTATIVO

21 julio, a las 22 h.;
Visita de noche, recorri
tiendo a dos selec
ción en cada lugar
Recomendamos este d
idóneo

22 julio, a las 9.30 h.:
Visita Museo Picasso y

a las 18 h.:
Reparto de Diplomas y

# Comités del Co

**Comité Ejecutivo:**

Presidente: D. JAIME SALA PI
Delegado Provincial

Tesorero: D. MANUEL GAVIN
Tesorero de la Ag

Vocales: D. LIBERTO CAPE
D. ENRIQUE VIOL
D. JOSE MANGRA
Vocales de la Dele

**Comisión Científica:**

D. JOAQUIN SOLE CUCH
Profesor de la Escuela de Podólogos de la Facultad de Barcelona.
D. PABLO VILATO RUIZ
Profesor de la Escuela de Podólogos de la Facultad de Barcelona.
D. FRANCISCO FARRERAS MORCILLO
Miembro de la Delegación Provincial de Podólogos.

**Secretario General:**

D. FRANCISCO MAÑE DOMINGO
Secretario de la Escuela de Podólogos, de la Facultad de Medicina.

**Vice-Secretario:**

D. JUAN ALEMANY BAYES
Secretario de la Agrupación Provincial de Podólogos de Barcelona.

# Información general

**Lugar del Congreso**

Todas las sesiones del Congreso se celebrarán en el Palacio de Congresos de la Feria de Barcelona, Avenida María Cristina, s/n., Barcelona (4).

**Inscripciones**

Dos ejemplares del boletín de inscripción deberán ser remitidos a la Secretaría General del Congreso: **V Congreso Nacional de Podología**, Palacio de Congresos de Barcelona, Avenida María Cristina, s/n., Barcelona (4), antes del día 20 de Junio de 1971.

Como confirmación de la inscripción y del correspondiente pago, se remitirá una tarjeta de participante. Dicha tarjeta deberá ser presentada en el momento de la recogida de Documentación en el Palacio de Congresos.

**Carta de Congresista**

Los derechos de inscripción al Congreso son.

| | | |
|---|---|---|
| — Agrupados: | 1.800,— Ptas. | |
| — No agrupados: | 2.500,— Ptas. | |
| — Agrupados (sólo actos científicos); | 1.000,— Ptas. | |
| — Acompañantes: | 1.200,— Ptas. | Esta suma cubre los gastos de participación en el programa previsto especialmente para personas acompañantes y manifestaciones sociales. |
| — Estudiantes Podología (sólo actos científicos): | 700.— Ptas. | |

Las incripciones recibidas después del 20 de Junio sufrirán un aumento del 10 por 100.

La totalidad de dichas sumas deberá ser remitida antes del 20 de Junio de 1971 a la cuenta N.º 15.270 del Banco de Bilbao, Sucursal R Plaza Maragall, 1, Barcelona (13). Tels.: 236 06 86 y 235 24 10.

**Agencia de Viajes**

El Comité Organizador ha confiado a la Agencia de viajes FRAM-INTER, Ltda., calle Lauria, 64, Barcelona (9), todo lo relativo a viajes, reserva de hoteles, visitas turísticas, excursiones post-Congreso, etc. La Agencia de viajes FRAM-INTER, Ltda., se encargará igualmente del transporte de los congresistas desde el aeropuerto y estación a los respectivos hoteles y viceversa, a petición expresa de cada congresista facultativo.

**Reserva de hoteles**

Toda solicitud de reserva de hoteles deberá dirigirse a Viajes FRAM-INTER, Ltda., enviando el boletín de reserva de alojamiento adjunto.

Dado que el número de habitaciones individuales es limitado, tanto las reservas de hoteles como las habitaciones individuales se concederán por riguroso orden de inscripción.

**Excursiones post-Congreso**

**Viajes post-Congreso**

**Equipo técnico**

Para la proyección de películas o diapositivas, los congresistas dispondrán de los equipos siguientes:

| | |
|---|---|
| Películas: | 8, súper-8, 16, 35 y 70 mm., sobre pantalla normal o panorámica. |
| Diapositivas: | Carroussel-Kodak, 25 y 35 mm. |
| Aparatos de proyección: | Opascope y Epidiascope. |

**Entrega de documentación**

Todos los congresistas deberán presentarse personalmente en la Oficina del Congreso, el 17 de Julio, de 10 a 18 horas, o el 18 y 19, a partir de las 8'30 horas. En el momento de la inscripción deberá presentarse la tarjeta de participante.

**Restaurante**

En el Palacio de Congresos funcionará un servicio de restaurante para que los señores congresistas puedan almorzar los días que se celebren sesiones de trabajo por la tarde. Facultativo.

**Banco-Cambio**

El Banco Exterior de España y el Banco Hispano Americano así como el Banco de Bilbao, tendrán una delegación en el Palacio de Congresos a disposición de los congresistas.

**Correspondencia**

La correspondencia privada de los congresistas puede ser dirigida a los respectivos hoteles, o al **V Congreso Nacional de Podología**, Palacio de Congresos, Avda. María Cristina, s/n. Barcelona (4). España.

**Teléfonos-Télex**

El número de teléfono del Congreso es el 223 31 01.
El número de télex es el: 53117 FOIMB-E.

B) 1. A. roncular.

2. He .a preventiva en la raíz del dedo.

3. Incisión circular alrededor de la exóstosis para liberarla.

4. Amputación de la exóstosis por su cuello, con cizalla de huesos adecuada.

5. Alisado del asentamiento de la exóstosis en el dorso de la falange distal.

6. Recubrimiento de la herida con el pliegue cutáneo con puntos de sutura.

7. Antisepsia y vendaje.

## TUMOR GLOMICO

Se trata de pequeñas masas nodulares formadas por células epitelioides vasculares. En estas zonas de los dedos hay veces en que faltan los capilares por lo que las anastomosis de vénulas y arteriolas son directas. Fueron descritas por Masson en 1924 y su tamaño es pequeño. Entre un grano de arroz, los más frecuentes, hasta un guisante. Para King no se trata de verdaderos tumores, sino de malformaciones vasculares. Son sumamente dolorosos a la más ligera presión y Abranasou los observó muy frecuentemente en el lecho ungueal, aun cuando pueden darse en cualquier otro lugar. Cuando la extirpación es completa no se reproducen. A veces el diagnóstico es tan difícil que no se instaura hasta el examen histológico de la pieza extirpada. El síntoma más característico es el dolor que siempre acompaña a la más ligera presión y a veces con sensación pulsátil. También cuando es superficial su color azulado rosáceo nos hace pensar en un tumor glómico. Hay veces en que el dolor es tan hurente que el enfermo inmoviliza voluntariamente el dedo y aun la extremidad. El tratamiento es exclusivamente quirúrgico, bien por fulguración o por extirpación, aconsejándoles por mi parte, la exéresis quirúrgica que cuando se realiza con una amplia resección da totales resultados.

## HELOMA SUBUNGUEAL

Se instaura una callosidad en el lecho ungueal aun cuando su más frecuente zona es el borde libre o en el surco epiungueal produciendo molestias o dolores mucho más tolerables que en el tumor glómico. El tratamiento más comúnmente empleado consiste en el rebaje o corte de la uña hasta llegar a la callosidad la cual es tratada.

Por mi parte, les aconsejo el tratamiento quirúrgico consistente en la onicotomía lateral o incluso la desonicación, dependiendo de donde se encuentre el heloma, para una vez realizado ese tiempo, llevar a cabo la exéresis radical del heloma suturando después los bordes. De esa forma desaparece totalmente el heloma y no suele producir recidivas.

Y por último recuerden como normativa quirúrgica:

1. Conocer la enfermedad que van a intervenir.

2. Conocer al paciente y las enfermedades ajenas al pie que pudieran tener alguna futura consecuencia en el postoperatorio.

4. Hacer sistemáticamente:

a) Análisis de sangre y orina.
b) Oscilometría.
c) Cifra tensional.

5. Utilizar los medicamentos más idóneos para el tratamiento coadyuvante.

6. Vigilar por sí mismos todo el postoperatorio.

7. Tener plena confianza en sí mismos.

# PIE CAVUS ESENCIAL
## Diagnóstico y tratamiento

por **D. Pablo Vilato**
Podólogo

**Consideraciones previas.** — No están de acuerdo los autores sobre la nomenclatura de una serie de malformaciones del pie que tienen de común la exagerada elevación de la bóveda longitudinal, o sea la limitada por los arcos longitudinales interno y externo, y, así, suelen denominarles pies cóncavos, cavus, excavados, o el pie "creux", como dicen los franceses.

**Hohmann** los clasifica en: 1.° Pie de empeine alto (normal). 2.° Pie empinado o molletudo. 3.° Pie excavado paralítico. 4.° Pie excavado de la mielodisplasia, excavado idiopático o también llamado pie gafo. 5.° Pie talo congénito o paralítico.

El profesor **Piulachs,** de la **Facultad de Medicina de Barcelona,** en su libro **"Lecciones de Patología Quirúrgica"** describe maravillosamente varios tipos de pies que denomina "cavus". a) El de la China, por aproximación del pilar posterior (talón) al pilar anterior (metatarsal). b) Cavus posterior o talus, por parálisis de tríceps sural (frecuentemente poliomielítico) (Fig. 2). c) Pie cavus esencial o del adolescente, por descenso de la región metatarsal.

Bajo un punto de vista didáctico para el Podólogo, yo englobaría todas las malformaciones con abovedado longitudinal alto, en la denominación común menos usadas, que es la de pie cóncavo; dividiendo esta clasificación general en unos tipos tales como: pie empinado (normal), pie equinovaro congénito **(Bott),** pie equinovaro paralítico, pie cavus paralítico, pie talus congénito, pie cavus esencial y pie plano anterior con planta cóncava. Habría después que establecer el correspondiente diagnóstico diferencial entre estos diversos tipos, atendiendo ya, no tan sólo a su aspecto morfológico —disposición anatómica—, sino que, también, a su etiopatogenia y evolución clínica.

**Etiopatogenia.** — El pie cavus se encuentra con frecuencia asociado a una espina bífida lumbar o sacro disrráfico. Hay autores que hallaron esta incidencia en un 85 % de pies cavus, mientras que otros la limitan a un 60 %. El pie cavus puede observarse en los espásticos, como en la enfermedad de "Little" y el clásico pie de la ataxia "hereditaria de Friedreich" (Fig. 1); en fin, lo vemos unido a un gran número de neuropatías, si bien es cierto que en otros muchos casos no se observan lesiones nerviosas aparentes, sin que esto quiera decir que los neurólogos descarten la posibilidad de que éstas existan sin grandes manifestaciones. Nosotros, a este pie cavus que se presenta de una manera progresiva y en el que no existe una sintomatología neurológica aparente y otras causas clínicas, le denominamos pie cavus esencial.

Dejando aparte estas tan importantes consideraciones sobre la etiología del pie cavus, procuremos estudiar, en este modesto trabajo, el pie cavus esencial por su importancia que tiene en el ejercicio de la Podología, por presentarse de forma progresiva, siendo motivo, en sus principios, de tratamiento erróneo.

**Definición.** — El pie cavus esencial quedaría completamente definido diciendo: "es una identidad opuesta al pie plano valgo" (Figs. 3 y 4). En efecto, en el pie plano valgo hay ausencia de la bóveda longitudinal, con hun-

Fig. 1
Pie de Friedrich. — Obesvación Dr. J. Vilató, Neurólogo.

dimiento de los arcos longitudinales interno y externo, valgismo de talón y supinación del antipié. En el pie cavus, por una parte aumenta la bóveda longitudinal, con elevación de los arcos longitudinales, y por otra varismo del talón y pronación del antepié. En el pie plano existe un acodo con abertura externa de la línea de **Meyer,** mientras que en el pie cavus dicha línea se acoda hacia adentro.

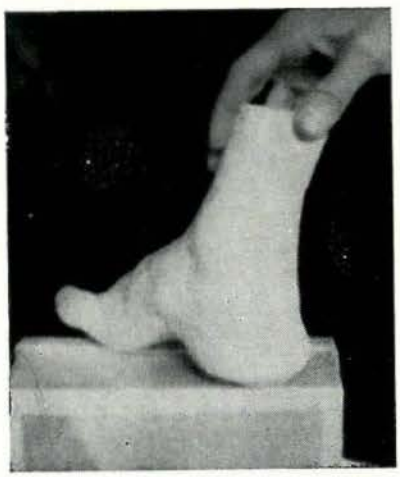


Fig. 2
Molde de yeso de pie talus poliomielítico.

En el pie plano valgo, el maléolo tibial desciende; en el cavus, éste sube. Es un signo de pie plano, en la radiografía de proyección

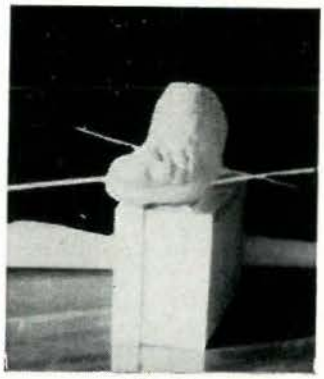


Fig. 3
Molde de yeso de pie plano valgo. - Los ejes transversales del talón y metatarsiano se cruzan por supinación del antepié y pronación del retropié.

lateral, la verticalidad del astrágalo y la horizontalidad del calcáneo; en la radiografía del pie cavus, será la horizontalidad del astrágalo y la verticalidad del calcáneo. En el valgo, el escafoides se hace prominente; en el cavus, a consecuencia de su varismo, el escafoides se esconde. **Escachs** y otros, sin embargo, llamaron la atención sobre pies cavus con valguismo del retropié; esto es bien cierto y hemos tenido ocasión de verlo con frecuencia, especialmente en niños mayores de siete años y en adolescentes. En principio y especialmente en el niño, el pie plano es blando y laxo, los músculos flexores de la planta, así como la aponeurosis plantar, están relajados; el pie cavus es hipertónico, sus

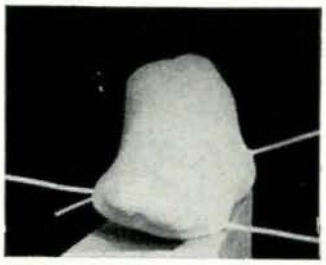


Fig. 4
Molde de yeso de pie cavus esencial. - Los ejes transversales se cruzan contrariamente al pie plano por pronación del antepié y supinación del retropié.

músculos plantares, con tendencia a la contractura, están retraídos y en especial el tibial posterior se halla tirante, así como los extensores. El aductor del quinto dedo en el pie cavus, según **Hohmann,** está hipertrófico, mientras que en el pie plano valgo está atrofiado y queda como escondido debajo del cuboides, que se ha hundido. El apófisis es-

tiloide del quinto metatarsiano se encuentra prominente, debido a la aducción del antepié y por el contrario, en el pie plano es el escafoides el hueso más prominente.

**Evolución clínica.** — Volviendo a la etiología del pie cavus debíamos de considerar, además, como causa, los trastornos de los ejes de las extremidades inferiores; así tenemos la coxa-vara, la rotación interna de la rodilla, el genu-varus y las tibias incurvadas en paréntesis, y esto nos lleva a un aspecto muy típico de la evolución del pie cavus. Los niños, cuando inician la deambulación, lo hacen con los pies en aducción, rotando las rodillas hacia adentro, y muy frecuentemente los padres, un tanto alarmados por esta marcha, consultan al podólogo la posibilidad de la existencia de pies planos. Como quiera que los niños, a estas edades, aun en estado normal sus pies carecen de arquitectura longitudinal, son tratados como pies planos; esto ocurre, por regla general, hacia los dos años, que es cuando los padres se aperciben de una cierta anomalía en la marcha. Se le colocan a este niño plantillas correctoras, pero persiste este cuadro, aparentemente de pie plano, hasta que el niño rebasa los cinco o seis años. Es entonces cuando la bóveda empieza a elevarse progresivamente, dando la sensación al observador como de una rápida mejoría; posteriormente, los talones tienen tendencia a colocarse en varo, pero el niño no acusa molestia hasta que no llega a la adolescencia. Casi siempre el primer síntoma subjetivo es la fatiga desmesurada, el dolorimiento generalizado de pies y piernas y frecuentemente distorsiones y esguinces en supinación, progresivamente la eminencia plantar metatarsal se hace más voluminosa y se congestiona, favorecida por una sudoración abundante de pies, en ocasiones hay bromhidrosis. Por la circunstancia de que esta sintomatología no se presenta hasta la adolescencia es por lo que el pie cavus esencial ha sido llamado "pie cavus del adolescente", pero en la mayor parte de los casos el proceso se inició en la primera infancia.

Cuando esta deformidad no es en principio muy acentuada en la adolescencia, el pie cavus acostumbra a ser reductible, como se puede comprobar, presionando hacia arriba, como el arco se reduce y los dedos tienden a estirarse. Aun rebasada la adolescencia, el abovedado del pie tiende a excavarse más, los dedos se inflexionan, adquiriendo el aspecto de garra, las eminencias plantares subyacentes a la 1.ª y 5.ª articulación metatarsofalángica suelen hacerse cada vez más prominente, siendo asiento de callosidades y consiguientes bursitis, que tienen tendencia a agravarse con el uso de calzado alto en las chicas y en los muchachos por el uso de botas militares de materiales rígidos y duros. Consecutivamente al engatillamiento de los dedos condiciona la formación de helomas interfalángicos dorsales, pero las lesiones óseas no aparecen hasta rebasados los 35 ó 40 años. El talón varizado predispone, como en el caso del valgo, pero quizá con menos frecuencia, a la formación de espolones calcáneos y posteriormente a la artrosis de diferentes articulaciones dependientes de esta anomalía estática, siendo entre ellas la más afectada la rodilla.

**Tratamiento.** — En el niño a veces resulta difícil hacer un diagnóstico precoz. Una vez establecido, rechazamos el empleo de plantillas rígidas, aun de corcho, si no es a base de conglomerados con siliconas, caucho o amianto, que hacen en conjunto un material más flexible. Desde el primer momento se recomiendan los ejercicios que tienden a evitar el acortamiento tendinoso, movimientos pasivos paar alargar el tendón de Aquiles y los flexores de los dedos; en los pequeños se usará el tacón de pico de pata, más alzado por el borde externo y al objeto de aumentar la base se prolonga por su parte exterior.

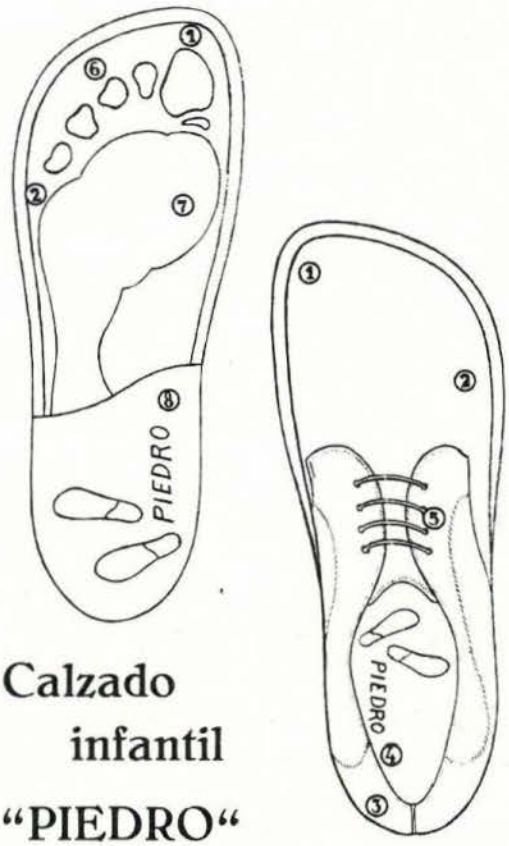
En los casos que exista tendencia a la aducción del eje longitudinal del pie, recomendamos el empleo de calzado neutro o sea de horma recta, que empleará procurando alternarlos de pie, ya que al ser de forma recta son de uso distinto para ambos pies.

En los jóvenes, una vez terminado el crecimiento, pueden emplearse plantillas rígidas y mejor aún semirígidas (Pleridur) con objeto de descongestionar la tracción de la aponeurosis plantar, al parecer muchas veces causante del dolor. El perímetro de la plantilla adopta la forma de "guitarra" o sea un ensanchamiento en la zona metatarsal, un

enfranque delgado y un talón ancho al objeto, por una parte, de descongestionar la hiperpresión actuante sobre la planta metatarsal y, por otra parte, una buena talonera en la plantilla para colocar el talón en la mejor postura estática. Los arcos longitudinales de esta plantilla deben ser discretos para no aumentar la anomalía. A esta clase de plantillas no las llamamos correctoras, sino más bien sustentadoras, ya que tienen como misión el repartimiento de las presiones actuantes en la superficie plantar. El almohadillado oportunamente colocado, puede aliviar las bursitis y callosidades de la planta. La forma de un almohadillado en corazón o en almendra, más o menos amplio, puede tener indicación en los síndromes de sobrecarga metatarsal media, pero no es valable para la sobrecarga de 1.° y 5.°, en estos casos, por el contrario, está indicado un almohadillado en forma de barra transversal que abarque diametralmente todas las cabezas metatarsales; en ocasiones da mejores resultados colocar una barra transversal en la misma suela del calzado. Un almohadillado que puede dar excelentes resultados paliativos del dolor producido por el estiramiento de las organizaciones plantares sobre las cabezas metatarsales, se puede confeccionar enrollando un trocito de espuma de goma, a manera de cigarrillo, colocándolo en la flexura de los dedos centrales 2.°, 3.° y 4.°.

No citamos aquí las diferentes formas de protección de los callos dorsales de los decos, por estimar que esto puede ser motivo de otra comunicación en un trabajo que trate de pequeña prótesis del pie.

Se ha de entender que esta forma de tratar el pie cavus se refiere a los casos menos graves, ya que los muy acentuados hay que ponerlos en manos del cirujano ortopédico, para su oportuna intervención. Los pies cavus de menos grado y en los niños puede intentarse la operación sobre partes blandas, alongación de la aponeurosis plantar, trasplante del extensor propio del dedo gordo desde su cara dorsal a plantar para corregir la posición del dedo en martillo. En los casos graves y una vez terminado el crecimiento se intervienen los huesos en operaciones de gran cirugía que, dada la finalidad de este artículo, no reseñaremos aquí.


Calzado infantil "PIEDRO"

Hormas, control y garantía de
**PIEDRO INTERNATIONAL -**
**Berkel, Holland**

Si no tiene aún información completa consulte a "PIEDRO"

Apartado 7053 — Barcelona

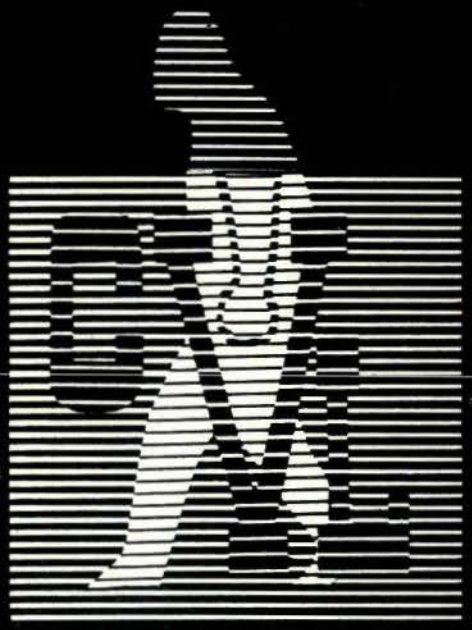
# constantino velasco laínz

*y*

# BERKEMANN

*en*
*colaboracion*
*con*
*la revista española de*

## PODOLOGIA



*ofrece a los podólogos*
*una gama completa*
*de*
*artículos para los pies*

CENTRAL (Oficinas). — Santiago Bernabéu, n.º 4.
Tels. 261 98 75 y 261 44 15. — MADRID-16

ALMACEN. — General Franco, n.º 42.
Tel. 208 98 36. — MADRID-19

DELEGACION CATALUÑA Calle Mallorca, n.º 336 (esq. Avda. Grmo.).
Tel. 257 76 05. — BARCELONA-9

Prótesis de plástico, corcho, cuero, cuero y metal. — Protectores de Hallux Valgus. — Separadores de dedos. — Protectores planta del pie. — Cuñas y almohadillas metatarsales. — Accesorios para la aplicación de plantillas. — Sandalias fisiológicas de madera. — Soportes de cazoleta de Ortholen. — Planchas de PLEXIDUR. — Planchas de ORTHOLEN. — Planchas de PRENYL. — Planchas de HYDROLANYON, etc.

# VI Congreso Internacional de *Podología*

**J. SOLE CUCH - JOSE A. CALVO**
Podólogos

FLORENCIA, la ciudad italiana de la Flor y el Lirio, tiene más de medio millón de habitantes, estando enclavada en el Valle del Arno, río que atraviesa la ciudad y que en el año 1966, debido a una intensa tromba de agua llegó a alcanzar una altura de hasta más de 5 metros sobre su nivel normal, dando la impresión escalofriante de que arrasaría la ciudad.

En Florencia se encuentra el fiel exponente del arte de todas las épocas y estilos. Existen unos 25 museos; galerías de arte y Palacios, dando su conjunto una maravillosa sensación de cultivada cultura.

Y en este descrito escenario era donde se iban a desarrollar todos los actos del VI Congreso Internacional de Podología, organizado por la Asociación Nacional Italiana de Podólogos, bajo el patrocinio de la Federación Internacional de Podología.

Fueron varios los medios de transporte que escogieron los españoles para el desplazamiento a Florencia. Tren, barco, avión, coche particular, etc. Pero, en cualquiera de estas

formas, fue suficiente para que, el día 1.º de octubre, se encontraran reunidos en aquella ciudad, el contingente de compañeros españoles y ya, desde el primer momento, estar presentes en todos los actos del Congreso. La sesión inaugural tuvo lugar en el Palacio Vechio (Palacio Viejo), edificio monumental, de forma cuadrada, muy parecida a un castillo y con una torre elevada desde la cual se divisa perfectamente el conjunto de la ciudad de Florencia, con sus múltiples jardines y el serpentear del río Arno, que, como indicaba al principio atraviesa la ciudad. Este palacio fue construido aproximadamente entre los años 1298 y 1314 según el proyecto del arquitecto italiano Arnolfo di Cambio. Sobrio, elegante, amplio, con bellos salones y adecuado marco para todo cuanto en su interior se realizó.

El que esto escribe, como español, se siente satisfecho por la nutrida representación que de nuestra Patria se desplazó a Italia. Fue, sin género de dudas, la presencia más numerosa después de la propia Italia. Fueron varios los países allí presentes: Francia, Estados Unidos, Uruguay, Argentina, Austria, Inglaterra, Alemania, Suiza, Bélgica, Suecia y, naturalmente, España. Aproximadamente unos 600 congresistas.

Los Actos Científicos se desarrollaron en el Palacio del Congreso, sito en la Via Valfonda (bastante alejada de nuestro alojamiento aunque pudimos apreciar el magnífico servicio de auto-taxis todos ellos con radio teléfono), con lo cual las distancias quedan considerablemente reducidas al poder disponer con relativa facilidad de tal medio de transporte, al que acudimos con puntualidad cada día.

Por la tarde del mismo día 1.º de octubre, dieron comienzo las sesiones científicas que versaron bajo el tema de: "CUIDADOS DEL PIE EN GERIATRIA. SU PROFILAXIS". En esta primera sesión las demostraciones y exposiciones se basaron en tratamientos de quiropodia haciendo hincapié en la importancia del estudio de la buena o mala circulación arterial de las extremidades inferiores de los pacientes sometidos a tratamiento con el fin de proceder en consecuencia y según las alteraciones que pudieran existir. También




# Plantillas Ortopédicas Elásticas "FERRIZ"

**Medalla de Plata en el X Salón Internacional de Bruselas**

●

Nueva y sensacional presentación

Conserva íntegramente su eficaz rendimiento.

Pueden modificarse en todo momento con la misma facilidad y comodidad que con el sistema anterior.

Se mantienen los mismos precios.

Cualquier duda o problema existente será resuelto con prontitud y sin desembolso extra alguno.

Ofrecemos instalación completa (maquinaria, pegamento, forros, etcétera), viaje y estancias totalmente gratis.

Las plantillas se presentan con nueva fórmula química y están tratadas con SANITIZED.

Ofrecemos y exigimos garantía y seriedad comercial.

**Se precisan representantes en exclusiva en poblaciones de toda España**

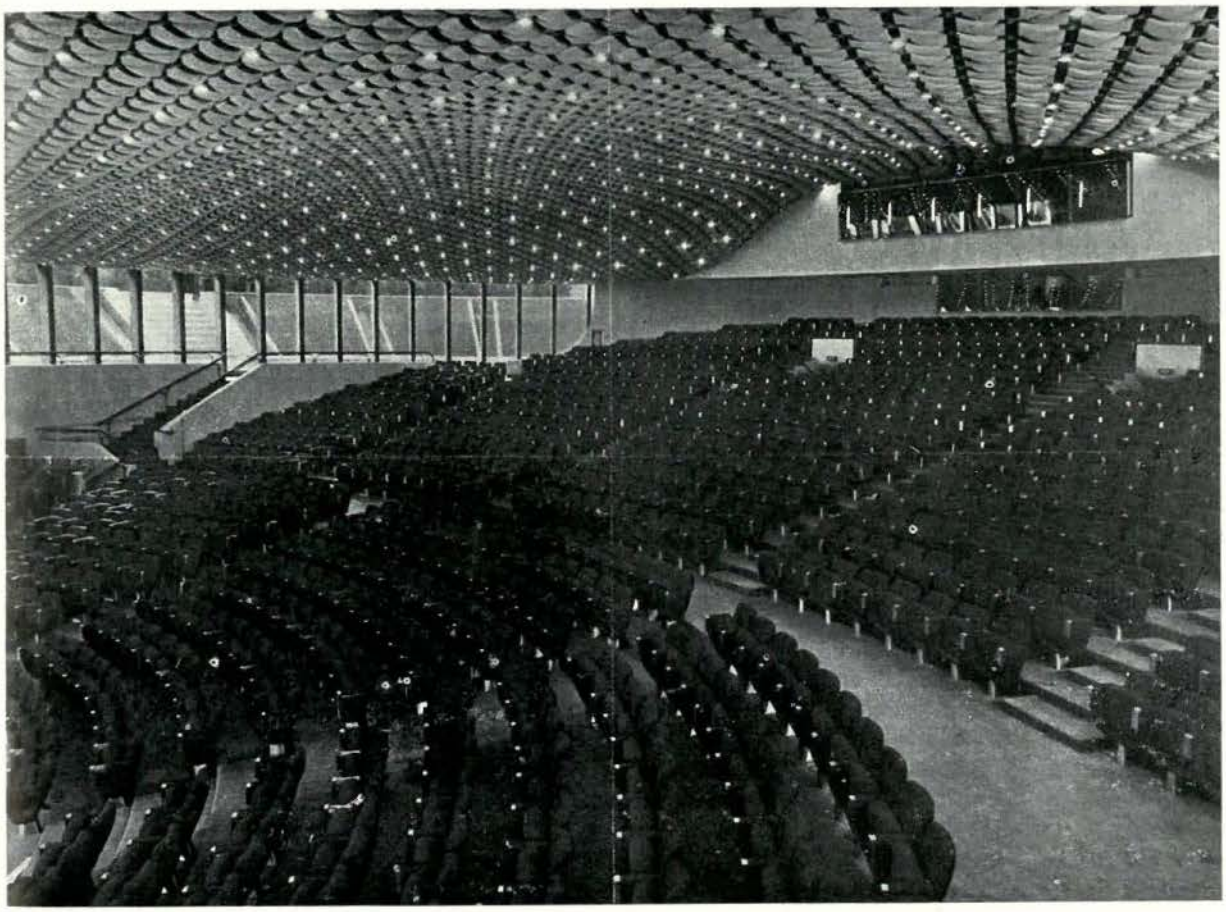
B. Soriano, 30

Tel. 23 28 29 - JAEN

se estudió el tratamiento de las uñas onicogrifósicas.

A las 9,30 h. del día 2, se continuaron los trabajos con un Simposium sobre la "Formación y preparación sanitaria del Podólogo". Se hizo un estudio analítico de las leyes sobre Podología en los distintos países. Cada nación expuso sus reglamentos, atribuciones y derechos. Y una vez más, se puso de manifiesto que los profesionales españoles gozan de una serie de privilegios y de un campo profesional que les sitúa a un alto nivel dentro de la podología mundial. Todas cuantas veces he asistido a un Congreso Internacional siempre, sin poderlo evitar, he oído comparaciones que a mí me parecen inadecuadas. Y me lo parecen por el hecho de que siendo distinta la preparación de los profesionales podólogos en cada nación, con diferentes estudios tanto básicos como de especialidad, así como el campo profesional que los mismos abarcan, siendo por tanto las leyes que reglamentan en cada caso el ejercicio profesional, también distintas, me parece lógica la diversidad de criterios sobre la aplicación de la especialidad y las funciones que a la misma se le otorgan. Ahora bien, no es esto lo más grave. Lo que verdaderamente lo es —siempre según mi criterio— es el no estar debidamente capacitado ni preparado para ejercer la función propia, aunque ésta sea la más simple dentro del campo profesional del podólogo, cual es la extirpación de un heloma.

"La Podología empieza por el callo." Estas palabras pronunciadas en repetidas ocasiones por nuestro querido compañero Leonardo Escachs, marcan el comienzo de la Podología y con ellas quiere dejar bien sentado de que dicha especialidad, amén de



abarcar un amplio campo, no puede ni debe olvidar a los molestos helomas que asientan, para tormento del ser humano, en los pies. Pero, aparte de conocer una depurada técnica para su extirpación, los motivos que pueden producir dicho heloma y estar plenamente capacitado para instaurar el adecuado tratamiento encaminado a corregir y solucionar el problema. Deformidades posturales de los pies; exostosis; transtornos vasculares o de otro género con localización, en los pies.

Por la tarde de este mismo día 2, se proyectó la película de la Escuela de Podólogos de la Facultad de Medicina de Barcelona. Fue una maravillosa reacción la que se experimentó entre todos los asistentes a la vista de las imágenes que se iban proyectando en la pantalla. La ubicación de la Escuela dentro de la Facultad de Medicina, con su amplia capacidad, con sus distintos departamentos, con sus aulas de clase, taller de prótesis, etc., despertaron la atención y el máximo interés entre los congresistas. Aparte la facilidad de explicación de todas las secuencias, que corrió a cargo de nuestro querido Presidente, el amigo Leonardo Escachs, fueron el broche. Y lo fue por el hecho ya de todos sabido de que esta Escuela ha sido creada gracias al esfuerzo único y personal de Leonardo Escachs. Ha sido él y su persona sola la que exponiendo su bienestar, su familia, su patrimonio y su prestigio, se ha lanzado a la tarea de plasmar en una feliz realidad, la creación de una Escuela de Podólogos tal y como él la interpreta y de acuerdo con nuestro campo profesional. Por tales razones, las explicaciones que con el desarrollo de la película iba ofreciendo, llevaban impregnadas todo ese amor, todo ese cariño, toda esa ilusión que él tiene puestos en la Escuela. Una cálida, prolongada y entusiasta salva de aplausos, fue, quizás, el mejor premio a la labor presentada. Y prueba de ello es que, aparte, después, se siguió comentando sobre la misma.

Finalizada la proyección se siguió con el orden del programa y tomó la palabra un podólogo de EE. UU. sobre: "PEQUEÑA PROTESIS EFECTUADA CON SILICONA, CON ESPUMA DE NYLON, Y COMBINANDO AMBAS CON LATEX". Muy interesante fue, ciertamente, esta disertación más aún debido a las demostraciones —muy americanas por cierto— que nos ofreció y de las que participamos activamente todos los españoles y algún que otro italiano. Con una encomiable buena voluntad unida a su afán de hacerse comprender y que culminaron con el obsequio de sus utensilios empleados para la confección de lo explicado, dejaron en nosotros un maravilloso recuerdo de Mr. R. B. Sidney.

Seguidamente los eminentes podólogos italianos F. Brasca y G. Zanetti desarrollaron su conferencia demostrando claramente el alto dominio que de dicha materia eran portadores siendo en todo momento seguida con el máximo interés por los asistentes. Los aplausos prodigados al final, así lo atestiguaron.

Y sin otros detalles dignos de interés finalizó esta segunda jornada del Congreso.

Dieron comienzo las sesiones del día 3 con el interesante tema "AMPLITUD JURIDICA DEL PODOLOGO". Cada país tiene su particular régimen de estudios y ello condiciona, como es lógico las atribuciones y función del profesional. Tomó la palabra el compañero Leonardo Escachs ofreciendo una fabulosa explicación. Con cálida palabra defendió a los podólogos españoles y, todos los podólogos con afán de superación y estudio sin distinción de nacionalidad. Demostró palpablemente lo necesario y justificado de nuestra especialidad. Dijo entre otras cosas: "Que teníamos un campo profesional perfectamente delimitado y, por tanto, ejerciendo nuestra profesión en todas sus facetas, no había necesidad de pisar el terreno profesional de nadie. Y actuando así, teníamos la mejor defensa de nuestra profesión si bien, para ello, era condición indispensable disponer de un alto grado de preparación tanto científica como práctica y, para conseguirla se hacía necesario un continuo afán de trabajo y superación." Terminó su comentario haciendo gala una vez más de sus grandes dotes de orador cuando de Podología se trata, rogando a todos el seguir adelante paralelos siempre a la constante evolución de la Medicina en beneficio siempre del pie doliente, del pie enfermo. Al terminar fue largamente aplaudido recibiendo cálidas felicitaciones por parte de todas las Delegaciones presentes.

Ruego disculpen la omisión que hacía so-

bre el hecho de que, durante su explicación el compañero Leonardo Escachs, demostró a los representantes de EE. UU. que la sola diferencia existente entre ellos y nosotros (debemos resaltar que por cuanto a estudios y campo profesional estamos casi a la par) estribaba solamente en que ellos habían nacido, profesionalmente, a n t e s que nosotros pero, actualmente, y gracias al esfuerzo de los podólogos españoles, les estábamos alcanzando ya a pasos agigantados.

Por la tarde de este mismo día, me tocó el turno a mí, para desarrollar mi conferencia bajo el tema: "PRACTICAS BIOMETRICAS". Desgraciadamente se creó el inconveniente de no disponer de un proyector adecuado para el paso de la película en sonoro, a pesar de haber remitido a la sede del Congreso mi tema y especificando debidamente el hecho de ser necesario un determinado proyector. Debido a ello, me vi en la necesidad de comentar de "viva voz" lo que las imágenes iban representando. El tema fue un detallado estudio sobre la m e d i c i ó n del "geno-valgo" y su correcto tratamiento. A lo largo de los 20 minutos de proyección puse de manifiesto mi sistema personal para ello considerándolo más efectivo que el usual. Demostré también lo innecesario, en la inmensa mayoría de casos, de la aplicación de férulas nocturnas. Mi trabajo versó sobre el estudio durante más de 5 años de los casos tratados. Y así he llegado a la conclusión de un rotundo éxito en tales tratamientos, mediante el tacón de Thomas, con o sin plantilla dependiendo la aplicación de ésta —la plantilla— según sea la posición en valgo del talón. Y no quiero extenderme más en detalles toda vez que dicho trabajo se publicará en las páginas de nuestra Revista en fecha breve para que así, todos aquellos compañeros que no pudieron asistir a dicho Congreso, queden enterados de este trabajo.

Continuando la sesión, se proyectó la película que presentaba nuestro querido y entrañable amigo D. Leonardo Escachs, sobre el tema: "TILOMA PAPILAMITOSO".

Los cálidos aplausos finales, rubricaron el

**Grupo de asistentes españoles en la Mesa Presidencia de la Cena de Gala**
De izquierda a derecha: **Sr. Giulio ZANETTI, Presidente de la A.N.I.P. — Sr. Leonardo ESCACHS, Presidente de la Agrupación de Podólogos de España. — Srta. Rosa M.ª ESCACHS, nija de nuestro Presidente. — Sra. de MORAN y Sr. Francisco MORAN.**

interés despertado con dicha proyección demostrando que el tema había sido del agrado de los presentes por la materia desarrollada en el mismo. Y no quiero entrar en detalles pues es de todos sabido el amor, interés y estima que profesa a la Podología y porque a todos nos consta cómo es la técnica de este gran podólogo.

Seguidamente se proyectó también una película mediante una sensacional técnica cinematográfica, presentada por un podólogo francés. La filmación corrió a cargo de una firma comercial de cine. Lástima que tan bella proyección, con depurada técnica y magníficos encuadres no pudiera interesar al auditorio plenamente por su, a mi entender, equivocada técnica podológica.

Al hablar de la exposición de instrumental y material debo significar que no estuvo a la altura de otros Congresos. Entre todo cuanto pudimos ver, quizás lo que despertó nuestro mayor interés, fue un corcho sintético de color blanco muy parecido al plastazote, bajo el nombre de "Actti-Mousse" con unas características de resistencia iguales al corcho, siendo posible manipular en él con la pulidora y con un peso inferior al del propio corcho. También pudimos admirar el "Fotopodómetro" construido por la casa Ortho-Estatic, francesa. Con dicho aparato pueden obtenerse fotografías de las huellas plantares en carga, sobre el podoscopio.

Haciendo una breve reseña de lo que fueron los actos sociales debemos destacar la cena de Gala que el día 1.º de octubre fue ofrecida a los Congresistas en el más lujoso hotel de Florencia. Fiesta animada, con un menú abundante y bien presentado y el baile que se prolongó hasta altas horas de la madrugada. También nos ofrecieron dos "coctels", maravillosamente organizados y, como punto final, la excursión a Siena, capital de la Toscana. En esta ciudad pudimos admirar una magnífica catedral que, según dicen, rivaliza con la de Florencia. La comida que nos fue ofrecida en Siena, entraba dentro del importe de la Carta de Congresista. La tarde de este mismo día, se realizó una excursión a un pueblecito denominado San Geminiano, de marcado sabor y características muy especiales. Fue una estupenda excursión a pesar de que durante la misma perdí 30 paquetes de "toscanos". A pesar de todo, lo pasamos bien.

Y ya finalizado el Congreso, haciendo una visita a Milán "a vista de pájaro", nos dirigimos a Génova en donde pernoctamos. A las 13 h. del siguiente día, embarcábamos ya en el Canguro Blanco (línea regular de buques que efectúan la travesía entre Génova y Barcelona) para emprender el camino de regreso a nuestros hogares.

Fue un viaje marítimo harto desagradable. El mar estaba muy movido y pocas fueron las personas que se salvaron del consabido "mareo" con sus desagradables consecuencias. Pero todo ello no fue óbice para que, cuando mi anatomía pudo ponerse en pie, pensara satisfecho que daba por bien empleado el mareo, los gastos efectuados, los inconvenientes pasados, el haber dejado durante 10 días abandonada mi consulta, todo ello para asistir a este Congreso Internacional en el que, una vez más, se había podido dejar muy alto el pabellón de la Podología española.

Y como final, un ruego a todos cuantos lean esta reseña. Es altamente interesante darse cuenta de la importancia que tiene para todos el estar siempre presentes en todos cuantos actos se realicen dentro de nuestro campo profesional. Todos nosotros, podólogos españoles, hemos de estar dispuestos cuando así convenga, a sacrificarnos un poco y estar presentes en los Congresos. Cuantos más seamos, mejor. No hemos de ser siempre los mismos. Con un poco de sacrificio y amor a la Podología, no es difícil de llevar a la práctica.

# La Podología en Hispanoamérica

La podología acrecienta su presencia en las naciones hermanas de Hispanoamérica. La relevante posición que goza actualmente tuvo su origen en los años treinta, concretamente en 1937, cuando un escaso número de podólogos, perseverantes en su idea, se agruparon en Buenos Aires y decidieron el 3 de noviembre de ese mismo año la fundación de la Liga Argentina de Pedicuros. Años difíciles aquellos, de lucha y de mantenimiento, tras los cuales surgió una transformación que convirtió la entidad en la Asociación Argentina de Podólogos. La iniciativa tuvo saludables resultados, puesto que no se hizo esperar el desarrollo técnico-cultural, que fue escalando posiciones, reforzada, asimismo, por la próspera situación económico- administrativa debido al gran número de podólogos asociados en la misma

La A.A.P., a lo largo de su vida institucional, no descuidó la promoción de la especialidad, rodeándose de eminentes médicos, que generosamente la apoyaron, proporcionándole, mediante conferencias, reuniones, coloquios y bibliografías, conocimientos científicos, técnicos y culturales. Orientada y ordenada la conducta a seguir en la actividad podológica, nació la idea de organizar congresos, que con la característica denominativa de Congreso Panamericano de Podología, tuvo su punto de partida en el año 1957; por cierto, que una de sus conclusiones más importantes dio por creada la Unión Panamericana de Podólogos, cuyo fundamento principal es el de nuclear en su seno a todas las entidades que en materia podológica existan en Hispanoamérica, entre las cuales se cuentan ya Argentina, Uruguay, Chile, Brasil, Perú y Paraguay.

Bajo el patrocinio de la U.P.P. se organizan los congresos, habiendo instituido para los mismos el premio estímulo "América".

que tiene una dual divergencia, calificado de "Técnico" y "Social". Se adjudica independientemente a los dos mejores trabajos que en su categoría de mérito respectivo sean elegidos del temario expuesto por los congresistas.

La falta de apoyo oficial argentino a esta actividad de bien público, por una parte, y la creciente necesidad de nuevas promociones de podólogos, por otra, dio motivo para la creación de escuelas de podología, que con carácter libre eran regidas por podólogos de reconocida suficiencia profesional. Sin embargo, al no poderse desterrar totalmente las improvisaciones y autodidactismo, la A.A.P., responsable de su misión en este orden profesional, constituyóse en rectora de los destinos de la podología argentina, confeccionando un programa de estudio muy completo de la especialidad, al que debe sujetarse, tanto en sentido teórico como práctico, quienquiera solicite su ingreso como socio de la entidad, exigiéndose además el haber cursado los estudios en escuelas de podología inscritas en la susodicha institución.

Sin lugar a dudas, puede decirse que la A.A.P. significa en su sede propia de Buenos Aires b a s e y sostén de la podología sudamericana.

La ingente y provechosa labor desarrollada durante largos años por don Manuel J. Mato y don H. E. González Tezanos, en calidad de presidente y vicepresidente, respectivamente, de la comisión directiva de la A.A.P., confirma suficientemente el hecho de haber sido reelegidos en sus cargos en sucesivas oportunidades. El señor Mato ostenta, además, la vicepresidencia de la Federación Internacional de Podología, con sede en París, como asimismo el señor González Tezanos, por su parte, la de la Unión Panamericana de Podología, con sede en Santiago (Chile).

El órgano portavoz especializado de la A.A. P. es la **Revista Panamericana de Podología;** se edita en Buenos Aires y es una de las mejores en su género que en idioma español se distribuye en América y Europa.

Los podólogos españoles mantienen excelentes contactos con sus colegas de América. A la sazón, es de resaltar que en el VI Congreso Panamericano de Podología, celebrado en Santiago de Chile, España estuvo presente en la persona de nuestro dilecto amigo el presidente de la Agrupación de Podólogos de España, don Leonardo Escachs Clariana.

En dicho Congreso, que revestió un acontecimiento inusitado, resultaron galardonados con el premio "América" don Manuel J. Mato, por su trabajo, calificado de "Técnico", **El onicoplast y su complemento,** y don Pedro Veguer Pereira, de Chile, autor del tema **Nombres y casos curiosos en podología,** calificado de "Social".

Finalmente, hemos de felicitar a nuestros colegas chilenos por haber alcanzado su más justa y cara aspiración, al ser reconocida legalmente por el Estado de la nación la podología como profesión, hecho del que nos congratulamos sinceramente.

**FERNANDO MUÑOZ CAMPOS**
Corresponsal de la
**Revista Panamericana de Podología**


## ¡Podólogo!

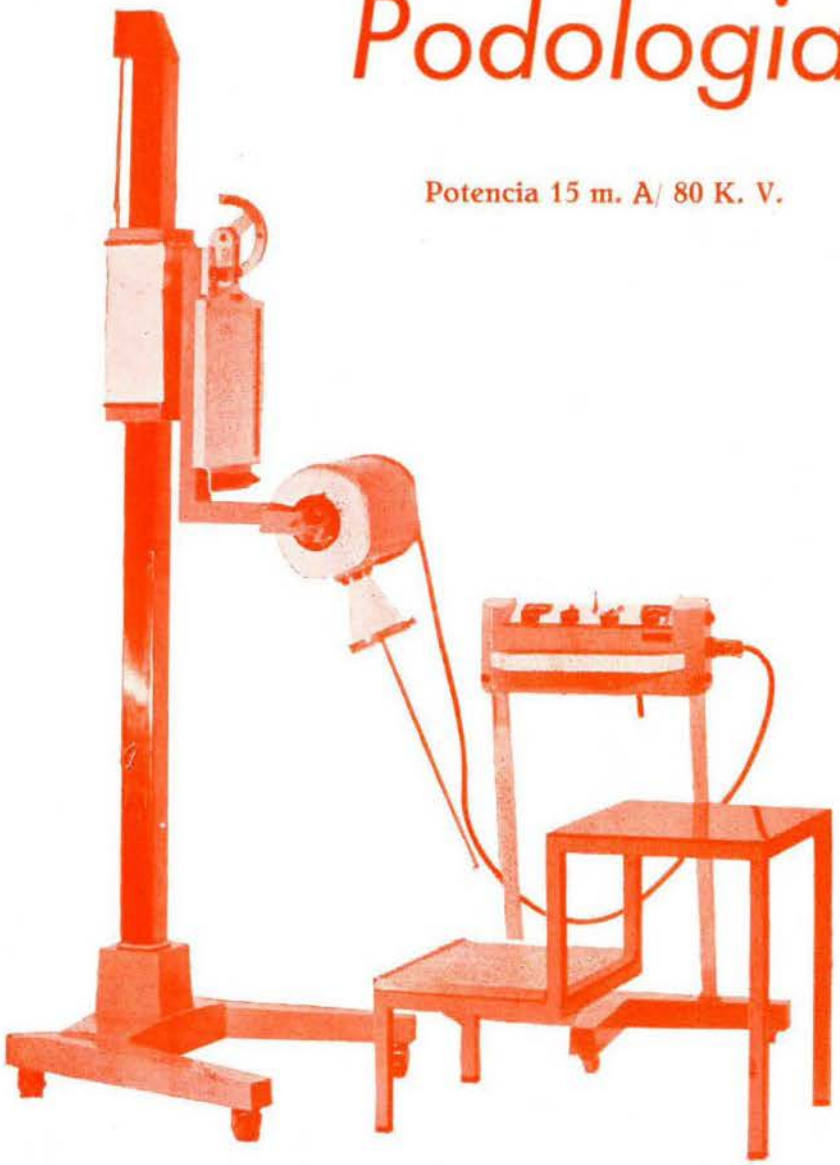
La Revista Española de Podología es nuestra Revista y espera tu colaboración en forma de artículos científicos.

No la defraudes. Ayúdala.

# MODERNO EQUIPO RADIOLOGICO PARA

# *Podologia*

Potencia 15 m. A/ 80 K. V.



- Versatibilidad óptima para obtención de radioscopias y radiografías en todas posiciones y ángulos.
- Características eléctricas regulables para obtener un verdadero radioagnóstico.

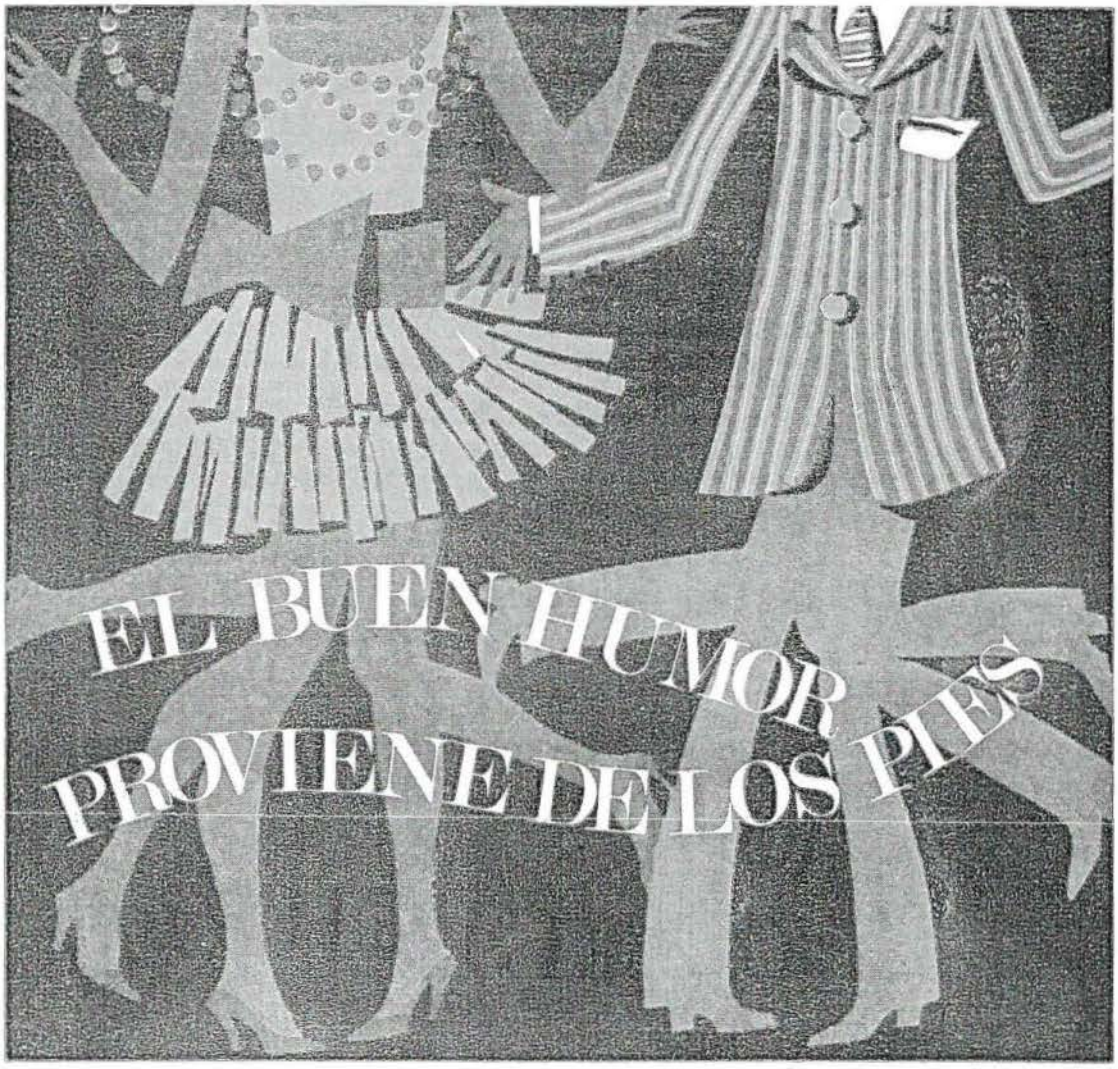
**EMISA** RÖNTGEN

VERDI, 169 - Barcelona-12
Tels. 228 84 98 - 227 76 32

# REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

Mayo-Junio 1971

n.º 21




**podólogo:** ¿quién mejor que Ud. puede asegurar la veracidad de este slogan...?

¿quién mejor que Ud. para liberar a sus pacientes del enemigo que ataca "la raiz" de la persona...?

...¿y quién mejor que Ud. para dar vigor y tranquilidad a esa raiz, con la ayuda de...

**AKILEINE** que **descongestiona** los pies haciendo desaparecer el ardor en las plantas, a la vez que **desodoriza** y modera la transpiración ya que no contiene formol u otros productos nocivos, qué puedan provocar inflamaciones o irritaciones en la piel.

**AKILTROPIC** que **neutraliza los efectos de la transpiración** y elimina la enfermedad de las piscinas.

Pida muestras a Lab. Inibsa - Loreto, 8 - BARCELONA-15

# REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

ORGANO DE LA AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

Redacción y Administración:
Bruch, 144, pral. - Barcelona - 9

**Director:**
Leonardo Escachs Clariana

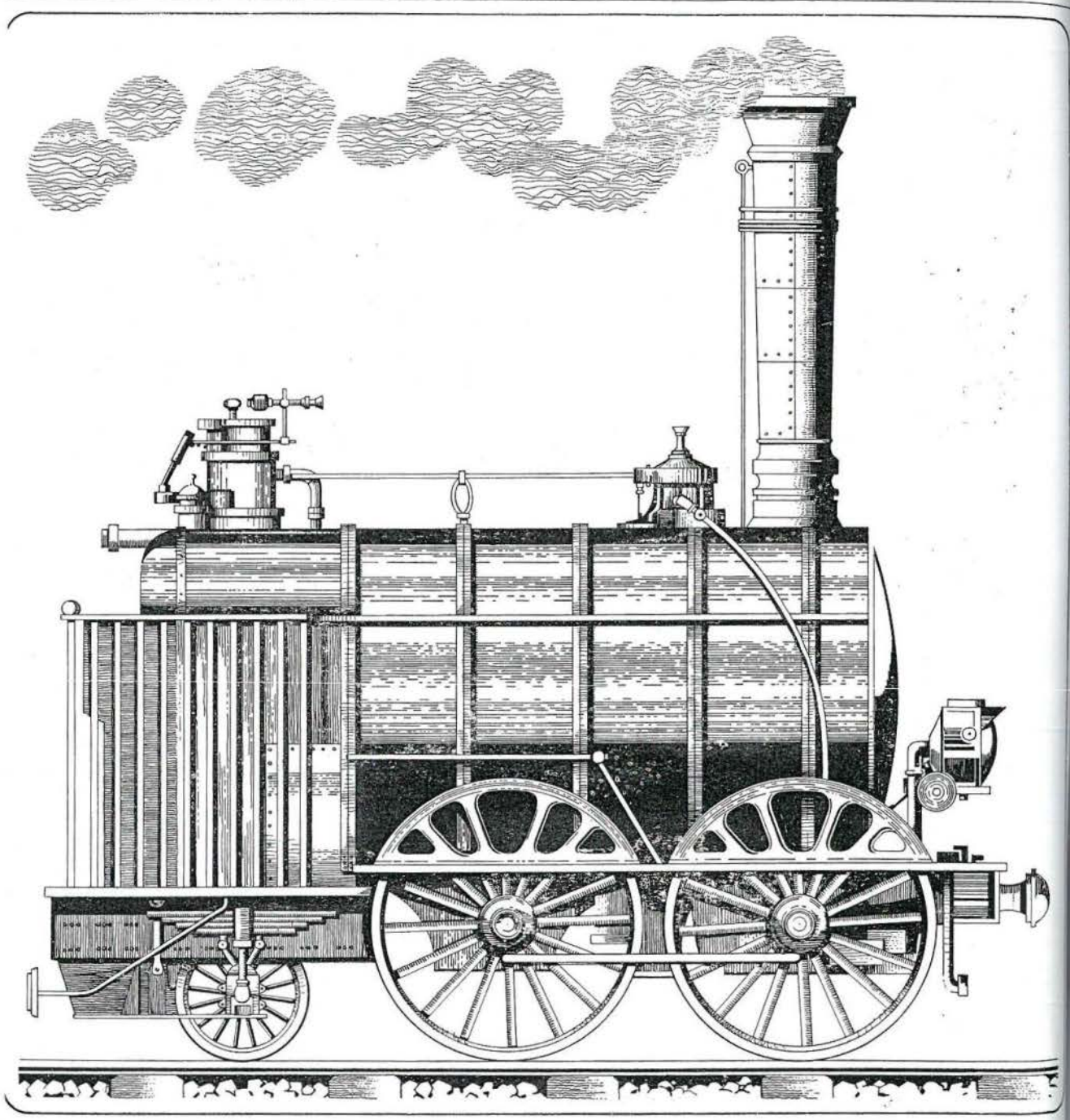
**Sub-director:**
Pablo Vilató Ruiz

**Redactor jefe:**
Francisco Mañé Domingo

Manualizaciones ESCUELA NORMAL - Deposito Legal: B. - 13484 - 1968

## SUMARIO

| | |
|---|---|
| 3 | Junta de Gobierno |
| 5 | Editorial |
| 7 | Mi opinión personal |
| 10 | La Podología española recibida por S. E. el Jefe del Estado |
| 15 | De Santiago a Barcelona o el tesón de nuestros hombres |
| 17 | Técnicas del fotopodograma y su interpretación |
| 21 | Acortamiento congénito del 4.° metatarsiano |
| 27 | Gimnasia de los pies |
| 29 | Trastornos de la estática en las enfermedades neurológicas |
| 31 | Labor de las Delegaciones |



en procesos reumáticos...

**ditrone** cápsulas 100 y 200 mg (envases con 20 cápsulas)
supositorios 200 y 500 mg (envases con 16 y 10 sup. respec.)

**delta ditrone** envase con 50 cápsulas

HOSBON S.

# AGRUPACIÓN DE PODÓLOGOS DE ESP

## JUNTA DE GOBIERNO

| | | |
|---|---|---|
| Presidente Nacional | D. LEONARDO ESCACHS CLARIANA | Barcelona |
| Vice-Presidente 1.º | D. JUAN PEREZ LAZARO | Madrid |
| Vice-Presidente 2.º | D. ISAIAS DEL MORAL CEJALVO | Valencia |
| Secretario General | D. JOSE A. CALVO GARCIA | Zaragoza |
| Vice-Secretario | D. FRANCISCO MAÑE DOMINGO | Barcelona |
| Tesorero | D. M. GAVIN BARCELO | Barcelona |
| Contador | D. LUIS AYCART VIJUESA | Madrid |
| Vocal 1.º | D. FCO. MORAN VENTURA | Las Palmas G. Canaria |
| Vocal | D. JUAN VIDAN TORRES | S. Compostela |
| Vocal | D. LUIS INCHAURRONDO | Irún |
| Vocal | D. JOSE M.ª BAEZ BASAURI | Bilbao |
| Vocal | D. FRANCISCO BERNEDO GARCIA (e.p.d.) | Granada |

## DELEGADOS DE ZONA

**D. José M.ª Báez Basauri.** Mayor, 27, 6.º. Las Arenas. BILBAO.
**D. José Luis Inchaurrondo.** Paseo de Colón, 65. IRUN.
**D. Juan Vidán Torres.** Preguntoiro, 10. SANTIAGO DE COMPOSTELA.
**D. Antonio Báez Prieto.** Alcalá, 313. MADRID.
**D. José Antonio Calvo García.** Coso, 77, 5.º. ZARAGOZA.
GERONA: **D. José M.ª Bosch Doménech.**
**D. Jaime Sala Pich.** Muntaner, 142. BARCELONA-11.
**D. Isaías del Moral Cejalvo.** Moratín, 6. VALENCIA - 2.
**D. Francisco Bernedo García.** Príncipe, 12. GRANADA.
**D. Francisco Morán Ventura.** León y Castillo, 8. LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

## DELEGADOS PROVINCIALES

ALAVA: Sin Delegado Provincial.
ALBACETE: **D. Luis Juan Navarro.**
ALICANTE: **D. José Olcina Morales.**
ALMERIA: Sin Delegado Provincial.
AVILA: Sin Delegado Provincial.
BADAJOZ: **D. José Villafaina de la Cruz.**
BARCELONA: **D. Jaime Sala Pich.**
BILBAO: **D. Víctor Fano Ugarriza.**
BURGOS: **D. Elías Hernando Tamayo.**
CACERES: **D. Timoteo Fernández Gil.**
CADIZ: **D. Manuel Aibalá Valle.**
CASTELLON: **D. Nicolás Prats Moreno.**
CIUDAD REAL: **D. Luis Barba Vázquez.**
CORDOBA: Sin Delegado Provincial.
CUENCA: **D. Gerardo Bollo de la Peña.**
GERONA: **D. José M.ª Bosch Doménech.**
GRANADA: Sin Delegado Provincial.
GUADALAJARA: Sin Delegado Provincial.
HUELVA: Sin Delegado Provincial.
HUESCA: Sin Delegado Provincial.
JAEN: **D. Leandro Rodríguez Revuelta.**
LA CORUÑA: **D. Francisco de la Cruz Agustí.**
LAS PALMAS DE GRAN CANARIA: **D. Francisco Morán Ventura.**
LEON: Sin Delegado Provincial.
LERIDA: Sin Delegado Provincial.
LOGROÑO: **D. Vicente Alvarez Pipaon.**
LUGO: Sin Delegado Provincial.
MALAGA: **D. Antonio Gutiérrez Velasco.**
MADRID: **D. Zacarías García Andrés.**
MELILLA: Sin Delegado Provincial.
MURCIA: Sin Delegado Provincial.
ORENSE: **D. Elisardo Bralo Rego.**
OVIEDO: Sin Delegado Provincial.
PALENCIA: **D. Damián Porro Villarroel.**
PALMA DE MALLORCA: **Juan Bta. Brines Rubio.**
PAMPLONA: **D. Javier Sarasa.**
SALAMANCA: **D. Antonio Basas Enciras.**
SANTANDER: Sin Delegado Provincial.
SAN SEBASTIAN: **D.ª Pilar Gómez Eizaguirre.**
STA. CRUZ DE TENERIFE: **D. Armenio Méndez Martín.**
SEGOVIA: **D. Francisco García Rodríguez.**
SEVILLA: Sin Delegado Provincial.
SORIA: Sin Delegado Provincial.
TARRAGONA: Sin Delegado Provincial.
TERUEL: Sin Delegado Provincial.
TOLEDO: Sin Delegado Provincial.
VALENCIA: **D. Manuel Campo Rodríguez.**
VALLADOLID: **D. Alfonso Domínguez Milán.**
VIGO: Sin Delegado Provincial.
ZAMORA: **D. Juan J. Miguel Barrios.**
ZARAGOZA: **D. José Antonio Calvo García.**

¡NUEVA FORMULA!

# Pentoderm®

## Crema dermoprotectora cutánea

Tubo con 50g de crema (62,80 ptas.).

DESDE 1880 CERA

Laboratorios Cera, S. A. – Aptado. 9001 - Barcelona

# EDITORIAL

Ya es una realidad. A pocas fechas de la aparición de esta Revista, el V CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA, a celebrar en Barcelona, ya es una realidad. La Comisión Organizadora inmersa en la problemática de la total puesta a punto, va dando ya los últimos toques a los mil y un detalles a tener en cuenta. Conjuntamente con esa Comisión Organizadora, han colaborado un nutrido grupo de compañeros que con cariño, entrega y tesón, venciendo problemas, dificultades e inconvenientes, han ido avanzando paso a paso, ávidos todos ellos de poder ofrecer a todos los profesionales que al mismo asistan, un Congreso —si ello es posible— superior a todos cuantos hasta la fecha se han venido celebrando.

El incomparable marco de la Ciudad Condal —Ciudad de Ferias y Congresos como ya se la conoce mundialmente— se prepara para recibir con los brazos abiertos a los Podólogos de toda España. El Palacio de Congresos de la Feria de Muestras de Barcelona va a ser el lugar donde, durante cuatro días, convivirán en apretada hermandad todo ese grupo de profesionales que constantemente en la línea de vanguardia, desean y aspiran encontrar nuevos métodos, nuevos sistemas, nuevas técnicas encaminadas a aliviar —e incluso, a veces, curar— toda esa innumerable gama de alteraciones que presentan los pies y que caen dentro de su muy bien delimitado campo profesional.

En esta ocasión, el V Congreso Nacional de Podología ha centrado su tema en el niño. Maravilloso. De todos es sabido cuán importante es el poder instaurar un rápido y adecuado tratamiento cuando la temprana edad del paciente nos hace augurar éxitos con una total solución del problema. Y este tema de palpitante actualidad, este tema de preocupación constante, este tema que todos debemos estudiar y conocer es el que los compañeros podólogos de Cataluña, como organizadores de este Congreso, han considerad od idóneo para ser puesto en la palestra.

Sería maravilloso que de cada uno de los congresos que se celebran pudieran recogerse frutos prácticos, conclusiones definitivas para que así, la gran familia podológica española pudiera, con una total unidad de criterio, tratar adecuada y acertadamente una afección tanto en San Sebastián como en Sevilla; tanto en Badajoz, como en Alicante. Todos los podólogos bajo unas mismas normas y conceptos. Todo ello, tratado y debatido en cada uno de los Congresos. Unos con-

ceptos únicos en la mente de todos los podólogos.

En el último Congreso Internacional celebrado el pasado mes de octubre en la ciudad de Florencia (Italia) y en el que España, como siempre, estuvo presente con una nutrida representación, se estudió el problema geriátrico. Faceta altamente importante también a tenor de lo que en sí representa para las personas ancianas cuando sufren de sus pies. Ahora, como se ha dicho, en Barcelona, se estudiará el problema del pie del niño.

Pero son tantos y tan variados los temas que pudieran ponerse a discusión que quizás bien valdría la pena de tomar un poco más en serio la celebración de estos Actos Científicos ya sean Congresos, Semanas de Podología, Manifestaciones o Symposiums. Con un tema bien centrado, estudiado a fondo por cada uno de los profesionales y debatido en los Congresos Nacionales que se vayan celebrando, serviría sin género de dudas para unificar conceptos. Si cada provincia organizara periódicamente reuniones de estudio recogiendo experiencias, comparando resultados sobre variadas técnicas, etc. y todo ello se trasladara a un Congreso Nacional, se conseguiría disponer de las valiosas opiniones de nutridos grupos de compañeros. Y un trabajo, en principio, provincial, llegaría a ser un estudio nacional sobre un concreto y determinado tema.

En esta ocasión quizás lo más importante, lo que verdaderamente tiene un marcado interés, es la masiva asistencia de podólogos a este V CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA que nuestros compañeros catalanes han puesto en marcha siguiendo con ello las directrices de la Agrupación de Podólogos de España para que así la totalidad de los podólogos españoles, fundidos en un apretado abrazo lleno de amistad y cariño, dejarán una vez más la profunda huella de su seguro caminar por la senda de la Especialidad.

Que el cálido sol de julio y la suave brisa del Mare Nostrum inflame la llama del deseo en todos y cada uno de los corazones de estos compañeros que han escogido la maravillosa tarea de intentar aliviar las dolencias pédicas de sus hermanos y pueden reunirse, felices y contentos, en Barcelona.

La Ciudad Condal y la Podología española, nos esperan. No podemos ni debemos faltar.


Crema Protar's

PRODUCTOS PROTAR'S
LOGROÑO, Breton, 30

SEÑORES PODÓLOGOS

PROTAR'S... SUS INDICACIONES MAS IMPORTANTES

1º ELIMINA EL OLOR DE PIES.
2º REGULA LA SECRECION DE SUDOR Y LO HACE INOFENSIVO.
3º EL NIÑO AL FRICCIONARLE SUS ESCOCEDURAS, SONRIE DE PLACER.
4º EN LAS ESCOCEDURAS INTERCLUTEAS, Y EN LOS ORGANOS GENITALES FEMENINOS.
5º EN LAS PERNIOSIS (SABAÑONES)

EL MASAJE DE CREMA PROTAR'S, DIARIO, DA DESCANSO Y PLACER.....
PROTAR'S... ACARICIA SUS PIES. - SOLICITE MUESTRAS A...

# Mi opinión personal

por **L. ESCACHS**
Podólogo

Ya sabemos que desde que se inventaron las reuniones de varios colegas para intercambiar opiniones sobre una determinada faceta de una profesión, siempre ha sido para tratar de encontrar la más idónea. Y nosotros no hemos de ser menos. Supongo que en otras carreras habrán seguido un camino igual al nuestro, pero vamos a comentar el nuestro, el que nos interesa, porque es el que hemos vivido.

Después de muchos años de inquietudes y deseos de superación, por fin, los podólogos de Barcelona, logramos establecer contacto en el año 1957 con los podólogos de Madrid y en el año 1959, con los de toda España. Este mismo año de 1959 organizamos en Madrid el I Congreso Nacional de Podología. Es el congreso que, hasta la fecha, ha tenido una más nutrida representación. Si no me equivoco, entre acompañantes, simpatizantes y podólogos, llegamos casi a los 400 asistentes. Esta cifra de congresistas, como digo, no se ha podido igualar hasta la fecha. Se han celebrado Semanas, Manifestaciones, Symposiums y Congresos. No detallo las ciudades donde han tenido efecto ni los éxitos conseguidos por ser ya de todos sobradamente conocidos, si bien, creo un deber resaltar dos cosas importantes.

La primera es que se ha ido demostrando paulatinamente quién es quién y de éstos, quién es el que tiene ansias de superación y asiste a todos los congresos y, por contra, quién cada año "lo va dejando para el próximo". Así, hasta la fecha, hemos logrado reunir en todos los congresos que se han celebrado, una minoría selecta que no ha llegado casi nunca a la mitad del número del primero. ¿Quiere esto hablar de fracaso? ¡No! ¡Ni mucho menos. En el primero, hubo —ya lo he dicho antes— simpatizantes y curiosos. En cambio, en los demás, hubo los hombres de guerra, los podólogos de verdad, los que están por entero dispuestos a todo, por y para la Podología. Los que irían al fin del mundo si así fuera preciso, aun sin dinero y caminando. Todo ello, por el afán de hacer bien a la profesión, documentándose más y más para con ello poderse desenvolver dentro de sus respectivas consultas con la superación necesaria y suficiente honrado así, con toda dignidad a la profesión que diariamente nos da el pan de la familia.

Los "200 Magníficos" ya están inscritos en el Congreso de Barcelona; los estamos esperando con los brazos abiertos. Y esta vez, nos cabe la satisfacción de saber que el número se verá incrementado con los alumnos ya inscritos, de las escuelas de Madrid y Barcelona —me refiero a las Escuelas de Podólogos— que con su presencia darán, sin género de dudas, un nuevo realce al Congreso. También y conjuntamente con los hasta aquí señalados, se han inscrito otros compañeros que hasta ahora no habían asistido a ningún Congreso. Entre todos, juntos, unidos, quizá nos quepa la satisfacción de poder sobrepasar esa cifra de 400 que indicábamos relacionada con el I Congreso celebrado en Madrid.

Todo ello es estupendo, maravilloso, si bien hemos de reconocer que, a mayor número de congresistas, mayor trabajo, más responsabilidad y más problemas. Con todo ello ya contamos, pero, como en anteriores ocasiones, la Comisión Organizadora, consciente de su deber para con la podología, en todos y cada uno de los congresos celebrados, ha sabido superar los problemas y las dificultades y el Congreso se ha llevado a feliz término. También ahora será así.

Se ha hecho un estudio de los temas relacionados con el básico del Congreso, con el fin de poder comentar y discutir los de mayor actualidad e interés para la profesión. Es por ello que creemos que las conferencias tendrán más nivel científico, pues no hay duda de que vamos mejorando en todo y que nuestro caudal de conocimientos y de experiencia nos permiten en cada Congreso ofrecer algo mejor que en el anterior. Y así, mejorando en todo, mejoramos también en el número de asistentes, en la ciencia, en el compañerismo y en la amistad.

Hasta ahora todas las conferencias presentadas en los congresos han sido desarrolladas por cada conferenciante sin tener después un cambio de impresiones que conduzca a una comunidad de ideas y, por lo tanto, no se han podido obtener conclusiones en ninguno de los congresos. En éste, vamos a ensayar una nueva modalidad que consiste en editar todas las ponencias que se presentan para entregarlas al Congresista al darle la documentación del Congreso —es decir, al comienzo del mismo—. Así estará debidamente informado de todo cuanto en las sesiones científicas se comentará. Las conferencias van casi todas ilustradas con películas o diapositivas que acabarán de concretar los conceptos básicos de las técnicas del conferenciante. Hemos agrupado en tres apartados todos los temas a desarrollar y tendrá lugar una Mesa Redonda cada día para comentario y discusión de cada uno de los grupos de ponencias, a fin de conseguir y poder divulgar después unas conclusiones de cara a los profesionales y de cara al público en general a fin de que redunden en bien de los mismos y en el del propio profesional.

Las mesas redondas previstas son: Primer día, PROFILAXIS DEL PIE DEL NIÑO. Segundo día, CIRUGIA DE LA VERRUGA A NIVEL PODOLOGICO. Y la del tercer y último día, LA PROTESIS EN EL NIÑO. La idea más importante es la de la PROFILAXIS, para la cual tenemos montado en el Congreso un gabinete de Prensa que procuraremos que, a nivel nacional, divulgue nuestras conclusiones y sobre éstas y bajo directrices acordadas entre todos los asistentes, empezaremos una campaña en todas las provincias, ciudades y pueblos de España, de lo que es nuestra Profesión y cuál es nuestra Profesión. De cómo se pueden evitar las afecciones y deformidades del pie del niño y unas orientaciones dirigidas especialmente a las madres que, no dudamos, han de tener una magnífica acogida. Todo ello orientado y dirigido, procuraremos encargarlo a los mismos congresistas para que solos o en grupo, organicen en la población de su residencia, dicha divulgación a fin de que las antes mentadas conclusiones de este Congreso, den un clarinazo tan potente que cuando nos reunamos el próximo año en Badajoz, aún suene en los oídos de todos los españoles, la buena voluntad, la entrega y la honradez profesional de todos los podólogos españoles en bien de la salud del pie de nuestros niños.

Otra faceta profesional se va a desarrollar en este Congreso. Consistirá en tres Cursos Monográficos Pre-Congreso a celebrar en la Escuela de Podólogos de la Facultad de Medicina de Barcelona. Estos cursos consisten: Primer día, RECUPERACION FUNCIONAL DEL PIE. El segundo día, PROTESIS EN GENERAL DEL PIE. El tercer día, CIRUGIA PODOLOGICA. Creemos que son tres temas aptos para perfeccionarnos en los mismos. Actuarán de PROFESORES los que lo son actualmente en la propia Escuela. Se desarrollarán en régimen de internado desde las nueve de la mañana hasta las ocho de la noche, corriendo a cargo de la propia Escuela, la comida que será servida en un salón reservado en un Snack situado frente a la misma Facultad, a fin de no perder tiempo y aprovechar al máximo las horas de clase.

Aquí, se nos ha planteado un problema grave, precisamente, por el número de asistentes superior a lo que nosotros habíamos calculado. Ello nos ha obligado a montar un servicio de Televisión que, en circuito cerrado, podrá hacer vivir a todos los cursillistas de una manera gráfica y perfecta todos los trabajos realizados incluso cuando sean ellos mismos quienes hagan prácticas. Esto representará un sacrificio económico considerable pero ineludible para poder complacer todas las peticiones de asistencia a los Cursos Monográficos ya que, de no ser así, habría resultado del todo imposible.

La organización tanto del Congreso como de estos Cursos Monográficos, nos ha puesto en relación otra vez más, con los laboratorios Hosbon, grandes amigos nuestros, que habían colaborado con 120.000 Ptas. Para la construcción de la Escuela y con 25.000 Ptas. cuando iniciamos la de San Pablo y que, ahora, además de hacer los carteles murales anunciadores de nuestro Congreso, colaboran con nosotros en las tres comidas correspondientes a los Cursos Monográficos. Como

comprenderéis se merecen nuestra eterna gratitud.

También hemos mantenido un contacto muy agradable con el Sr. Ibern de los Laboratorios Billy que año tras año viene ayudándonos en nuestros Congresos y en nuestro perfeccionamiento profesional. Esta firma, creo que el año pasado, hizo un importante obsequio a la Escuela de Madrid, valorado en unas 150.000 Ptas. Ha colaborado en todos nuestros Congresos y también en este de Barcelona, obsequiando a los Congresistas con un Lote de sus magníficos productos. Y, por si esto fuera poco, ha obsequiado a la ESCUELA DE PODOLOGOS DE BARCELONA con dos aparatos de CLIMATIZACION o AIRE ACONDICIONADO que nos resuelve el único problema que creo que existía en la instalación de nuestra ESCUELA, pues dicha sala por su ubicación y cortinajes resultaba en extremo calurosa.

Este donativo a la altura del de Madrid, coloca a este Laboratorio en los primeros lugares de nuestros protectores y hace que les recordemos siempre, por su desprendimiento y bondad y demostremos continuamente nuestro agradecimiento.

El ejemplo de estos dos laboratorios, demostrado, también por otros muchos nos viene a justificar el afianzamiento de nuestra profesión en todos los terrenos.

A todos los cursillistas que asistan a los cursos programados, se les concederá un Diploma de Asistencia, como constancia de su aportación en plan de superación profesional.

Ya sólo me resta hablar de los actos sociales de este congreso. Si los repasáis, uno a uno, veréis que están programados con todo cariño. La parte científica y la parte social. El primer día se celebrará un "lunch" en el Acto Inaugural, o sea en la mañana del día 19. Por la noche, una cena en la terraza del Restaurante "La Pérgola" situado delante mismo del local del Palacio de Congresos, teniendo como marco las Fuentes Luminosas —algo digno de ser admirado—. Durante la cena los amantes de la música podrán saborear los acordes de dos conjuntos modernos sin dispendio alguno por parte de los asistentes.

Al día siguiente tendremos una excursión de toma de contacto y camaradería, por el incomparable marco de la Costa Brava, pudiendo admirar panoramas que hemos idealizado todos los catalanes. Baño para quien lo desee en las magníficas playas de S'Agaró. La comida, también incluida en la Carta de Congresista en el maravilloso marco del Restaurante "L'Anec can Paulet) (traducción literal "El pato de casa Pablito"), regresando posteriormente a Barcelona. Al otro día, por la mañana, se desarrollarán en el Palacio de Congresos, los temas científicos programados y al mediodía se emprenderá viaje a la Santa Montaña de Montserrat para, después de comer, visitar el Santuario de la Virgen Moreneta, Excelsa Patrona de Cataluña y a la que en su día, los Podólogos, hicieron una ofrenda de una lámpara votiva. Regreso a Barcelona para llegar a la ciudad alrededor de las 7 de la tarde. Como remate, al día siguiente, los actos propios de la Clausura del Congreso, con la correspondiente entrega de Diplomas a las 7 h. de la tarde. Por la noche, a las 10 h., Cena de Gala de Fin de Congreso en el Restaurante "La Masía", situado en lo alto de la ciudad y con unos maravillosos jardines, todo ello marco ideal para tan magno acontecimiento.

Hemos procurado que el local y el menú estén a la altura que creemos reviste nuestro Congreso. A esta cena se puede asistir de etiqueta, o con traje oscuro. El motivo de ello es copiar un poco el proceder de los americanos y dar así a nuestros congresos la categoría que se merecen, haciendo honor a aquel adagio que dice: "El hábito no hace al monje". Nosotros creemos que el monje, debe de ir correctamente vestido para que se fijen en él.

A propósito, he dejado para lo último de este escrito, por aquello que dicen de que "lo último escrito es lo que más se recuerda", que la Presidencia del Congreso la ostentará el Excmo. Sr. D. Torcuato Fernández Miranda a quien debemos todo cuanto somos en la actualidad, ya que en cargos anteriores al actual nos supo comprender, orientar, animar y actuar como padre de nuestra profesión. Espero y deseo que se presencia entre nosotros sea una feliz realidad, para poderle demostrar el gran cariño que sentimos los podólogos españoles por su persona y poderle decir:

GRACIAS, EXCMO SR. MINISTRO. NO OLVIDAREMOS SU ALTURA DE MIRAS, SU HONRADEZ EN LOS CARGOS QUE OSTENTA Y LA JUSTICIA QUE IMPARTE EN LOS MISMOS. Y podremos decir todos a una, otra vez: "MUCHAS GRACIAS, QUERIDO AMIGO".

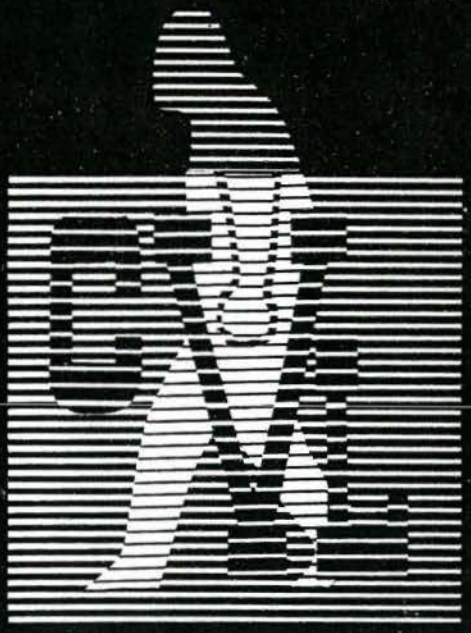
# constantino velasco laínz

*y*

# BERKEMANN

*en*
*colaboracion*
*con*
*la revista española de*

## PODOLOGIA



*ofrece a los podólogos*

*una gama completa*
*de*
*artículos para los pies*

CENTRAL (Oficinas). — Santiago Bernabéu, n.º 4.
Tels. 261 98 75 y 261 44 15. — MADRID-16

ALMACEN. — General Franco, n.º 42.
Tel. 208 98 36. — MADRID-19

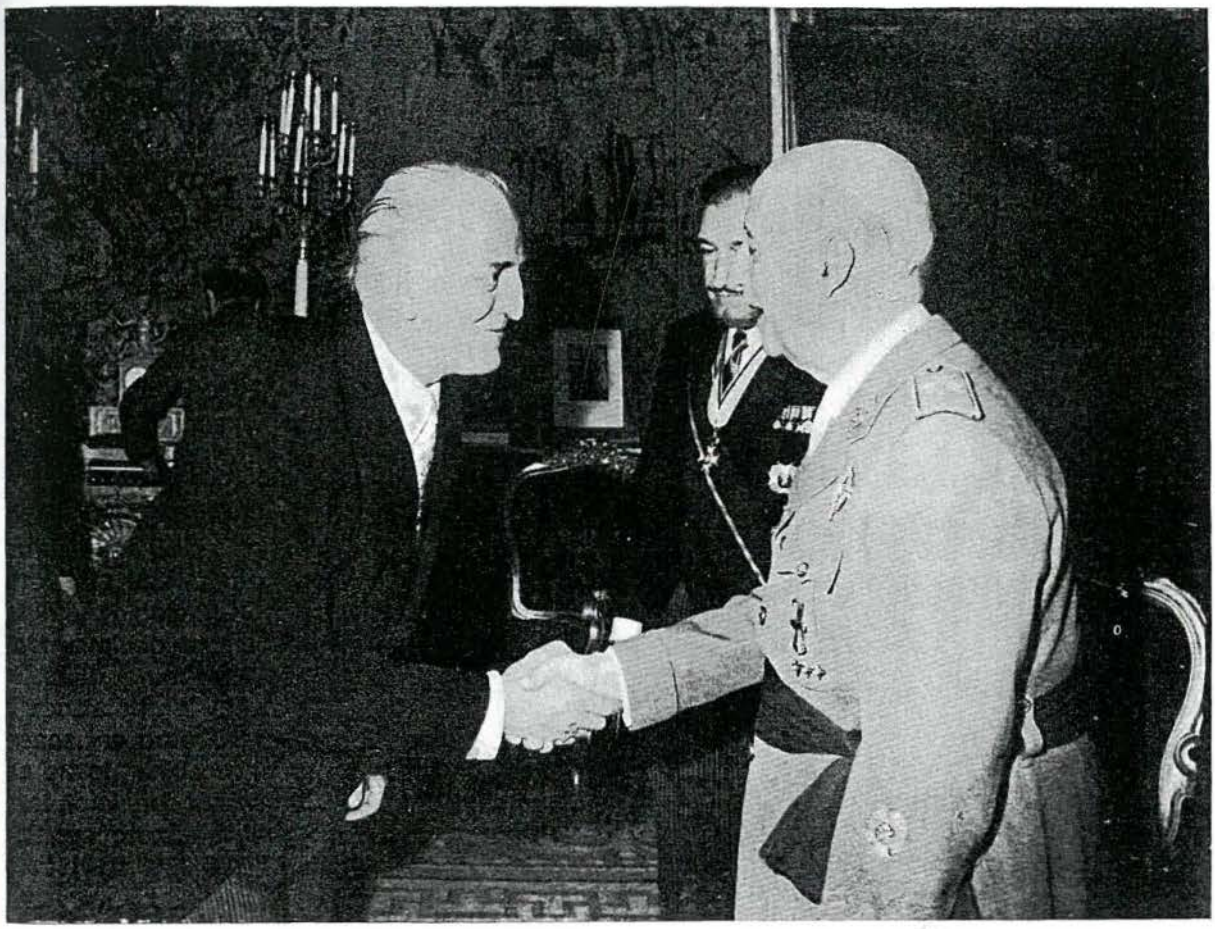
DELEGACION CATALUÑA Calle Mallorca, n.º 336 (esq. Avda. Grmo.).
Tel. 257 76 05. — BARCELONA-9

Prótesis de plástico, corcho, cuero, cuero y metal. — Protectores de Hallux Valgus. — Separadores de dedos. — Protectores planta del pie. — Cuñas y almohadillas metatarsales. — Accesorios para la aplicación de plantillas. — Sandalias fisiológicas de madera. — Soportes de cazoleta de Ortholen. — Planchas de PLEXIDUR. — Planchas de ORTHOLEN. — Planchas de PRENYL. — Planchas de HYDROLANYON, etc.

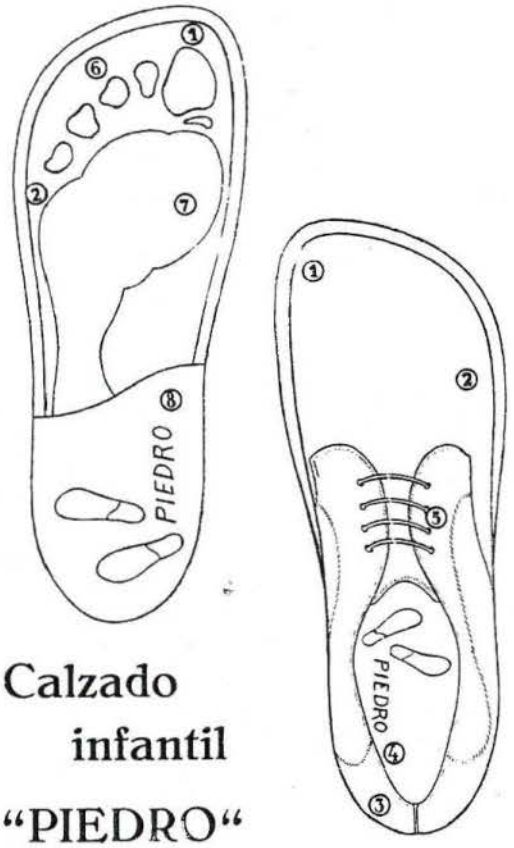
# La Podología española recibida por S. E. el Jefe del Estado

Broche de Oro a un maravilloso Congreso, símbolo de un seguro caminar por la senda profesional, ha sido la audiencia concedida por S. E. el Jefe del Estado, a la Comisión Organizadora del IV Congreso Nacional de Podología celebrado el pasado año y del cual, nos cupo el honor de que S. E. el Generalísimo, aceptara la Presidencia de Honor.

El miércoles día 17 de marzo, a las 11 h. de la mañana, fue recibida en el Palacio de El Pardo, la Comisión Organizadora, acompañada del Ilmo. Sr. Presidente del Consejo Nacional de Practicantes - A.T.S., D. Enrique Riudavets de Montes y del Presidente de la Agrupación de Podólogos de España, D. Leonardo Escachs Clariana. La Comisión estaba formada por D. José Antonio Calvo, Secretario de la Agrupación de Podólogos; D. Vicente Fuentes Otero, Presidente del Colegio Oficial de Practicantes-A.T.S. de La Coruña; D. Juan Vidan Torres, Secretario General del IV Congreso; D. Francisco de la Cruz Agustí, Dele-



El Presidente de la Agrupación de Podólogos de España, D. Leonardo Escachs, en el momento de saludar a S. E. el Jefe del Estado.




Calzado
infantil
"PIEDRO"

Hormas, control y garantía de
**PIEDRO INTERNATIONAL -**
**Berkel, Holland**

Si no tiene aún información completa consulte a "PIEDRO"

Apartado 7053 — Barcelona

gado Provincial de Podología de La Coruña; D. Rodrigo Quintero Quirós, Delegado Provincial de Podología de Vigo (Pontevedra); D. Elisardo Bralo Rego, Delegado Provincial de Podología de Orense y D. Francisco Santomé Rodríguez, Miembro de la Comisión Organizadora.

La presentación a S. E. fue hecha por el Presidente del Consejo Nacional, D. Enrique Riudavets y obtenida la correspondiente autorización, el Secretario General, D. Juan Vidan, pronunció las siguientes palabras:

"Excelentísimo Sr.:

En nombre de todos los podólogos de España, acudimos a esta audiencia, que os habéis dignado concedernos, para agradecer a Vuestra Excelencia, el haber ostentado la Presidencia de Honor del IV Congreso Nacional de Podología, celebrado en Santiago de Compostela, el pasado año, culminando, al Presidir Vos nuestro Congreso, la trayectoria de ayuda y comprensión que siempre nos habéis dispensado.

En el año 1959, con más de cien años de existencia profesional, celebramos nuestro I Congreso a escala nacional en Madrid, siguiéndole el II en Zaragoza; el III en Bilbao; el IV, el presente, en Santiago de Compostela, y el V, que ahora estamos ultimando y que tendrá lugar este año en Barcelona.

Hemos organizado Semanas Nacionales de Perfeccionamiento para los profesionales en ejercicio; ostentamos la Presidencia de Honor de la Federación Internacional de Podología y estamos clasificados como el segundo país del mundo, inmediatamente detrás de Norteamérica, en número, preparación científica e importancia de nuestros estudios, gracias a que el Gobierno de V. E. reconoció y reglamentó nuestra Profesión como especialidad del Ayudante Técnico Sanitario en 1962, por Decreto n.º 727, de fecha 29 de marzo.

Hemos fundado también dos Escuelas de Podólogos en el seno de las Facultades de Medicina de Madrid y Barcelona, con la aportación económica de muchos podólogos profesionales, constituyendo nuestro legítimo orgullo y siendo base de superación esperanzadora cara a las nuevas generaciones de estudiantes.

Nos encontramos en este momento de la

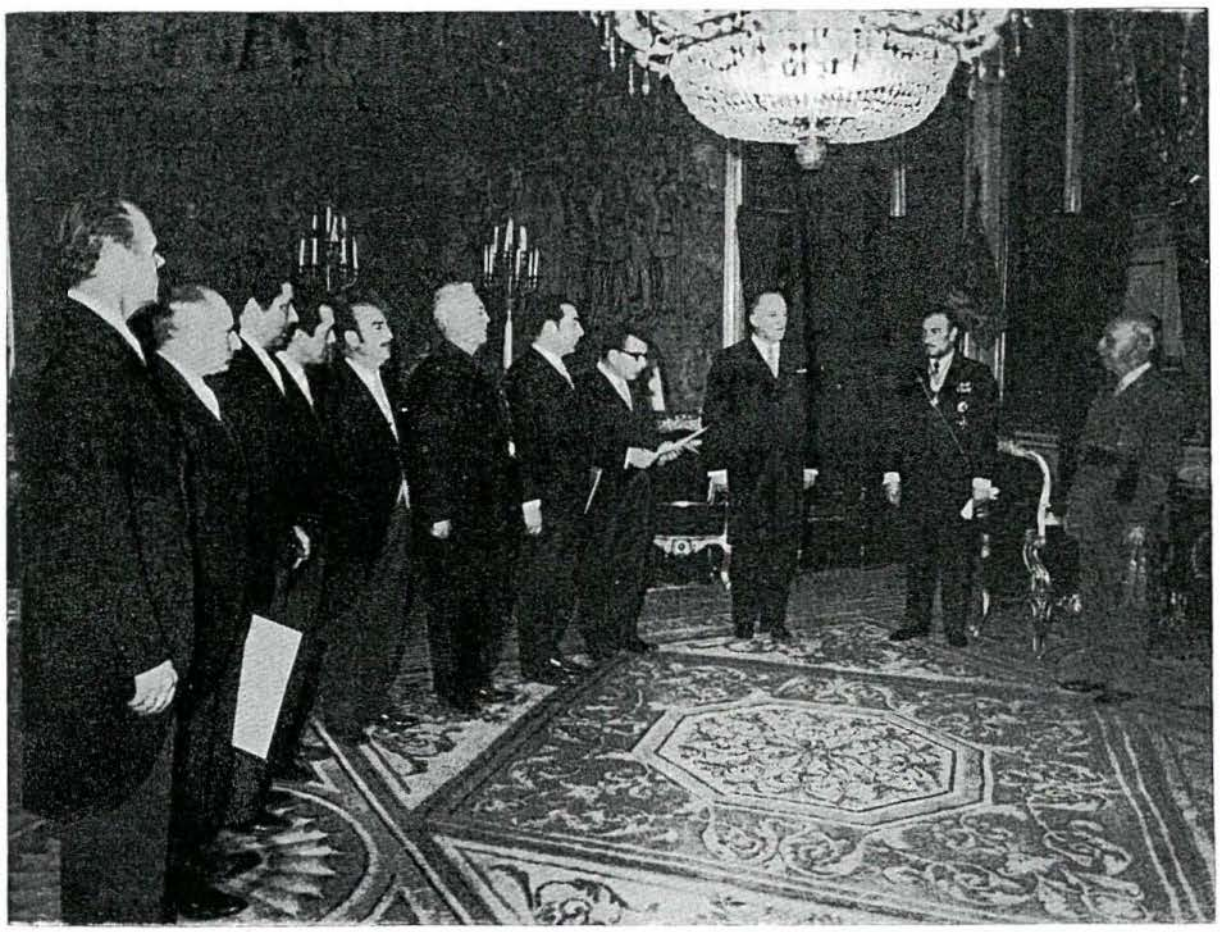
ubicación que el Ministerio de Educación y Ciencia tiene que dar a nuestros estudios, en unión de los de nuestra Carrera básica, el Ayudante Técnico Sanitario, dentro de la nueva Ley de Educación, recientemente implantada en España.

Y ahora, Excelentísimo Señor, le ruego en nombre de todos este recuerdo del IV Congreso Nacional de Podología, que nos hicisteis el honor de Presidir, y que si bien es modesto, va junto a él, el corazón de todos los podólogos de España."

Al término de estas palabras, fue ofrecida a S. E. el Generalísimo por los Sres. Leonardo Escachs, Enrique Riudavets y Juan Vidan una artística placa de plata impresa en la cual, iban los emblemas de Galicia y del Congreso y con una dedicatoria de profunda gratitud de la Podología Española y del Comité Organizador del IV Congreso por haber aceptado la Presidencia de Honor de dicho Congreso, S. E. el Jefe del Estado.

El Generalísimo, se interesó vivamente por la marcha y desarrollo de la Podología, inquiriendo detalles y datos referentes a la misma y que los antes citados Srs. Escachs, Riudavets y Vidan profundamente emocionados le expusieron detalladamente.

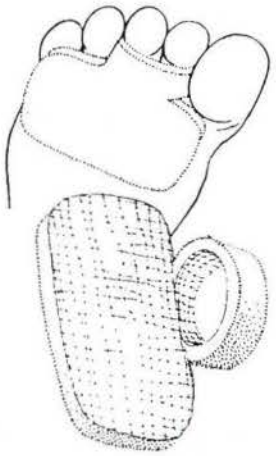
Para la Podología Española y para todos cuantos compañeros militan en la Agrupación de Podólogos de España, este ha sido sin lugar a dudas un acto de recuerdo imperecedero.



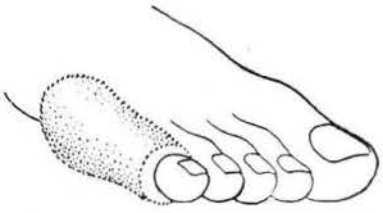
Momento en que el Sr. Juan Vidan, Secretario General del IV Congreso da lectura a la salutación al Caudillo, en presencia de todos los Miembros de la Comisión.

# Seton® S.A.

**Al iniciar sus actividades en Podología, saluda a los especialistas españoles poniendo a su disposición su nueva gama de productos específicos.**



**TUBITON**
**TUBIGRIP**
**DALZOFOAM**
**TUBIFOAM**
**PLANCHA DE LATEX ADHESIVA**
**TUBIPLAST - Adhesivo líquido estéril**
**PLANCHA DE FIELTRO**



**C/. Madoz, s/n.** **MATARO** **T. 390 38 78**

# De Santiago a Barcelona o el tesón de nuestros hombres

Por F. Santomé Rodríguez
Podólogo
VIGO

La audiencia concedida el miércoles día 17 de marzo a la Comisión Organizadora del IV Congreso Nacional de Podología, por S. E. el Jefe del Estado, mostró a toda España y particularmente a la clase sanitaria, el reconocimiento oficial de una especialidad que en pocos años se sitúó en un plano que los más optimistas no habían soñado. Y esto no quiere decir que hayamos alcanzado la meta deseada pues se sigue luchando para conseguir actualizar en lo posible todas nuestras lógicas aspiraciones.

Todos los congresos han tenido sus promotores. Pero el Congreso de Galicia, celebrado en Santiago de Compostela, con proyecciones en La Coruña y Vigo, fue obra de un grupo de amigos, destacando la labor personal del compañero Juan Vidan Torres que no cesó hasta ponerle el broche de oro, con la visita al Palacio del Pardo para agradecer a S. E. el haber aceptado la Presidencia de Honor del Congreso.

Toda esta titánica labor queda empequeñecida, si al hacer historia de la Podología, nos acordamos de otro hombre que, desde hace muchos años, lleva el peso de la Podología española.

No pretendo ser adulador. Lo único que me interesa es, aprovechar la oportunidad para destacar la figura de un compañero que ha triunfado en su misión. Nuestro personaje puede encajar en esta referencia:

En cierta ceremonia de toma de posesión de un cargo profesional, tuve la satisfacción de escuchar una magnífica lección de una ilustre personalidad pública que jamás se me ha borrado de la mente. Decía el disertante: "Las grandes obras son siempre realizadas por genios que, como condición especial, están dotados de cierta "chaladura" y que es preciso, para conseguir algo, poseer esa excitación mental". El, cuando veía a un hombre que se "chalaba" por cualquier causa, descubría siempre, en efecto, al personaje ideal para salir adelante.

Viene esto a cuento por la relación que yo encuentro con nuestra lucha profesional y, concretamente, en la especialidad de Podología.

Fueron varios los compañeros que tomaron las riendas en sus comienzos hasta surgir el hombre que, aparte de sus conocimientos, tenía esa condición de soñador o enamorado, entregado en cuerpo y alma a la causa podológica. Estas aptitudes le traicionaron de tal manera, que se dedicó a ellas plenamente, abandonando sus propias ocupaciones familiares y particulares, para alcanzar la meta que se había propuesto: Elevar a la Podología.

Ninguno de los que me estáis leyendo ignoráis quién es este hombre. Yo, por aquel entonces era un crío. Cuando le conocí —allá por los años de la post-guerra española— cumplía el Servicio Militar en la Batería del Monte de la Guía, concretamente aquí en Vigo... Nunca pude imaginarme que aquel soldado rubio que venía a visitar a mi jefe, lo encontraría, más adelante, como capitán en las tareas de lanzar adelante a unos miles de compañeros de profesión, ansiosos de que se les escuchara.

No fue fácil la tarea. Tropezó con muchos inconvenientes. Luchó contra viento y marea, contra envidias y vejaciones. Pero logró el fin propuesto.

Primero, Delegado Nacional de Podología.

# Plantillas Ortopédicas Elásticas "FERRIZ"

**Medalla de Plata en el X Salón Internacional de Bruselas**

Nueva y sensacional presentación

Conserva íntegramente su eficaz rendimiento.

Pueden modificarse en todo momento con la misma facilidad y comodidad que con el sistema anterior.

Se mantienen los mismos precios.

Cualquier duda o problema existente será resuelto con prontitud y sin desembolso extra alguno.

Ofrecemos instalación completa (maquinaria, pegamento, forros, etcétera), viaje y estancias totalmente gratis.

Las plantillas se presentan con nueva fórmula química y están tratadas con SANITIZED.

Ofrecemos y exigimos garantía y seriedad comercial.

**Se precisan representantes en exclusiva en poblaciones de toda España**

B. Soriano, 30

Tel. 23 28 29 - JAEN


Después, Presidente de la Federación Internacional de Podología, de la que actualmente, es Presidente de Honor. Más tarde, Presidente de la Agrupación de Podólogos de España y también Presidente del Colegio Provincial de Auxiliares Sanitarios, Sección Practicantes, de Barcelona y su provincia, cargos que desempeña en la actualidad, todo ello para bien de los repectivos miembros que él representa.

Ahora sé que estáis pensando: —¿Bueno, y este recordatorio a santo de qué viene? Si sois un poco pacientes y me seguís leyendo, os lo diré:

Somos bastantes los que seguimos a Escachs, pues así se llama el hombre al que hago mención. Fueron cuatro congresos los celebrados; Symposiums; Semanas Podológicas; Cursillos; un Congreso Internacional, etc. Tenemos dos Escuelas anexas a las Facultades de Medicina de Madrid y Barcelona y un Diploma en nuestros gabinetes que nos enorgullece.

A estas reuniones citadas siempre hemos ido los mismos; muy pocas caras nuevas. En sus casas se quedan muchísimos compañeros que han recogido el fruto de esta labor titánica de Leonardo Escachs y colaboradores.

Ahora se va a celebrar el V Congreso Nacional de Podología en Barcelona, ciudad donde reside nuestro Presidente. Por tal motivo, me dirijo a ti, querido compañero, que no hiciste más que "recoger", para pedirte si te sería muy difícil el dejar TRES DIAS tu consulta para comparecer en Barcelona y sumarte a los que ya venimos año tras año, arrimando el hombro para que, lo que tanto trabajo costó, no se venga abajo por apatía de unos cuantos. Tu presencia es necesaria. Leonardo Escachs, estoy seguro, seguiría sacrificando su vida y su bienestar en pro de la Podología. Lo necesitamos; no lo dudes. Si los que allí vayamos se lo pedimos, seguro que continuará luchando. Deja por un momento de ser comodón y ¡¡DECIDETE A SALIR DE TU CONCHA!! ¡¡CUMPLE CON LOS QUE TE HAN ELEVADO!! Barcelona espera tu presencia. Si conseguimos vernos allí todos, será, sin género de dudas para nuestro bien y daremos satisfacción a LEONARDO ESCACHS CLARIANA.

# Técnicas del fotopodograma y su interpretación

Félix Alonso Royano

El fotopodograma es un método de exploración podográfica de gran valor diagnóstico si sabemos hacer la correcta interpretación.

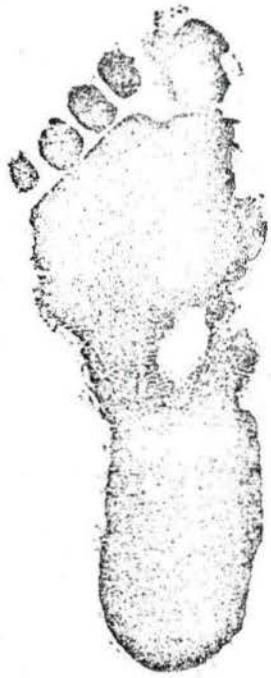
El pie tiene la propiedad de dejar una impronta cuando es humedecido. Bajo esa propiedad fue descubierto todo un complejo interpretativo por el que podíamos definir y diferenciar un pie plano de un cavo y un valgus de un varus, entre otros diagnósticos. Por ello se ideó la tinción con diversas sustancias y así producir sobre un elemento dusolución alcohólica de tanino que una vez seca pincelaba con perclorura de hierro. El segundo lo hacía de un modo elemental con tinta roja y el tercero hacía apoyar el pie sobre un papel ahumado a la lámpara. Fácil es comprobar lo engorroso y sucio de estos métodos así como lo difuso de las huellas.

En la actualidad tenemos el gran honor de decir que nuestro querido colega Vilató emplea un método ideado por él y hasta el momento no superado en su validez demostra-

Plano longitudinal y transverso.

Pie cavo de 1.er grado.

Plano longitudinal de 3.er grado.



Pie cavo valgus.

rable, como el papel, una huella plantar que pudiera ser estudiada y comparada con otra tomada como normal.

Freiberg, Schulze y Hohmann fueron los primeros en idear diversos métodos podográficos. El primero tincionaba la planta con una

tiva. Se trata del fotopodograma que todos seguimos con ligeras variantes por mi parte. Roig Puerta asimilando esta magnífica técnica ha añadido la grafía dorsoplantar y nuestro querido colega Fernández Mitjans con haces luminosos de infrarrojos ha inventado el

fotopodomiograma. Todos estos métodos son muy importantes para el correcto diagnóstico y posterior evolución de diversas afecciones pédicas. Vamos a definir en síntesis cada una de ellas.

**FOTOPODOGRAMA DE VILATO:**

Material: Papel fotográfico por contacto.
Líquido revelador
Líquido fijador
Bateas adecuadas
Fotopodogramoscopio
Secador fotográfico.

Técnica:

Se tinciona la planta del pie enfermo de modo que sea humedecida en su totalidad, con líquido fijador rebajado a 1/4 de su pureza, con una torunda de algodón. Se tratará de que la tinción no sea excesiva a fin de que al ser impresionada la planta no queden borradas las huellas cutáneas, dato muy importante para su posterior interpretación. Se invita al paciente que apoye el pie sobre el papel fotográfico que se encontrará sobre el cristal del fotopodogramascopio y en su cara de contacto; es decir, sobre la cara brillante. Hecho eso, el paciente se pondrá de pie y apoyará con fuerza durante unos diez segundos, momentos que aprovecharemos para dar luz blanca en el fotopodogramascopio y que hasta entonces habíamos mantenido en ambiente de luz inactínica. De nuevo se sienta el paciente y retira con rapidez el pie apoyado sobre el papel.

Hasta aquí el fotopodograma de Vilató, más o menos. Mi técnica sigue en síntesis la de Vilató, pero una vez hecho, hago un positivo contacto que es el que doy al paciente, quedándome con el original negativo que conservo en la ficha y tengo en todo momento una verdadera evolución interpretativa cuando poseo una colección de ellos en el mismo paciente, sabiendo así la validez del tratamiento que he impuesto.

Otros autores emplean el mismo o pareci-


Scholl

ORGANIZACION MUNDIAL PARA EL CONFORT DE LOS PIES

FABRICAS Y GABINETES DE APLICACION EN LAS PRINCIPALES POBLACIONES DEL MUNDO

**Se honra en colaborar con los Sres. Podólogos, poniendo a su servicio su larga experiencia en la especialidad y las reconocidas, calidad y eficiencia técnicas de sus preparados, remedios y aparatos para la higiene de los pies, la corrección de sus defectos y el alivio de sus molestias.**

Amplia información técnica de carácter general o sobre cualquier caso particular. Visítenos.

- **Plantillas ortopédicas a medida y pre-fabricadas, en cualquier tipo o medida; de metal, plástico, goma, etc., para pie plano, metatarsalgia, pes-cavus, espolón de calcáneo y otras anormalidades del pie.**
- **Medias para varices, tobilleras y rodilleras.**
- **Taloneras - Protectores de juanetes - Separadores de dedos.**
- **Almohadillas y plantillas de latex espumoso para plantas sensibles.**
- **Sales, Polvos y Crema Pédico para la higiene de los pies.**
- **Polvos Bromidrosil para excesiva transpiración maloliente.**
- **Parches y discos protectores (SIN CALLICIDA).**
- **Crema SOLVEX para pie-atleta.**
- **Vendaje elástico ARCH BINDER para pie abierto.**
- **Vendaje elástico con elevación para apoyo de arco metatarsiano.**
- **Almohadillado adhesivo PROTECTO PAD para proteger cualquier punto sensible del pie.**
- **Reductor de hallux-valgus BUNION SPRING.**
- **Reductor de dedo en martillo HAMMER TOE SPRING.**
- **Vendajes tubulares patentados GASATUB (Tubegauz).**
- **Sandalias fisiológicas PESCURA con diseño especial patentado.**

Central en **ESPAÑA:** Rodríguez San Pedro, 5 - MADRID (15) - Tel. 224 75 66

do papel fotográfico que velan a la luz y realizan un bonito fotopodograma pero no puede ser repetido y una de dos o se lo entregamos al paciente y así no lo conservamos o lo conservamos y así no lo posee el paciente la posesión del Fotopodograma por el paciente y una explicación sobre lo que vemos en el mismo es sumamente importante desde el punto de vista psicológico. De ese modo el paciente tiene verdadera confianza en nosotros. Ello nos hace "verdaderos especialistas" ante él.

**FOTOPODORRADIOGRAMA DE ROIG PUERTA:**

Material: Radiografía
Líquido revelador
Líquido fijador
Bateas adecuadas
Aparato de rayos X

Técnica:

Basándose en el fotopodograma de Vilató, Roig Puerta de Barcelona, ideó apoyar el pie en una placa radiográfica y disparar en proyección dorso-plantar. El asunto está en hacer un disparo bifocal tipo Seze, es decir por delante del metatarso y por encima unos 15 grados y sin mover la planta y por detrás del retropié y encima unos 25 grados también sin mover la planta. Es elemental hacerlo con luz ináctica, cosa que no especifica Roig Puerta en su trabajo original. Esta técnica es muy interesante, ya que puede verse la relación oseo-cutánea.

**FOTOPODOMIOGRAMA DE FERNANDEZ MITJANS:**

Material: Placa o papel fotográfico
Líquido revelador
Líquido fijador
Bateas adecuadas
Lámpara de infrarrojos
Aparato de Rayos X
o fotopodogramoscopio

Técnica:

Idéntica a las anteriores produciendo destellos de infrarrojos con lo que se consigue una imagen de la silueta de la masa muscular. Personalmente no tengo aún experiencia con esa técnica.

**INTERPRETACION:** Es fácil, relativamente hacer un fotopodograma. Con estos datos que doy a Vds. harán fotopodogramas, fotopodorradiogramas o fotopodomiogramas con mucha facilidad. Ahora bien, no es suficiente hacer un método de exploración podográfica sino después interpretarlo. Saber interpretarlo. Esto es lo que considero sinceramente complicado y para lo que hace falta mucha práctica y sobre todo experiencia. Basándome en esa experiencia pretendo que Vds. sepan interpretar adecuadamente los fotopodogramas, técnica de todas las explicadas, la más empleada.

Que yo sepa nadie hasta el día de hoy ha echo un trabajo analítico de interpretación. Creo que soy el primero que hace esto y Vds. son también los primeros en escuchar mi teoría sobre el análisis de interpretación fotopodogramascópica. Tal vez nos encontremos ante un hecho histórico y tal vez a partir de ahora comencemos a interpretar racionalmente, científicamente, un fotopodograma, por esta razón doy una serie de nombres y expongo una serie de datos aprendidos en mis años de práctica interpretativa. Consideren pues que toda esta teoría interpretativa es totalmente original.

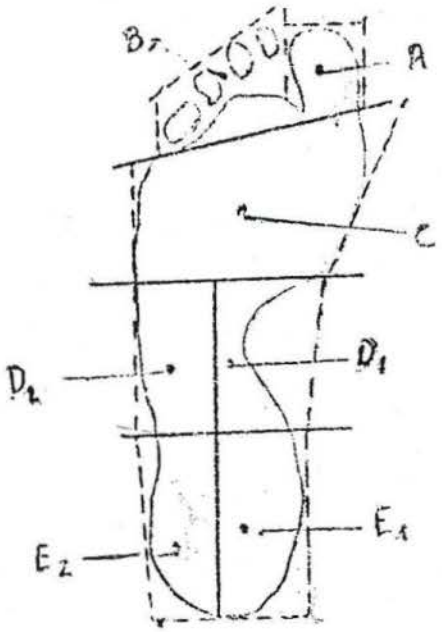

## ¡Podólogo!

La Revista Española de Podología es nuestra Revista y espera tu colaboración en forma de artículos científicos.

No la defraudes. Ayúdala.

## ZONAS BASALES

Doy el nombre de zonas basales al trazado lineal que divide la huella plantar en 7 partes:




A. Dedo gordo.
B. Resto de los dedos.
C. Antepié.
D1. Hemipié interno.
D2. Hemipié externo.
E1. Retropié interno.
E2. Retropié externo.

## TRAZOS BASALES:

Doy el nombre de trazos basales al trazado lineal en la huella plantar que sigue los ejes 1, 2, 3, 4 y 5 y cuyo punto de convergencia es el centro cutáneo del talón considerado como normal.

**Eje primario 1:** Es aquel que partiendo del centro cutáneo del talón sigue el eje metadiafisario quinto.

**Eje primario 2:** Es aquel que partiendo del eje cutáneo del talón sigue el eje metatarsiano primero.

**Eje primario 3:** Es aquel que partiendo del centro cutáneo del talón pasa por entre las cabezas del tercero y cuarto metas, en sus eminencias cutáneas.

**Eje primario 4:** Es aquel que partiendo del centro cutáneo del talón pasa por entre las cabezas primera y segunda matas, en sus equivalencias cutáneas.

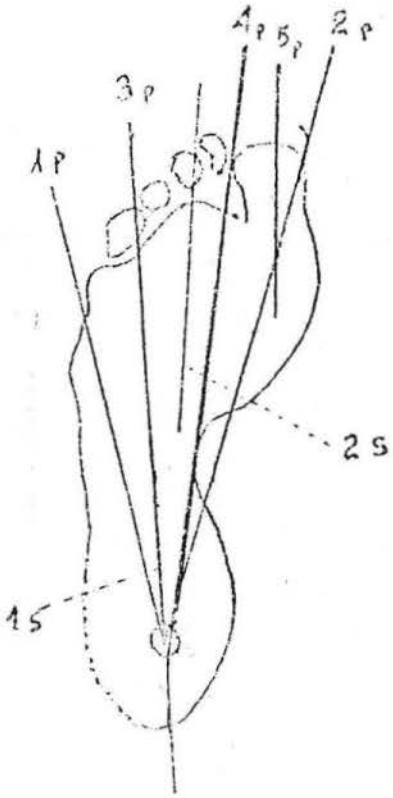
**Eje primario 5:** Es aquel que sigue el eje longitudinal del primer dedo.

**Eje secundario 1:** Es aquel que divide la huella cutánea del talón en dos partes iguales.

**Eje secundario 2:** Es aquel que divide la huella cutánea del antepié en 2 partes iguales.

Los ejes secundarios serán normales cuando trazados en el fotopodograma sean coincidentes y formen un ángulo llano de 180 grados.

Cuando los ejes secundarios formen un ángulo de vértice interno nos encontramos ante un apoyo valgus cuando el vértice es externo nos encontramos ante un apoyo varus. Estos ángulos se acercarán más al llano cuanto menos acentuado sea el defecto.




## FALLAS DE TINCION:

Doy el nombre de falla a aquella falta de tinción plantar que por ello no refleja en el

# Acortamiento congénito del 4.° metatarsiano

## Presentación de algunos casos

por **Pablo Vilató**
Podólogo
Prof. de la Escuela de Podólogos
Barcelona

El acortamiento del 4.° metatarsiano es una anomalía del crecimiento de carácter congénito que se presenta con relativa frecuencia aunque pasa desapercibido para el podólogo siendo, no obstante, una afección muy evidente.

Extensa es la literatura sobre el primer metatarsiano atábico. Son muchos los estudios que se han venido realizando estos últimos años sobre un cuadro clínico que ha sido muy propiamente denominado "insuficiencia del primer segmento dígito-metatarsal" ya que las metatarsalgias que este cuadro condiciona, no es sólo responsable en acortamiento del primer metatarsiano que si también los del dedo correspondiente o a la disfunción del propio metatarsiano y dedo como vemos en el varismo del primer metatarsiano; hallux maleus; hallux rigidus; flexus; valgus; etc., todo lo cual debe ser considerado en un mismo conjunto.

Sin embargo, la literatura de acortamiento de otros metatarsianos, es mucho más escasa, por lo que su clínica se desconoce.

El primer trabajo publicado sobre acortamiento del 5.° metatarsiano, en relación con el dedo 5.° superductus, es debido al Prof. Hohmann, el cual puso de relieve como la posición de acabalgamiento y varismo del 5.° dedo, siempre de carácter familiar, es debido al acortamiento del correspondiente metatarsiano.

La sintomatología dolorosa y aspecto del fotopodograma, así como los ensayos efectuados sobre el tratamiento del 4.° metatarsiano corto, somos los primeros en publicar ya que la poca literatura existente, se limita tan sólo a su aspecto radiográfico y etiológico, considerado dentro de un campo puramente de la investigación o curiosidad científica, sin valor clínico. Es tan sólo Hanby y Walker en "Fundamentos de la Podología" que hace alguna observación clínica.

Los casos que refiere el Prof. Hohmann son de dos hermanas gemelas; en una de ellas, el acortamiento del 4.° metatarsiano era bilateral y en la otra, en un solo pie. Otro caso comentado por este autor, es el de un muchacho el cual presentaba el 4.° metatarsiano corto en un pie, mientras que en el otro, faltaba una hilera digito - metatarsal. Otros autores como Hausser y Kenzie, Swanson, se limitan a reproducir algunas radiografías demostrativas de dicha anomalía. Nuestro compañero el Sr. Jaime Arenas, ha visto un caso en el que se hacía muy patente el factor familiar. Se trataba de una niña cuyo padre, de naturaleza español, tenía un acortamiento del 4.° metatarsiano y que la madre, de naturaleza polaca, tenía idéntica anomalía en las manos. Dicha niña presentaba un acorta-

---

fotopodograma la zona de huella que debiera. Es muy importante el conocer esas fallas y para ello nada mejor que la costumbre en el análisis e interpretación de fotopodogramas normales y patológicos.

Dentro de la huella plantar es importante diferenciar una falla de tinción de una duricia plantar o de un heloma. También es importante diferenciar las zonas de mayor presión y que, cuando se ha tincionado perfectamente, se demuestra por una mayor blancura en la huella. Tengan siempre bien presente que huella plantar donde no se conservan las líneas epidérmicas en gran mayoría del territorio plantar, no está bien tincionada.

miento bilateral del 4.º metatarsiano, incidencia esta, por cierto, muy curiosa. Los tres casos observados en nuestra consulta, son los siguientes:

1.º Mujer de 40 a., soltera, de profesión cocinera. Acude a visitarse a nuestra consulta particular por molestias de cansancio desmesurado; presenta unos pies plano-valgos congénitos, no aquejando metatarsalgia, observándose un 4.º dedo retraído a un plano posterior del resto de los dedos. Practicada radiografía dorso-plantar (figs. 1 y 2) se comprueba el acortamiento del 4.º metatarsiano y la falange proximal del primer dedo también cortas y pies plano-valgo congénitos. En el F.P.G. se aprecia a nivel del 4.º metatarsiano un signo que denominamos "golfo" (figs. 3 y 4). Interrogado convenientemente no existen antecedentes familiares.

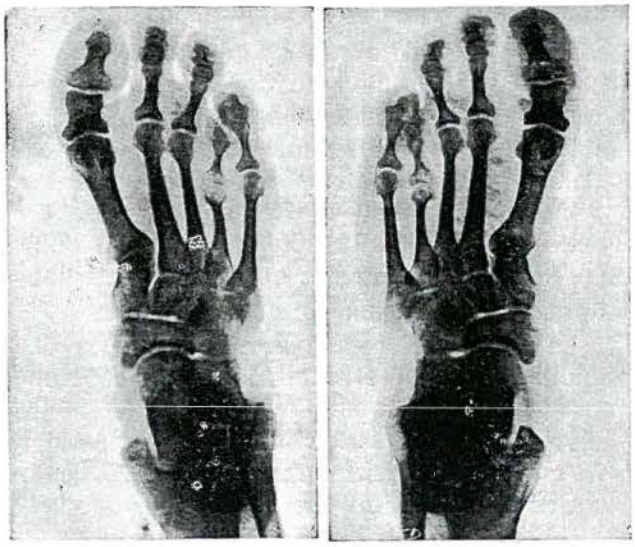


Fig. 1 y 2

Fig. 4

TRATAMIENTO. Plantillas con material de Plexidur, de soporte de la bóveda plantar longitudinal. Resultados satisfactorios al aumentar la capacidad de los pies y disminuir la fatiga.

Fig. 3

Fig. 5

2.° Visto en nuestra consulta particular. Mujer casada de 50 a., profesión s/l. Vida sedentaria. Constitución obesa. Calza zapatos tipo salón punta estrecha. Presenta una metatarsalgia que refiere a todas las cabezas metatarsales de ambos pies más acusada en el pie derecho. En las radiografías practicadas (figs. 5 y 6) se constata el acortamiento del 4.° metatarsiano bilateral.

Fig. 6

TRATAMIENTO. Plantilla tipo palomilla metálica con barra metatarsal que dice no tolera. Resultado no satisfactorio y perdemos el contacto con la paciente.

3.° Visitado en nuestra consulta particular. Hombre de 42 a. Casado. De profesión industrial. Calza zapato bastante racional. Presenta un ligero descenso en la bóveda plantar y dolor a nivel de la cabeza del 3.° metatarsiano en ambos pies en donde puede apreciarse unas callosidades. Al observar la disposición del 4.° dedo igual a los anteriores casos, se practica radiografía comprobándose en el pie derecho un acortamiento del 4.° metatarsiano, malformación de la base de la falange proximal del primer dedo en ambos pies (figs. 7 y 8).

En el F.P.C. (figs. 9 y 10) se observa el signo del "golfo" a nivel del 4.° metatarsiano del pie derecho, imagen que no se aprecia en el pie izquierdo (de 4.° metatarsiano normal).

TRATAMIENTO. Plantillas de plexidur con elevación en forma de bóveda de la zona metatarsal, de resultado satisfactorio al desaparecer la metatarsalgia.

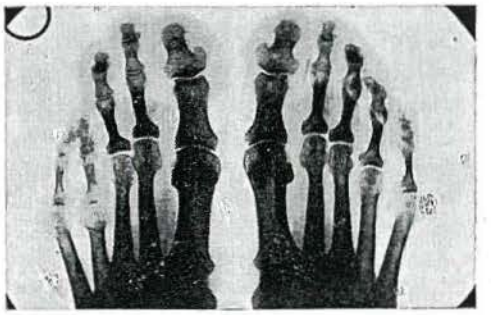


Fig. 7 y 8

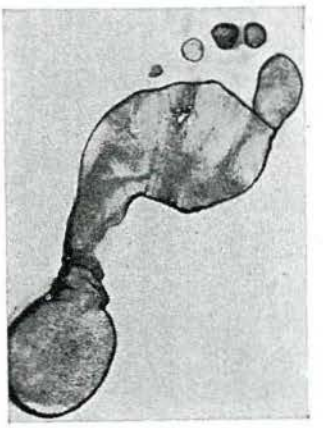


Fig. 9

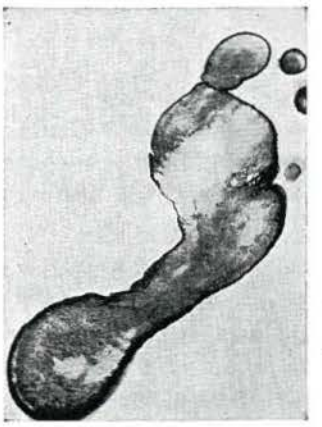


Fig. 10

4.° Mujer de 48 a. Casada. Profesión doméstica. Es visitada en la Escuela de Podólogos de Barcelona. Viene aquejando dolor en la articulación coxo-femoral derecha, dolorimiento generalizado en el pie derecho y, muy especialmente, a nivel de la primera articulación metatarso - falángica. Presenta un acortamiento de dicha extremidad que se valoriza en 1,5 cms. Este pie presenta características de pie zambo, apreciándose diversas anomalías en su constitución ósea y disposición esquelética, siendo lo más notable el hundimiento del tarso posterior, elevación del tarso anterior, desviación plantar de los metatarsianos y dedos. El pie izquierdo es planovalgo, habiéndose podido observar en la radiografía practicada en el dispensario, en proyección lateral, la existencia de un enorme hueso super-escafoideo que limitaba considerablemente la flexión dorsal de dicho pie (fig. n.° 11).

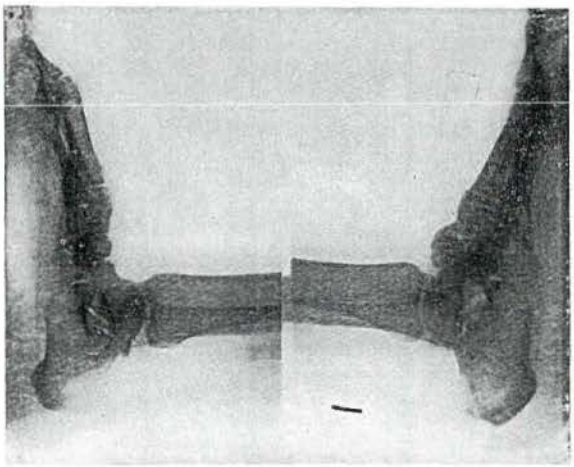


Fig. 11

En la radiografía dorso-plantar se aprecia un considerable acortamiento del 4.° y 5.°metatarsianos derechos y una notable malformación del escafoides del mismo pie (figura 12).

TRATAMIENTO. Ha sido practicado por el Sr. Solé Cuch, Profesor del Departamento de Prótesis de esta Escuela. Para el pie derecho se confecciona una plantilla de Podiasín con barra en la flexura de los dedos para corregir la inflexión plantar y en el pie izquierdo plantilla de Plexidur correctora del pie plano-

Fig. 12

valgo. Se compensa el acortamiento con un alza de 1 cm. en la plantilla. El resultado es satisfactorio.

5.° Este caso nos llega a la Escuela de Podólogos conducido por nuestro Sub-Director D. Leonardo Escachs, procedente de su consulta particular. Se trata de una niña de 7 años de edad que presenta un acortamiento bilateral de 4.° metatarsiano que condiciona un acabalgamiento del 4.° dedo sobre el 5.° El Sr. Solé Cuch confecciona una prótesis de material de badana y silicona para corregir el acabalgamiento del dedo y que posee un alza retrocapital del 4.° metatarsiano para corregir, al propio tiempo, la luxación metatarso - falángica que presenta esta paciente (fig. n.° 13).

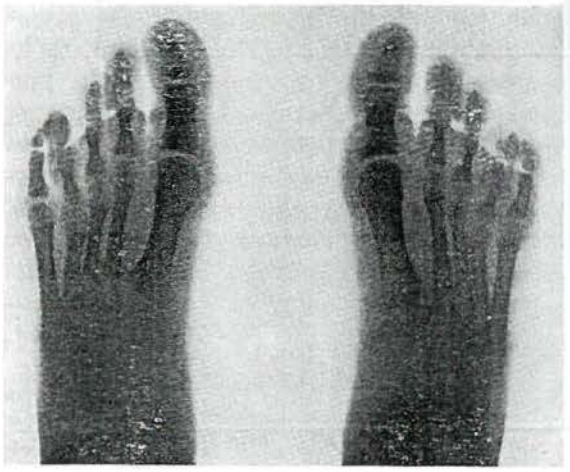


Fig. 13

## CONCLUSIONES

a) El acortamiento del 4.° metatarsiano es una malformación congénita en la que no siempre puede demostrarse el factor hereditario o familiar, pero que sí podemos, afirmar, la existencia de antecedentes familiares con mucha frecuencia.

b) La metatarsalgia se produce por sobrecarga de las cabezas de los metatarsianos que están situadas normalmente y por insuficiencia del apoyo y función de los metatarsianos atábicos.

c) En el fotopodograma aparece un accidente a nivel del metatarsiano corto que denominamos "golfo", siguiendo con ello estas nomenclaturas geográficas según tenemos costumbre en la clasificación de los accidentes de la huella, desde que iniciamos hace ya algunos años, la interpretación del fotopodograma. Puede apreciarse la aparición de estos "golfos" en las sub-luxaciones metatarso-falángicas, condicionadas por los dedos en martillo o en garra.

d) Al igual que otras malformaciones congénitas se hallan éstas asociadas a otras también malformaciones congénitas que, a veces y con cierta frecuencia, se observa en el mismo pie, en el homólogo en manos o en otras zonas del esqueleto. Así, en los casos 1.° y 3.°, vemos también malformaciones en las falanges proximales de los primeros dedos.

En el caso 1.°, había, además, unos pies planos congénitos. El Prof. Hohmann, refiere una concomitante ausencia de un segmento dígito-metatarsal. En el caso que se ha publicado en nuestra Revista Española de Podología, n.° 6, obra de nuestro querido amigo D. José A. Calvo, titulado "Anomalías Congénitas", presenta un caso de polidactilia con un cuarto metatarsiano bifurcado y el 5.° metatarsiano atábico (fig. n.° 14).

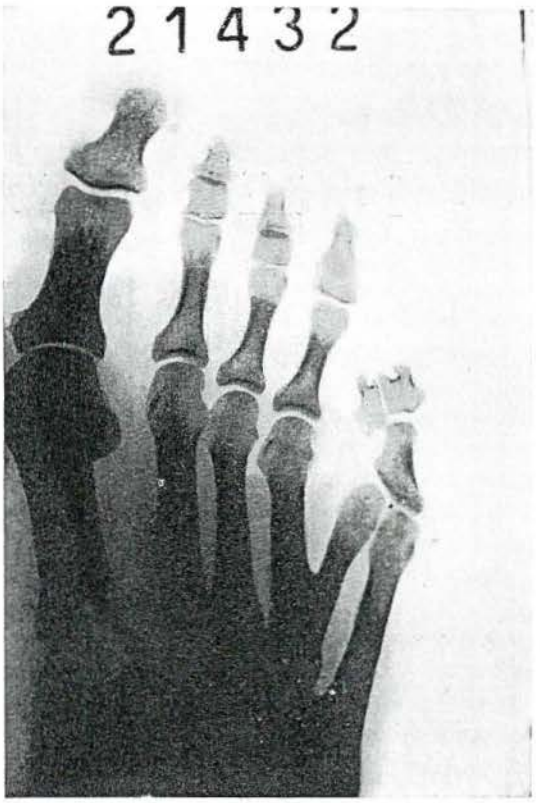



Fig. 14

En el caso 4.°, reseñado en este artículo, veíamos, además del correspondiente acortamiento y en el mismo pie, una notable malformación del escafoide, mientras que en el derecho aparecía un hueso super-escafoideo, dividido en dos núcleos, uno mayor y otro menor.

Sería muy interesante el poder proseguir los estudios e investigación de estos casos de malformaciones, inclinándonos a creer en la existencia de malformaciones también en columna sacro-lumbar, especialmente espinas bífidas, sacrilizaciones, etc.

# Plantillas Ortopédicas Elásticas

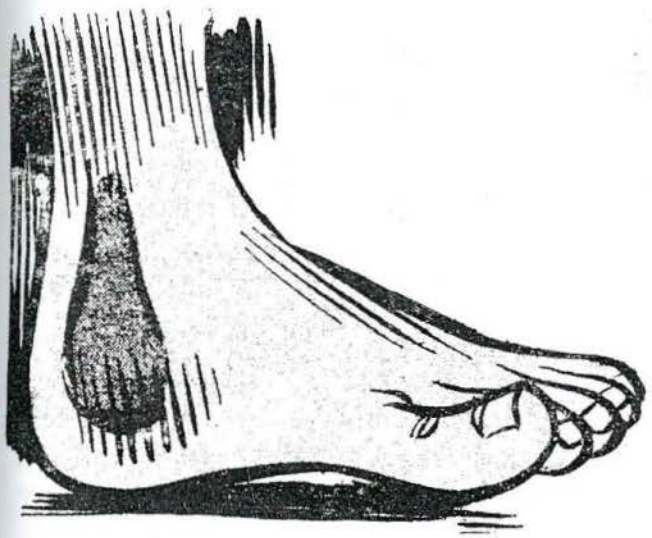
# F E R R I Z

**MEDALLA DE PLATA EN EL X SALON INTERNACIONAL DE BRUSELAS**

La Firma que fabrica el mayor y más completo surtido de piezas accesorias para toda clase de anomalías pédicas, ofrece a todos los Podólogos de España su total garantía y seriedad comercial.

BERNABE SORIANO, 30 - TELEFONO 23 28 29 - J A E N

# GIMNASIA DE LOS PIES



Por el Prof. **Dr. O. A. Stracker,** del Servicio de la Clínica de Pediatría de Viena. (Director: Doctor K. Kundratiz.)

MEDIZINISCHE KLINIK, edición en español ("Medicina Clínica"), marzo 1961.

Lector: D. P. Vilató. Podólogo - Barcelona.

**"Junto a la protección del pie mediante plantillas, no debe de ser descuidada la potencialización de los músculos del pie."**

A pesar de existir en algún sector médico desconfianza del tratamiento con plantillas, en este artículo el Prof. Stracker se manifiesta afirmando que las plantillas ortopédicas bien adaptadas son indispensables para mantener el esqueleto del pie en correcta arquitectura. Recomienda las plantillas flexibles, ya que éstas, debido a su elasticidad, producen a cada paso una presión intermitente sobre la planta, que favorece en especial la circulación de retorno.

Para dominar la posición correcta se precisa del trabajo activo del músculo. Considera el autor un error importante limitar el tratamiento al empleo de plantillas únicamente, sin atender a la recuperación de la hipotonía muscular.

La marcha habitual influye poco sobre los músculos intrínsecos y extrínsecos del pie. En efecto: andamos automáticamente. La elevación de la pelvis, por ejemplo, se hace de forma pasiva, a expensas de un movimiento de inercia pendular, que efectuamos con el tronco durante la deambulación. Debido a esto se hace indispensable la g i m n a s i a del pie.

Los ejercicios que nos propone el autor de este artículo son, en parte, los propuestos por Scheele. Se hacen sentados en una banqueta cuya altura debe llegar a nivel de las rodillas del paciente. Se refiere especialmente al tratamiento de los niños de edad inferior a los 12 años, afectos de pies p. v., en los cuales la gimnasia podológica adquiere su máximo valor.

La gimnasia debe de ser limitada a pocos ejercicios cuando el niño tiene que practicarla en casa; sesiones cortas varias veces al día (5 movimientos). Cuando la ejecute en

un Centro, hacerla por grupos de niños para que resulte menos monótona.

Sentado el niño en la banqueta, el punto de partida será el estado de reposo, los pies apoyados por sus plantas, normalmente en el suelo.

El componente característico en un pie p. v. infantil es la pronación del talón, debido al valguismo o rotación externa del calcáneo y del astrágalo. Como consecuencia, el derrumbamiento de la bóveda plantar. Los músculos que actúan contrarrestando este trastorno son, por una parte, el tibial anterior, y por otra, todos los músculos cuyos tendones transcurren bordeando por debajo del maléolo interno y que se dirigen hacia la planta, y por último los músculos de la pantorrilla (gemelos). Entre los primeros el tibial posterior y flexores largos de los dedos son por excelencia supinadores. Para la recuperación de éstos el autor recomienda el ejercicio siguiente: Sentado el paciente en la forma indicada, se le sujetan por medio de un pañuelo los dos muslos por su tercio inferior, al objeto de que las rodillas contacten en todo momento, invitándole a que haga movimientos de supinación, con ambos dedos gordos en contacto (sin separarlos). En los niños pequeños puede ser sustituido por el clásico "toca palmitas". Con estos ejercicios efectuamos la supinación total de todo el pie.

Para el trabajo activo del peroneo lateral largo, en la misma banqueta, el enfermo se apoya en sus talones e imprime movimientos de rotación del pie, alternando, sucesivamente, puntas hacia adentro y puntas hacia afuera, con lo que se consigue la rotación del pie independiente de las piernas, cosa que no es posible con el niño en pie.

El hecho de ponerse de puntillas se hace merced a los músculos gemelos; en este movimiento normalmente (de pie) los músculos flexores de los dedos mantiene nel equilibrio de lcuerpo. En la posición erecta el esfuerzo de los gemelos queda reducido, pues instintivamente el cuerpo se dirige hacia delante para mantener más fácilmente la estática.

Al objeto de actuar eficazmente sobre estos músculos de la pantorrilla, el paciente se mantendrá sentado, con las manos sobre sus rodillas y, sin despegar los dedos del suelo, eleva los talones, para volver a la fase inicial de reposo.

Los músculos flexores de los dedos, como se ha dicho más arriba, contribuyen a mantener erecta una atención en los ejercicios. Para esto recomienda el Prof. Stracker los clásicos de "arañar", muy conocidos estos ejercicios por el Podólogo. Tales son el de la toalla que, colocada en el suelo, se trata de recoger con los dedos, rastreándola, mientras previamente se ha colocado algún peso para ofrecer cierta resistencia. Idéntico valor tiene el ejercicio de recoger unas bolitas de papel que se colocan en el suelo.

De otros trabajos gimnásticos nos habla el autor de este artículo, pero de ellos recogemos estos que se hacen en posición sentado, por ser menos conocidos, y que por las razones que expone el articulista creemos de gran valor terapéutico.

COMPAÑERO:

Sabemos que no nos falta tu ayuda al Portavoz profesional, pero no olvides que su renovación y superación es obra de todos.

Redactando tus experiencias profesionales prestarás un apoyo y una gran ayuda a los colegas que ejercen en poblaciones alejadas de las urbes más importantes.

# Trastornos de la estática en las enfermedades neurológicas

**Disertación pronunciada en el VII Congreso Panamericano de Podolología, por la Dra. Gisella R. A. Fábregas.**

Jefa a cargo de Neurología del
Hospital Vicente López.
Neuróloga del Hospital Rivadavia.
Docente autorizada de Clínica
Neurológica.
Jefa del Servicio Médico de la
Dirección de Psicología de
Vicente López.

La motilidad, mecanismo de comunicación entre los seres, es en principio la actividad muscular regida por el sistema nervioso. Cabe al sistema piramidal, principal ejecutor de tal mecanismo, la tarea de intelectualizar el movimiento, de hacerlo consciente y dirigido, ordenado y productivo, preciso, casi diría perfeccionista. Se requiere, por lo tanto, una elaboración específica y de aprendizaje; la más lenta en evolución natural, filo y ontogenética, para culminar en aquello que será el eje de nuestros actos, la acción dirigida por el intelecto.

El individuo comienza a moverse desde el nacimiento; primero torpemente, presentando actitudes que sólo son actos reflejos instintivos, hasta que, al llegar a los 3 años de edad y a partir de entonces, se desplaza con armonía y soltura afianzándose cada vez más su motórica y seguridad.

No obstante, no debemos olvidar la enorme importancia que poseen los sistemas extrapiramidal y cerebeloso, contribuyendo a que dichos movimientos se realicen en forma armónica, con justa metría e impidiendo que la fatiga agote al individuo.

Consideramos, así, una motilidad cinética, gobernada por el mencionado sistema piramidal (dinamismo intelectualizado voluntario) y extrapiramidal (movimientos asociados automáticos), y una motilidad estática, responsable del tono musclar, cuya ejecución corresponde a los sistemas extrapiramidal y cerebeloso. En ambos casos, el aparato ejecutor es la neuroma motriz periférica.

Cualquiera de ellos que falle ocasiona la pérdida del equilibrio de la estación bípida correcta ;la minusvalía de la estática, que en el hombre es la representación, junto con la mano, su segundo cerebro, de la selectividad alcanzada.

La lesión piramidal deviene en una paresia o parálisis, la cual de por sí constituye no sólo una incapacidad, sino también una alteración trófica de importancia que aun en su período de recuperación deja como secuela deformaciones, producidas al entrar en juego factores conducentes a la adaptación del individuo al medio como conservación instintiva y atávica.

La mencionada deformación del trípode de sustentación, o aun la simple hiperqueratosis que pudiere sobrevenir, es digna de mención. Hablamos en el caso antedicho de la

espasticidad del período de recuperación de las parálisis centrales (hemiplejía, monoplejía, paraplejía), pero no debemos olvidar de mencionar las parálisis fláccidas periféricas, en las cuales los trastornos tróficos y degenerativos son más acentuados, algunos de difícil solución o irreversibles, pero en muchos casos factibles de reaccionar con la terapéutica adecuada, tales como las polineuritis alcohólicas deficitarias o infecciosas.

Si la noxia actúa sobre los sistemas cerebeloso o extrapiramidal, la rexis sobre ellos producirá pérdida de la metría, de la estabilidad, marchas atáxicas, rigidez o aun movimientos clónicos desordenados, sin fin ni motivación y que no pueden ser dominados por la voluntad, aunque sí por el sueño. Actuando también aquí la musculatura indemne, se produce como mecanismo de compensación una posición que, aunque útil en tal caso, no deja de ser viciosa y originaria de actitudes responsables de la modificación trófica, a la que se sobreagrega —como corolario— déficit circulatoria y su consecuencia, la alteración del trofismo.

No debemos dejar de mencionar la importancia que cabe al podólogo, al detectar procesos infecciosos larvados, tales como mal perforante de origen no sólo vascular sino también sifilítico o aun mutiliciones lepromatosas que pueden ser ignoradas por el paciente, ya por falta de conocimiento, ya por falta de educación sanitaria, ya por temor a lo temible, o bien porque éstas, paradójicamente, sean las manifestaciones primitivas.

Dejamos en último término la mención de las deformaciones ocasionadas por actitudes viciosas, cuya responsabilidad cabe a la histeria de ciertos individuos incapaces de colocarse en un nivel psico-emocional adecuado, que con actitudes patoplásticas quieren suplir aquel vigor del que adolecen y que sólo logra su perjuicio.

Diremos así que todo ser humano que se halla en estado de salud y confort puede desarrollar una actividad productiva, inteligente y adaptada a la sociedad; es decir, capaz de elaborar su ataraxia.



para evitar el sudor de los pies...

Peusek
MARCA REGISTRADA

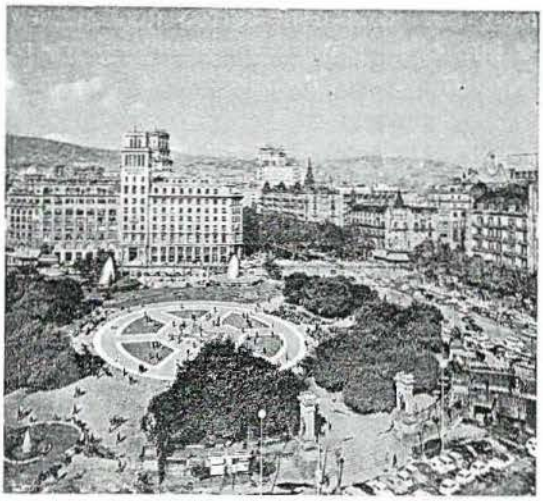
una sola aplicación
mantiene su eficacia
durante tres meses

Productos Peusek de Perfumería y Cosmética
Avda. José Antonio, 564 - Tel. 224-75-79

# LABOR DE LAS DELEGACIONES

## AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

# Delegación Provincial de Barcelona



Organizado por la Delegación Provincial de Podología dio comienzo el Curso Académico correspondiente al presente año y que se desarolla en el Salón de Actos del Iltre. Colegio Oficial de Practicantes - A.T.S.

La Conferencia Magistral corrió a cargo del Iltre. Prof. Dr. D. Ramón Arandes Catedrático de la Clínica Quirúrgica I y Director de la Escuela de Podólogos de la Facultad de Medicina. El Prof. D. Ramón Arandes nos dio una magnífica lección del buen hacer del MAESTRO. Su conferencia que se prolongó por más de noventa minutos, transcurrió vertiginosamente; su fluidez de palabra unida a un profundo conocimiento del tema que desarrollaba, intercalando alguna anécdota curiosa e interesante que en más de una ocasión hizo sonreír al auditorio, absorbió por completo la atención de los presentes hasta el extremo de olvidarse de la hora.

Después de unas sencillas pero emotivas palabras de saludo, el Prof. Arandes expuso que para el próximo año no tan sólo podíamos contar con él sino que ya era él quien contaba con nosotros. Y dentro de ese maravilloso ambiente de franca amistad, dio comienzo a su conferencia.

Dijo: "El Podólogo, como cualquier especialista de la Medicina, debe partir de una buena base para llegar a un mejor fin. Esta base se consigue con afán de superación, estudio y vocación profesional y así, al efectuar la EXPLORACION DEL PIE enfermo, no debemos limitarnos al pie solamente ya que de una amplia y minuciosa exploración dependía el futuro de nuestro paciente, el futuro de sus pies e, incluso, de su propia vida". "Como todos Vds. deben saber —continuó diciendo— existen enfermedades de tipo general que pueden detectarse mediante una efectiva exploración del enfermo no solamente circunscrita al pie sino a la pierna y columna vertebral de ser preciso, evitando así amputaciones y también escoliosis vertebral, etc." Insistió en que: "La exploración del pie debía ser exhaustiva y practicada sin precipitaciones. La forma en que podemos leer más patología en el pie es, primero en la posición erecta; después con el enfermo sentado o en decúbito; con el pie suspendido y, finalmente, en la marcha, no debiendo olvidar la exploración de determinados sistemas —muscular y vascular— observando detenidamente las alteraciones de color de la piel, temperatura, sensibilidad (anestesia o dolor) y alteraciones nerviosas analizando los reflejos (abolidos, exaltados, hiporreflexia e hiperreflexia). Así, aconsejó el siguiente examen del enfermo:

1.° Examen clínico con el enfermo de pie; los pies separados y casi paralelos.

2.° Posición de los dedos. Hallux Valgus; quinto varo; en garra; en martillo; en cuello de cisne; etc.

3.° Clasificación del defecto postural del pie (postpié) y antepié); pie plano; pie cavo; metatarso varo; pie plano an-

terior; etc. Todo ello con la colaboración del Fotopodograma.

4.º Exploración venosa; en la deambulación; movilidad; edemas (unilateral o bilateral).

5.º Exploración arterial (pulso tibial posterior y pedia).

6.º Movilidad articular y exploración de la columna vertebral (en acortamientos reales o virtuales); articulaciones bloqueadas, hipermóviles o crujientes.

7.º Radiografías (lateral, dorso plantar, bifocal).

8.º Pruebas de laboratorio. Por ejemplo en la sospecha de úlcera diabética o reumatismo poliarticular; etc.

9.º Examen del zapato (número, tipo, desgaste de la suela, del tacón. También la deformidad de la pala).

Seguidamente fue especificando la totalidad de la patología del pie por la alteración de la armonía de fuerzas, por traumatismos —entre los que como fractura más frecuente y grave, tenemos la del calcáneo— indicando seguidamente que en todas las fracturas del pie era justificada la aplicación de plantillas durante el período de recuperación pero, remarcó, que estas debían ser hechas previo molde de yeso del pie del paciente. Y por cuanto hace referencia a los moldes subrayó que no sólo en el caso de fracturas sino en cualquier alteración de la biomecánica del pie por ser el único medio de conseguir óptimos resultados.

A continuación trató sobre la enfermedad de Khöler I y Khöler II. Proyectó una diapositiva demostrativa de un caso de Khöler I en un adulto —de rara frecuencia— y cuya enfermedad lleva el nombre de Miles Weiss. También expuso la enfermedad de Deutschlander, Neuralgia y Enfermedad de Morton, Arteriopatías. Estas últimas, dijo, se manifestaban primero en las partes distales del cuerpo y comparándolo con los árboles dijo que éstos cuando son cortados sufren primero las hojas que el tronco.

La proyección de escogidas diapositivas hizo más ilustrativa si cabe la conferencia, siendo todas ellas de perfecta ejecución, aparte de haber sido previamente escogidas para demostrar los casos más importantes de: Acortamientos, úlceras en los dedos por arterioesclerosis y diabetes; edemas venosos; edema llamado "de la pubertad"; megadedo; tabes; lepra. Proyectó también una impresionante diapositiva de un gran traumatismo ocasionado por el tren que ocasionó una amputación hasta media pelvis. Subrayó como aquel paciente, sin, desgraciadamente, tener pies ni piernas, aquejaba un intenso "dolor en los pies" .

Y ya como final de su conferencia recomendó una vez a todos los presentes la necesidad existente para llegar a un verdadero diagnóstico, de efectuar una esmerada EXPLORACION DEL PIE.

Nuestro compañero y amigo D. Leonardo Escachs agradeció profundamente la presencia del Prof. Arandes en el estrado así como hizo extensivo su agradecimiento por todo cuanto hacía el Iltre. Prof. en la Escuela de Podólogos, en beneficio nuestro. Expresó su sentimiento por no poder disponer con más asiduidad del saber del Profesor y poderle consultar más y pedirle más si cabe en bien de nuestra Profesión.

El Prof. Arandes, emocionado, contestó diciendo que podían pedirle cuanto quisieran; lo posible y lo imposible. Que para esto eran los amigos. Y que él, se sentía muy orgulloso de ser amigo nuestro.

Mientras, yo, para mis adentros, iba pensando:: ¡Bravo, Sr. Profesor y gracias caballero de la Medicina, por estos noventa minutos de Podología a tan ALTO NIVEL!

**Joaquín Solé Cuch**

## Aviso

Correspondiendo al ruego que nos ha hecho el actual Administrador de la Agrupación de Podólogos de España y también Administrador de esta Revista Española de Podología, rogamos a todos los compañeros agrupados tomen nota de su dirección en evitación de retrasos y molestias innecesarias.

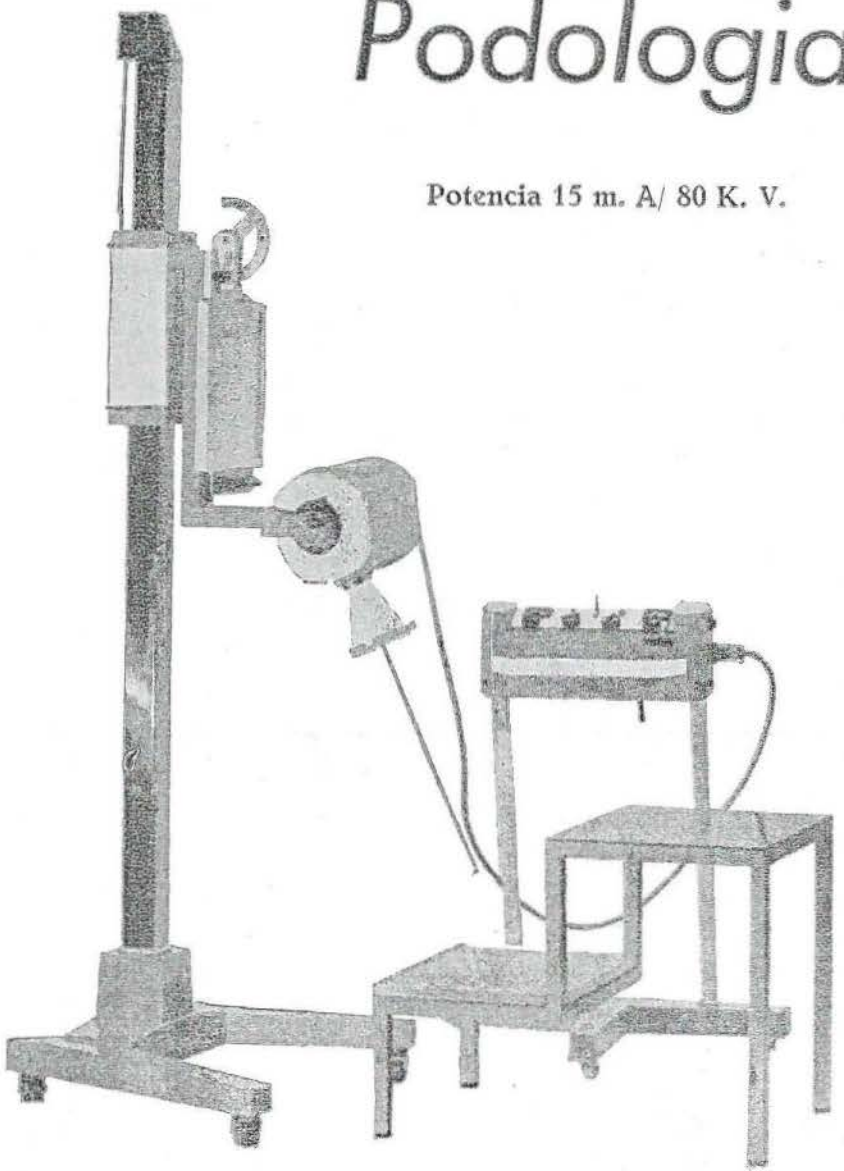
**Sr. D. MANUEL GAVIN BARCELO**
**Ronda Guinardó, 23, 1.º**
BARCELONA-12

Así pues, para todos cuantos asuntos tengan una directa relación con dichas administraciones, rogamos se dirijan directamente al Sr. Gavin.

# MODERNO EQUIPO RADIOLOGICO PARA

# *Podologia*

**Potencia 15 m. A/ 80 K. V.**



- Versatibilidad óptima para obtención de radioscopias y radiografías en todas posiciones y ángulos.
- Características eléctricas regulables para obtener un verdadero radioagnóstico.

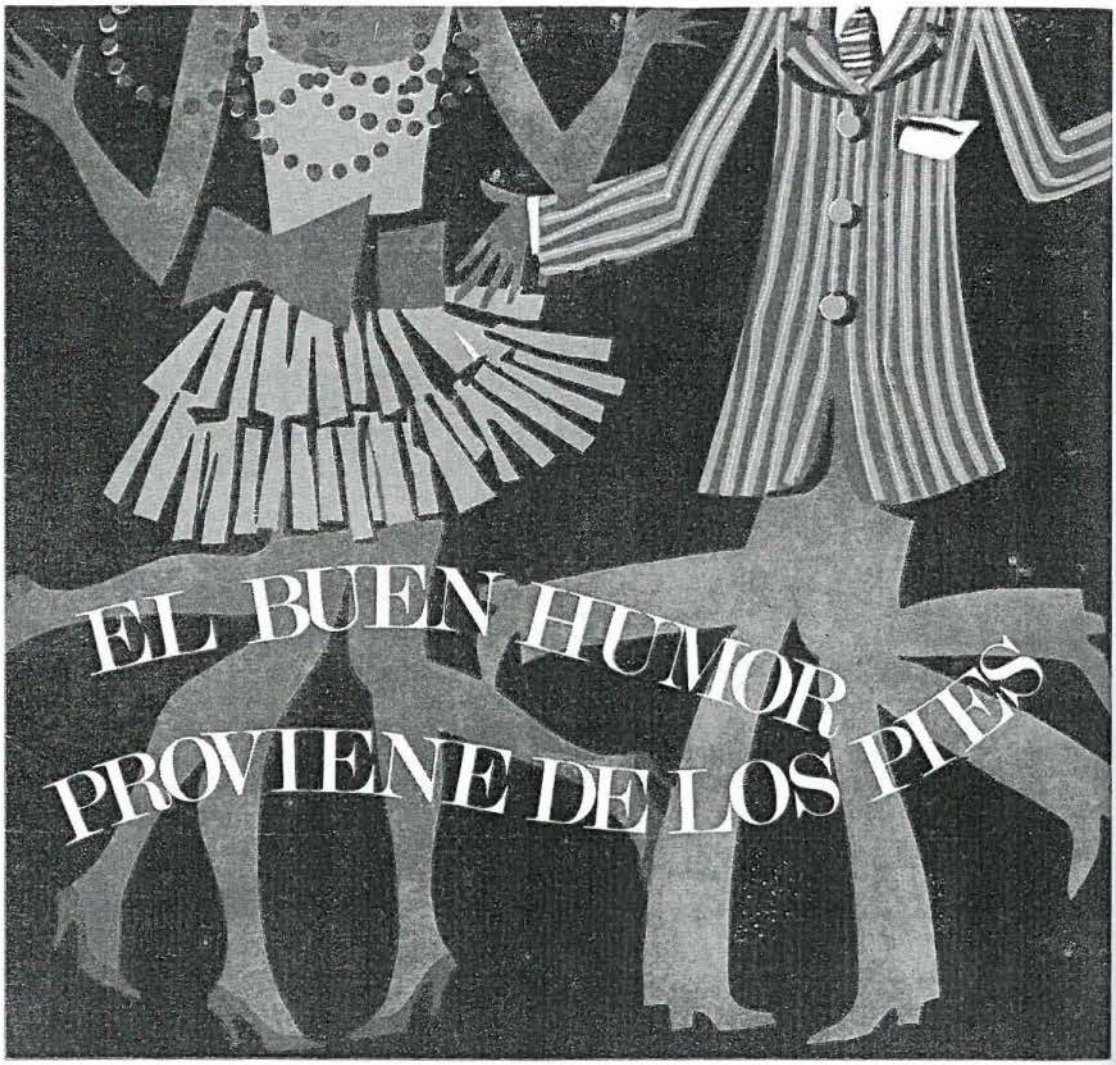
**EMISA RONTGEN**

VERDI, 169 - Barcelona-12
Tels. 228 84 98 - 227 76 32

# REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

A.P.E. Julio-Agosto 1971

n.º 22




**podólogo:** **¿quién mejor que Ud. puede asegurar la veracidad de este slogan...?**

**¿quién mejor que Ud. para liberar a sus pacientes del enemigo que ataca "la raiz" de la persona...?**

**...¿y quién mejor que Ud. para dar vigor y tranquilidad a esa raiz, con la ayuda de...**

**AKILEINE** que **descongestiona** los pies haciendo desaparecer el ardor en las plantas, a la vez que **desodoriza** y modera la transpiración ya que no contiene formol u otros productos nocivos, que puedan provocar inflamaciones o irritaciones en la piel.

**AKILTROPIC** que **neutraliza los efectos de la transpiración** y elimina la enfermedad de las piscinas.

Pida muestras a Lab. Inibsa - Loreto, 8 - BARCELONA-15

# REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

ORGANO DE LA AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

A. P. E.

Redacción y Administración:
Bruch, 144, pral. - Barcelona - 9

**Director:**
Leonardo Escachs Clariana

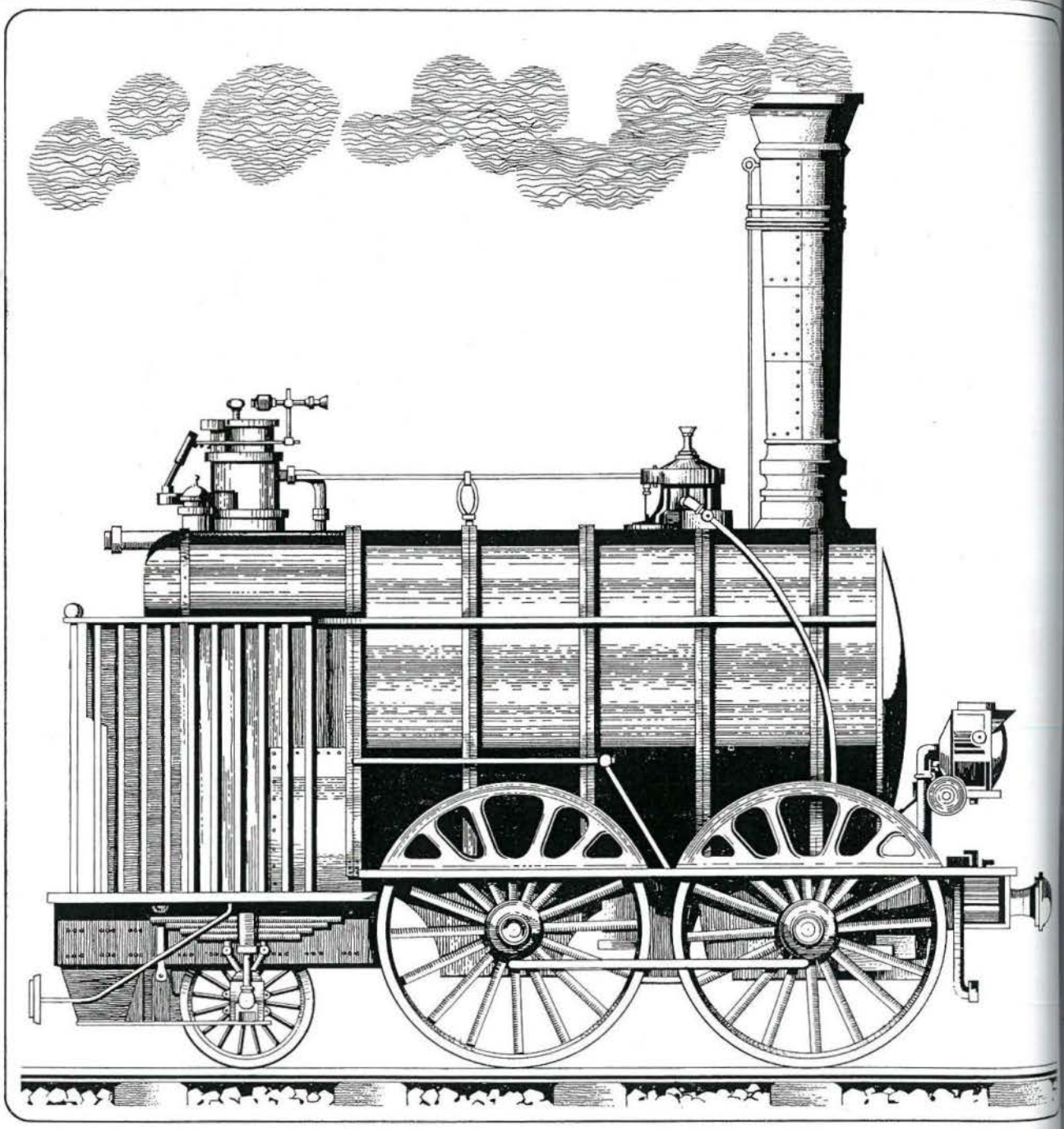
**Sub-director:**
Pablo Vilató Ruiz

**Redactor jefe:**
Francisco Mañé Domingo

Manualizaciones ESCUELA NORMAL - Deposito Legal: B. - 13484 - 196


## SUMARIO


| | |
|---|---|
| 3 | **Junta de Gobierno** |
| 5 | **Editorial** |
| 7 | **Necrosis aséptica de la cabeza metatarsiana** |
| 9 | **Pie zambo** |
| 13 | **Espolón calcáneo con osteotendinosis** |
| 17 | **Metatarsalgias** |
| 21 | **Atención del pie diabético** |
| 23 | **Obesidad** |
| 27 | **V Congreso Nacional de Podología** |



en procesos reumáticos...

**ditrone** cápsulas 100 y 200 mg (envases con 20 cápsulas)
supositorios 200 y 500 mg (envases con 16 y 10 sup. respec.)

**delta ditrone** envase con 50 cápsulas

HOSBON

# AGRUPACIÓN DE PODÓLOGOS DE ESPAÑA

## JUNTA DE GOBIERNO

| | | |
|---|---|---|
| Presidente Nacional | D. LEONARDO ESCACHS CLARIANA | Barcelona |
| Vice-Presidente 1.º | D. JUAN PEREZ LAZARO | Madrid |
| Vice-Presidente 2.º | D. ISAIAS DEL MORAL CEJALVO | Valencia |
| Secretario General | D. JOSE A. CALVO GARCIA | Zaragoza |
| Vice-Secretario | D. FRANCISCO MAÑE DOMINGO | Barcelona |
| Tesorero | D. M. GAVIN BARCELO | Barcelona |
| Contador | D. LUIS AYCART VIJUESA | Madrid |
| Vocal 1.º | D. FCO. MORAN VENTURA | Las Palmas G. Canaria |
| Vocal | D. JUAN VIDAN TORRES | S. Compostela |
| Vocal | D. LUIS INCHAURRONDO | Irún |
| Vocal | D. JOSE M.ª BAEZ BASAURI | Bilbao |
| Vocal | D. FRANCISCO BERNEDO GARCIA (e.p.d.) | Granada |

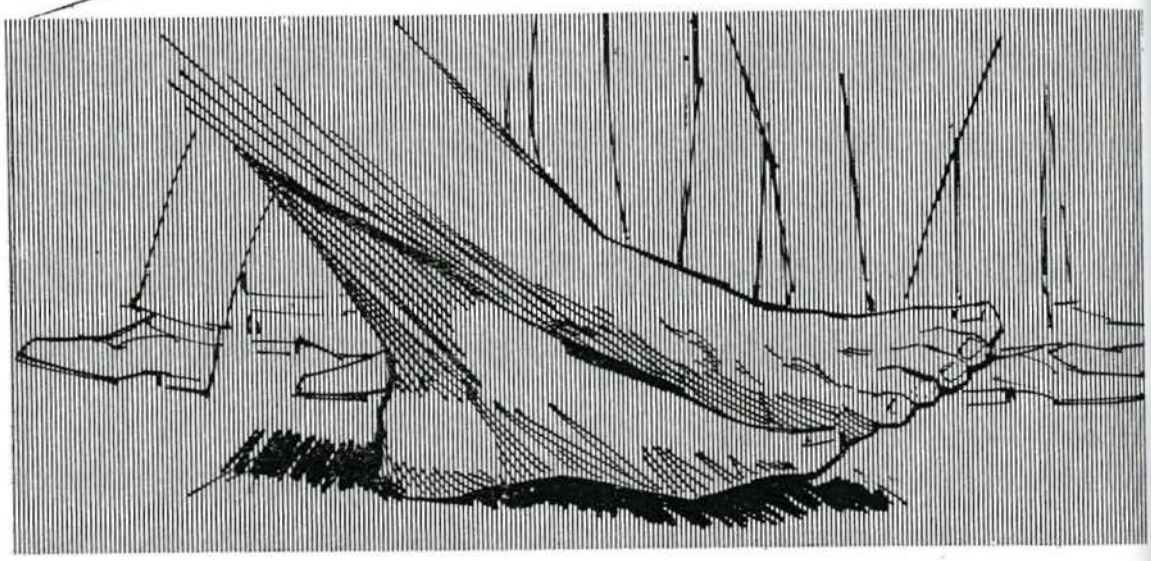
## DELEGADOS DE ZONA

**D. José M.ª Báez Basauri.** Mayor, 27, 6.º. Las Arenas. BILBAO.
**D. José Luis Inchaurrondo.** Paseo de Colón, 65. IRUN.
**D. Juan Vidán Torres.** Preguntoiro, 10. SANTIAGO DE COMPOSTELA.
**D. Antonio Báez Prieto.** Alcalá, 313. MADRID.
**D. José Antonio Calvo García.** Coso, 77, 5.º. ZARAGOZA.
GERONA: **D. José M.ª Bosch Doménech.**
**D. Jaime Sala Pich.** Muntaner, 142. BARCELONA-11.
**D. Isaías del Moral Cejalvo.** Moratín, 6. VALENCIA - 2.
**D. Francisco Bernedo García.** Príncipe, 12. GRANADA.
**D. Francisco Morán Ventura.** León y Castillo, 8. LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

## DELEGADOS PROVINCIALES

ALAVA: Sin Delegado Provincial.
ALBACETE: **D. Luis Juan Navarro.**
ALICANTE: **D. José Olcina Morales.**
ALMERIA: Sin Delegado Provincial.
AVILA: Sin Delegado Provincial.
BADAJOZ: **D. José Villafaina de la Cruz.**
BARCELONA: **D. Jaime Sala Pich.**
BILBAO: **D. Víctor Fano Ugarriza.**
BURGOS: **D. Elías Hernando Tamayo.**
CACERES: **D. Timoteo Fernández Gil.**
CADIZ: **D. Manuel Albalá Valle.**
CASTELLON: **D. Nicolás Prats Moreno.**
CIUDAD REAL: **D. Luis Barba Vázquez.**
CORDOBA: Sin Delegado Provincial.
CUENCA: **D. Gerardo Bollo de la Peña.**
GERONA: **D. José M.ª Bosch Doménech.**
GRANADA: Sin Delegado Provincial.
GUADALAJARA: Sin Delegado Provincial.
HUELVA: Sin Delegado Provincial.
HUESCA: Sin Delegado Provincial.
JAEN: **D. Leandro Rodríguez Revuelta.**
LA CORUÑA: **D. Francisco de la Cruz Agustí.**
LAS PALMAS DE GRAN CANARIA: **D. Francisco Morán Ventura.**
LEON: Sin Delegado Provincial.
LERIDA: Sin Delegado Provincial.
LOGROÑO: **D. Vicente Alvarez Pipaon.**
LUGO: Sin Delegado Provincial.
MALAGA: **D. Antonio Gutiérrez Velasco.**
MADRID: **D. Zacarías García Andrés.**
MELILLA: Sin Delegado Provincial.
MURCIA: Sin Delegado Provincial.
ORENSE: **D. Elisardo Bralo Rego.**
OVIEDO: Sin Delegado Provincial.
PALENCIA: **D. Damián Porro Villarroel.**
PALMA DE MALLORCA: **Juan Bta. Brines Rubio.**
PAMPLONA: **D. Javier Sarasa.**
SALAMANCA: **D. Antonio Basas Encinas.**
SANTANDER: Sin Delegado Provincial.
SAN SEBASTIAN: **D.ª Pilar Gómez Eizaguirre.**
STA. CRUZ DE TENERIFE: **D. Armenio Méndez Martín.**
SEGOVIA: **D. Francisco García Rodríguez.**
SEVILLA: Sin Delegado Provincial.
SORIA: Sin Delegado Provincial.
TARRAGONA: Sin Delegado Provincial.
TERUEL: Sin Delegado Provincial.
TOLEDO: Sin Delegado Provincial.
VALENCIA: **D. Manuel Campo Rodríguez.**
VALLADOLID: **D. Alfonso Domínguez Milán.**
VIGO: Sin Delegado Provincial.
ZAMORA: **D. Juan J. Miguel Barrios.**
ZARAGOZA: **D. José Antonio Calvo García.**

¡NUEVA FORMULA!



# Pentoderm®

## Crema dermoprotectora cutánea

Tubo con 50g de crema (62,80 ptas.).

DESDE 1880 CERA

Laboratorios Cera, S. A. –Aptado. 9001 - Barcelona

# EDITORIAL

Cuando se ha dado fin a una tarea impuesta y el fin ha venido acompañado de un rotundo éxito, es lógico suponer la gran satisfacción que anida en el corazón del hombre que ha sido artífice de ello. Y si esta tarea ha sido llevada a cabo por un grupo de determinados profesionales y el éxito ha repercutido en toda una Clase, más aún podemos comprender que quienes la organizaron pueden sentirse verdaderamente satisfechos.

Y esto, sin lugar a dudas, ha sido el final conseguido en el V CONCURSO NACIONAL DE PODOLOGIA, organizado por la Agrupación de Podólogos de España a través de la Agrupación Provincial de Barcelona y con la directa colaboración de la Escuela de Podólogos de la Facultad de Medicina de Barcelona, celebrado, no ha mucho, en la Ciudad Condal y cuyo recuerdo está todavía vivo y palpitante en el corazón de todos cuantos al mismo asistieron.

No es una utopía el pensar en los grandes beneficios que de toda índole pueden llegar a cosecharse cuando se trabaja intensamente y en bloque por un ideal. Desde hace ya algunos años, los Podólogos españoles vienen dando repetidas pruebas de ello en todos cuantos actos se han ido desarrollando tanto en nuestra Patria como fuera de ella. Largo es ya el camino recorrido y largo es el que nos queda por recorrer. Pero estamos seguros de que con ese caminar seguro, firme y decidido de todos los profesionales, siguiendo los pasos de su Capitán, seguirán todos adelante cubriendo etapas y avanzando infatigables hacia el futuro, buscando siempre y en todo momento el mayor engrandecimiento posible de su Especialidad.

Este es el primer Congreso en el que se han sentado unas firmes conclusiones con proyección futura sobre tan importante tema cual es: "LA PROFILAXIS DEL PIE DEL NIÑO". Es éste el primer Congreso en el que se ha dejado constancia de lo discutido y las Mesas Redondas que al final de cada jornada se formaron, resumiendo la tarea del día, han servido para basar sobre las mismas una nueva orientación de la Especialidad y lo que deben ser, de ahora en adelante, esas reuniones de profesionales cualquiera que sea la denominación de tales reuniones: Congresos, Semanas, Simposium, etc.

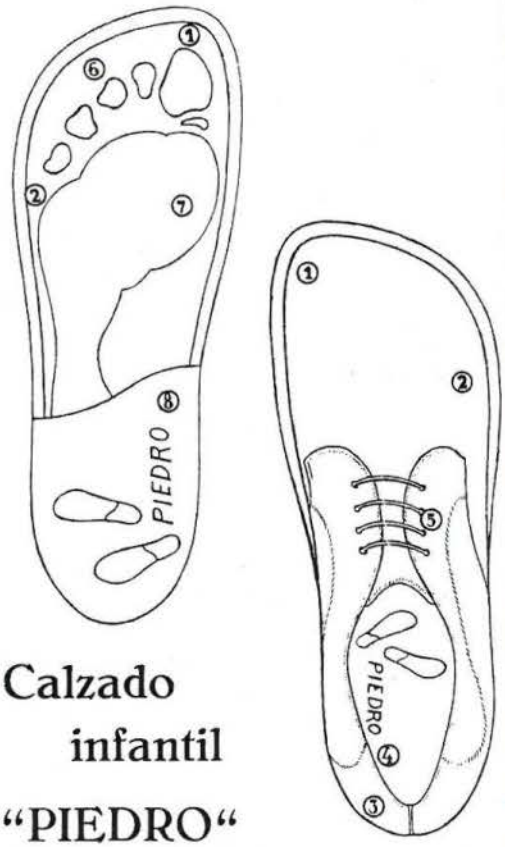
No es suficiente el dar a conocer a los propios profesionales las experiencias vividas y los conocimientos adquiridos. Todo el caudal de conocimientos debe ser vertido al público haciendo llegar a los más apartados rincones el "por qué" de nuestra profesión

cuál es el campo que abarca y quiénes son los profesionales capacitados para su ejercicio, todo ello magníficamente avalado por nuestro querido Decreto 727/62 que Reglamenta la Especialidad de Podología para nosotros.

Todos y cada uno de los podólogos deben procurar proyectarse en un ámbito más amplio que el de su propio consultorio. No es posible vivir en un enclaustramiento constante. La directa relación con el público, aparte de sus propios clientes, haciendo campañas de divulgación general, convenientemente orientadas bajo una misma norma, han de servir para que, poco a poco, el paciente afecto de un problema podológico sepa hacia dónde encaminar sus pasos buscando el deseado alivio o curación.

De todos es conocido que la mejor medicina que se puede ofrecer es la preventiva. Prevenir las afecciones, trastornos, deformidades. Esto es verdaderamente lo importante. Unas reglas profilácticas concisas, concretas por lo que a problemas de los pies hace referencia, es lo que debemos divulgar exhaustivamente hasta que no haya nadie sin saber cuál es la conducta a seguir para evitar esos trastornos que afectan a tales extremidades. Y este Congreso que nos ocupa, a criterio de quien estas líneas escribe, es el que, afortunadamente, ha sentado la primera piedra sobre una nueva y más provechosa orientación de lo que se ha discutido. Ahora quizás sólo nos queda esperar a que todos los podólogos conscientes de ello, obtengan esa efectividad práctica.

En la paz y sosiego de unas discretas vacaciones, cuando la mente libre de rigurosos horarios vaga feliz con los recuerdos, por ese espacio sin fin, al evocar las jornadas vividas con motivo del V CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA, sentimos dentro de nuesto corazón el grande, el sincero y verdadero deseo de que este Congreso sirva para marcar un importante paso dentro del camino trazado para alivio de nuestros hermanos y como premio a la ingente labor llevada a cabo por ese grupo de compañeros que con su inquebrantable cariño y amor a la Especialidad han sido los verdaderos artífices de tan magna manifestación científica.


**Calzado infantil "PIEDRO"**

Hormas, control y garantía de
**PIEDRO INTERNATIONAL -**
**Berkel, Holland**

Si no tiene aún información completa consulte a "PIEDRO"

PIEDRO

Apartado 7053 — Barcelona

# *Necrosis aséptica de la cabeza metatarsiana*

**Dr. C. MARCO CLEMENTE**
del Hospital de S. Pablo

**Consideraciones generales**

La osteocondritis de la cabeza del 2.° metatarsiano es la más frecuente de las malacias de los huesos del pie. Incluso esta frecuencia es, probablemente, mayor aun si tenemos en cuenta que, por su poca expresividad clínica en muchos casos, puede pasar desapercibida. **Casuccio** señala que de 1268 osteocondrosis, 81 estaban localizadas en la cabeza del 2.° metatarsiano. Las localizaciones en los metatarsianos 3.° y 4.° se observan con mucha menor frecuencia.

Se trata de una lesión localizada en las cabezas metatarsianas y que es la expresión clínica de una necrosis de dichas zonas que debe ser incluida dentro del grupo de afecciones que son denominadas "necrosis asépticas", ya que posee las características precisas para entrar dentro de ese grupo, a saber: **Localización** en núcleos de osificación primarios, secundarios, o accesorio; **Edad juvenil,** entre 15 y 20 años, coincidiendo con época de gran actividad ósea; **Etiopatogenia** oscura pero claramente no infecciosa; **Clínica** escasa inicialmente, y **Radiología típica.**

**Etiología.** — Se trata de una enfermedad con neto predominio femenino, y nosotros hemos podido recoger uno 20 casos de Kholer II con un solo paciente masculino. Por otra parte, existe cierta discrepancia al pretender señalar la edad más propicia para el comienzo de la afección; mientras **Lefebre, Guy,** etc., señalan los 15-20 años; **De Seze** indica la de 30-35 años como más frecuente. Creemos que la explicación de este desacuerdo radica en que este proceso tiene dos momentos evolutivos en que puede, por su sintomatología clínica, ser descubierto: Uno es en su comeinzo real en la adolescencia, cuando los fenómenos reaccionales iniciales alcancen intensidad suficiente para determinar un examen clínico y, sobre todo, radiológico del pie con aparición de las imágenes que demuestren la existencia de la enfermedad. Pero suele acontecer que esta primera fase pase desapercibida por la escasa intensidad de las molestais y entonces sólo en la edad adulta podrá manifestarse la osteocondritis metatarsal ya en su fase de secuelas.

**Sintomatología.** — Es frecuente que la enfermedad de Kholer II presente una sintomatología tan atenuada que pase desapercibida para el paciente; en otras ocasiones es un examen radiológico ocasionalmente practicado por otro motivo el que pone de manifiesto la imagen típica de la ostecondritis. Es clásico el aforismo de Mouchet: "en la enfermedad de Freiberg la clínica no es nada, la radiología lo es todo".

De todas maneras el dolor es el síntoma predominante en el cuadro clínico. Se localiza en la cabeza del 2.° metatarsiano (más raramente en la del 3.° ó 4.°) y es más acentuado en la bipedestación; aumenta también durante la marcha, especialmente al apoyar el pie en el suelo por su parte anterior. Ocasionalmente puede haber también dolor en reposo.

Al cabo de semanas o meses de evolución aparece una tumefacción coincidente con la zona dolorosa y localizada en la parte dorsal de la articulación metatarsofalángica; en cambio no suele haber molestais en la cara palmar.

La movilización pasiva del dedo afecto aumenta las molestias, especialmente la fle-

xión plantar del antepié; generalmente el dedo afecto se coloca en discreta hiperextensión.

Tumefacción y dolor pueden evolucionar paralelamente durante semanas atenuándose poco a poco, pero en ocasiones al desaparecer el dolor las deformidades locales persisten e incluso se acentúan, dando paso a la fase de deformidades artrósicas. En este último período la palpación de la articulación permite apreciar la limitación de la movilidad y las deformidades locales en forma de salientes óseos irregulares que alteran el normal conterno de la articulación.

Otras veces, después de los iniciales síntomas dolorosos muy leves, todas las molestias desaparecen hasta la edad adulta en que se revelan con el cuadro de una artrosis deformante.

Radiológicamente los signos de la enfermedad de Kholer II pueden ser algo más tardíos que los primeros dolores articulares; es decir, que en las fases iniciales la radiografía puede ser normal. Sin embargo, tras algunas semanas aparecen ya los signos radiológicos del proceso, muy característicos, y que conducen claramente al diagnóstico. Esquemáticamente **Denis** representa de esta manera la evolución radiológica de la enfermedad de Freiberg. Aparece precozmente una descalcificación ligera de la epífisis, alteraciones de su contorno, etcétera. Después, por hundimiento de la parte más distal de la cabeza metatarsal, se produce un ensanchamiento de la interlínea articular, muy característica de esta fase primera pero señalemos que en las fases finales, la interlínea está, por el contrario, fuertemente disminuida. Simultáneamente se producen remociones trabeculares que determinan un aspecto nuboso de la epífisis, posteriormente aplastamiento de la cabeza, y áreas claras alternando con zonas de condensación y secuestros. Finalmente, en los estadios avanzados, las deformidades alcanzan también a la extremidad proximal de la falange y toda la articulación toma un aspecto monstruosamente deforme.

**Patogenia.** — Hay bastantes puntos oscuros en el origen de la epifisitis metatarsal: Parece bien claro que las alteraciones de la epifisitis son de origen isquémico, debidas a la supresión del aporte sanguíneo a la zona epifisaria. Pero queda sin dilucidar cuál es la causa productora de estas necrosis. Se han incriminado factores diversos: traumatismos, deformidades congénitas del 1.º metatarsiano (metatarsus primus brevis, metatarsus primus movilis o varus, etc.) que determinan sobrecargas sobre el 2.º, microtraumatismos repetidos, etc., pero ninguno de estos factores aporta una solución satisfactoria y debemos confesar nuestra ignorancia actual sobre el origen real de las alteraciones necróticas en las cabezas metatarsales como ignoramos también la causa del neto predominio femenino de la afección.

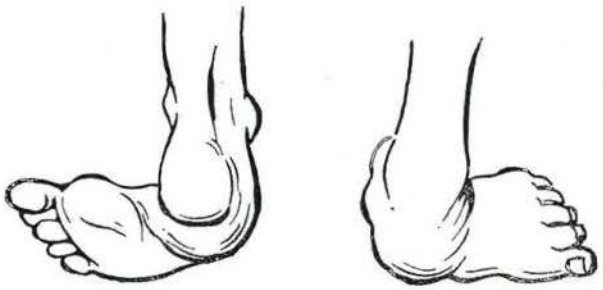
**Tratamiento.** — La conducta terapéutica tiene que estar indicada por la fase evolutiva en que se halla la osteocondritis epifisaria. En los casos vistos precozmente, en general adolescentes con molestias muy discretas, o en aquellos otros en que la afección es meramente un hallazgo radiológico con ocasión de un examen practicado por otro motivo, el tratamiento deberá dirigirse a evitar la progresión de la enfermedad y favorecer la reconstrucción epifisaria. Para ello administramos medicación general analgésica, balneoterapia, reposo relativo, y confección de algún dispositivo ortopédico que descargue la cabeza del metatarsiano afecto.

Cuando las manifestaciones locales son más intensas, hay dolores, contractura, tumefacción, etc., emplearemos, además de las anteriores medidas: fisioterapia, infiltraciones locales con antiinflamatorios, llegando cuando se presentan alteraciones radiológicas de cierta importancia hasta la colocación de vendaje escayolado que se mantiene bastante tiempo con el fin de favorecer la remodelación epifisaria.

En aquellos casos en que los procesos destructivos locales alcanzaron alto grado, se impone la actuación quirúrgica: Abordando el foco procederemos de forma diferente según los casos; pueden estar indicadas resecciones, remodelaciones, extirpación de secuestros, relleno con esponjosa, etc., etc.

Naturalmente, los defectos concomitantes del pie, de tipo estático, deberán también ser corregidos con plantillas de descarga, etcétera.

# Pie zambo



El hecho claro e interpretativo de lo que es un pie zambo lo definiríamos, en sentido genérico, diciendo que es todo pie que no apoya por su cara plantar. Por supuesto, que esta definición no significa la de su variedad, cuya clasificación, prescindiendo de las divisiones etiológicas de sus respectvios grupos, congénitos o adquiridos, reconoce cardinalmente cuatro tipos de pies zambos, cuyas deformidades presentan desviaciones en talus o calcáneo, equino, varus y valgus. La deformidad talus o calcáneo flexiona el pie sobre la pierna y se apoya únicamente por el talón. El equino es, a la inversa del anterior, el pie permanece extendido tocando la punta al suelo y mirando la planta hacia atrás. El varus se caracteriza en que toda la cara plantar del pie, desde el talón a los dedos, está desviada en un mismo sentido mirando al otro pie. El valgus es la deformidad diametralmente opuesta a la anterior, en la cual la planta mira hacia afuera.

En ocasiones, las deformidades congénitas observan ciertos cambios en sus anomalías morfológicas primitivas, combinando las desviaciones de sus respectivos ejes en calcáneovaro, calcáneovalgo, equinovaro y equinovalgo, cuyo índice de casos registra mayor número en el varo y menor en el válgo y equino. En cambio en la variedad de pie zambo adquirido están igualadas las proporciones varo y equino, afectando más a un solo lado que a ambos en las proporciones del 90 por 100 para el lado izquierdo y 2 por 100 para el derecho.

Sobre el origen y naturaleza del pie zambo congénito se estudian diversas teorías que, contenidas en cuatro grupos, distinguen: 1.° La teoría mecánica, que considera un vicio de conformación de los miembros del feto por presión del útero o, en otro aspecto, discutible, la escasez del líquido amniótico. 2.° Teoría de la mala formación del miembro, en que el esqueleto en su deficiente desarrollo, al ser todavía cartilaginoso, determina mala formación primitiva. 3.° Teoría músculonerviosa, en la que puede admitirse una posible lesión medular primitiva que implica la parálisis de cierto grupo de músculos, cuyos

oponentes, por propia acción antagónica, determina acortamiento, retracción y desviaciones secundarias. 4.° Teoría de suspensión de desarrollo, la cual consiste en un cambio anormal de posición del pie durante la vida intrauterina a partir del cuarto mes. En esta teoría, además del aumento de complicaciones, los casos son más numerosos, lo que explica la frecuencia con que aparece el elevado porcentaje de pie zambo equinovaro, cuya levedad o gravedad está en razón directa con el grado de desviación primitiva, que una vez confirmada por medio de radiografías laterales determinará el diagnóstico diferencial de su estado y qué tratamiento habrá de aplicarse. Se considera, pues, el equinovaro como típico pie zambo congénito, cuyos caracteres varían según que el niño haya caminado o no. En el primer caso subsisten las modificaciones primitivas del esqueleto, en las que se aprecia acortamiento, atrofia y desviación del pie hacia adentro, y en el segundo caso el enrollamiento del pie, la atrofia, es más marcada, apoyándose el pie sobre el cuboides y el quinto metatarsiano, mirando el pie hacia afuera, adelante y abajo.

Los individuos afectos de pie zambo equinovaro acomodan la deambulación a este estado del pie, realizándola con cierta facilidad durante la niñez y con mayor dificultad en la edad adulta, en que el aumento de peso del cuerpo trae consigo escoriaciones de las partes blandas e inflamaciones de las articulaciones, no siendo raro que los puntos del pie que se apoyan sobre el suelo se cubran de durezas hiperqueratósicas y helomas, debajo de los cuales pueden formarse bolsas serosas susceptibles de inflamarse, abonando un terreno propicio para la formación de úlceras de variada etiología.

El tratamiento del pie zambo congénito se condiciona al grado de irreductibilidad que presente el mismo, y que incluye desde el tratamiento conservador al cruento corrector, utilizándose para ello medios manuales, mecánicos y quirúrgicos. El tratamiento conservador se reserva para aquellos casos leves pronosticados en el momento del nacimiento, y se aplica antes que el niño comienza a caminar y el pie soporte peso. En otro aspecto existe muy generalizado un tipo de pie zambo leve, cuya causa se debe a la debilidad transitoria de los peroneos, que, al corregirse espontáneamente en los primeros meses de la vida del niño, no debe calificarse como verdadero pie zambo.

El pie zambo grave se trata quirúrgicamente por corrección del talón equino.

En los pies zambos accidentales o adquiridos se consideran tres grupos: 1.° Pies zambos por retracción cicatricial, en las que son sus formas más comunes el talo y el equino como resultado de cicatrices por heridas y quemaduras. 2.° Pies zambos por modificaciones articulares y óseas consecutivas de lesiones traumáticas, luxaciones simples o complicadas, fracturas mal reducidas o viciosamente consolidadas. 3.° Pies zambos musculares. Este grupo es el más numeroso de todos, siendo la consecuencia de tres estados particulares de los músculos. la contractura, la retracción y la parálisis. Es sabido que la contractura encoge el músculo, no obedece a la voluntad y se relaja durante la anestesia. En cambio, en la retracción con acortamiento del músculo e impotencia de la voluntad, la anestesia no tiene acción alguna sobre ella. En este caso, las fibras musculares sufren la degeneración grasienta. En la parálisis el músculo suprime toda acción, abandonando su parte a la acción de los músculos antagonistas.

Merece dedicar mayor espacio al complejo causal de los pies zambos musculares, cuyas contracturas y retracciones están diferenciadas por su condición primitiva o, por otra parte, secundaria. En la primitiva reconoce como causas: contusiones, heridas de los músculos, miositis traumáticas, miositis espontáneas y diatésicas, y en la secundaria, las derivaciones causales registran un amplísimo concepto que, de una parte, se refiere a los acortamientos de músculos, como ocurre con los pies zambos por compensación (fracturas), por acortamiento de la extremidad, como son los flemones, abscesos osifluentes de la pierna, linfagitis y úlceras. Por último, las consecutivas a lesiones del

sistema nervioso central o periférico, siendo las primeras por contractura simple o desarrollada en un músculo paralítico o contracturado por parálisis de los músculos antagonistas, como resulta los de una gran mayoría de pies zambos por parálisis infantil.

Las correspondientes a las lesiones del sistema periférico determina contractura por lesiones incompletas de nervios o parálisis por secciones o heridas completas de los mismos.

Según Adams, las cuatro quintas partes de los pies zambos musculares son de origen nervioso y reconocen como causa la parálisis infantil; ésta interesa un número mayor o menor de músculos, de los cuales unos degeneran, mientras otros recuperan sus funciones. Esta atrofia parcial coincide con trastornos tróficos de la totalidad del miembro y determina entonces el encogimiento atrófico. Se localiza generalmente en el ciático poplíteo externo, con exclusión de los filetes que inervan el extensor propio del dedo gordo, de donde resulta una contractura y más adelante una retracción de los antagonistas. Como el peso del cuerpo contribuye a ello, el pie zambo paralítico se acentúa progresivamente. Resulta bastante difícil fijar el tiempo necesario para desarrollarse la retracción, lo cual desde el punto de vista terapéutico es de suma importancia.

**FERNANDO MUÑOZ CAMPOS**
**Podólogo**
MALAGA

**Scholl**

**ORGANIZACION MUNDIAL PARA EL CONFORT DE LOS PIES**

**FABRICAS Y GABINETES DE APLICACION EN LAS PRINCIPALES POBLACIONES DEL MUNDO**

**Se honra en colaborar con los Sres. Podólogos, poniendo a su servicio su larga experiencia en la especialidad y las reconocidas, calidad y eficiencia técnicas de sus preparados, remedios y aparatos para la higiene de los pies, la corrección de sus defectos y el alivio de sus molestias.**

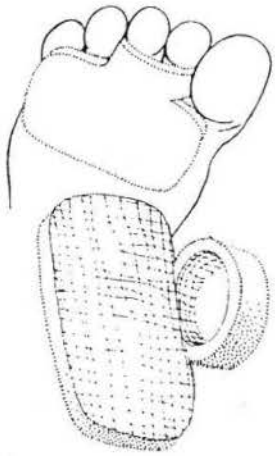
Amplia información técnica de carácter general o sobre cualquier caso particular. Visítenos.

- **Plantillas ortopédicas a medida y pre-fabricadas, en cualquier tipo o medida; de metal, plástico, goma, etc., para pie plano, metatarsalgia, pes-cavus, espolón de calcáneo y otras anormalidades del pie.**
- **Medias para varices, tobilleras y rodilleras.**
- **Taloneras - Protectores de juanetes - Separadores de dedos.**
- **Almohadillas y plantillas de latex espumoso para plantas sensibles.**
- **Sales, Polvos y Crema Pédico para la higiene de los pies.**
- **Polvos Bromidrosil para excesiva transpiración maloliente.**
- **Parches y discos protectores (SIN CALLICIDA).**
- **Crema SOLVEX para pie-atleta.**
- **Vendaje elástico ARCH BINDER para pie abierto.**
- **Vendaje elástico con elevación para apoyo de arco metatarsiano.**
- **Almohadillado adhesivo PROTECTO PAD para proteger cualquier punto sensible del pie.**
- **Reductor de hallux-valgus BUNION SPRING.**
- **Reductor de dedo en martillo HAMMER TOE SPRING.**
- **Vendajes tubulares patentados GASATUB (Tubegauz).**
- **Sandalias fisiológicas PESCURA con diseño especial patentado.**

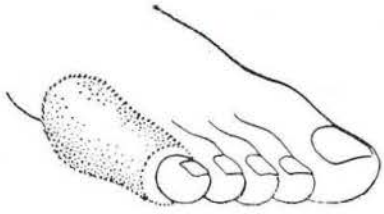
**Central en ESPAÑA: Rodríguez San Pedro, 5 - MADRID (15) - Tel. 224 75 66**

# Seton® S.A.

**Al iniciar sus actividades en Podología, saluda a los especialistas españoles poniendo a su disposición su nueva gama de productos específicos.**



**TUBITON**
**TUBIGRIP**
**DALZOFOAM**
**TUBIFOAM**
**PLANCHA DE LATEX ADHESIVA**
**TUBIPLAST - Adhesivo líquido estéril**
**PLANCHA DE FIELTRO**



C/. Madoz, s/n. MATARO T. 390 38 78

# Espolón calcáneo con osteotendinosis

Por **D. JOSE FERNANDEZ MITJANS**
**Podólogo - Barcelona**

El caso que voy a relatar es una experiencia personal que, dentro de la práctica profesional, llegó a mi consulta en agosto de 1954 y que enjuicié con el nombre que encabeza. Síntesis de esta casuística ya se publicó por aquellas fechas en otra revista profesional, pero hoy voy a brindarlo a mis lectores con el mayor lujo de detalles posible, dado que representa una experiencia que raras veces conjuga todos los elementos que concurren en éste.

**D. C. F. — 46 años. — Profesión feriante.** — llegó a mis manos procedente de un centro hospitalario en que había estado internado para tratarle una distrofia muscular de antebrazo izquierdo. Tras dos meses de tratamiento logra conservar algo su potencia muscular, pero no solventa su problema. Esplorada convenientemente la extremidad afecta, que es la derecha, dado que pretendía el enfermo solamente hacer una consulta sobre el medio más procedente para reducir una gran cantidad de molestias, no aquellas musculares antes apuntadas, sino en el miembro inferior opuesto, así como cercenar sus infinitos dolores en el pie y su deficiente deambulación, le apreciamos una artrosis de rodilla con gran cicatriz infrarrotural y superficie de aquel hueso foliada corneiforme, consecutiva a osteomielitis ya curada, producida por metralla en guerra. Amputación traumática de primer dedo del pie afecto. Postura en zambo equino con acortamiento de miembro. Hay también, debido a esclerosis venosa consecutiva a la lesión de guerra citada, antiguas úlceras varicosas retromaleolares, que son más intensas en cara interna. Luego encontramos una enorme hiperqueratosis no característica y que adopta la forma de un ganchudo pico de ave de rapiña.

Como una de las molestias es debida a esta excrecencia, nos decidimos inmediatamente a su extirpación por excisión, a lo que el paciente asiente. Dada su curiosidad no quise intervenir con fresas y usé diferentes clases de bisturís para ir comprobando la diferente composición de las láminas, ya que aquél me hubiera pulverizado unos tejidos que macroscópicamente me interesaban. Primero encontramos queratina simple en las sinuosidades externas, que van dejando paso a nacaradas láminas hasta una profundidad de siete centímetros, con un centro interior exfoliáceo, y en su parte basal, al medio centímetro aproximadamente, oquedades pulverulentas con una inclusión fungosa al extremo interior, junto al talón. Extirpado hasta lograr una universalidad con el resto de los tegumentos externos regionales, dejamos, tras media hora de intervención, un fondo

normal, sonrosado y terso en una extensión de casi ocho décimos, a excepción de los dos décimos superiores, que no eliminan el fondo nacarado, y hacemos entonces uso de la cucharilla para su raspado, previa impregnación de unas gotas de alcohol silicílico al 10 %. Debido a que el fondo no halla su fin y ante la insistencia del enfermo ante el clásico "Ya está bien", pues desaparece su dolor a la tracción que había antes de la intervención, ya que a la presión no lo hubo nunca, pensamos en principio suspender cualquier otra manipulación.

El caso no era corriente y nuestra conciencia no podía asentir ante la insistencia del enfermo. Hacemos una segunda fase de exploración. Esta vez manual. Existía una dureza que superaba los límites del calcáneo. La diafanoscopia no lograba transmitirnos siluenta alguna y, finalmente, recurro a un proceso heroico: la necesidad de anestesiar la región a fin de intentar el despegamiento de la oquedad que habíamos raspado de los tejidos subyacentes, pero nuestra sorpresa llegó al máximo al no poder atravesar el paquete adiposo que existe en el espacio triangular formado por la cara posterior del astrágalo, el tendón de Aquiles y el tubérculo superior de la cara posterior del calcáneo, pues incluso se dobla aguja de infiltración. Aparentemente ese calcáneo o estaba desplazado o aquella hiperqueratosis externa se transmitía al interior en dirección oblicua de arriba abajo y fuera adentro a partir de la oquedad legrada a que antes nos hemos referido.

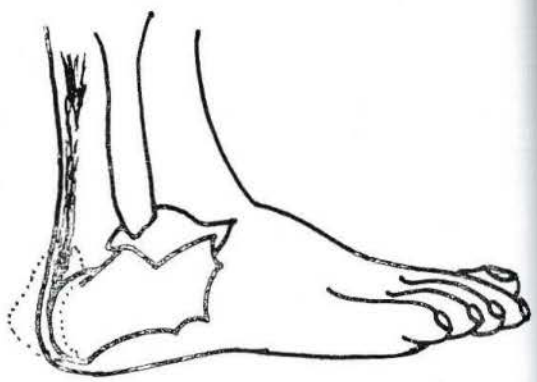


FIG. 3

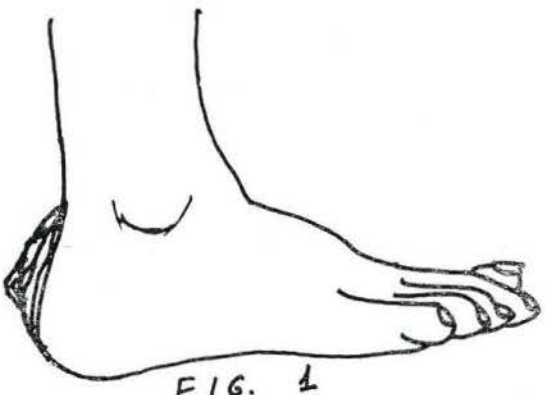


FIG. 1

FIG. 2

Aconsejamos entonces al enfermo proceda a ser explorado por rayos X y le remitimos a un radiólogo, y enviamos al médico que nos mandó el enfermo para el tratamiento un amplio detalle de todo lo acontecido.

A los cuarenta y ocho días vuelve el enfermo sin haberse realizado la radiografía pedida, aduciendo que sus quehaceres —ya dijimos era feriante— le habían desplazado de Barcelona a otros lugares. Su hiperqueratosis, en parte, se había reproducido. plana, no ganchuda como al principio, pero los dolores internos se habían recrudecido. Nueva

intervención y gran reconvención por su proceder. Al fin, tres días más tarde aparece con una radiografía, en la proyección lateral pedida, que nos saca de toda duda.

Las figuras 1 y 2 nos dan idea del aspecto del pie afecto antes de la intervención, y la figura 3 una copia de la radiografía, a la que hemos agregado la imagen de aquella primitiva hiperqueratosis para su fácil comprensión.

Tibia y peroné normales; astrágalo anatómicamente normal, aunque ligeramente inclinado, y la articulación subastragalina desfigurada. Pero lo más importante fue apreciar un calcáneo hipertrófico con un enorme espolón, una osteotendinosis del Aquiles con dos espacios lacunares de tejido normal entre otros tantos trozos calcinados, y un trígono no clásico.

Todo ello lleva decididamente a la intervención quirúrgica con extirpación radical de toda la porción comprendida en el triángulo rayado con trazo grueso (fig. 3), incluido parte del tendón de Aquiles y el consiguiente alargamiento en pico de flauta. Dos años más tarde volvimos a ver a este paciente y se hallaba recuperado de las molestias primitivas. En la actualidad le hemos perdido la pista.

---

**CONCLUSION.** — Este enfermo, al sufrir la herida de guerra en rodilla, debió tener una inclusión de pequeña partícula de metralla en talón —lo acredita su mutilación del dedo gordo—, que daría lugar a una osteoclastosis con degeneración calcánea, hipertrofia y calcificación consiguiente de parte del tendón de Aquiles, y proyección de sustancia hasta la dermis que, al producir ese espolón, revierte y forma en la dermis la hiperqueratosis que hemos comentado.

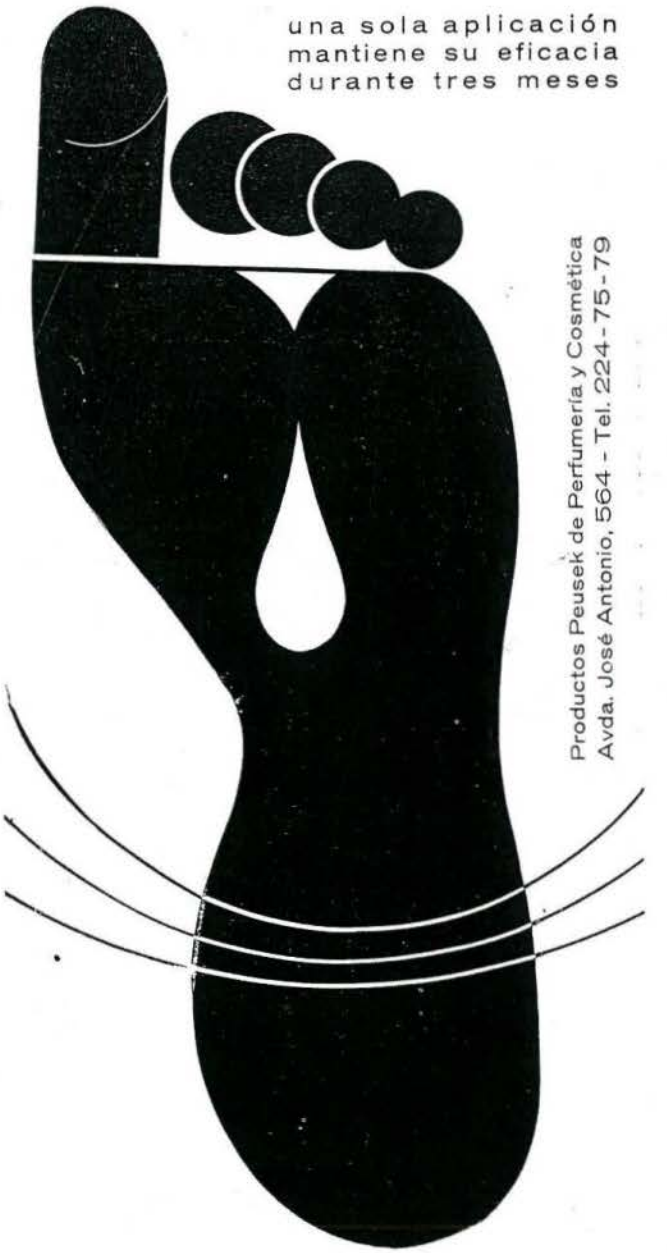
En la figura 3 aparece en el recuadro el dibujo de un calcáneo normal, para comparación con el expiorado radiológicamente.


para evitar el sudor de los pies...

Peusek

MARCA REGISTRADA

una sola aplicación
mantiene su eficacia
durante tres meses



Productos Peusek de Perfumería y Cosmética
Avda. José Antonio, 564 - Tel. 224-75-79

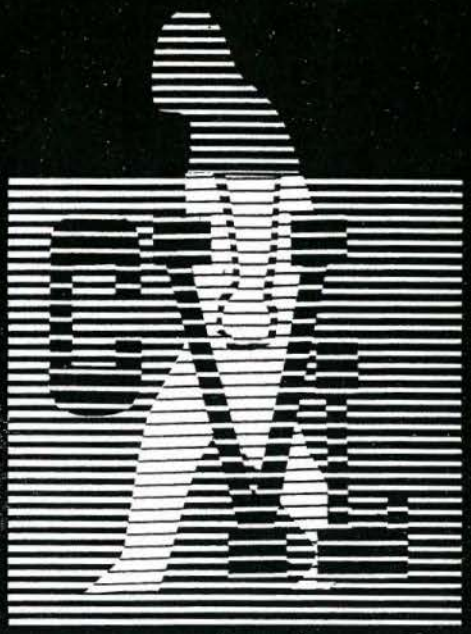
# constantino velasco laínz

*y*

# BERKEMANN

*en colaboracion con la revista española de*

## PODOLOGIA



*ofrece a los podólogos una gama completa de artículos para los pies*

CENTRAL (Oficinas). — Santiago Bernabéu, n.º 4.
Tels. 261 98 75 y 261 44 15. — MADRID-16

ALMACEN. — General Franco, n.º 42.
Tel. 208 98 36. — MADRID-19

DELEGACION CATALUÑA Calle Mallorca, n.º 336 (esq. Avda. Grmo.).
Tel. 257 76 05. — BARCELONA-9

Prótesis de plástico, corcho, cuero, cuero y metal. — Protectores de Hallux Valgus. — Separadores de dedos. — Protectores planta del pie. — Cuñas y almohadillas metatarsales. — Accesorios para la aplicación de plantillas. — Sandalias fisiológicas de madera. — Soportes de cazoleta de Ortholen. — Planchas de PLEXIDUR. — Planchas de ORTHOLEN. — Planchas de PRENYL. — Planchas de HYDROLANYON, etc.

# METATARSALGIAS

El tema es bastante amplio. Comenzaremos repasando la disposición de los huesos del pie, que básicamente tiene dos arcos: uno **interno** y otro **anterior.** Más un tercer arco, el **externo,** que no se toma en cuenta porque apoya en toda su extensión.

Los cinco huesos metatarsianos están dispuestos en abanico, en su acción normal y fisiológica son paralelos, y tienen fundamental importancia en el mecanismo dinámico del pie. Cuando por alguna causa, congénita o adquirida, sufren transformaciones, éstas repercuten sobre la función que desempeñan, tan importante por tratarse, nada menos, que de la sustentación del cuerpo. Es entonces cuando surgen los trastornos denominados **metatarsalgias,** así llamados porque son algias provocadas por defectos de su conformación, habitualmente congénitas cuando se trata de los ejes. Con respecto al arco **anterior,** la función de los metatarsianos es considerable.

El pie normal para desplazarse apoya sobre tres puntos básicos: la hipófisis posterior del calcáneo, y las cabezas del 1er. y del 5to. metatarsianos.

**Etiología:** Las metatarsalgias pueden producirse a nivel **endógeno** o **predisponente** por causas congénitas, tales como: metatarso varo primo, factor constitucional, eje alrededor cual gira el hallux valgus. Por debilidad congénita o adquirida del tejido conjuntivo (no olvidar que los huesos están íntimamente enlazados por músculos y ligamentos que conforman toda la estructura del m a c i z o óseo), músculos y ligamentos que carecen de la fuerza suficiente para mantener la estructura transversa del arco, y que, por lo tanto, ceden y se vencen.

Como factores **exógenos** o **desencadenantes** podríamos citar la obesidad, el embarazo, las tareas exigidas, etc. En el caso de la obesidad, los huesos metatarsianos centrales, que habitualmente no descargan el peso del cuerpo, en estas circunstancias si lo hacen, porque se aplastan, se caen, y sus cabezas contactan directamente con el piso. Recordemos también los traumatismos múltiples a nivel de los metatarsianos maltratados, que se hacen cargo de un apoyo indebido, con sus correspondientes anormalidades. La tuberculosis ósea, la osteomielitis, y todo tipo de enfermedad que resienta la estructura o el fundamento citológico del hueso.

Cuando por cualquiera de estos factores el arco anterior pierde su morfología habitual o normal, entonces nos encontramos con que los metatarsianos centrales toman contacto con el piso. ¿Qué sucede entonces? Recordemos que entre los metatarsianos están ubicados los filetes nerviosos derivados del plantar interno, que son los que sensibilizan la planta del pie. Habitualmente, esos filetes se hallan suspendidos, no comprimidos. En consecuencia, si los metatarsianos se vencen, los comprimen contra el plano duro del

piso. Cuando el filete nervioso queda comprimido entre dos planos duros, a los cuales no está acostumbrado, ni su estructura está capacitada para contactarlos, reacciona formando lo que se llama un **neuroma;** es decir, un tumorcito benigno del tejido nervioso, sumamente sensible, cuando es injuriado o excitado por cualquier causa. Los dolores que provoca son insoportables.

Un elevado porcentaje de pacientes sufre dolores terribles en sus pies por arcos vencidos. El **hallux valgus** forma parte del complejo de las metatarsalgias, por cuanto su padecimiento deriva realmente de los metatarsianos, aunque generalmente no se lo incluya.

El **mal perforante plantar,** de variado origen, aunque comúnmente es neurológico, forma parte de los factores endógenos por carecer de influjo nervioso, por mala nutrición de la piel, y, principalmente, por ser una anomalía de la epidermis plantar que termina ulcerándose en forma crónica y prácticamente irreversible.

El **quinto dedo aductus:** es ese dedo chiquito, mal formado, que muchas veces se lo ve escondido por debajo, o montado sobre el otro dedo levantando la cabeza del metatarsiano, a punto tal, que ésta se transforma en el único punto de apoyo de esa parte del pie.

Las **fracturas mal consolidadas,** otro factor que contribuye al dolor, desvían el eje metatarsiano. Como el organismo es un complejo en marcha, no tiene ningún elemento que trabaje solo, sino que todos lo hacen eslabonadamente. Cuando alguna de sus estructuras no funciona correctamente, las demás son arrastradas por ese mal funcionamiento. Tales desarmonías provocan trastornos vasculares, de mala nutrición, de circulación de retorno, varices.

Alguien ha dicho que las **varices** son primas hermanas del pie plano, y es verdad. Por regla general, son la expresión de una insuficiencia muscular. Si bien no lo sean del tejido estriado, sino del liso, de la pared de la vena, están manifestando una insuficiencia que se refleja tanto en la varice como en la falta de sostén de los metatarsianos, porque dadas las deficiencias de la circulación de retorno, su retardo para transportar la corriente circulatoria, incluyendo la irrigación arterial, también en dificultades, se debilita el tejido conjuntivo encargado de sostenerlos. Lo cual repercute en trastornos venosos y arteriales, además de todas las algias concernientes a cualquier región que esté mal irrigada, derivando en **celulitis, artritis, periartritis,** etcétera.

En cuanto a las **articulaciones interfalángicas,** sobre todo las muy sensibles, con muy poco juego y ninguna capacidad de expansión, por ser cápsulas muy rígidas, muy firmes (sostener la contingencia de un derrame significa ir directamente a una periartritis). Sumamente dolorosa, por la total falta de elasticidad de la cápsula.

El pie, por la función que desempeña en el cuerpo humano, es un lugar que está destinado a ser receptáculo y espejo de una cantidad de enfermedades. Por ejemplo: las angiopatías diabéticas; o sea, los trastos vasculares propio de esa deficiencia, que en realidad no corresponden al pie, sino que son transmitidos. Es decir, hay una causa congénita general que está actuando sobre el pie. Lo mismo ocurre con el **tabes,** o con el **mal perforante plantar,** que no afectan directamente la piel del pie, sino que reciben un influjo nervioso por otros estímulos. Todo eso se refleja sobre la función que el metatarsiano debe desempeñar.

En consecuencia, al encontrarnos con esos problemas tenemos que buscar soluciones, que a veces pueden ser **radicales,** y a veces, **paliativas** únicamente. Por ejemplo: sabemos todos los problemas que derivan del tratamiento de un hallux valgus; no solamente los incruentos, sino también los quirúrgicos. Hay una gran cantidad de técnicas para operar hallux valgus, y siempre aparecen nuevas. Cuando para tratar cualquier tipo de enfermedad hay muchos métodos, ninguno sirve, o por lo menos, ninguno cubre bien la necesidad. El hallux valgus es una metatarsalgia que tiene una cantidad de facetas. ¿Por qué se opera?: por dolor. ¿Dónde?: a veces duele la exostosis; otras, el dedo, porque tiene una artrosis. Otras veces, el dolor está en el arco, y hay pacientes que se quejan del dedo en martillo. En el hallux valgus esta anomalía generalmente es secundaria. Es el dedo en valgo que empuja a los otros

dedos y les hace perder el derecho de domicilio; entonces, fácilmente encorva al más dispuesto, o mal colocado en la alineación. Si se va a la operación únicamente por el dedo en martillo, es porque se desconoce la etiología del problema. Este es una resultante de la compresión externa que le provoca el hallux valgus; es decir que, antes de tomar una conducta con respecto a la anomalía específicamente, hay que estudiar en forma detenida cuál es el eje de la enfermedad, o la causa que la provoca, o, en síntesis, qué es lo que más molesta o duele al enfermo. Si se trata de la exostosis y no de la mondea óseo-articular, ¿qué necesidad hay de efectuar una operación larga, dolorosa y mutilante como es una artioplastia? Con resecar simplemente la exostosis, o cortar el tendón abductor —porque el dedo puede reponerse en su lugar—, es suficiente. Otros pacientes se quejan del dolor en la articulación. Conque se haga una resección en la parte proximal de la falange y directamente una artioplastia del dedo, concluyó.

Cuando el enfermo se queja de dolor metatarsal general, es decir, que le duele todo el abanico, el problema es mayor, porque si se opera el hallux valgus, no olvidar la función fundamental de los sesamoideos. ¡Cuántas veces el enfermo no se sabe explicar y el cirujano le aplica cualquiera de las técnicas referidas al hallux valgus, resultando un fracaso porque le sigue doliendo igual! Consistía en haber visto muy detenidamente la radiografía y haber descubierto que los sesamoideos muy agrandados, del tamaño de una lenteja grande, habían producido una sesamoiditis. Cosa muy común que ocurra cuando se corta por debajo de la cabeza del metatarsiano, y el huesecito nombrado comprimido reacciona provocando una inflamación.

Metatarsalgia o **síndrome de Morton,** neuroma plantar que se produce cuando hay una compresión del tejido nervioso contra los planos duros. Si desde el punto de vista etiológico se piensa en suprimir, no la causa, sino el efecto del dolor, se hace una neurotomía; es decir, se quita el filete nervioso, operación sumamente sencilla. Pero, ¿qué va a pasar? Que dentro de dos meses recidiva el dolor, porque la naturaleza reemplaza con otro filete en el lugar del extirpado. Entonces, si se debe comificar la causa, ¿cómo se procede? En primer término, veamos las medidas incruentas: tratar de resistir la excavación del arco por medio de plantillas con la oliva convenientemente aplicada para elevarlo. O una faja, o una barra metatarsal. Infiltraciones desinflamatorias dentro de los espacios interdigitales, también están indicados en ciertos casos.

Cuando todas estas medidas fallan, es necesario recurrir a la terapéutica cruenta, a la medida quirúrgica, única eficaz para esos casos donde se debe resecar las cabezas de los metatarsianos centrales. Operación en apariencia mutilante y realmente positiva en la práctica, No debe ofrecer vacilaciones para el enfermo. Se quita, se lima, se reacondiciona el resto del muñón de los metatarsianos, y el enfermo va a caminar sin dolor, agregando una plantilla para provocar la descarga. Es decir: que los factores iniciales, etiológicos, congruentes, se suprimen, para quedar posteriormente las resultantes.

Cuando esas hiperqueratosis provocadas, precisamente, por posiciones anormales de los dedos, o puntos de apoyo falsos de la planta del pie, hacen que esos dedos o esas plantas estén soportando roces o cubriendo funciones para las cuales no están preparados, reaccionando con la formación de capas dérmicas que se van aposentando, es necesario encontrar algo más científico y acorde con las técnicas últimamente descubiertas.

Veamos los **dedos en martillo.** No los aparentemente simples, sino los contracturados, irreversibles, anatómicos, aunque estén en el aire y se puedan enderezar. Hay que recurrir al tratamiento quirúrgico. Hacer la resección en la misma articulación de la cabeza de la falange, y dejar el dedo derecho.

La pérdida de la movilidad de las articulaciones interfalángicas no tiene ninguna importancia. La real significación en la marcha reside en la descarga correcta sobre la cabeza del metatarsiano y en el buen funcionamiento de la parte músculo-ligamentosa. Ustedes habrán visto quienes caminan sin inconveniente, a pesar de la amputación del dedo gordo, y hasta la de tres dedos, adaptados perfectamente bien.

La movilización del tobillo los adapta funcionalmente descargando en forma directa sobre las cabezas metatarsales.

**Repito:** Las medidas incruentas a utilizar deben emplearse con mucho criterio. Y aquí entra a jugar el buen sentido del que esté a cargo del paciente. Su fracaso representa ir directamente a terapéuticas cruentas y decidirse por las soluciones quirúrgicas drásticas. Utilizar las técnicas más simples, que son las que abrevian el post operatorio.

El pie es un elemento muy complejo e ingrato que hay que conocer muy bien. Puede llevar escondidas angiopatías diabéticas que, muchas veces, el paciente ignora tenerlas. Dicha extremidad forma parte del organismo, y en él se reflejan una cantidad de fijaciones y anormalidades que éste sufre. Pero el pie, siendo aquello con lo que el individuo camina y lo sostiene, resulta ser el primer receptáculo de las injurias.

Investigando a profundidad puede reservar muchas sorpresas y ser el índice de grandes problemas. ¡Cuidado con los **edemas maleolares!**, que revelan insuficiencias cardíacas. ¡Y con la **gota**!. dolor punzante en el dedo gordo. Está revelando un verdadero depósito de ácido úrico. Urea en gran cantidad.

Hay que dar gran importancia, no solamente al tratamiento estático, sino al tratamiento dinámico del pie. El 60, el 70 % de las afecciones del pie y la pierna es debido a la insuficiencia muscular. No solamente de los músculos voluntarios, sino de los lisos, que están tapizando las paredes de las venas. Con un tratamiento de rehabilitación activa, con ejercicios bien indicados y mejor dirigidos, habrá grandes sorpresas. Con sólo caminar durante cinco minutos por día en puntas de pie, mejorará la parte circulatoria, el tono muscular, y al mes se sentirá distinto.

Hay vicios de conformación y vicios de posición. Lo importante es investigar a conciencia, y, sobre todo, en equipo profesional. Con los componentes del grupo: el traumatólogo, el clínico, el dermatólogo, el quinesiólogo, el diabetólogo, el dietólogo y el podólogo. Lo importante es la guía, el consejo.

Trabajando en equipo, el porvenir de la terapéutica será mucho más claro.

COMPAÑER:O

Sabemos que no nos falta tu ayuda al Portavoz profesional, pero no olvides que su renovación y superación es obra de todos.

Redactando tus experiencias profesionales prestarás un apoyo y una gran ayuda a los colegas que ejercen en poblaciones alejadas de las urbes más importantes.

# Atención del pie diabético

**Diabetes mellitus** es un trastorno del metabolismo hidrocarbonado (en un 50 % aproximadamente hereditaria), debido a una insuficiencia de insulina cuya causa aún es desconocida; aparece a cualquier edad, aunque es más frecuente entre la 5.ª y 6.ª década, siendo los trastornos más destacables la hiperglucemia, glucosuria, poliuria, polidipsia y polifagia. La diabetes es una enfermedad crónica, incurable, pero que se puede controlar; se descubre por primera vez cuando aparece alguna complicación.

Para el podólogo hay tres grandes capítulos que interesan, relacionados con la diabetes, y cuyo conocimiento es de suma importancia, pues puede presentarse en un paciente que ignora su condición de diabético, pero los caracteres de la afección que presenta dan base a su paso al médico; y en el caso de un diabético confirmado, debe conocer las precauciones que tiene que adoptar para su atención. Los tres capítulos mencionados son:

1.º La arteriopatía, 2.º la infección y 3.º la neuropatía, los que están estrechamente relacionados entre sí, repercutiendo y/o agravando el uno al otro.

El pie del diabético puede presentarse en forma compleja, con infección, con trastornos de irrigación o vasculares y, con menos frecuencia, neuríticos, lo cual nos exige tomar en cuenta diversos elementos en la atención del paciente. Es frecuente la disminución de riego arterial de los pies con claudicación intermitente, frialdad de los pies, parestesias, lenta curación de las heridas, infección local y gangrenas.

**Arteriopatía diabética**

Aparece la arteriosclerosis prematura en la mayoría de los diabéticos con más de quince años de padecer la enfermedad. La diabetes existe en el 25 % de los casos de arterioesclerosis y agrava el pronóstico por la frecuencia de las lesiones gangrenosas y su evolución desfavorable.

De los arterioscleróticos sin diabetes, presentan gangrena el 10 % y de los arterioescleróticos con diabetes el 45 % de los casos, siendo necesaria la amputación en el 40 % de los mismos. Estos trastornos circulatorios adquieren más gravedad en los diabéticos, porque sus tejidos son más sensibles a la infección.

**Síntomas:** El paciente se queja de endurecimiento de los músculos durante la marcha, y luego, dolor a nivel del pie o de la pantorrilla, el cual casi siempre es unilateral y culmina con alteraciones tróficas. Se presenta con una palidez de la piel, pero con cianosis en los pulpejos digitales; hay atrofia masiva del pie y de la pierna; la piel es fina, seca y sin elasticidad y muy frecuentemente acompañada de micosis y/o infecciones, uñas encarnadas y lesiones ulcerosas rebeldes, como por ejemplo el mal perforante plantar. La palidez se intensifica al elevar el pie y se aprecia mejor haciendo que el enfermo ejecute flexión y extensión de los dedos, pero al bajar la pierna aparece una coloración cianótica intensa: los latidos de las arterias pedia y tibial posterior están disminuidos o ausentes.

La gangrena húmeda se observa especialmente en los enfermos diabéticos, la infec-

ción microbiana avanza, se forman flemones, los que ascienden por los espacios celulares y ponen en peligro la vida del enfermo si no se realiza la amputación del muslo. A esta gangrena invasora se le llama gangrena diabética, porque se observa casi exclusivamente en los individuos que padecen esta enfermedad. La gangrena, pues, tiene un curso más grave cuando ocurre en terreno diabético. Para diferenciar esta afección de las lesiones tróficas del varicoso tenemos dos elementos: las dilataciones varicosas y la presencia de latido arterial normal.

**Infección**

Con respecto a la infección existe un círculo vicioso, pues la infección agrava la diabetes y a su vez la diabetes favorece y agrava la infección, a tal extremo que una infección banal, que en un individuo común no pasa de ser un proceso localizado, en el diabético adquiere gran magnitud: linfangitis, edema, difusión del proceso, difusión de flemones, todo lo cual pone en serio peligro la vida del enfermo. No obstante, los síntomas más frecuentes en los pies de los diabéticos son las micosis, que se encuentran en un 40 % de los casos, los eczemas de heridas, y derivadas muchas veces del tratamiento de los helomas (con repetidas linfangitis, erisipelas, etcétera). Lesiones e infecciones de los pies aparentemente pequeñas, pero que en un terreno diabético pueden llegar a constituir complicaciones de gran importancia, como dijimos anteriormente (flemones, gangrenas, etcétera), fundamentalmente si el paciente ya presenta una arteriopatía diabética. Dominar la infección facilita dominar la diabetes, y viceversa (el diabético controlado es más difícil que presente infecciones graves, y a su vez una infección controlada impide que un diabético se descompense).

**Neuropatías**

Los primeros síntomas son: parestesias y entumecimiento de las manos y de los pies. Es frecuente un dolor de tipo constante que suele empeorar en la noche. Esta complicación es poco frecuente en la diabetes bien controlada.

**Resumen**

Sabiendo que con frecuencia esta enfermedad se descubre a través de una complicación, frente a un paciente con los trastornos circulatorios que mencionamos anteriormente, o que relate historia de forúnculos o antrax a repetición y que aparezca con una infección que no cede en el plazo previsible o que se difunde rápidamente, debe investigarse la presencia de un terreno diabético, para lo cual es imprescindible enviarlo al médico.

**Tratamiento**

Por supuesto, el tratamiento de fondo está a cargo del médico, que consistirá en antibióticos, insulina y dieta adecuada.

El tratamiento de las lesiones locales, en parte puede ser realizado por el podólogo, y es preventivo y curativo.

La profilaxis de estas alteraciones de los pies es sumamente importante.

Los diabéticos deben ser educados para mantener sus pies en perfecto estado, con baños templados diarios, fricciones de alcohol y espolvoreado con ácido bórico; las infecciones microbianas y micóticas deben ser cuidadas hasta su total desaparición. El tratamiento de los helomas y afecciones ungueales debe llevarse con las máximas precauciones, y el instrumental a emplear, con una esterilización perfecta.

En los casos de arterioesclerosis asociada, los cuidados locales consistirán en ejercicios especiales, que se repetirán diariamente, pediluvios fríos seguidos de inmersión en agua caliente, y la prohibición absoluta del uso de calzados estrechos, vendajes, callicidas, tiras de esparadrapo, etc., así como evitar los traumatismos.

Cuando en el curso del tratamiento apareciera la amenaza de necrosis de dedo o la progresión rápida de la infección, la conducta será abstenerse y enviar inmediatamente el paciente al médico.

# OBESIDAD

He aqui un tema de interés y actualidad. A ustedes como podólogos les debe interesar la cuestión, porque hay muchísimas afecciones que, ya sea por motivos predisponentes como desencadenantes, recaen sobre los pies. El problema de la sobrecarga siempre afecta la arquitectura ósea del pie. Voy a referirme a la **obesidad** como enfermedad. Muy importante. Y también al sobrepeso, mucho más común y difundido en nuestro país.

Existen estadísticas obtenidas últimamente por el Instituto de la Nutrición, que hablan de 1.500.000 obesos en la Argentina. Se considera obesidad al aumento del 15 % al 20 % del peso corporal con respecto a los valores normales que marcan las tablas. Sobrepeso que conviene aclarar debidamente porque debe ser a expensas del tejido graso y no de la existencia de edemas, referidos a problemas de tipo renal, circulatorio, cirrótico, etcétera. En tal caso no se trata de obesidad sino de una extravasación de líquido. El sobrepeso también puede vincularse al desarrollo excesivo de la masa muscular.

Desde el punto de vista de la salud, la obesidad es una verdadera enfermedad, que tiene síntomas y tiene signos, y de las más graves, porque acorta la vida. Sobre todo por la gran repercusión que tiene la grasa sobre el aparato cardio-vascular. Las cifras más importantes de mortalidad en nuestro país se deben a enfermedades cardiovasculares. El corazón, verdadera bomba aspirante e impelente, se recarga de tejido adiposo, sumamente irrigado. Se calcula que un kilo de grasa tiene kilómetros de vasos que le llevan sangre. O sea, que además de sentirse ahogado en su propia gordura, el corazón debe trabajar forzadamente para impulsar la sangre por esos canales de riego. Por otra parte, ésta sufre un aumento de viscosidad, tornándose más pesada. Todo ello contribuye para que el aparato cardiovascular se vea muy afectado. Lo mismo ocurre con los problemas que se agregan a nivel del aparato digestivo, de la vesícula, en la que aparecen cálculos, de los intestinos, del estómago, etc.

Son las Compañías de Seguros las que han estudiado a fondo este problema. Tanto es así, que publican cuadros comparativos donde establecen la disminución de las probabilidades de supervivencia por el exceso gradual del peso. Por ejemplo: una persona de peso normal tiene sólo el 1 % como cifra de mortalidad. 4 ½ kg. por encima de los valores señalados en las tablas, tienen el 8 % de mortalidad, y cuando sobran más de 27 kg. de peso, la probabilidad de morirse asciende al 60 %. Estas cifras influyen sobre el aumento de la prima anual de los seguros de vida. Lo cual indica que son cálculos perfectamente establecidos y estudiados por cuanto obedecen a intereses de orden económico. Es decir, que la obesidad se paga en vida, y en una variedad enorme de afecciones además de las vistas, tales como: hipertensión arterial, infartos del miocardio, síncopes cardíacos, fatiga y cansancio, que repercuten sobre el aparato respiratorio, dado el desplazamiento que la masa intestinal ejerce sobre el abdomen, que empuja el contenido torácico. Es muy conocida la dificultad del obeso para subir escaleras, correr, o hacer caminatas, debido a la falta de aire.

### Causas de la obesidad

La más importante es un factor externo: la boca, puerta de entrada a todo alimento. El

problema glandular fue y es muy discutido. A principio de siglo se decía que a todo obeso le funcionaban mal las glándulas tiroides, o las suprarrenales, o la hipófisis. Pretexto que sirvió de argumento para que los obesos no intentaran un cambio o mejoría. En realidad, la única glándula que está muy comprometida, en todos los casos, es la salival, que trabaja intensivamente.

La obesidad sobreviene por un exceso de acumulación de grasas; exceso que se produce cuando una persona gasta menos de lo que come, porque todo alimento se transforma en trabajo mecánico. Si esa persona gasta poco, evidentemente lo acumula en el banco. La moneda sería la grasa y el banco, el tejido adiposo.

Es de importancia tener en cuenta los órganos que están comprometidos en un proceso de obesidad, y que se deben detectar antes de iniciar el estudio relacionado con el paciente que se va a tratar. Hay que comprobar su eje neuronal, hormonal, el corazón el hígado, el estómago, el aparato intestinal, y, sobre todo, los riñones. Cuando nos encontramos en el consultorio frente al paciente, tratamos de reunir todos sus antecedentes, a los fines de historiar el caso a través de un interrogatorio preciso y lo más completo posible.

Entonces es cuando afloran los más variados procesos de la anomalía y nos encontramos con problemas de vesícula, de estática, de columna, de circulación, de respiración, articulares, etcétera. Comprobados éstos, volvemos sobre el problema peso, y establecemos el **somatotipo,** que es el análisis de la constitución del obeso. Es decir, un estudio acerca de cómo está constituido por su naturaleza congénita.

De acuerdo con las tablas que estuvieron en boga a principios de siglo, se tomaba en cuenta la altura únicamente. Pero ésta es sólo un parámetro. Actualmente, lo más importante es ver la arquitectura ósea, de acuerdo con lo cual se establece la constitución del individuo.

El que más estudió este aspecto de la individualidad física fue el famoso endocrinólogo y dietólogo Dr. Scheilock, especialista en Medicina Psicosomática de Estados Unidos de Norte América, que hizo grandes estudios con los aspirantes que deseaban llegar a la aeronáutica, y tomó los morfotipos. Como lo que predomina es el contenido interno visceral, habló de un hábito extremo endomorfo. Entonces, hay un temperamento para la constitución de cada persona.

Sin querer llegar a los extremos ni a la totalidad, se puede decir que el obeso congénito tiene un temperamento que lo está marcando: **endomorfo.** El tipo atlético o **normoatlético,** y el tipo asténico, flaco (digámosle delgado para no complicarlo), o **hectomorfo.**

Cuando a los 30 ó 40 años, una persona que ya era gorda desde la infancia, y que después de la pesquisa corresponde al tipo endomorfo, recibirá un tratamiento completamente distinto al de otra persona que tuvo un físico atlético, privilegiado, de cintura pequeña, arquitectura ósea de límites cuadrados bien definidos, mandíbula rectangular, sin redondeces, que nunca tuvo problema de peso, ni va a ser gordo totalmente, pero que en un momento dado, cuando deja las actividades de costumbre, o de practicar gimnasia, al abandonar todos esos gastos comienza a engrosar en la parte media y adquiere los famosos rollitos a nivel abdominal. Es el caso clásico de problema por engrosamiento. Es el que inmediatamente concurre a la consulta porque "no puede verse así".

En cambio, el gordo de nacimiento, que siempre lo fue, que no conoce otro estado y que no tiene conciencia de enfermedad, no acude porque no cree que está gordo. ¿Por qué? Porque todos nosotros tenemos un esquema mental de nuestro organismo, y en el el obeso, este esquema está alterado.

Imaginemos la caricatura de un gordo que siempre lo ha sido. La cabeza parece una esfera en cuya cara se recortan los labios gruesos, carnosos, sensuales, de gran papada y prominencia abdominal, contrastando con la cortedad de las piernas. Es una reversión oral a la etapa infantil. A esa persona, ¿qué actividad física se le puede exigir, si toda la naturaleza de su organismo lo lleva a estar tranquilo, cómodo, reposado? ¿Cómo darle actividad? ¿Cómo quitarle la comida? ¡Imposible! Este tipo de obeso es el que menos anda en los tratamientos.

## Tendencias

Al gordo no le gusta moverse, es de reacciones lentas, se queda relajado; le gusta la cortesía, las formas ceremoniosas, hacerse de amigos con facilidad, asistir a reuniones donde haya convites, es de carácter blando, sociable, aniñado. Eso no quiere decir que no los haya de otro carácter y otra dinámica. Hay muchos factores que influyen. Pero estas características son una constante que hemos poddio recoger en varias historias clínicas. El atlético tiene una firmeza postural, una verdadera postura, gusto por la cultura física, por el movimiento. Una gran dotación energética, una necesidad y un placer por el ejercicio, por el riesgo y el azar, gran valor para el combate, es agresivo y le gusta hablar fuerte, con voz alta y clara. Es el típico atleta, Háblenle de hacer algo y ya lo ejecuta. El gordo, todo lo contrario. Déjenlo tranquilo y háblenle de comer.

Veamos al delgado (flaco), que nunca tendrá problemas por obesidad. Es rígido, no le gusta moverse como el anterior, pero es de reacciones tremendamente rápidas. Mayormente conectado a tics nerviosos. Se ha hecho una experiencia con estudiantes de los EE. UU. de N. A., captándolos con cámaras cinematográficas ocultas, por ejemplo, en piletas de natación, donde se encontraban varios chicos nadando. Los gordos se quedaban generalmente en el mismo lugar, o haciendo siempre la plancha. Si se juega al fútbol, eligen ser arquero. En el básquet, también permanecen en el mismo lugar sin recorrer trayecto; es decir, que su temperamento siempre lo lleva a no gastar. El flaco no se queda un solo minuto quieto y gasta energía aun haciendo tics nerviosos. Tiene gran tendencia a la introversión. Siempre está pensando, jugando con las ideas. No gusta mucho del trato social, prefiere estar solo, reservado; al contrario del atlético, su aspecto es juvenil en apariencia.

En obesidad lo que interesa no es el sobrepeso, y llegar al peso normal no es lo importante, sino mantener el efecto conseguido y evitar la reobesidad. Lo fundamental es el mantenimiento. Hay personas que rebajan grandes cantidades, 20 kilos, en un mes. Pero se dejan estar y los vuelven a subir haciendo lo que se llama el mecanismo "de acordeón". No sirve para nada, la piel sufre muchísimo, y muchos órganos, también. La gordura no solamente afea la silueta sino perjudica seriamente la salud. Es una enfermedad muy grave que hay tratar sin dilación.

Pasemos a señalar las tendencias alimentarias de un gordo, de un atleta y de un delgado, en las tres variedades del temperamento respectivo. En el primero, la necesidad de comer es imperativa. Viven para comer, conocen recetas y cómo se preparan, regímenes y su aplicación. Su apetito es firme y sostenido, no se calma fácilmente; come en tiempo prolongado, con método, con ritualidad, pero no tiene rutina alimentaria. Todo a cierta hora, su vermouth, sus comidas especiales; aprovecha toda ocasión de convite y no rechaza invitaciones. Aunque dos comidas diarias son suficientes, tiene tendencia a "pellizcar" entre comidas. Tendencia que hay que tener muy en cuenta en el régimen y respetarla ante el peligro que lo rechace. Son muy buenos catadores de bebidas alcohólicas y toman bastante, aunque muy refinadamente. La **sociofilia** gastronómica significa el gusto de comer entre amigos. Le gusta el preplato, la sobremesa, rodeado de personas que coman como él. La comida es todo un acontecimiento, mañana, tarde y noche.

Para el centro tónico, que es el atleta, el comer le resulta agradable, pero también puede serle indiferente. Le gusta comer bien, pero no es tan entendido ni tan refinado como el gordo congénito.

Y en el delgado (flaco), la necesidad de comer es más bien desagradable. Es el asténico, la comida no le interesa para nada. Siente apetito en forma rápida, como si fuese un calambre, y con poquita comida se satisface. Termina de comer y habla de otra cosa, no está concentrado en la comida como el obeso. Son dos características completamente distintas. Si frente a un régimen no se toman encuenta todos estos factores de orden temperamental, se fracasa.

Durante muchísimo tiempo se ha estudiado sus orígenes y trabajado con animales de experimentación, tales como ratas, gatos, conejos, etc., y comprobado que haciendo cortes de cerebro y estimulando pequeños cen-

tros nerviosos que se encuentran por debajo del tálamo y del hipotálamo, donde hay una serie de núcleos que controlan el apetito y otros, la saciedad, mediante un electrodo se consigue poner en acción ambos estímulos: pero éstos, a su vez, deben obedecer a causas que radican en otros planos del cerebro.

Cuando nosotros decimos que la obesidad es una enfermedad cuyas causas son de orden psíquico pero que se manifiesta en la parte física a través del aumento de peso, en las historias clínicas pesquisamos los síntomas y los factores a nivel psíquico cuyos resultados son psicosomáticos. ¿Cuáles son esos síntomas? La astenia, la debilidad, el cansancio, el desinterés por las cosas, la fatiga que aparece ya al levantarse a pesar del descanso, el nerviosismo, el estado depresivo, el aumento de las pulsaciones, el sentir los latidos del corazón, (taquicardia), los dolores de cabeza (cefalea), los trastornos del sueño (fragmentado). Se duerme por momentos, se vuelve a despertar, y así sucesivamente. El sueño no es reparador. La angustia, la soledad afectiva, la inseguridad emocional, la desorientación, el vacío interior, la sensación de falta de "algo" no específico, sensación de tristeza, poco rendimiento laboral. Cuando una persona deja de rendir en su trabajo habitual, hay que tomarlo muy en cuenta porque es uno de los factores más importantes de la depresión, y, sobre todo, el más importante es el desinterés por la actividad diaria, o sea, que hay que observar muy bien si se trata de un desinterés específico por **esa** tarea, o si ese desinterés está latente detrás de la obesidad.

Si a un obeso que sufre una depresión, además se le quita la comida, se lo puede llevar a un grado tal de abatimiento, que puede llegar hasta el suicidio. Y sobre todo si se le da sustancias alerxígenas. Precisamente allí debe emplearse un tratamiento con antidepresivos. También sabemos que la ansiedad es una señal de conflicto y de peligro para el Sistema Nervioso que no funciona bien. Timbre de alarma cuyas causas hay que buscar. Lo mismo que la depresión, que es una reacción frente a una pérdida. La pérdida de una situación a veces puede ser evidente, como puede ser oculta. Es decir, podría ocurrir después de una enfermedad física, o después de perder un trabajo, o un vínculo sentimental, o amoroso, o a una persona querida.

Hay familias donde el comer es lo más importante, un verdadero ritual, y se lo toma como una imposición. Cuando uno los visita, si no come con ellos, se ofenden. Cuando sus hijos están todos gorditos, se sienten orgullosos, los muestran como a verdaderos trofeos. Y la comida se la manejan como a un instrumento de castigo, o de premio. Es un verdadero sistema. "Te quiero, te doy comida; te portas mal, no te quiero, te la quito". Entonces, al hijo se lo condiciona desde chico, al comer. De manera que, ¿cómo a los 20 años se le puede regular la comida o quitársela? Se siente castigado, y, lógicamente, sufre aunque tenga edad adulta.

Todos estos datos hay que tenerlos muy en cuenta.

Hagamos un pequeño cálculo: tres cucharaditas de azúcar en el café son 60 calorías. Cuatro cafés por día, con tres cucharaditas de azúcar cada uno, suman 240 calorías, que se transforman en 35 gramos de grasa. En un mes tienen un kilo más, que transformado en los 12 meses del año, dan un aumento de 12 kilos. Solamente tomando cuatro cafés por día, con esa cantidad de azúcar. Eso es lo que les indica cómo comiendo muy poco se puede ahorrar kilos. Las bebidas gaseosas y dulces, que tanto se beben en el verano, dan 80 calorías, o sea, 10 gramos de grasa. Y el pan, 200 gramos, 500 calorías. Observen la cantidad de kilos que pueden aumentar en un año: de tres a cinco kilos. Cuando empieza la alarma, ya hay de 25 a 30 kilos de más.

Masajes: Se efectúan a los distintos niveles del organismo; posición, colocación de las manos, de las piernas, etc., para trabajar los distintos tipos de celulitis. Lo mismo para los muslos, las distintas cremas anticelulíticas en los problemas de adiposidad. Maniobras, golpeteo, tableteo, amasamiento, pellizcado, movimientos profundos, palmoteo en las distintas zonas del cuerpo, espalda, cuello, muslo, abdomen.

La gimnasia juega un papel tan preponderante en quemar grasas y actúa sobre el continente (músculos y grasa), porque sobre el

*(pasa a la página 32)*

# V Congreso Nacional de Podología

La Agrupación de Podólogos de España a través de su Delegación Provincial de Podología de Barcelona, ha organizado el V CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA, con la colaboración de la Escuela de Podólogos de la Facultad de Medicina de Barcelona, bajo el patrocinio del Consejo Nacional de A.T.S. y el Iltre. Colegio Oficial de Practicantes-A.T.S. de Barcelona.

Tal como estaba programado, los actos comenzaron el día 15 de julio en la Escuela de Podólogos. A las 9 h. de la mañana se sentaron en sus aulas unos 90 profesionales de toda España que fueron recibidos por el eminente Caedrático de Patología Qurúrgica de la Facultad de Medicina y Director de la Escuela de Podólogos, el Dr. D. Ramón Arandes, acompañado del cuadro docente de la misma Escuela. Con breves palabras de Salutación y bienvenida puso a su disposición las magníficas instalaciones de la Escuela, su cuadro de enseñanza, su ciencia y su misma persona, para el bien de la Podología y de los asistentes. Los alentó a estudiar y perfeccionarse, aprovechando al máximo las tres jornadas programadas. Deseándoles una feliz estancia, les dio las gracias por su asistencia y seguidamente dio comienzo la sesión del día bajo el tema: FISIOTERAPIA EN EL PIE ADAPTADA AL FUNCIONALISMO Y PROTESIS DEL MISMO.

El Podólogo y estimado compañero, D. José Cámara de la Hoz, documentado al máximo sobre el tema, hizo una maravillosa exposi-

Un momento del desarrollo de los temas científicos

ción teórico-práctica del mismo. Durante todo el día —salvo el descanso obligado para el almuerzo efectuado en comunidad estrechando así más si cabe, los lazos de amistad y compañerismo entre los asistentes— fueron expuestos y comentalos en forma exhaustiva todos los puntos del tema creyendo, sinceramente, que las enseñanzas ofrecidas lo fueron a plena satisfacción de los asistentes.

El segundo día y bajo el tema: PROTESIS DEL PIE, corrió a cargo del compañero podólogo D. Joaquín Solé Cuch, quien con su proverbial hacer, puso a contribución de los cursillistas toda la gama de materiales y técnicas que se vienen usando en la Escuela. Al final de la jornada, aprovechada también al máximo por los asistentes, al haberse desarrollado un tema de actualidad constante en el desenvolvimiento de la Especialidad, los cursillistas habían adquirido un nuevo bagaje de conocimientos todos ellos altamente interesantes.

El tercero y último día se destinó al interesante tema de: TECNICAS QUIRURGICAS PODOLOGICAS. A través de un estupendo circuito cerrado de T.V. propiedad de la Escuela se pudo ofrecer a los cursillistas en forma clara y concisa los diversos métodos quirúrgicos que se emplean en la Escuela ante determinados casos de distintos pacientes, pudiendo todo ello ser seguido a través de una pantalla gigante en sus más mínimos detalles. Por la importancia de esta faceta, el interés de los asistentes fue manifiesto siguiendo en todo momento las incidencias de las intervenciones y efectuando comentarios sobre las mismas.

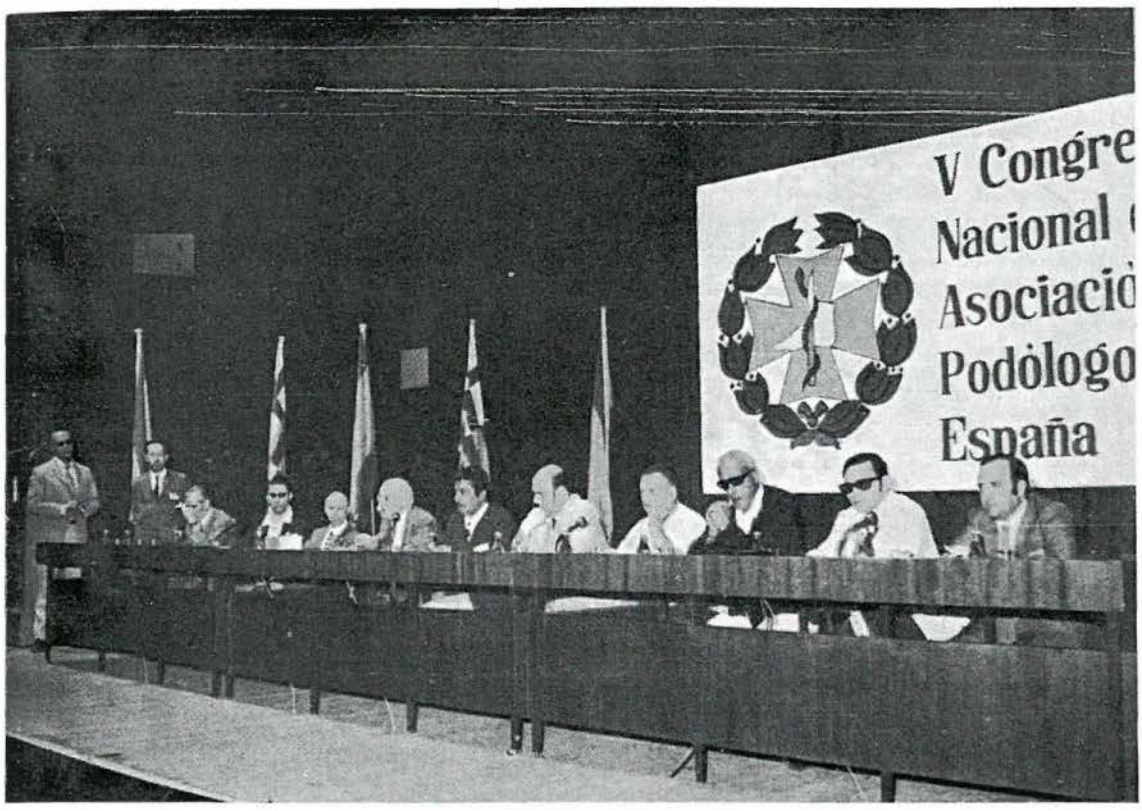
Estamos plenamente convencidos que estos tres Cursos Monográficos han sido motivo de satisfacción para todos los compañeros asistentes a ellos al haber podido participar en forma tan directa de unos conocimientos y experiencias altamente interesantes para el ejercicio de la Podología. El interés puesto a contribución por los compañeros que desarrollaron los distintos temas, así como el marcado interés demostrado por los asistentes en todo momento, así nos lo hacen suponer.

Nos cabe destacar también la estimable colaboración de los compañeros de la Escuela, Sres. Jaime Arenas y Pablo Vilató, así como la de diversos compañeros de la Delegación Provincial de Podología de Barcelona los cuales desarrollaron diversas conferencias sobre temas íntimamente relacionados con los programados. No podemos ni debemos olvidar la entrega y colaboración de varios alumnos de la Escuela (alumnos que habían ya finalizado sus estudios en el mes de junio), habiéndose así logrado la idea básica de una perfecta unidad entre Facultad de Medicina, Escuela, Colegio y Alumnos.

El día 18, y dentro de los actos programados del Congreso, se celebró la Asamblea General de la Agrupación de Podólogos de España, desarrollándose todos los puntos señalados en el Orden del Día y cuya Acta, procuraremos publicar en próximos números para conocimiento de los no asistentes al Congreso. Finalizada la Asamblea, se procedió a la Inauguración Oficial de la Exposición de Stands de Laboratorios, Casas comerciales de Material Quirúrgico, etc., y, a tal efecto, debemos resaltar el hecho de ser éste el Congreso con mayor participación de colaboradores, quedando así patente el auge que cada día adquiere nuestra Profesión. De ello y para conocimiento general, se dará en sucesivas revistas una detallada relación de nuestros benefactores.

El día 19, en el magnífico marco del Palacio de Congresos de Barcelona, tuvo lugar la Inauguración Oficial del Congreso con asistencia de las Primeras Autoridades Militares, Civiles y Académicas. Unas 700 personas entres congresistas podólogos, estudiantes de Podología, acompañantes, simpatizantes, familiares y compañeros del Colegio de Barcelona, llenaban la mayor parte del gran aforo de la sala.

La Conferencia Magistral fue desarrollada en forma magnífica por el Iltre. Prof. Dr. don Ramón Arandes Adán, Catedrático de Patología Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Barcelona y Director de la Escuela de Podólogos, quien con docta palabra, plasmó el tema básico del Congreso: PROFILAXIS DEL PIE. Su disertación, seguida ávidamente por la nutrida asistencia, demostró la importancia de una buena profilaxis de tales extremidades y la repercusión que sobre las mismas tienen una serie de alteraciones generales, razón por la cual es necesario realizar




Aspecto de la presidencia

exhaustivas exploraciones podológicas con el fin de discriminar la causa que origina el problema y encontrar así la adecuada solución al mismo. Siendo el pie parte de un todo —el cuerpo— se debe estudiar y analizar conjuntamente pues muchas veces, el problema que asienta en los pies, viene condicionado por un trastorno a niveles superiores. De ahí la importancia de efectuar sistemáticamente revisiones de los pies como primera medida profiláctica, especialmente en los pies de los niños, por ser éstos los que, en principio, están en mejores condiciones para recibir los completos beneficios de un adecuado y rápido tratamiento. Su magnífica disertación desarrollada a lo largo de 60 minutos fue, al final, calurosamente aplaudida por todos los

Seguidamente, siguiendo en todo momento el orden previsto en el programa, se fueron sucediendo las conferencias a cargo de podólogos de toda España tal y como detallamos a continuación:

D. PABLO VILATO RUIZ. — Podólogo de la Escuela de Podólogos de Barcelona.
Tema. — EL FOTOPODOGRAMA EN LA INFANCIA. SU INTERPRETACION.

D. J. DE JORGE UGARIZA. — Podólogo de Bilbao.
Tema. — NUEVAS APORTACIONES AL RADIODIAGNOSTICO PODOLOGICO.

D. JOSE CAMARA DE LA HOZ. — Podólogo de la Escuela de Podólogos de Barcelona.
Tema. — EL MASAJE EN LA RECUPERACION FUNCIONAL DEL PIE.

D. JAIME ARENAS TORRAS. — Podólogo de la Escuela de Podólogos de Barcelona.
Tema. — PRECAUCIONES EN LA CORRECCION DE LAS DEFORMIDADES EN EL PIE DEL NIÑO.

D. LUIS AYCART VIJUESCA. — Podólogo de Madrid.
Tema. — ASPECTOS PROFILACTICOS DEL PIE INFANTIL.

D. FRANCISCO FARRERAS MORCILLO. — Podólogo de Hospitalet (Barcelona).
Tema. — EL PODOPHOT, ULTIMA TECNICA DETECTORA DE VICIOS MORFOLOGICOS DEL PIE. POSIBLES ERRORES DE INTERPRETACION DE IMAGEN.

D. SEVERINO SANCHEZ FAJARDO. — Podólogo de Madrid.
Tema. — EL PAPILOMA Y SU TRATAMIENTO.

D. JOSE LUIS JUAN NAVARRO. — Podólogo de Albacete.
Tema. — PAPILOMAS PLANTARES. DISTINTOS TRATAMIENTOS.

D. FRANCISCO SANTOME RODRIGUEZ. — Podólogo de Vigo.
Tema. — PODOLOGIA INFANTIL.

D. RODRIGO CONTRERAS QUIROS. — Podólogo de Vigo.
Tema. — EPIDERMOMICOSIS Y VERRUGA PLANTAR EN EL NIÑO.

D. LEONARDO ESCACHS CLARIANA. — Sub-Director de la Escuela de Podólogos de Barcelona.
Tema. — TILOMA PAPILAMITOSO PLANTAR.

D. ENRIQUE VIOLAN CAMPS. — Podólogo de Barcelona.
Tema. — EJPLORACION Y CONDUCTA A SEGUIR EN LOS TRATAMIENTOS DEL PIE.

Dr. D. J. OJEDA GIL. — Médico del Servicio de Patología Quirúrgica II de la Facultad de Medicina de Barcelona.
Tema. — TECNICA PARA LA PREVENCION DEL PIE PLANO POST-TRAUMATICO.

D. JOSE FERNANDEZ MITJANS. — Podólogo de la Escuela de Podólogos de Barcelona.
Tema. — ERGONOMIA DE LOS GENUS.

D. JAIME SALA PICH. — Podólogo de Barcelona y Delegado Provincial de Podología.
Tema. — ENFERMEDAD DE SEVER.

D. JOSE A. CALVO GARCIA. — Podólogo de Zaragoza y Secretario de la Agrupación de Podólogos de España.
Tema. — MALFORMACIONES HEREDITARIAS Y CONGENITAS.

D. JOAQUIN SOLE CUCH. — Podólogo de la Escuela de Podólogos de Barcelona.
Tema. — MALFORMACION CONGENITA. TRATAMIENTO A NIVEL PODOLOGICO.

Todas las conferencias desarrolladas tenían como base los estudios y experiencias sobre la mejor forma de aplicar los mismos al estudio de una verdadera profilaxis que permita evitar muchas de las afecciones y deformidades que en forma semi-oculta para el no profesional, asientan en los pies. Nuevas formas de exploración; ampliación de datos sobre técnicas ya conocidas; nuevas técnicas operatorias; aplicación de nuevos materiales para la confección de prótesis; etc. Debemos destacar los cálidos aplausos que después de cada exposición fueron dedicados al compañero conferenciante como premio a su colaboración.

Por primera vez dentro de la organización de Congresos de Podología en España, se desarrollaron al término de cada día una Mesa Redonda con participación de todos los asistentes, poniéndose a discusión los temas expuestos. Así se llegó a las conclusiones siguientes:

1.° Promover la programación por parte de la Agrupación de Podólogos de España, unas revisiones sistemáticas del pie del niño en los centros de enseñanza.

2.° Establecer una campaña a nivel nacional de orientación podológica, dirigida a las madres.

3.° Recomendar la utilización de suela de cuero como material noble fisiológico.

4.° Desechar totalmente las plantillas prefabricadas y el calzado en el que ya se encuentren incorporadas dichas plantillas.

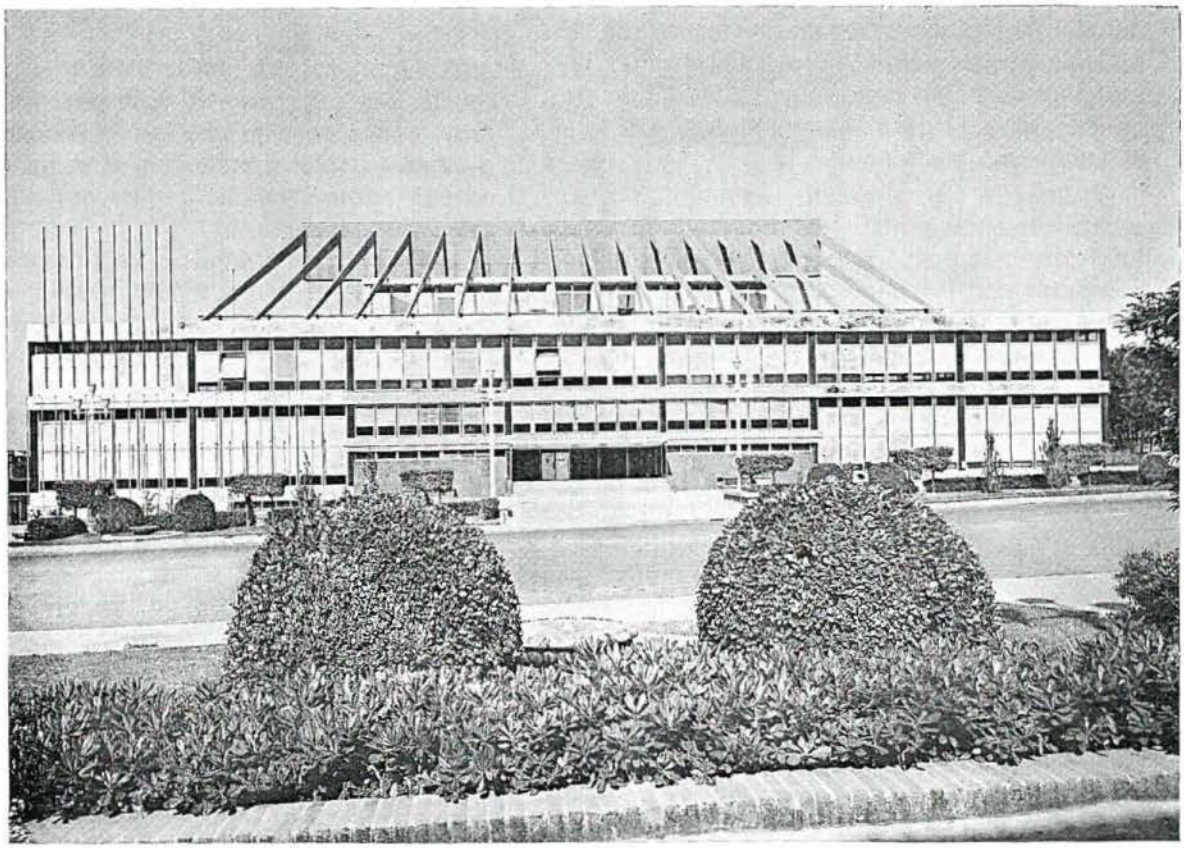
5.° Promover la revisión de los pies del niño a partir de los dos años de edad, considerando que en dicho momento y en previsión de mayor riesgo, puede conseguirse la recuperación total de cualquier malformación.

6.° Recomendar la utilización de calcetines fabricados con fibras naturales, tales como el algodón, hilo, lana o seda, desechando cualquier fibra de tipo artificial.

En sucesivas Revistas trataremos de orientar la unificación de criterios para la necesaria divulgación por los podólogos, cara al público, del cuidado del pie del niño, profiláctico, protésico y de perfecta salud en general.

Con el fin de paliar la tensión que toda reunión de tipo profesional lleva consigo, la Comisión Organizadora de este Congreso proyectó una serie de actos de tipo social y recreativo tanto para los Sres. Congresistas como para los acompañantes. Visitas a la ciudad, museos, excursiones a la Costa Brava, Montserrat y cenas de confraternidad. En todos estos actos se reafirmó, con grata satisfacción, la total hermandad que reina entre estos profesionales de la Podología, reunidos una vez más en apretado bloque para el estudio de los problemas de máxima actualidad e interés.

El día 22 —último del Congreso— y después de las sesiones científicas desarrolladas por la mañana, pasamos a la tarde en que se procedió a la entrega de Diplomas a todos los asistentes. Finalizada dicha entrega y según estudio previo, se procedió a tri-



Palacio de Congresos

butar un homenaje al Presidente de la Agrupación de Podólogos de España, D. LEONARDO ESCACHS CLARIANA.

Este homenaje, rendido por todos los profesionales españoles y en su nombre, por cada uno de los Delegados provinciales de la Especialidad, fue un interminable desfile haciendo cada uno de ellos entrega a D. Leonardo Escachs de un objeto simbólico de su respectiva provincia, como testimonio de afecto, estima y sincera adhesión hacia su persona y la labor que ha llevado a cabo a través de muchos años de lucha y de entrega total habiéndose con ello conseguido la actual situación profesional del Podólogo. Sumándose al acto, tomaron la palabra los señores Juan Vidan, quien con emotivas palabras hizo llegar hasta la persona del Sr. Escachs el recuerdo del Excmo. y Rvdmo. Señor Cardenal de Santiago de Compostela. El Sr. González, en representación del Iltre. Colegio Oficial de Practicantes-A.T.S. de Barcelona y el Iltre. Sr. Presidente del Consejo Nacional de A.T.S., D. Enrique Riudavets de Montes. Todos ellos al glosar en la persona del Sr. Escachs las virtudes y tesón que le acompañan, participaron en forma directa en este tan merecido homenaje como tributo de cariño ante una obra llevada a cabo con tanto esfuerzo y dedicación.

Al final, el Sr. Escachs, emocionado, al agradecer públicamente las muestras de afecto y cariño que le habían dispensado, quiso compartir con aquellos compañeros que desde el primer momento han colaborado íntimamente con él en las tareas llevadas a cabo e hizo entrega de un obsequio a los Sres. Miguel Aynamí —representado por el Sr. Jaime Arenas al encontrarse enfermo— y Francisco Mañé dando fe públicamente de su labor y para que se les reconociera también a ellos el esfuerzo realizado. Los tres, fundidos en un apretado abrazo, dieron plena constancia de su entrañable amistad. Todos los asistentes puestos en pie tributaron durante largos minutos cálidos aplausos a dichos compañeros, sumándose a ellos las Autoridades Militares, Civiles y Académicas quienes con su presencia, dieron mayor realce al acto.

Ya, como final, el Excmo. Sr. D. Rogelio Mir Martí, Procurador en Cortes, Concejal del Excmo. Ayuntamiento de Barcelona y Podólogo de profesión, en nombre del Excmo. Sr. Alcalde de Barcelona, agradeció la presencia masiva de compañeros de toda España y rogando a todos que perseveren en el camino emprendido de superación, estudio y entrega a la Podología, dio por clausurado el V CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA.

Por la noche, en el esplendido marco del Restaurante "La Masía", se celebró el Banquete de Gala, desarrollándose en un ambiente de cordialidad y buenos augurios, siendo la tónica general de plácemes para ese grupo de podólogos barceloneses que con su personal esfuerzo, laboran constantemente por y para la Podología y que han sido, además, los artífices de este maravilloso V CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA, de imperecedero recuerdo.

---

# Obesidad

(Viene de la pág. 26)

contenido se actúa con la dieta tipo calórico. Existe una profusión de aparatos mecánicos muy conocidos, a rodillos, a correa, para gimnasia activa con pesas, y pasiva. Todos actúan sobre distintas zonas: dorsales, frontales, abdominales, etc.

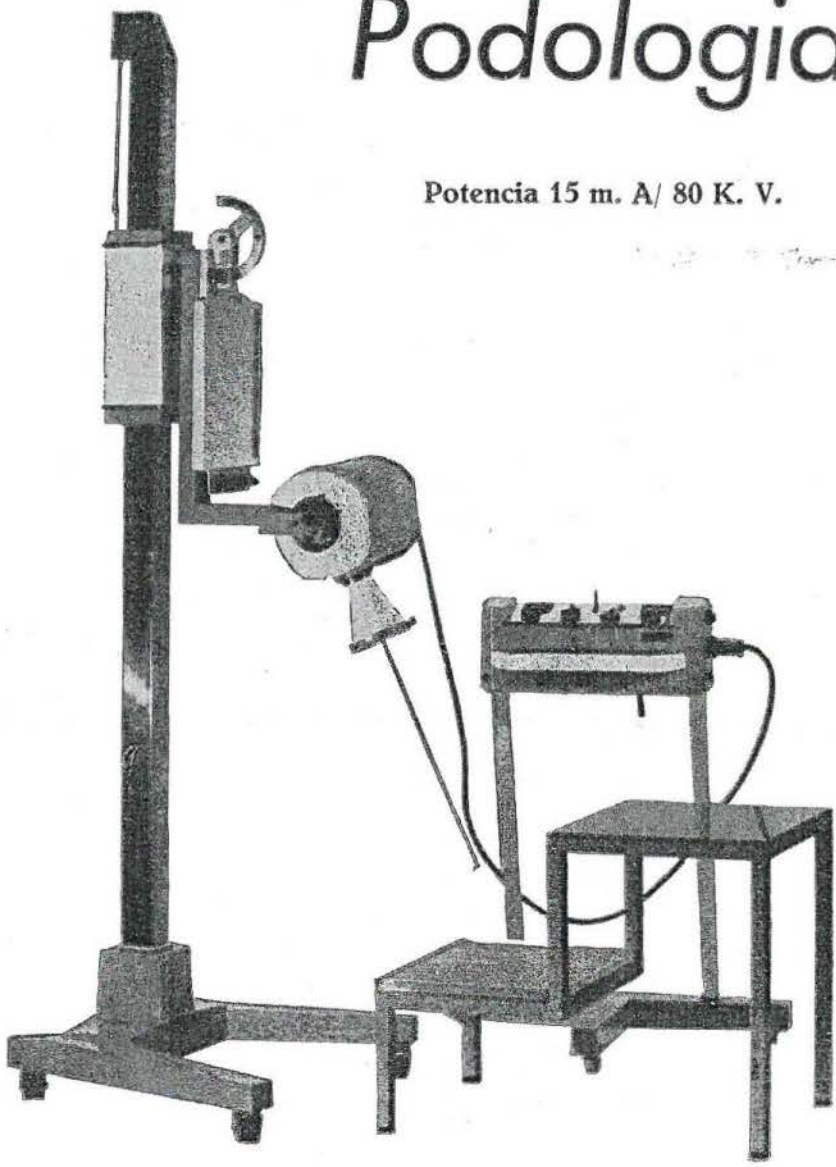
Los ejercicios comunes se pueden practicar en casa, con una simple silla, o con una colchoneta. No hace falta tener aparatos, sobre todo para las mujeres que están preocupadas por su estética. Ahora está muy en boga la gimnasia expresiva, rítmica, baile, jazz, ballet, tanto como técnicas de la gimnasia yoga y expresión griega, que también es muy interesante, porque permite que todo el organismo intervenga. O sea, que hay armonía y ritmo.

Los ejercicios sobre colchoneta son muy fáciles de aprender y de hacer, pero solamente cuando se tiene constancia, y una hora por día de tiempo. O dos, o tres veces por semana, como mínimo, para ver los resultados a los tres o cuatro meses. Hay una verdadera modelación que se llama remodelación plástica; es decir, es como desinflar un globo, queda todo arrugado.

# MODERNO EQUIPO RADIOLOGICO PARA

# *Podologia*

**Potencia 15 m. A/ 80 K. V.**



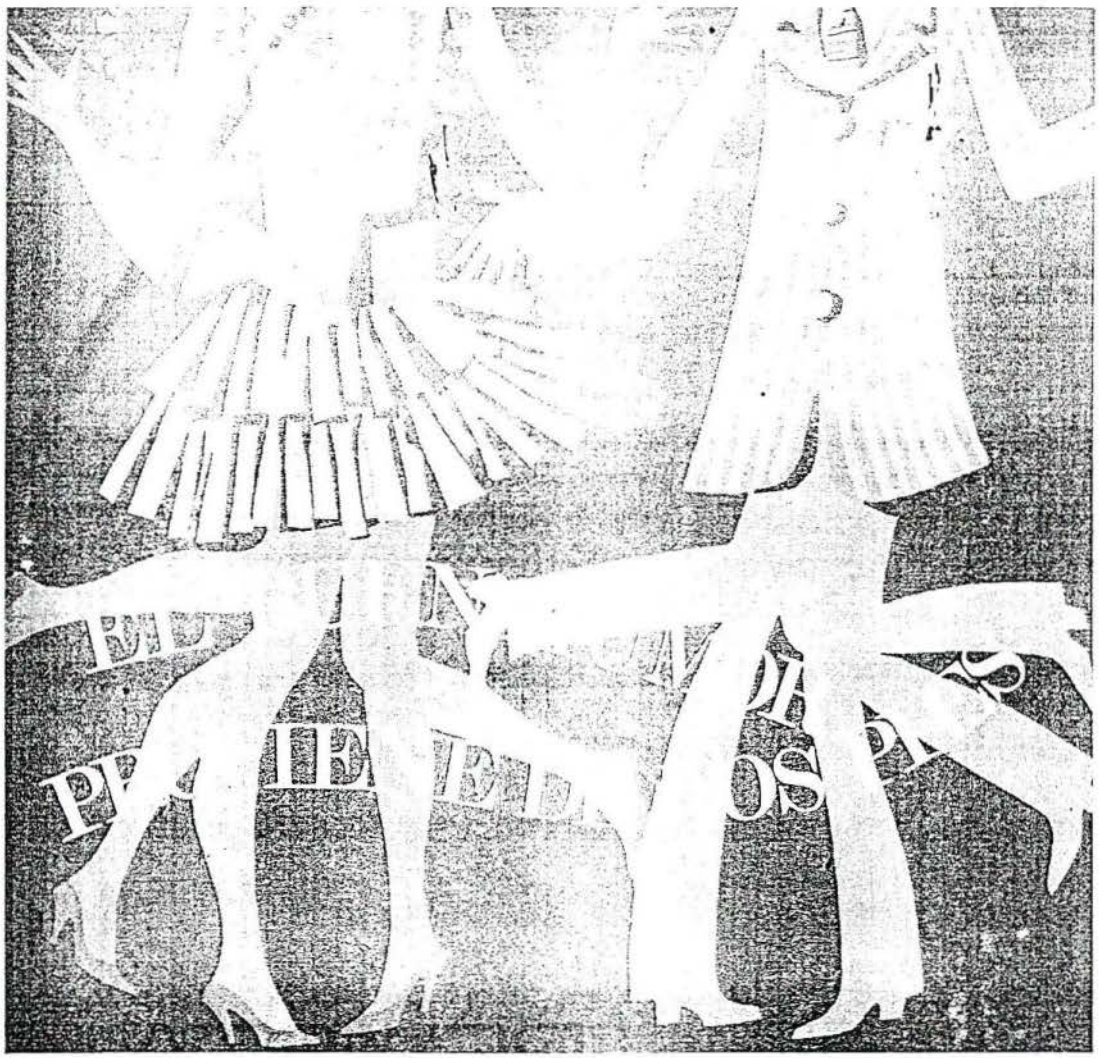
- Versatibilidad óptima para obtención de radioscopias y radiografías en todas posiciones y ángulos.
- Características eléctricas regulables para obtener un verdadero radioagnóstico.

**EMISA** RÖNTGEN

VERDI, 169 - Barcelona-12
Tels. 228 84 98 - 227 76 32

# REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

A.P.E. Septbre.-Octubre
n.º 23 1971




# podologo:

¿quien mejor que Ud. puede asegurar la veracidad de este slogan...?

¿quién mejor que Ud. para liberar a sus pacientes del enemigo que ataca "la raiz" de la persona...?

...¿y quién mejor que Ud. para dar vigor y tranquilidad a esa raiz, con la ayuda de...

## AKILEINE

que descongestiona los pies haciendo desaparecer el ardor en las [illegible], a la vez que desodoriza y modera la transpiración ya que no contiene formol u otros productos nocivos, que puedan provocar inflamaciones o irritaciones en la piel.

## AKILTROPIC

que neutraliza los efectos de la transpiración y elimina la [illegible] las piscinas.

[illegible] Loreto, 3 - BARCELONA-15

# REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

ORGANO DE LA AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

A. P. E.

Redacción y Administración:
Bruch, 144, pral. - Barcelona - 9

**Director:**
Leonardo Escachs Clariana

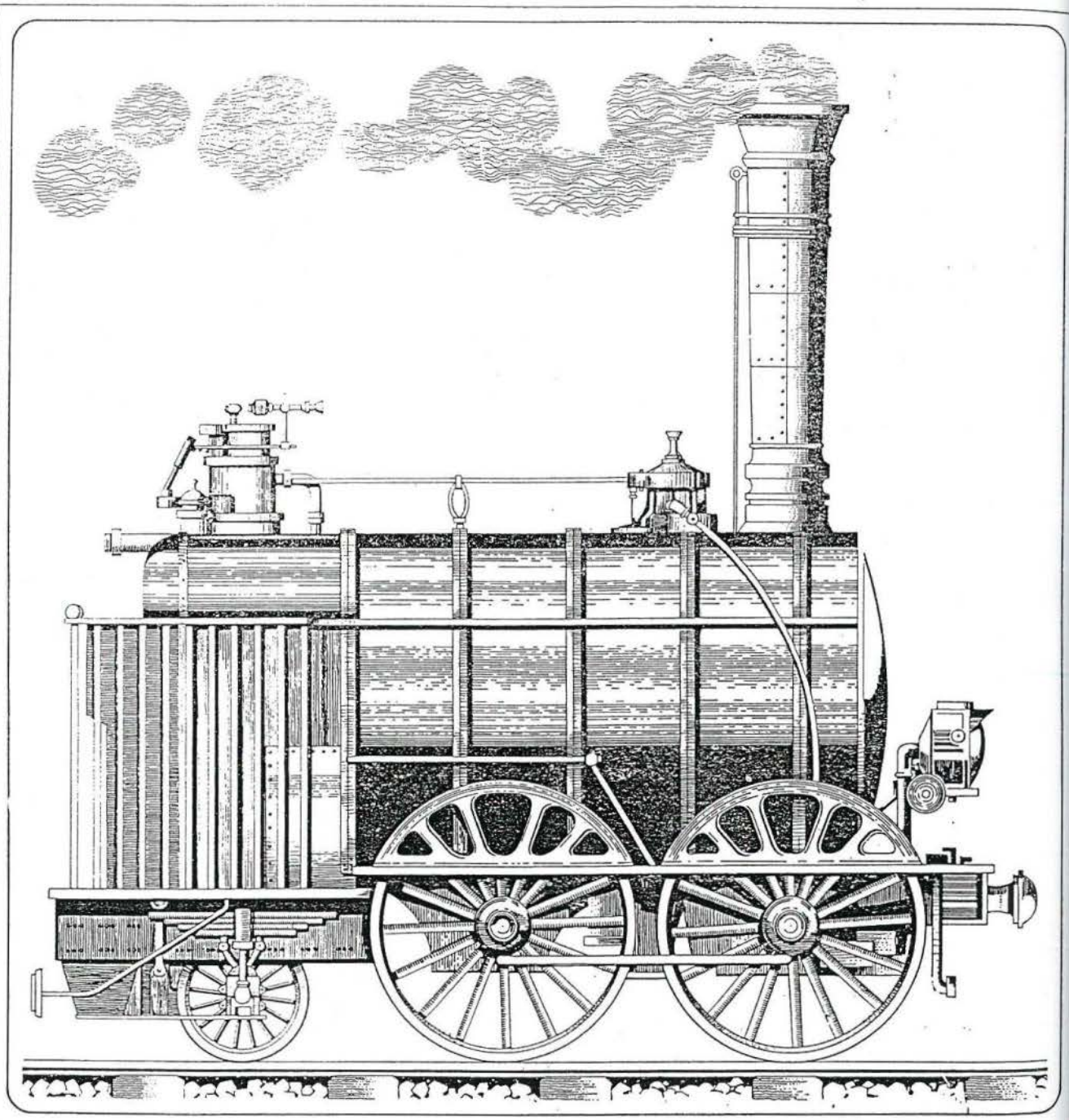
**Sub-director:**
Pablo Vilató Ruiz

**Redactor jefe:**
Francisco Mañé Domingo

Manualizaciones ESCUELA NORMAL - Depósito Legal: B. - 13484 - 1965


## SUMARIO


| | |
|---|---|
| 3 | Junta de Gobierno |
| 5 | Editorial |
| 7 | El masaje en la recuperación del pie |
| 11 | Precauciones en la corrección de las deformaciones del pie en el niño |
| 15 | Aspectos profilácticos del pie infantil |
| 20 | El Podophot, última técnica detectora de vicios morfológicos del pie |
| 27 | Las medidas y la salud del pie |
| 30 | La vacuna anticolérica nació en el Ebro |
| 31 | Nota de Redacción |



en procesos reumáticos...

**ditrone** cápsulas 100 y 200 mg (envases con 20 cápsulas)
supositorios 200 y 500 mg (envases con 16 y 10 sup. respec.)

**delta ditrone** envase con 50 cápsulas

HOSBON S/A

# AGRUPACIÓN DE PODÓLOGOS DE ESPAÑA

## JUNTA DE GOBIERNO

| | | |
|---|---|---|
| Presidente Nacional | D. LEONARDO ESCACHS CLARIANA | Barcelona |
| Vice-Presidente 1.º | D. JUAN PEREZ LAZARO | Madrid |
| Vice-Presidente 2.º | D. ISAIAS DEL MORAL CEJALVO | Valencia |
| Secretario General | D. JOSE A. CALVO GARCIA | Zaragoza |
| Vice-Secretario | D. FRANCISCO MAÑE DOMINGO | Barcelona |
| Tesorero | D. M. GAVIN BARCELO | Barcelona |
| Contador | D. LUIS AYCART VIJUESA | Madrid |
| Vocal 1.º | D. FCO. MORAN VENTURA | Las Palmas G. Canaria |
| Vocal | D. JUAN VIDAN TORRES | S. Compostela |
| Vocal | D. LUIS INCHAURRONDO | Irún |
| Vocal | D. JOSE M.ª BAEZ BASAURI | Bilbao |
| Vocal nato | D. ZACARIAS GARCIA ANDRES | Madrid |
| Vocal nato | D. JAIME SALA PICH | Barcelona |

## DELEGADOS DE ZONA

**D. José M.ª Báez Basauri.** Mayor, 27, 6.º. Las Arenas. BILBAO.

**D. José Luis Inchaurrondo.** Paseo de Colón, 65. IRUN.

**D. Juan Vidán Torres.** Preguntoiro, 10. SANTIAGO DE COMPOSTELA.

**D. Antonio Báez Prieto.** Alcalá, 313. MADRID.

**D. José Antonio Calvo García.** Coso, 77, 5.º. ZARAGOZA.

**D. Jaime Sala Pich.** Muntaner, 142. BARCELONA-11.

**D. Isaias del Moral Cejalvo.** Moratín, 6. VALENCIA - 2.

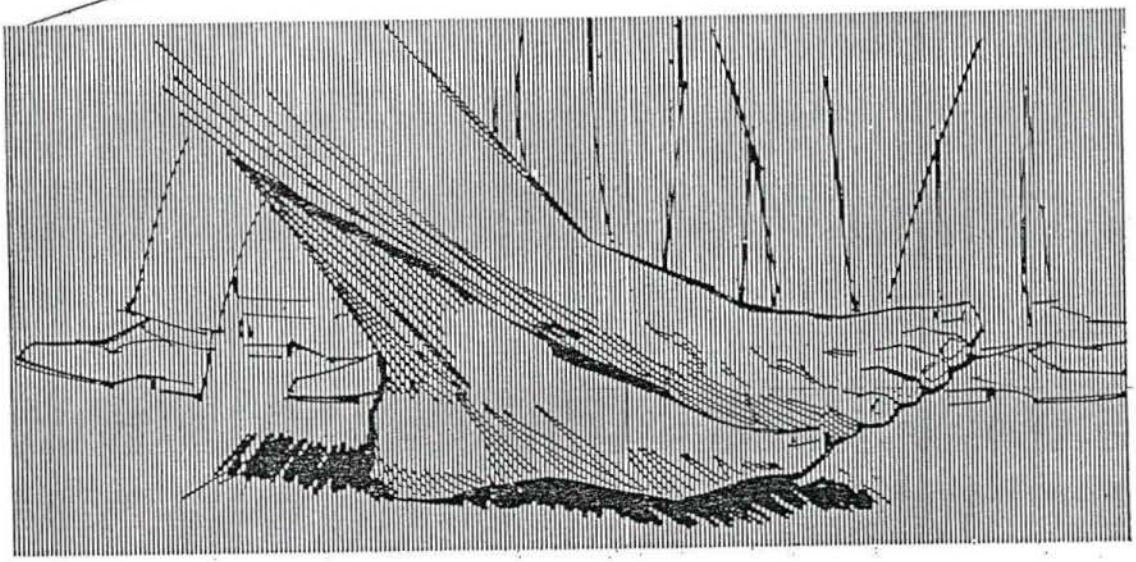
**D. Francisco Bernedo García.** Príncipe, 12. GRANADA.

**D. Francisco Morán Ventura.** León y Castillo, 8. LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

## DELEGADOS PROVINCIALES

ALAVA: Sin Delegado Provincial.
ALBACETE: **D. Luis Juan Navarro.**
ALICANTE: **D. José Olcina Morales.**
ALMERIA: **D. Luis Pascua San Miguel**
AVILA: Sin Delegado Provincial.
BADAJOZ: **D. José Villafaina de la Cruz.**
BARCELONA: **D. Jaime Sala Pich.**
BILBAO: **D. Víctor Fano Ugarriza.**
BURGOS: **D. Elías Hernando Tamayo.**
CACERES: **D. Timoteo Fernández Gil.**
CADIZ: **D. Manuel Albalá Valle.**
CASTELLON: **D. Nicolás Prats Moreno.**
CIUDAD REAL: **D. Luis Barba Vázquez.**
CORDOBA: Sin Delegado Provincial.
CUENCA: **D. Gerardo Bollo de la Peña.**
GERONA: **D. José M.ª Bosch Doménech.**
GRANADA: **D. Manuel Ruiz Morales**
GUADALAJARA: Sin Delegado Provincial.
HUELVA: Sin Delegado Provincial.
HUESCA: Sin Delegado Provincial.
JAEN: **D. Leandro Rodríguez Revuelta.**
LA CORUÑA: **D. Francisco de la Cruz Agustí.**
LAS PALMAS DE GRAN CANARIA: **D. Francisco Morán Ventura.**
LEON: Sin Delegado Provincial.
LERIDA: Sin Delegado Provincial.
LOGROÑO: **D. Vicente Alvarez Pipaon.**
LUGO: Sin Delegado Provincial.
MALAGA: **D. Antonio Gutiérrez Velasco**
MADRID: **D. Zacarías García Andrés.**
MELILLA: Sin Delegado Provincial.
MURCIA: Sin Delegado Provincial.
ORENSE: **D. Elisardo Bralo Rego.**
OVIEDO: Sin Delegado Provincial.
PALENCIA: **D. Damián Porro Villarroel.**
PALMA DE MALLORCA: **Juan Bta. Brines Rubio.**
PAMPLONA: **D. Javier Sarasa.**
SALAMANCA: **D. Antonio Basas Encinas.**
SANTANDER: Sin Delegado Provincial.
SAN SEBASTIAN: **D.ª Pilar Gómez Eizaguirre.**
STA. CRUZ DE TENERIFE: **D. Armenio Méndez Martín.**
SEGOVIA: **D. Francisco García Rodríguez.**
SEVILLA: **D. Francisco J. Alvarez Gandulfo**
SORIA: Sin Delegado Provincial.
TARRAGONA: Sin Delegado Provincial.
TERUEL: Sin Delegado Provincial.
TOLEDO: Sin Delegado Provincial.
VALENCIA: **D. Manuel Campo Rodríguez.**
VALLADOLID: **D. Alfonso Domínguez Milán.**
VIGO: Sin Delegado Provincial.
ZAMORA: **D. Juan J. Miguel Barrios.**
ZARAGOZA: **D. José Antonio Calvo García.**

¡NUEVA FORMULA!



# Pentoderm®

## Crema dermoprotectora cutánea

Tubo con 50g de crema (62,80 ptas.).

DESDE 1880 CERA

Laboratorios Cera, S. A. –Apdo. 9001 - Barcelona

# EDITORIAL

AUN no se ha apagado del todo el eco del pasado V Congreso Nacional de Podología que ya empieza a bullir en la mente de los profesionales podólogos el próximo a celebrar D.m. dentro del próximo año en tierras extremeñas. Los compañeros de aquella región ya, con ansias dignas de elogio, están esbozando los primeros pasos siempre necesarios para llevar a la práctica cualquier empresa. Ya se tienen noticias de sus actividades. Ya se sabe de sus deseos.

Un Congreso más que los podólogos españoles van a llevar a término. Un congreso más al que, muy anticipadamente, auguramos ya un rotundo éxito tanto por el cariño que en su ejecución, nos consta, van a poner sus componentes, como por ser de justicia así, representando el premio a tantos esfuerzos realizados.

Las primeras noticias que del mismo nos llegan hacen referencia a lo que ha de ser el tema principal: LA UÑA. Verdaderamente todos cuantos se dedican a la Podologia saben por experiencia profesional de los enormes quebrantos de cabeza que tal concreción queratinica lleva consigo con sus desagradables incarnamientos, con sus afecciones de variado tipo y que si no son debidamente tratadas a tiempo, reinciden y condicionan una especial cirugia de la misma, cuya base —me refiero a la primera experiencia en dicha cirugia— corresponde con todos los honores a nuestro Capitán, D. Leonardo Escachs, quien intuyendo ya hace años debia existir una definitiva solución a tales problemas, se ejercitó en una especial técnica, habiendo obtenido rotundos éxitos en dicho tratamiento. Y ahora, debatirlo y obtener unas conclusiones altamente interesantes para unificar los criterios generales.

Faltan meses todavia para que se celebre este VI Congreso. Pero estos meses que faltan son pocos si se tiene en cuenta la rapidez con que se suceden los dias. Y con ello quizás queramos decir que ya es momento de empezar a pensar en la necesidad de estar todos los podólogos españoles presentes en Extremadura, organizando lo necesario, ya sean vacaciones, plazas de S.O.E., Empresas, etcétera, con el fin de que, llegado el momento, no existan problemas de desplazamiento. Es altamente necesario, es, sin género de dudas vital, el que nos sintamos completamente identificados todos cuando de nuestra profesión se trata y cuando ésta se proyecta hacia metas más extensas que la visita en los propios consultorios. Este extremo que se ha repetido hasta la saciedad sigue siendo, por desgracia, de palpitante actualidad. No somos TODOS los que nos encontramos en estas manifestaciones profesionales. Son casi siempre los mismos. Hay esa masa oscura, amorfa, triste, abúlica, que si bien se aprovecha del esfuerzo de los demás, ella, por su parte, no pone en la tarea mas que, muchas veces, su critica destructiva. ¡¡Qué lástima!!

En unos cuantos años, la categoría profesional del podólogo, avalada por unos más profundos conocimientos de la materia ha subido muchos escaños. Ahora, con un campo profesional tan bien delimitado, con unos estudios debidamente reglamentados, con unas Escuelas dignas de elogio y con un brillante porvenir, es una profesión maravillosa. Y todo elo, no podemos ni debemos dudarlo, gracias

*al titánico esfuerzo de un reducido grupo de compañeros. También esto se ha dicho, pero aún hay quien lo ignora o quiere ignorarlo. Y si es verdad que los profesionales podólogos se vienen beneficiando de tales mejoras, justo es reconocer que lo menos que pueden ofrecer como testimonio de agradecimiento a esos compañeros que han conseguido tales mejoras, es el estar presentes cuando las circunstancias así lo piden, en actos de tanta resonancia como es un Congreso Nacional de la especialidad. ¿Por qué entonces esa apatia?*

*Después del VI Congreso Nacional que como decimos se celebrará en Extremadura, ya está programado el VII Congreso Internacional que en el año 1973, tendrá lugar en Salzburg (Austria), y al que, España, como en los anteriores, no debe faltar. El puntal de la podología española en relación a Europa es notorio. Son múltiples las ocasiones en que así se ha demostrado. Y ello nos obliga a todos los que somos y nos sentimos podólogos a formar parte activa estando presentes. Si en algún momento hay alguna mente que se equivoca pensando al revés, es porque aún no se ha dado perfecta cuenta de su situación profesional.*

*Como sea que, normalmente, los congresos internacionales se celebran en el mes de septiembre, quizás es cuestión de hacerse a la idea —magnífica idea— de celebrar las vacaciones anuales coincidiendo con aquellos días y así, compaginando el descanso con el trabajo agradable, participar activamente de los actos del Congreso. Y a tal respecto, quizás seria muy interesante que por parte de los Delegados Provinciales, esos compañeros que representan a una provincia, se empezara ya una campaña de divulgación y al propio tiempo, se hiciera un estudio para que, siendo varios los compañeros que hicieran el viaje, al sumarse a los de otras provincias y formar un nutrido grupo, el importe tanto del viaje como de la estancia, fuera lo más económico posible. Ello no es difícil, pues con tiempo pueden conseguirse muy buenos descuentos tanto en España como en los demás paises de tránsito. Un poco de ahorro, un poco de previsión y un adelantado estudio de la cuestión pueden ser los puntos básicos para llevar a la más feliz de las realidades, la tan importante presencia de España en un acto de tipo internacional.*

*Aparte, conocer Austria es algo digno de ser tenido en cuenta. Los que ya la conocen, los que han tenido la suerte de poder convivir con sus habitantes y estar en contacto con su especial naturaleza, saben del grato recuerdo que deja y del deseo inmenso de volver. Sus gentes amables, simpáticas, educadas, cariñosas. Proporcionan al extranjero un remanso de paz y felicidad. Sus costumbres, sus trajes, sus canciones, tan diferentes a lo nuestro, encierran un embeleso maravilloso que deja en el corazón de quien lo disfruta un imperecedero recuerdo. La naturaleza, su verdor, sus lagos, sus viviendas, todo, absolutamente todo, es como vivir un maravilloso cuento. Los amantes de la fotografía, no pueden dar un momento de reposo a sus máquinas. Y no hablemos ya de los que la filmación es su «hobbi». Metros y metros de celuloide son necesarios para captar las maravillas de esa nación.*

*Largo y tendido se podria hablar tanto de la Podología como de Austria. Los que ya son muchos los años que llevamos laborando por esta Especialidad y hemos tenido la grata satisfacción de estar presentes en distintos países, sabemos del placer que se siente y de la íntima satisfacción que nos embarga cuando el recuerdo nos lleva una y otra vez a revivir hechos, acontecimientos y facetas de tales desplazamientos. ¿Dinero? Claro que cuesta dinero, pero... ¿No es la Podología la que nos ha proporcionado la satisfacción de ganarlo? Pues qué mejor que devolverle una parte del mismo, apoyándola cuando haga falta ya sea en Valencia, en Extremadura, o en Austria. Allí donde haga falta la presencia de los podólogos, allí hemos de estar todos en apretado bloque. Si no es así, lástima de esfuerzo realizado.*

*Pensemos detenidamente en todo ello. Pensemos que no es mucho lo que se nos pide. Pensemos en nuestro deber de corresponder. Pensemos en ese hombre que lo ha dado todo —y lo sigue dando— sin reparar en nada y veremos que moralmente estamos obligados aformar parte de las legiones de vanguardia para dar fehaciente testimonio de nuestra profesión y de nosotros mismos.*

# El masaje en la recuperación del pie

Por J. CAMARA DE LA HOZ - Podólogo

El masaje, es una serie de manipulaciones que se realizan en una determinada parte del organismo humano, con la finalidad de producir efectos fisiológicos beneficiosos en la zona del organismo sobre la cual se actúa. El masaje, es uno de los capitulos de la fisioterapia más importante a mi juicio, a pesar de estar bastante excluido en muchos centros de recuperación funcional. El masaje tiene bastante literatura negra, por varias razones: que ha sido practicado por personas desaprensivas y que carecan de conocimientos técnicos, siendo pues, intrusos. Que los verdaderos técnicos del masaje, en su mayoría, no han escrito sus experiencias y conocimientos. En Barcelona, tenemos compañeros con un amplio bagaje de experiencia en el masaje entre ellos mi maestro, compañero y buen amigo José Reyllo Porcá. Si el compañero Reyllo escribiese todo cuanto sabe de masaje, nos dejaría una herencia profesional de un valor incalculable. En alguna ocasión le he invitado a que lo haga; tal vez algún día nos dé una sorpresa de la cual nos alegraríamos infinito todos los que hemos tenido la suerte de haber recibido sus enseñanzas. Si todos los expertos en masaje, le dedicasen a éste de vez en cuando un poco de su tiempo para expresar por escrito sus técnicas, y sus experiencias, tanto con los resultados positivos como negativos, harían una gran aportación a la fisioterapia, con lo cual se beneficiarían los pacientes. Además habría elementos más que suficientes para salir airosamente al paso de quienes sin conocer suficientemente al masaje lo desacreditan.

El masaje actúa sobre: la piel tejido adiposo; músculos; aponeurosis y tendones; la circulación venosa linfática e indirectamente la arterial nerviosa ;acto reflejo; medio intersticial; nutrición de las células (endómosis y exósmosis); y, en el equilibrio de presiones.

Estamos envueltos por la piel; ésta, entre otros elementos, cuenta con terminaciones nerviosas (sensitivas y motoras); poros; capilares arteriales, venosos y linfáticos.

El tejido adiposo está situado debajo de la piel y en los espacios que no están ocupados por otros tejidos; es un elemento de relleno, esencialmente está formado por grasa.

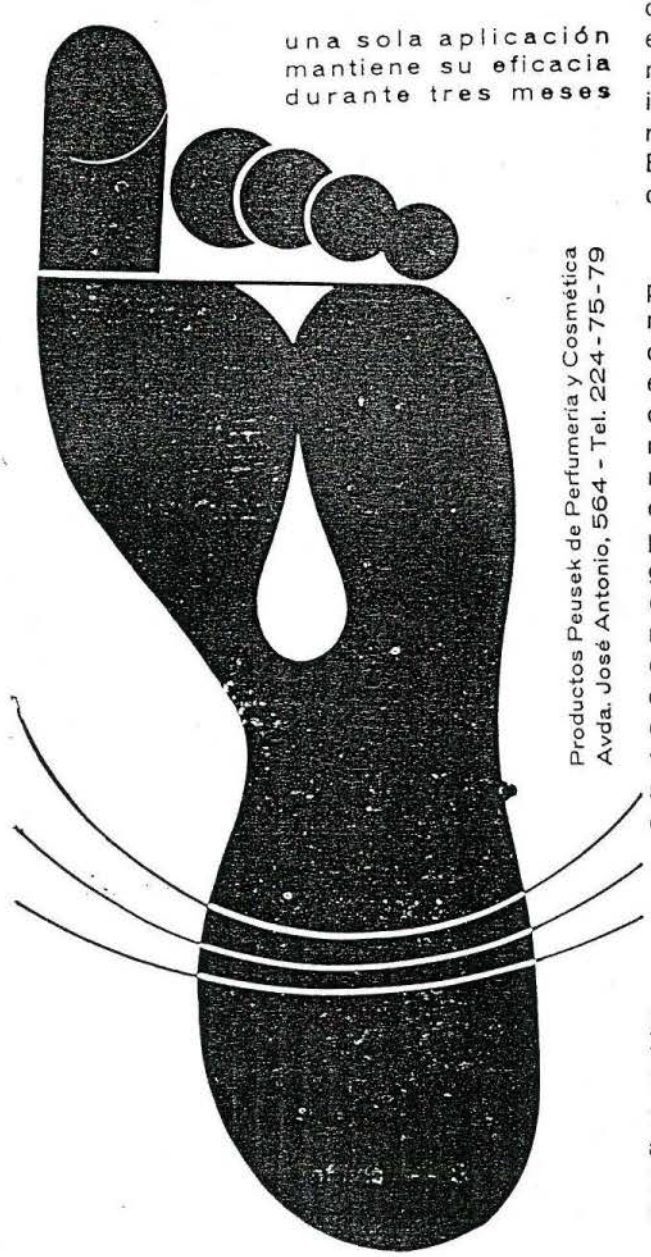
Los músculos están formados por las fibras musculares —los que nos interesan en este caso son los de fibras estriadas o contráctiles a la voluntad de movimiento—, las fibras se reúnen para formar los fascículos de primer orden, éstos se reúnen para formar los fascículos de segundo orden, éstos se reúnen para formar los de tercer orden y éstos para la formación de los de cuarto orden. El conjunto de los fascículos de cuarto orden constituyen el músculo. Este está inervado, por tanto hay ramificaciones nerviosas sensitivas y motoras. Tiene circulación arterial, venosa y linfática. Los músculos están envueltos por las aponeurosis, y la prolongación de éstas dan lugar a la formación de los tendones.

La circulación venosa y linfática sabemos que se dirigen hacia el corazón, y la arterial hacia los tejidos. Las arterias son las portadoras de los elementos nutritivos a las células. Las venas y los linfáticos se encargan de recoger todas las materias de deshechos resultantes de la digestión celular, además de otras materias de las cuales necesitan desprenderse los tejidos.

para evitar el sudor de los pies...

Peusek
MARCA REGISTRADA

una sola aplicación
mantiene su eficacia
durante tres meses



Productos Peusek de Perfumería y Cosmética
Avda. José Antonio, 564 - Tel. 224-75-79

Los nervios son los encargados de regular la vida vegetativa y fisiológica del organismo, y, de impulsarle los movimientos extraorgánicos. Las fibras sensitivas captan y transmiten al sistema nervioso central las sensaciones que actúan sobre ellas. Las fibras motoras son las encargadas de ejecutar las respuestas, tanto voluntarias como involuntarias. Para que los nervios puedan cumplir fielmente su función, es necesario que no existan causas que le dificulten su normal funcionamiento.

El medio intersticial, es el lugar o espacio donde los capilares arteriales depositan los elementos nutritivos y necesarios para el mantenimiento de las células. En el medio intersticial, depositan las células las materias resultantes de su digestión y respiración. En el medio intersticial tiene lugar la formación de los capilares venoso y linfáticos.

Equilibrio de presiones. Para que los capilares arteriales puedan depositar los elementos que componen la sangre en el medio intersticial, tiene que haber más presión en el interior de los capilares que en el medio intersticial las células asimilan los alimentos por endósmosis, tiene que haber pues, más presión en el medio intersticial que en el interior de la célula, pero la célula se desprende de las materias resultantes de su digestión por exósmosis, lo cual exige que en ese momento exista en el interior de ella más presión que en el medio intersticial; en el medio intersticial tiene lugar la formación de los capilares venenosos y linfáticos, para que estos puedan recoger las materias nocivas a las células, tiene que haber más presión en el medio intersticial que en el interior de los capilares.

## TENICA DEL MASAJE

Las manos en el momento de dar masaje deben estar desprovistas de anillos o sortijas, para evitar el posible traumatismo de la piel. Las manos no deben de estar más frías que la piel del paciente, deben de estar a la misma temperatura por lo menos, si es posible deben tener mayor temperatura, así se evita que el paciente reciba una sensa-

ción desagradable. Al mismo tiempo, como el calor es sedante, si la piel está hipersensibilizada conseguiremos irla sedando desde el momento de iniciada la sesión. Los dedos de la mano deben trabajar unidos, la palma de la mano y los dedos deben formar un bloque uniforme, única manera de que las fricciones y las presiones las reciban los tejidos con la misma intensidad.

Los músculos de la pierna y del pie deben estar lo más relajados posibles, para relajar la pierna basta con flexionarla hacia el muslo, pero no es necesaria la flexión total, justo lo necesario para aproximar la inserción distal a la proximal, en esta posición relajamos los gemelos, toda vez que sus inserciones proximales están en el fémur. La relajación del pie se consigue situándolo en la posición intermedia entre la flexión dorsal y plantar, en esta posición no debe haber predominio de las posiciones de adducción, supinación y pronación.

Las manipulaciones del masaje son varias, unos autores son más explícitos que otros en cuanto a descripciones. Yo creo que en el masaje no es necesario saber muchas manipulaciones, sino unas cuantas y que éstas sean ejecutadas correctamente, por tanto, en el caso que nos ocupa, creo que con la fricción y el amasamiento nos es suficiente.

La fricción será sedante, cuando el roce de la mano sobre la piel del paciente es muy superficial y lenta; será tónica, cuando el roce es más profundo; será excitante, cuando el roce es rápido y con cierta brusquedad.

Amasamiento, es hacer una presión sobre los tejidos, principalmente los músculos. Esta presión debe llegar al máximo de profundidad en el músculo. Debe procurarse no molestar al paciente con estas presiones; éstas se realizarán como si se tratase de un extrujamiento cariñoso del músculo. Si el amasamiento es muy superficial diremos que éste es sedante, si es lento y también profundo será tónico, y si rápido y brusco será excitante.

Tanto la fricción como el amasamiento deben realizarse desde las zonas distales del organismo a las proximales. De esta forma no dificultaremos la circulación venosa y linfática, sino que al contrario las facilitaremos. En la aplicación de las fricciones y amasamiento suelen emplearse diversos elementos, unos con la finalidad de facilitar el deslizamiento de la mano sobre la piel, como son aceites, polvo de talco, etc.; otros elementos, además de facilitar el deslizamiento de la mano, pueden ser revulsivos, anticongestivos, vasodilatadores, etc. Creo, que cuando se trata solamente de conseguir el desplazamiento de la mano, el más cómodo y barato, no empleado en exceso, es el polvo de talco.

Las sesiones de masaje deben de comenzar por fricción, tal como hemos expuesto antes, debe comenzarse por la zona distal hacia la proximal, las dos manos deben friccionar rítmicamente y con el mismo grado de intensidad, cuando una mano está llegando a la parte proximal del pie o de la pierna, la otra inicia el ascenso por la parte distal, así, no se estorba una mano a la otra, al descender la mano de la parte proximal a la distal, no es necesario separarla totalmente de la piel, puede descender rozando muy ligeramente la piel, así resulta más cómodo para el masajista, y el paciente al mismo tiempo no nota la separación y el contacto, pues hay que tener en cuenta que a veces la piel está muy hipersensibilizada, y esta separación puede ser muy acusada por el paciente. Las fricciones deben alternarse con el amasamiento, teniendo en cuenta, que debe comenzarse siempre por fricción y terminarse por fricción, el amasamiento se hará en la misma dirección que la fricción, las manos deben presionar también rítmicamente y con la misma intensidad, cuando una mano comprime o estruja cariñosamente al músculo la otra deja de hacerlo, o sea, no es correcto que las dos manos compriman al mismo tiempo, púeden ascender en el amasamiento las dos manos a la par, o bien, una un poco más avanzada o retrasada que la otra. En los casos de acusado edema, las fricciones y amasamiento o presiones, deben comenzarse por la parte proximal de la zona a tratar, pues si existe una acusada dificultad en la circulación de retorno, en la medida que se va re-

duciendo el edema por la zona superior, iremos descongestionando los tejidos más distales, con lo cual facilitamos el trabajo; en cambio, si en este caso iniciásemos el trabajo tal y como es lo corecto, no conseguiríamos reducir el edema, imaginemos, que en un embotellamiento de tráfico, el guardia urbano quisiera descongestionarlo haciendo circular primero los coches últimos, aún el embotellamiento sería mayor, es más positivo que inicie la descongestión por los coches más próximos a él, así pues, los de la cola encontrarán el camino más o menos libre.

## EFECTOS QUE EL MASAJE PRODUCE EN LOS TEJIDOS DEL ORGANISMO

El masaje en la piel produce la hiperemia, o sea, aumento de calor. Este hecho se produce cuando hemos conseguido eliminar de la piel el exceso de líquido venoso o linfático, con lo cual hemos eliminado el exceso de toxinas que dificultaban una buena irrigación de la sangre arterial. Se consigue sedar la piel, si ésta estuviese hipersensibilizada, al recibir las fibras nerviosas sensitivas el calor de la mano y unos contactos suaves. Los poros se dilatan, con lo cual la piel se oxigena mejor y se puede desprender de impurezas. Cuando con el masaje se llega al punto de hiperemia no debemos seguir manipulando, pues es el límite de la sesión, precisamente la sesión del masaje debe durar hasta conseguir la hiperemia, cuando este hecho se produce, la piel pierde su suavidad y se pone rasposa, como si rechazase la mano.

Con el masaje conseguimos reducir los edemas, bien sean venosos o linfáticos, bien al facilitar el ascenso de ambos líquidos y sus materias por sus vasos, bien por ir equilibrando las presiones en el interior de los tejidos, o bien por el conjunto de facilitar el ascenso de los líquidos y el equilibrio de presiones, desapareciendo al mismo tiempo la irritabilidad que produce la compresión y las toxinas sobre las ramificaciones nerviosas sensitivas.

El masaje elimina las contracturas que se producen en los músculos. Las contracturas, son un encasquilamiento de las fibras musculares, se produce un bloqueo de un número mayor o menor de fibras musculares, perdiendo éstas su elasticidad; se produce una compresión de las ramificaciones nerviosas sensitivas, con lo que se provoca una continua irritabilidad de éstas; quedando al mismo tiempo comprimidos los vasos arteriales, venosos y linfáticos, con lo cual, la nutrición y excreción de la zona del músculo bloqueada no se realiza normalmente. Con el masaje, los músculos y las aponeurosis adquieren una mayor elasticidad. Para los músculos el masaje puede ser: en unos casos para normalizar algún trastorno fisiológico; en otros casos puede ser preparador, o sea, para ponerlo en condiciones de exigirle un esfuerzo superior al que normalmente se le exige, y, en otros casos es reparador, pues, es para eliminar las consecuencias que han podido derivarse de haberle exigido el realizar un esfuerzo superior al que normalmente realiza.

El masaje estará indicado, siempre que la causa existente en el pie o en la pierna, sea de tipo fisiológica o traumática.

El masaje estará contraindicado, en procesos patológicos: trombo flevitis, linfagitis, inflamaciones, enfermedades localizadas que al manipular sobre ellas pueden generalizarse, etc., etc.

COMPAÑERO:

Sabemos que no nos falta tu ayuda al Portavoz profesional, pero no olvides que su renovación y superación es obra de todos.

Redactando tus experiencias profesionales prestarás un apoyo y una gran ayuda a los colegas que ejercen en poblaciones alejadas de las urbes más importantes.

# Precauciones en la corrección de las deformaciones del pie en el niño

Por J. ARENAS TORRAS - Podólogo

Morton dice: «Tres cuartas partes de la juventud padece actualmente trastornos adquiridos en la estática del pie que pueden llevarlos a una incapacidad», y añade: «el pie moderno del hombre civilizado, como una perfecta estructura mecánica, es casi siempre una excepción.

Partiendo de afirmaciones tan contundentes de uno de los primeros y más famosos médicos que han profundizado en el estudio de los problemas podológicos como es Morton, comprenderemos la importancia capital que adquiere la actuación del Podólogo en el tratamiento de los pies infantiles.

Al estudiar la radiografía del pie de un niño recién nacido, podremos apreciar que únicamente presentan núcleos osificados el calcáneo, el astrágalo, diáfasis de los metatarsianos y falanges y también pequeños núcleos en escafoides y cuboides. El resto de lo que será el esqueleto del pie, es de tejido cartilaginoso, que con relativa facilidad acepta y se acomoda a las correcciones externas a que sea sometido.

El primer problema, de carácter protéstico, que puede presentarnos un niño, son las malformaciones congénitas que afectan a los pies: concretamente el pie zambo.

El pie zambo es una actitud viciosa del pie respecto a la pierna, de forma que éste no contacta con el suelo por los puntos normales de apoyo. Los síntomas de este transtorno son totalmente objetivos. Al nacer, se ve la deformidad. Y es en este momento cuando debe iniciarse el tratamiento.

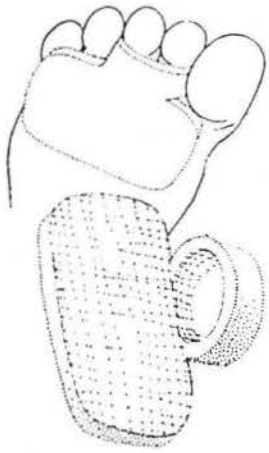
El pie zambo puede presentar diferentes desviaciones: varo, valgo, equino, talus, etc. Aunque habitualmente estas anomalías se presentan asociadas, y así tenemos los pies zambos equino-varos, plano-valgos, talo-valgos, etc. La combinación más frecuente es el pie equino-varo, que viene a constituir el 95 por ciento de los pies zambos congénitos.

El pie zambo congénito, normalmente se desarrolla en tres fases, la primera de las cuales podemos denominar fase de reductibilidad completa, de duración variable, pero que suele extenderse hasta el segundo o tercer mes; durante ella podemos dar al pie una forma normal por medio de maniobras exclusivamente manuales. La segunda fase es de irreductibilidad relativa, ya que según la ley de Ducroquet, si los ligamentos que unen dos huesos, uno está encogido y otro distendido, al cabo de unos meses el primero sufre una retracción y el segundo se distiende; en esta segunda fase la corrección ya requiere intervenir en partes blandas. Esta fase se prolonga hasta los 6 ó 7 años por término medio. Al pasar a la tercera fase la evolución se hace dependiente de la ley de Delpech, que dice que los huesos adaptan su estructura al esfuerzo mecánico que soportan, o sea que dos huesos juntos se deforman si una parte aguanta una presión y la otra no. Así, en esta tercera fase, la deformidad de partes blandas se ha convertido en deformidad ósea. Estamos en la fase de irreductibilidad absoluta. La corrección en esta fase ya requiere intervenir en los huesos. Ni que decir cabe que tanto la segunda fase como la tercera escapan de nuestro campo profesional, para entrar de lleno en la alta cirugía que practican los cirujanos ortopédicos.

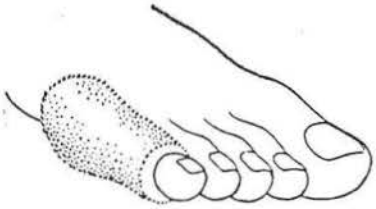
Si tenemos en cuenta que en la primera fase el pie zambo es reductible y que en ella podemos lograr una posición normal con maniobras exclusivamente manuales, el podólogo deeb actuar con prontitud, en los primeros días del nacimiento, porque además de evitar las fases de irreductibilidad relativa y absoluta, tiene la gran ventaja de su efecto

# Seton® S.A.

Al iniciar sus actividades en Podología, saluda a los especialistas españoles poniendo a su disposición su nueva gama de productos específicos.



**TUBITON**
**TUBIGRIP**
**DALZOFOAM**
**TUBIFOAM**
**PLANCHA DE LATEX ADHESIVA**
**TUBIPLAST - Adhesivo líquido estéril**
**PLANCHA DE FIELTRO**



C/. Madoz, s/n. MATARO T. 390 38 78

psicológico sobre la familia, que desde el primer momento queda sujeta a la deprimente impresión de que el niño nunca tendrá el pie normal.

Se han ideado infinidad de vendajes, pero ningún sistema iguala en sencillez y efectividad al de la aplicación de férulas. Cuando el pie zambo es unilateral, usamos la férula de San Germain. Si es bilateral la de Denis Brown.

Aunque las malformaciones congénitas son de suma importancia, afortunadamente son poco frecuentes; en cambio, las alteraciones podológicas adquiridas (no congénitas) desde la más tierna infancia constituyen un vasto campo para el podólogo. En especial las que tienden a modificar la estructura del pie en el sentido de aplanamiento de los arcos y las bóvedas. Es lo que nosotros denominamos con el nombre genérico de PIES INSUFICIENTES Y PIES PLANOS, en sus diferentes grados.

Para que nos percatemos de la frecuencia con que se presentan estas alteraciones, de mayor o menos importancia, nos bastará estudiar las estadísticas publicadas por eminentes especialistas en la materia.

Así por ejemplo, Bohen dice haber encontrado en niños de edad escolar hasta un 72% Colestok entre 200 niños halló un 80 % con pies valgos o plano-valgos; Kleen y Thomas sobre 1.708 escolares y Cook sobre 1.393 encuentran el mismo porcentaje; Ruiz Moreno, de 1.870 niños el 79,20 %. Y así cuantas estadísticas han pasado por nuestras manos anotan cifras que oscilan entre el 70 y 80 %.

La importancia del Podólogo ante tales deformaciones adquiridas, va pareja con su gran responsabilidad. Tengamos presente que en este momento de la vida, el esqueleto del pie constituye en realidad un conglomerado de masas cartilaginosas, que unidas a la elasticidad ligamentosa propia de esta edad, dan al pie una conformación delicada y maleable, dejándose influir fácilmente por las fuerzas y presiones que actúan sobre él.

La edad que con más frecuencia se producen descompensaciones estructurales en los pies, es entre los dos y tres años, ya que es en esta edad cuando los niños tienen un período de crecimiento rápido, que no es compensado con un aumento proporcional por la fuerza muscular y resistencia ligamentosa. Por encima de los seis años de edad, normalmente el pie habrá adquirido un aspecto semejante al del adulto, si bien su osificación todavía no se habrá completado.

El niño al nacer ya presenta sus bóvedas bien conformadas. La abundancia de tejido célulo-grasoso a nivel de la planta puede conducirnos a un error en el diagnóstico; en esta temprana edad, la exploración debe ser todavía más minuciosa.

El hecho de que sea tan elevado el número de pies afectados por malformaciones de más o menos importancia, podemos achacarlas a diferentes causas, siendo las más importantes las que vamos a detallar.

Desde las primeras semanas de vida existe todavía la costumbre (que afortunadamente se va perdiendo) de envolver al niño y enfajarle, trabando los movimientos de los miembros inferiores, interfiriendo su desarrollo. También es costumbre colocarles medias o escarpines que limitan los movimientos de los pies. Por desgracia, la impaciencia o un orgullo mal entendidos de los padres, hace que pongan al niño precozmente de pie y le estimulen para que camine. Fácil es comprender que con los músculos de la pierna y el pie no entrenados para esta función, sus ligamentos carentes de resistencia y su esqueleto en su mayor parte cartilaginoso, es casi seguro que esta prematura sobrecarga determine un desarrollo defectuoso del pie. Para evitar malformaciones en pies normales infantiles, es necesario esperar el momento mejor para iniciar la deambulación, y que es aquel en que el niño empieza a erguirse y a caminar de «motu propio». Descartamos del todo los andadores.

También un calzado inadecuado puede ser causa de deformaciones en los pies de los niños. Sobre todo si éste es corto.

Otra causa muy importante, es que en las ciudades el desarrollo del pie infantil se hace deambulando por terrenos duros y regulares, y calzado con zapato más bien recio, hace que la musculatura del pie en lugar de adquirir la fuerza necesaria para soportar la carga que cada día va en aumento, se vaya debilitando por falta de ejercicios que tiendan a fortalecerlos.

Además de estas causas que podríamos

llamar externas, existen otras de tipo interno y general, como son debilidad corpórea general (acompañada muchas veces de desviaciones de la columna vertebral), obesidad, enfermedades que obligan a prolongadas permanencias en cama, crecimientos rápidos, etcétera.

Si tenemos en cuenta las causas antedichas, fácilmente comprenderemos lo elevado de los porcentajes de pies insuficientes o planos en los niños.

El tratamiento podológico debe ir encaminado a restablecer la normalidad anatómica y funcional de todas las partes que componen el pie. Son, para nosotros, las más importantes el esqueleto y los músculos.

Para restablecer la normal arquitectura del esqueleto del pie, nos valemos de las plantillas. Existen grandes adeptos y grandes detractores del uso de las plantillas. Yo estoy convencido de que si las prótesis son confeccionadas con verdadero fundamento y con perfecto conocimiento de causa, son la mayor ayuda que puede tener un pie, sobre todo si es infantil, para recuperar la función y estructura normales. La importancia pues, estriba en que su construcción sea perfecta. Para lograrlo debe ser hecha siempre bajo molde, y que este molde lleve en sí las debidas correcciones. Para que éstas sean las precisas y necesarias, debemos haber procedido a una minuciosa exploración del pie del paciente y haber determinado de antemano el grado de corrección que puede aceptar uno y otro pie.

En el pie plano y plano valgo, la plantilla tiene que restablecer la bóveda durante la bipedestación, es decir, bajo la carga perpendicular, y no entorpecer ningún movimiento del pie durante la marcha.

Si se exige que la plantilla corrija la posición patológica de la bóveda del pie, es necesario que previamente el molde sobre el cual ha de ser construida, tenga la forma que corresponda a la posición de corrección. Esto sólo es posible modelando el negativo con la mano y manteniendo el pie manualmente en posición de corrección hasta que el yeso fragüe.

Si hemos construido la plantilla de modo perfecto, veremos que el punto más elevado del arco interno de la misma, coincide exactamente por debajo de la tuberosidad del escafoides, hueso clave del arco longitudinal interno del pie.

La plantilla además de restablecer el arco interno, debe dar al pie estabilidad, evitando las torceduras tanto el valgo como en varo.

Si como hemos dicho anteriormente el esqueleto del pie del niño es una masa cartilaginosa fácilmente maleable, la acción de una plantilla fielmente interpretada será altamente beneficiosa pero volvamos la oración por pasiva, ¿cuánto daño no hará en un pie infantil una prótesis mal aplicada?

Comprendamos pues que en el tratamiento de los pies infantiles debemos esmerarnos más, porque en nuestras manos tenemos pies maleables que podemos curar o destruir.

Aunque la plantilla bien confeccionada es una ayuda decisiva en la cura del pie plano infantil, no puede faltar en este tratamiento una recuperación del equilibrio muscular tanto intrínseco como extrínseco del pie, ya que generalmente la debilidad de los pies es la exteriorización local de una debilidad general del cuerpo.

En nuestras manos está el tratamiento y recuperación de estos pies infantiles, para devolverles la total normalidad y evitarles por tanto esa incapacidad que predice Morton.

Hagamos que con nuestra actuación y la de todos los Podólogos del mundo, la frase que ha encabezado mi disertación pase a ser historia en la medicina, y que en vez de anotar lo que *dice* Morton, podamos asegurar dentro de poco tiempo: *decía* Morton, «Tres cuartas partes de la juventud padece actualmente trastornos adquiridos en la estática del pie que puede llevarlos a una incapacidad». En nuestras manos está el lograrlo.

# Aspectos profilácticos del pie infantil

Por LUIS AYCART VILLESCA
Podólogo - Madrid

1. La salud, la actividad, los pies sanos son tan importantes para nosotros como es nuestro trabajo para el desarrollo, de nuestra vida y el bienestar de nuestra familia.

Y, una gran parte de la salud de nuestros pies adultos, se debe a la forma en que fueron cuidados durante nuestra infancia.

Desde luego que todos los pies no son iguales podológicamente hablando; sin embargo, unos serán mejores y otros serán peores, a pesar del trato recibido en su infancia, porque han heredado de sus progénitores una constitución, pero; es nuestro deber como podólogos, dar a cada uno el mejor cuidado para paliar los defectos heredados, y desarrollar sus músculos y su movilidad al máximo, y sobre todo vigilarlos desde el principio, para que ningún trauma externo, los deforme o impida su crecimiento normal.

2. El ejercicio hace los pies y las piernas del bebé más fuertes. El pequeño necesita ejercitar sus pies cuando se encuentra en la cuna necesita patear); por este motivo las ropas de cama no deberían remeterse por debajo del colchón demasiado apretadas (especialmente en la casa), para que los pies no queden empaquetados literalmente. Quizá la solución de una manta amplia cerrada con cremallera, o una tienda hecha con férula de alambre sería más satisfactoria.

3. Si fuera preciso utilizar bota de lana, éstas deberán de ser suficientemente amplias, para que los dedos tengan espacio para moverse libremente, estas botitas, después de algunas lavadas se han escogido, entonces sería mejor sustituirlas.

4. Durante toda la vida los dedos gordos, deben cumplir su función y ser capaces de moverse en flexión dorsal y plantar.

5. Y separarse de los otros dedos; en la mayoría de los adultos los dedos gordos han perdido la habilidad y movilidad para hacer estos movimientos, y muchos de ellos están deformados. Lo mejor que podemos hacer para prevenirles contra esto, será usar calcetines y zapatos tan amplios que les permitan crecer fuertes.

En esta diapositiva, el niño no parece tener arco.

El pie a esta edad y debido (como todos sabemos) a que la estructura ósea está todavía sin calcificar, da un aspecto de p. p. que podría inducirnos a error, y cuyo fotopodograma acusaría la misma anomalía.

6. Muchos niños pequeños son alentados a caminar demasiado pronto mucho antes que sus dedos y sus piernas tengan la suficiente fortaleza para mantenerlos en pie. Los padres, y muy especialmente la madre, siente un verdadero complejo cuando su nene de un año todavía no camina, mientras que el vecinito de 10 meses hace verdaderas proezas. No deben de tener ninguna prisa para ello, solamente hay que permitirle libertad de movimientos dentro de un «parque», donde pueda gatear, y por supuesto, tan pronto como él se considere seguro, empezará a mantenerse durante largos ratos de pie, hasta que él quiera caminar sin ayudas.

7. Gatear es un ejercicio saludable, y no hay por qué avergonzarse si el niño a los 12 o 14 meses todavía gatea.

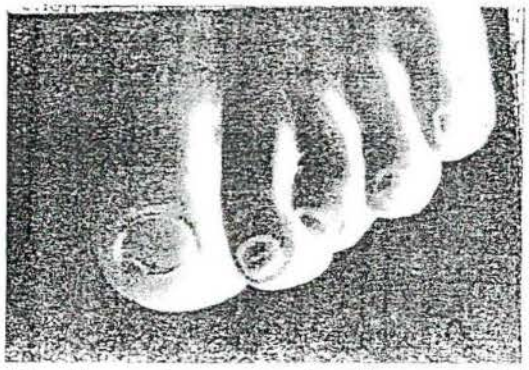
8. Como los pies infantiles crecen constantemente también cambian su forma, aquí

vemos de izquierda a derecha, en primer lugar los pies de un niño de 6 meses, a continuación vemos el pie de 2 años, en cuarto lugar el pie del niño de 8 años, obsérvese en las 3 primeras la falta de calcificación de las epífisis falángicas, obsérvese también en la cuarta el exagerado espacio interfalángico, por la misma razón, pensemos cuán fácil sería aplicarle zapatos más pequeños que el tamaño de su pie, sin que esto acusase dolor alguno.

Y es durante este período de desenvolvimiento cuando hay que estar prevenidos para evitar deformidades incipientes.

9. Estos dedos encorvados son solamente de un niño de 10 años, que ha estado usando calcetines demasiado cortos, o encogidos por los lavados, y zapatos completamente inadecuados a su forma.

No caigamos en el error, de algunos pueblos orientales, que pensaban en la belleza de un pie pequeñito, y mutilaban los pies de sus niñas, con zapatos que no les dejaban crecer libremente.



10. He aquí otro pie de chico que se ha ido deformando por zapatos pequeños y calcetines apretados.

Estas uñas nos cuentan la historia de incontables horas de presiones y microtraumatismos, durante la marcha, en las puntas de los dedos.

11. Deformidades como ésta no pueden achacarse a los zapatos, sin embargo, si pueden achacarse a la abulia de los padres, pues es posible que con una plantilla y un zapato apropiado le habrían ayudado en su desarrollo. Los zapatos especiales solamente deberían ser usados cuando son recomendados por un podólogo, y después de un concienzudo estudio de cada caso. Y nunca encomendarlo a la elección del vendedor de calzado, como ocurría en el Departamento Ortopédico de ciertos grandes almacenes en Madrid. Los pies como éstos son llamados, frecuentemente, pies planos, aunque en realidad tendrían que llamarse p. p. valgo de talón, para diferenciarlos del p. plano esencial del aduito. Tienen el calcaneo rotado en valgo (bastaría devolver al calcáneo su posición correcta para que el arco recobrase su forma y por supuesto acompañado de un adecuado ejercicio que favorezca el desarrollo muscular de la articulación del talón. Otra denominación que podría caber sería la de *pie insuficiente.*

12. Esta foto nos muestra claramente un pie plano valgo de talón o insuficiente, con sus dedos bien fuertes y desarrollados por el ejercicio y el crecimiento libre, que le permitirán compensar en gran parte sus deficiencias.

13. Algunos niños heredan una tendencia a la obesidad, junto con unos pies y piernas desgarbados como en este caso. Pues bien, estos pies en abducción (con B) cuyo eje antero-posterior diverge del plano sagital, son mucho más difíciles de corregir que aquellos en adducción (con D) cuyo eje converge hacia el plano sagital, excepción hecha cuando hay deformidad.

14. Se oye con mucha frecuencia que los pies cortos, cuadrados y gruesos como éstos suelen tener problemas podológicos y esto no es cierto en la mayoría de los casos. Si los dedos son fuertes y cumplen su función correctamente. Lo que ocurre es que hay que tener mucho cuidado al comprar zapatos para este tipo de pie, pues necesitan una anchu-

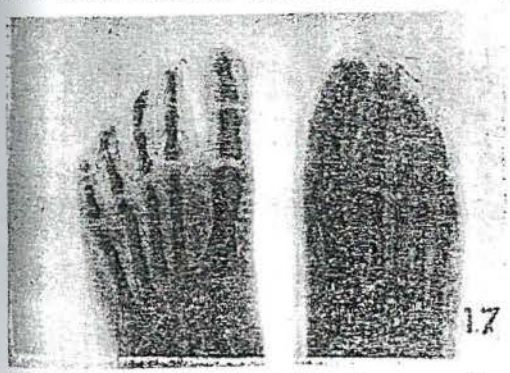
ra mayor que lo correspondiente a su longitud correcta.

15. La mayoria de las molestias y deformidades de los pies, se adquieren más que por cualquier otra causa, por el uso de zapatos inadecuados, cortos y mal adaptados a la forma y funciones del pie, en estas radiografías de un pie calzado, podemos apreciar cuál de ellos tiene la forma y la longitud correctas y cuál comprime el tejido óseo y lo desvía de su crecimiento normal.

15 Bis. Estas molestias y deformidades menores ocurren en la infancia, cuando el pie está en pleno desarrollo: Aquí aparecen dos grupos de zapatos, los de la izquierda son de forma natural, y permiten el desarrollo fisiológico normal. (Los de la derecha son perjudiciales. Un zapato tipo mocasin, tipo zapatillas, ligeros, sin armadura como las antiguas manoletinas, o las zapatillas de ballet; son perjudiciales aunque por tener el borde elástico se mantengan ajustados al pie, en ellas los dedos nunca pueden cumplir su función con libertad.

Mucho mejor son aquellos provistos de cordones, trebillas o pulseras sobre el empeine, que se ajustan verdaderamente con hebillas, pues el zapato estará firmemente sujeto a la articulación sub-taloide, y permitirá el movimiento libre de los dedos infantiles. Para explicar gráficamente esto diremos que sean unos zapatos que no se puedan sacar de los pies sin desabrochar su fijación.

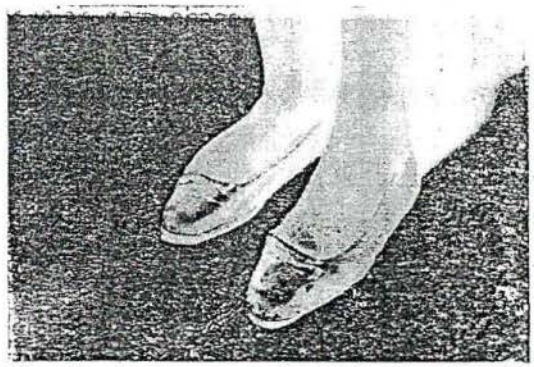
16. Hay que insistir en el criterio que debe tener el padre, de no acceder a los deseos de su hija o su esposa para que la niña tome clase semanal de ballet en su colegio.



17. Aquí están los pies de una niña de 6 años, uno con zapato de ballet, el otro descalzo. Se oye con mucha frecuencia decir que el baile de puntas no perjudica los pies infantiles. Estas radiografías nos muestran cuán incierto es esto, el pie de la derecha con zapato de ballet está terriblemente comprimido, si bien la madre cuando los adquirió pensó que eran aquéllos los mejores.

18. El ballet como baile es bueno para su hija, si lo hace con los pies descalzos como se está haciendo en esta clase durante toda la semana, pero puede ser muy perjudicial cuando se hace calzados con estas zapatillas, solamente durante una hora a la semana.

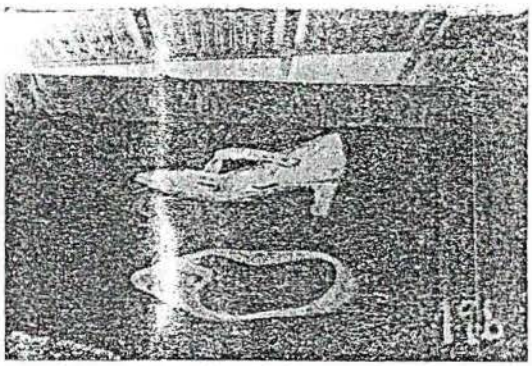
Si una niña tiene afición y aptitudes para el ballet, debería ir a una Escuela especializada en esta clase de enseñanza, donde los músculos de todo el cuerpo simultáneamente, e incluyendo los de los pies y piernas, serán gradualmente preparados para la gran tensión que los zapatos de ballet impone.



19. Mucho peor que los zapatos de ballet son estos horrendos zapatos que además de ser demasiado pequeños (no pararían en el pie si fueran de su medida); no dejan a los dedos la posibilidad de moverse libremente, y el que los usa caminará rápidamente hacia la cojera. Los chicos y chicas que utilizan esta clase de calzado no tienen la culpa de las deformidades y padecimientos que sin duda padecerán, son sus irreflexivos padres quienes probablemente encontraron más fácil adquirir los primeros que encontraron; sin preocuparse que fueran de acuerdo con la forma natural de sus pies y no le perjudicaran. Lo triste de esto es que los chicos que los usan no están predestinados solamente a dolores y deformidades del pie, sino que son el testimonio de la ignorancia de los padres, y de la falta de asesoramiento podológico escolar o familiar.

Punto este último al que se debería prestar más atención, utilizando los medios de pu-

blicidad a nuestro alcance, para orientar a los padres de familia lo bueno y lo malo del calzado, aprovechando por ejemplo, la plataforma de los grandes colegios, las charlas en las asociaciones de padres de familia, para divulgar estos principios profilácticos tan simples, pero que parecen estar olvidados.



19 bis. Estos horribles modelos, que por fortuna pertenecen al pasado, han dejado de ser una pesadilla para las niñas que van dejando de serlo, pero, nada podría extrañarnos que por el imperio de la moda, volvieran a aparecer en el mercado, y empezasen a utilizarlos, sin que se alce una voz amiga que explique las molestias y deformidades que les van a causar.

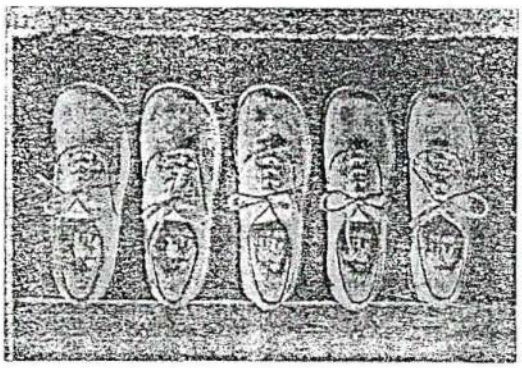
20. Muchos zapatos son imperfectos para la fisiología del pie, y a la mayoría de la gente esto le parece razonable en beneficio de unas líneas armoniosas y de acuerdo con la moda. Aunque éste que vemos aquí no sea tan perjudicial como el modelo anterior, es también perjudicial porque no tiene nada en el empeine que lo sujeta alrededor del tobillo.

21. El zapato ha de abrazar perfectamente el talón y el empeine, y quedar ajustado por el corset o bluchi al enfranque, y tiene que permitir una libertad completa de los dedos, al mismo tiempo que una correcta posición del primer segmento metatarsiano. Como el pie del niño pequeño no ha sufrido deformación, el zapato correcto deberá cubrir su pie de acuerdo con su contorno natural.

El pie infantil difiere en su desarrollo anatómico del adulto. En el primero existe considerable separación entre las articulaciones, y un retraso en el desarrollo del segmento tarsal medio con relación al resto del pie, así pues, es muy fácil que un niño utilice un calzado uno o dos puntos menos que el necesario, sin que por ello acuse ningún dolor.

21 bis. Por otra parte una sandalia como ésta, le procura una fijación y es improbable que le haga daño. Aunque la gente irreflexiva, y los dependientes de zapatería, digan quizá que no sujeta el pie. El pie joven no necesita soporte, necesita más libertad de movimientos para hacerse más fuerte ya que están en período de desarrollo.

22. Los buenos zapatos para niños deben de estar construidos en una amplia gama de formas y con cinco diferentes anchos por



cada modelo y número. He aquí 5 zapatos del mismo número con sus 5 diferente anchos, en nuestro país todavía no se hacen solamente hay una o dos marcas, que los hacen para adultos, no está lejano el día en que los fabricantes de calzado tomen en consideración esta importante faceta de la fabricación, y que los zapatos fisiológicos, sean estudiados por una comisión de Podólogos expertos, que le concedan el sello de nuestra aprobación técnica, para que no se puedan vender en las tiendas de calzados, zapatos cuyos nombres comerciales sólo sean un ardit publicitario para venderlos, a los sufridos pacientes que confían de buena fe en «El sanatorio de los pies», «camine sobre almohadones», etc.

23. Estos tamaños y anchuras son muy importantes en manos de un podólogo experto para la elección más apropiada. Cuando los padres de nuestros clientes pequeños van a comprar zapatos, no deben de pedir tal o cual medida, deberían pedir que les midan el pie. En la mayoría de las tiendas de calzados, el pie se lo medirán cómodamente sentados en una banqueta. Si usted pregunta por qué no se lo miden puestos en pie le di-

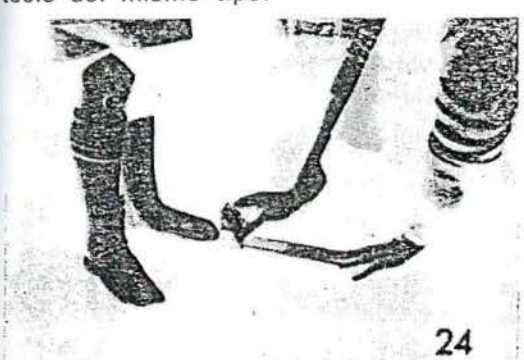
rán probablemente que esto no tiene importancia.

23a. Si no hubiera medidor tómese la medida sobre una cartulina de la forma que se puede apreciar en esta diapositiva. Marcar con un lápiz una raya sobre el dedo más largo y sobre la vertical del talón, cortar una tira de cartulina que comprenda estas dos marcas introducir dentro de la medida que vamos a comprar y observar que la cartulina no llegue al borde del talón como 0,50 ctms.

Insistir que la medida se haga de pie, sin calcetín y sobre un solo pie apoyado, no es ninguna exageración, por las razones que voy a señalar a continuación, y que ya insistí en trabajos anteriores.

23c. En esta diapositiva verán ustedes un fotopodograma en el que se le han reforzado las 3 líneas que separan la presión del pie sin carga, la del pie con la mitad de la carga del cuerpo y la del pie con su carga completa que soporta alternativamente durante la marcha.

23d. En este dibujo esquemático se intenta explicar el cambio de altura del arco con o sin carga, y el alargamiento del diámetro antero posterior que ocurre cuando el pie está cumpliendo su función. Por este motivo, el zapato que no tiene un margen de 0,50 cm. más que el largo del pie, recibirá a cada paso un microtraumatismo, que contribuirá en el niño a la malformación ósea del segmento metatarsal, y en el pie adulto a la formación de callos subungueales y exostosis del mismo tipo.



24

24. Y desde luego, no compre zapatos sin llevar al niño para medirle (el pie está creciendo con bastante rapidez durante los primeros 10 años de la vida del niño), e insista en que la medida sea de pies y más correctamente sin calcetines.

25. Las botas de goma no son buenas para los pies infantiles, aunque en algunas ocasiones sean necesarias. En tiempo lluvioso es mejor que las usen, que llevar todo el día el pie húmedo, pero nunca en forma continuada pues maceran la piel e impiden la transpiración.

26. Los calcetines pequeños o los calcetines de tamaño normal que por los lavados se han encogido, son tan perjudiciales para el crecimiento del pie como los zapatos cortos. Aunque éstos aparentemente darán de sí, los de espuma de nylon o los de tamaño común para 4 ó 5 tallas, son especialmente malos, porque si bien se llevan con comodidad sin calcificar a una postura amontonada y a un crecimiento irregular. Un problema que tienen las amas de casa con los calcetines de niño pequeño, es que se encogen con sucesivos lavados, pues bien, para prevenir este defecto se podría utilizar una silueta de calcetín de alambre galvanizado grueso, que lo mantenga en su forma mientras se seca, para que no cambie su tamaño original y se encojan.

28

28. Pensar en el dinero que se gasta en calzado, y pensar también que los pies de nuestra civilización serían más sanos si se les permitiera andar descalzos.

A los niños deberíamos acostumbrarlos a estar descalzos siempre que fuera posible, sobre suelos irregulares blandos o duros haciendo ejercicio, para desarrollar al máximo sus facultades, que ya se encargará la civilización con sus modas y modelos nuevos, en privar al pie de los movimientos más naturales. No creer por un momento, que el an-

(Pasa a la pág. siguiente)

# El Podophot, última técnica detectora de vicios morfológicos del pie, posibles errores de interpretación de imágen

Por F. FARRERAS MORCILLO
Podólogo - Barcelona

Desde la inconsciente impresión de la huella plantar de un profano que muestra su pie húmero al pisar, hasta llegar a la técnica que hoy es motivo de mi comunicación, varios han sido los procedimientos empleados para obtener la imagen del pie como prueba complementaria de diagnóstico y documento de comprobación en la evaluación de las afecciones podológicas en tratamiento.

Desde los primitivos métodos usando diversas tinturas, pasando por el F.P.G. de Vilató con sus variantes el F.P.M.G., el R.F.P.G., F.E.G., etc., etc., llegamos actualmente al *Podophot* de revelado inmediato, cuyo principio está basado fundamentalmente en el por todos conocido y manejado *Podoscopio*, en cuya parte antero-inferior se halla acoplada una cámara *Polaroid* que nos permite la obtención de *Fotos* reveladas a los 15" de haber hecho el disparo, en blanco o color según se prefiera.

Estas fotos son de una nitidez impresionante donde quedan perfectamente contrastados los puntos isquémicos correspondientes a la máxima carga del pie. La técnica simplísima, consiste en hacer subir al paciente totalmente descalzados en una plataforma reticulada en centímetros en la que hay dispuestos unos parámetros que nos ayudarán a hacer la medición de los ángulos. Se coloca al enfermo de espaldas a nosotros, procurando que ambos pies descansen en actitud anatómica. La exploración se hará en carga y descarga, en uni y bipedestación, con los pies paralelos juntos y separados, en adducción y en abducción y con la ayuda de los parámetros y de un goniómetro mediremos el grado de pronación y supinación calcánea, así como la desviación de los ejes longitudinales y transversales. Dispondremos, también, de un juego de cuñas graduadas que colocadas convenientemente en el antepié y talón podremos juzgar hasta qué punto puede ser obtenida una buena corrección, pudiendo establecer, incluso, el plano de la prótesis que tendrá mayor eficacia.

Por reflexión en el espejo constataremos con toda comodidad las zonas de apoyo del pie obteniendo una primera impresión visual directa de la huella, siempre mucho más dinámica y funcional que la *pasiva* e *inanimada* que se obtenía hasta ahora en los *podogramas de contacto*, que podremos retener, mediante la foto, en el momento que creamos más oportuno.

En el *Podophot*, igual que en el *Podoscopio*, la imagen de un pie normal se caracteriza por su gran concavidad en el centro de

---

*(Viene de la pág. anterior)*

dar descalzos les llevará a coger catarros y a toser, por el contrario, los pies que se acostumbran a esto desde su infancia, contribuirán a tener un futuro podológico saludable.

29. Y recordar que unos pies saludables como serán sin duda los de esta criatura, son la parte más importante de la salud del cuerpo.

su parte interna correspondiente a la bóveda plantar, la cual no llega a contactar con el suelo ni cuando gravita totalmente el peso corporal. En ella, el eje longitudinal del pie tiene que corresponder a una línea recta trazada desde la parte media de la huella del talón dirigida hacia adelante y pasando aproximadamente entre el 1er. y 2.º dedos.

La imagen del pie *plano valgo* nos muestra la huella de toda la planta dando un saliente convexo correspondiente a la concavidad del pie normal. Su eje longitudinal no es recto sino que forma un ángulo abierto hacia afuera.

En la imagen del *pie plano genuino*, de observación poco frecuente, su huella no da concavidad ni convexidad, sino que corresponde a la imagen total de la planta del pie.

La imagen de un pie simplemente *valgo* nada mostrará a un profano que la distinga de un pie normal, pues su concavidad interna está bien conformada y a veces, incluso mayor de lo normal, sin embargo se descubre bien que el eje longitudinal del pie está acodado hacia afuera.

Todas estas *directrices* marcan la pauta de nuestra conducta a seguir en la exploración podológica con el *Podophot*, pero no seremos demasiado rígidos en su interpretación sin antes tener muy en cuenta los *posibles* errores que pueden darse delante de un aparato de estas posibilidades, pues es fácil dejarse llevar a una conclusión rápida debido a lo simple de la observación y a su eficacia en la mayoría de los casos que conducen a hacer un diagnóstico casi matemático.

Sólo el sentido común y los conocimientos empíricos y teóricos que tengamos del pie y del manejo de *Podoscopio común*, nos ayudarán a decidir el momento oportuno de sacar la foto. Hay que saber esperar. El examen se hará pausado y sin prisas ya que en los primeros instantes el paciente se halla contracturado y no presenta los pies como son. Pediremos relajación completa y ausencia total en movimientos, vigilando que no se apoye en ningún sitio, exigiendo la actitud anatómica que no perturbe la estática del cuerpo como podría ocurrir si el paciente doblara una rodilla, elevara una cadera o descendiera un hombro.

De hacer la observación precipitadamente y omitir estos detalles en apariencia sin importancia podríamos incurrir en *error de interpretación de imagen*, con el riesgo de quedar plasmado de forma imperecedera en la foto, determinando una falsa deformidad, pues puede ocurrir que en un pie que clínicamente parezca normal, en el *Podophot* aparezca *cavo* y un talón que parecía perfectamente orientado, aparezca en *varo* o *valgo* y que unos dedos normales aparezcan en *flexión plantar* y si mucho apuramos las posibilidades algunas veces veremos acortamientos imaginarios de extremidad, por otra parte más frecuentes de lo que se cree.

Por tanto por todo lo que antecede deduciremos que, al margen de los esquemas clásicos del pie, el estudio atento del pie en el *Podophot* exige tener en cuenta lo siguiente:

1.º No siempre, los auténticos pies *cavos* o *planos*, los genuinos, van asociados a problemas de talón.

2.º Aquellos pies cuyo lecho plantar sea muy espeso por gordura o por edema inflamatorio o vascular, nos darán una *imagen falsa* de *pie plano*.

3.º Los pies de los niños a determinada edad, debido a que todavía no se ha hecho la rotación tibio-peronea y a que el calcáneo permanece todavía horizontalizado, porque existe una hiperlaxitud ligamentosa o porque es regordete, hacen que aparezca más plano de lo que realmente es, pero nunca serán inquietantes si no van acompañados de un *valgo* de *talón*.

4.º Otros de los errores de interpretación de imagen pueden ser ciertos pies *valgos*, catalogados como planos (sobre todo cuando proceden de medios clínicos no podológicos), pero que el *Podophot* nos da una imagen *cóncava*, exagerada. Tampoco son pies *cavos*, pues si atenazamos fuertemente el astrágalo veremos que lentamente se va instaurando el apoyo externo dando una ima-

gen de pie *normal*. En estos pies sólo es valorable el *valgo*: es decir, la desviación del eje del talón hacia afuera. El proceso es simple: el valgo hace bascular por debajo y adentro a la cabeza del astrágalo y al escafoides. Este impone al cuboides, con el que se articula un movimiento de rotación en sentido inverso al sentido de las agujas de un reloj, levantándolo y haciendo desaparecer el apoyo externo. Sólo cuando esta actitud es exagerada y muy alta, da lugar al auténtico pie *cavo-valgo* que son los que, si no se tratan ortopédicamente bien, siendo *valgos* en un principio, acaban siendo *cavos*.

5.º Otro de los casos que nos pueden inducir a interpretación errónea en el *Podophot* es el de aquelos sujetos que andan con los pies hacia adentro, en *aducción*, con un cierto *varo de talón*. Por lo general esta marcha está ligada a una insuficiencia de rotación de la coxo-femoral en el pase de la actitud cuadrúpeda a la erecta en el niño. El pequeño, andando a gatas, tiene el cuello femoral orientado hacia adelante como en el cuadrúpedo, al pasar a la posición erecta y hasta los 6-8 años de edad se producen una serie de movimientos de torsión en los miembros inferiores. El cuello femoral pasa de delante a atrás para hacer en definitiva un ángulo de 12-16º con el plano transversal del cuerpo. Por esta misma rotación el fémur hace una rotación axial en el sentido de las agujas del reloj que lleva a la rótula paralelamente al plano transversal, es decir, enfrente. La tibia y el peroné hacen una rotación de 20º en el mismo sentido, gracias a la cual el pie se ahueca por levantamiento del cuello astragaliano y pase del calcáneo de la posición horizontal a la oblicua. Imaginemos por un momento que estas rotaciones no se hicieran o fueran insuficientes. En el caso del cuello femoral, teniendo una movilidad más grande de dentro que fuera, será más solicitado por los rotadores internos que los externos y el fémur volverá en el sentido inverso de las agujas del reloj. En el caso del fémur o de los huesos de la pierna, el proceso no admite comentarias, pues se trata de una insuficiencia de rotación hacia afuera y el pie, desde entonces, orientado hacia adentro, apoyará mucho más sobre la cabeza del 1.º metatarsiano que normalmente y se ahuecará poco a poco, bajo la influencia del peroneo largo, dándonos una imagen en el *Podophot* del pie *cavo* que en ciertos casos será falso, pues bastará corregir la aducción para que se corrija la imagen, lo que podremos comprobar practicando una radiografía del perfil en dicha posición y saldrá normal.

6.º *El adulto joven*, frecuentemente presenta la imagen de un pie normal en el *Podophot* y en cambio, clínicamente, pueden estar alterados los signos y ejes del apoyo biomecánico.

EN RESUMEN: el examen con el *Podophot*, practicado con cuidado y sin prisas nos aporta numerosos elementos de juicio, al margen de los esquemas clásicos, lo que quiere decir que es un tema apropiado para someter a debate, mirando más allá del pie, pues abre nuevos horizontes que aparentemente parecen apartarse de la podología pero que dependen más de lo que se cree sin considerarnos al hombre como un todo y no como una parte. Además, tiene la ventaja sobre el *Podoscopio* de que permite obtener inmediata fotografía de la imagen, morfológica y funcionalmente en cualquiera de los momentos interesantes de la estática y dinámica del pie que queramos plasmar y retener, lo que nos permite, en todo momento, a base de exámenes seriados, el estudio comparativo y evolutivo de la afección podológica así como un control estricto de la actualización de la prótesis lo que, como conclusión de un razonamiento lógico, nos permitirá llegar a un diagnóstico en el que, si nos basamos en los esquemas clásicos, tendremos que sacrificar el *rigor* de la observación valorando la serie de contingencias subjetivas referidas, de las que no podremos sustraernos, sin olvidar, naturalmente, que esta prueba nunca será definitiva, sino un medio más de exploración a nuestro alcance. Y finalmente y en un plano secundario, el *Podophot* dejando aparte su indiscutible valor, nos permitirá iniciar unas relaciones públicas con el paciente, elevando la categoría de nuestra querida especialidad, al hacer entrega de la foto al paciente, debidamente enmarcada en una carpeta adjuntando el informe podológico nuestro.

# Carta abierta a la Agrupación de Podólogos de España

Queridos compañeros:

Muy frecuentemente vemos en prensa u oimos en los medios de difusión la voz inglesa «container» para expresar: continente que cubre al contenido.

Pues bien, tomando coom base de partida estos dos términos dirijo este escrito al «contenido» representado por los podólogos reunidos en un gran grupo que se encuentra alojado y protegido por un «continente»: la AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA.

Agrupación que, con visión futurista de asegurar la especialidad a los que por virtud de Decreto les corresponde, fue creada por imperativo de nuestra seguridad. Es el resultado de los esfuerzos de nuestro actual Presidente Nacional con la parte integral correspondiente al equipo de profesionales que le secundó.

Registrado el nombre, visados y aprobados sus Estatutos, le resta a nuestro Presidente la fundación de un «Organo de la Agrupación de Podólogos de España» cuyo objeto y finalidad sea la de establecer «contacto científico profesional entre todos los Podólogos y divulgación entre los mismos de todo lo referente a la Especialidad de Podología», comprendiendo temas: «científicos, culturales y profesionales».

Autorizada la inscripción en el Registro de Empresas Periodísticas, y su publicación con el título de «Revista Española de Podología» finaliza así la etapa de legalización del «continente» que concebido por nuestro Presidente no cesa hasta verlo en marcha.

Sale a la luz su primer número en el año 1968. En el número 5 aparece un espacio titulado «MI OPINION PERSONAL», que firma L. Escarchs y cuyo lugar permanece abierto.

Comienza su «opinión personal» diciendo: «Mi lema fue toda la vida el hablar claro y decir la verdad y más cuando los que me iban a leer eran compañeros y hermanos de profesión».

Pero, ¿qué es la verdad? A mi entender la verdad es «hablar claro» de todo aquello que en mente permanece. Bueno o malo. Todo.

Porque si exponemos solamente aquellos testimonios que dé conformidad a lo que se piensa y siente sólo nos interesa y reservamos los que no producirían efecto, ésto; también es verdad, pero no es «hablar claro».

Considero que, cuando con pleno convencimiento de pensamiento, propósito y voluntad narramos cabal y enteramente nuestro conocer de la causa o circunstancia, entonces es cuando podemos sostener que decimos «toda la verdad» y «hablamos claro».

De cualquier forma, yo no puedo atestiguar si el Sr. Escarchs se ajusta en un todo a la verdad o a su verdad. Basado solamente en sus propias declaraciones de que publica lo que recuerda, debemos admitir que dice su verdad.

Pero dado el medio de divulgación empleado, sus manifestaciones toman el carácter de públicas. Y estimo que, las declaraciones públicas de un dirigente no deben comprender su verdad, pues es obvio que coaccionan al lector ajeno a los acontecimientos, pudiendo, a su vez, herir suceptibilidades. Si bien es cierto que el Sr. Escachs esto último no lo tiene en consideración, cuando ha de pronunciarse concreta y realistamente en defensa de los intereses podológicos. Postura que acepto en todas sus formas.

Por tal motivo me permito recordar al señor Escarchs que su condición de Presidente, máximo representante de los podólogos agrupados, implica deberes, entre los que se cifra el de reprimir los impulsos y quizá, por aquella máxima que dice «...suprimir la mentira es hacer imposible las relaciones sociales», también sería conveniente tener especial tacto para decir la verdad, parte de la verdad o toda la verdad. Hasta aquí, mi opinión personal sobre la «opinión personal» de nuestro Presidente.

Independiente de ello, es mi deseo habla-

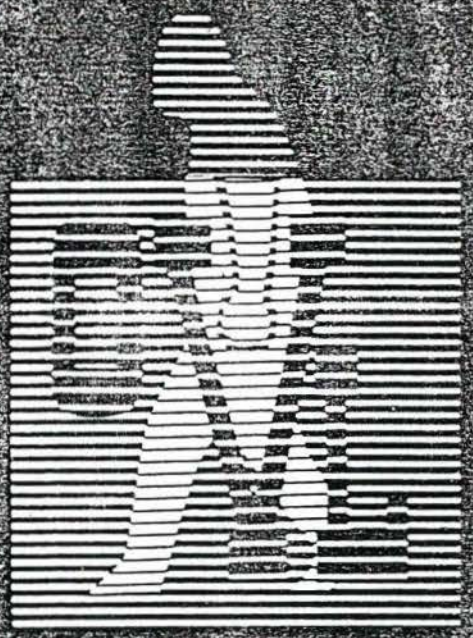
# constantino velasco laínz

y

# BERKEMANN

en colaboracion con la revista española de

# PODOLOGIA



ofrece a los podólogos una gama completa de artículos para los pies

CENTRAL (Oficinas). — Santiago Bernabéu, n.º 4.
Tels. 261 98 75 y 261 44 15. — MADRID-16

ALMACEN. — General Franco, n.º 42.
Tel. 208 98 36. — MADRID-19

DELEGACION CATALUÑA Calle Mallorca, n.º 336 (esq. Avda. Grmo.).
Tel. 257 76 05. — BARCELONA-9

Prótesis de plástico, corcho, cuero, cuero y metal. — Protectores de Hallux Valgus. — Separadores de dedos. — Protectores planta del pie. — Cuñas y almohadillas metatarsales. — Accesorios para la aplicación de plantillas. — Sandalias fisiológicas de madera. — Soportes de cazoleta de Ortholen. — Planchas de PLEXIDUR. — Planchas de ORTHOLEN. — Planchas de PRENYL. — Planchas de HYDROLANYON, etc.

ros sobre los hombres que trabajan y luchan en defensa de intereses comunes.

Fundamentados por la experiencia sabemos que al término de las congregaciones profesionales le anima a los asistentes un espíritu de colaboración y superación, retornando a sus quehaceres con una inquietud. De esta inquietud se sacarían grandes consecuencias si fuera constante pero desgraciadamente, poco a poco se debilita y pronto se extingue. ¿Qué ocurre entonces? Que en la brecha se encuentran siempre los mismos hombres. Sí. Es cierto que de Congresos o reuniones análogas aparece a veces algún brechador que viene, en parte, a compensar el esfuerzo de estos hombres.

Hace tiempo que tengo el propósito de exteriorizar entre los profesionales, a nivel nacional, mi agradecimiento por los hombres que luchan. Pero, ¡pobre ilusión mía! No siendo nada fácil para mí el escribir, ha ido pasando el tiempo sin conseguir esbozar unas líneas.

Quería entonces y quiero ahora, hacer llegar a esos hombres el reconocimiento de mi sentir. Pero, si el no tener pluma fácil es dificultad, se acerba ésta en el momento de hablar.

Hay algo en las personas que tienen poca elocuencia que autoestimo de un gran valor: la sinceridad. Los que poseemos pocas dotes oratorias sólo podemos decir lo que sentimos. Y al obrar así, lo que sentimos es nuestra verdad, mientras no nos demuestren lo contrario. Hablamos sin engaño. No sabemos dar la vuelta para conseguir lo que buscamos. Vamos de frente a su encuentro. Ni tampoco, juzgo por mí, somos capaces de dar golpes con la «mano vuelta».

Abogo a estas razones con el ruego de que las sopeséis antes de emitir un juicio relativo a la forma de expresarme.

Hablaba de los hombres. Esos hombres que abrazan una idea y luchan sin desmayo por ella. No les importa contratiempos, obstáculos ni dificultades. No se rinden, siguen adelante. Por razón de idiosincrasia me atrevería a asegurar, son, únicamente vulnerables, a la causa o acción que venga a olvidar, desconocer o despreciar los beneficios recibidos. En una palabra: la ingratitud.

Son los hombres que saturados de inquietud profesional vienen perturbando persistentemente la quieta, pacífica e indolente impasibidad del ánimo de los profesionales adolentes de apatía.

Inquietud que considero fundamental para la superación.

Inquietud, que calificada y consciente se debe aceptar como humana y ¡hay de aquel que no la sienta!, porque se retrae en su profesión y por ende en la Sociedad.

Inquietud que me permito clasificar bajo los siguientes aspectos y en la cual cada uno puede tener su propia definición:

Orientada hacia...

1.ª Fines personales.
2.ª Fines personales con perjuicios de terceros.
4.ª Fines de una OBRA con beneficios para la misma.

— Cuando el individuo lucha por conseguir sus apetencias personales sin valorizar lo que del logro de las mismas se derivan es: DEPLORABLE.

— Cuando el deseo conseguido acarrea perjuicios a otras personas es: MISERABLE.

— Cuando las apetencias han sido colmadas y beneficiado de ellas otros sujetos es: PLAUSIBLE.

— Cuando la persona idealizada con una OBRA, conociendo que el trabajo es mucho y los sacrificios más, se esfuerza con denuedo hasta la consecución del objeto de su ideal es: DIGNO DE ALABANZA.

Aun sabiendo que lo que en realidad define a las personas son sus hechos, es un tanto

difícil y arriesgado emitir un juicio sobre las apetencias personales de los individuos.

Por lo tanto, obvio decir la razón por la que no me aventuro a encajar en esta clasificación a los hombres que componen nuestra Junta Directiva de la Agrupación. Para ellos mi reconocimiento más sincero a su labor.

Pero, sin necesidad de llegar a un análisis exhaustivo de lo que fuimos, de lo que somos y del dinámico programa al que permanentemente se le dedica tiempo y atención para la investigación de causas potenciales con objeto de preveer nuestro futuro, consciente y responsable, encuadro en la cuarta inquietud a nuestro Presidente Nacional.

Es muy posible que esta determinación haga dibujar sonrisas irónicas. Las tolero, pero no las puedo admitir ni menos aceptar.

¿Quién puede ser el que con figura de burla fina y disimulada trata de no entender los hechos?

Sólo aquellas personas que en posesión de cedazo especial para separar realidades y errores, se quedan solamente con la acción desacertada o equivocada.

Sólo aquellas personas que no quieren entender lo que se dice ni lo que se hace.
Sólo aquellas personas que lo cumplen solamente a medias o dan un rodeo para evitarlo.

Es lamentable. Pero de estas personas no se ve libre ninguna causa.

Es titánico hacerles comprender que si bien las reglas establecen los procedimientos, éstos deben seguirse, porque el beneficio final es la seguridad de nuestra profesión.

Es inoperante en su ánimo toda acción activa, dinámica, creadora e impresionante en defensa de los intereses profesionales.

Y esta acción, que ha sido y es ejecutada por nuestro Presidente Nacional, admitimos que como humana ha tenido y tiene inevitablemente errores ocasionales, pero debemos convencernos que concentra sus esfuerzos en el afán de «adelantarse» a la causa. ¿Con qué objeto? Con el fin de eliminar los factores que inducen al error potencial.

Os he hablado de dos conceptos substancialmente distintos: por un lado un «toque de atención» relacionado con la manera de desenvolver su «opinión personal» el Sr. Escachs y por otra parte, el reconocimiento a los hombres que se afanan en la defensa común y muy especialmente a nuestro Presidente.

Quisiera llegar al ánimo de todos el sentido de responsabilidad en el momento de sentar opinión. No hacerlo alegremente. No mezclar lo malo y lo bueno. Seamos conscientes a la hora de sancionar la falta pero tengamos también valor para reconocer el merecimiento del trabajo, sacrificio y abnegación, que si bien generalmente conducen al EXITO, no siempre se da. Pero en el caso del Sr. Escachs sus realidades son irreversibles. Ahí están. Las tenemos y de ellas todos nos servimos y nos beneficiamos.

Por todo ello os sugiero «dar al César lo que es del César», concediendo a nuestro Presidente lo más hermoso que podemos otorgar los humanos: la gratitud. Pero gratitud de convicción. No aquella gratitud que sin previo convencimiento se condesciende a ofrecer, cesando en la oposición o resistencia.

El V Congreso de Podología nos brinda la oportunidad de tributar a nuestro Presidente la demostración de reconocimiento a sus desvelos por la especialidad.

Espero y deseo la adhesión de los profesionales que constituimos la Agrupación de Podólogos de España, como respuesta veraz y sin doblez de gratitud.

DAMASO GARCIA SAN JOSE

Podólogo - Madrid

# Las medias y la salud del pie

En la circunstancia que nuestros pies se ven afectados, automáticamente señalamos a los zapatos como los culpables, cuando —sorprendentemente— la mayoría de los problemas del pie son causados por el uso de medias inadecuadas o de calce deficiente.

Los exámenes han probado que medias o zoquetes de ajuste incorrecto ejercen una presión de 12 a 16 libras por pulgada cuadrada sobre los dedos. Con el paso de los años hemos notado algunos cambios en la calcetería que han actuado desfavorablemente sobre la salud y el confort de nuestros pies. Algunos de los nuevos conceptos han sido concebidos para alargar la duración, pero sin tener en cuenta los efecto sobre el pie.

El National Foot Health Council (Consejo Nacional de la Salud Pédica), de Estados Unidos de América, realizó un completo estudio sanitario sobre las medias. Al probar a obreros de ambos sexos y empleados postales usando diferentes tipos de medias, se encontró que, bajo condiciones de extrema rigurosidad, las medias de peso medio de algodón mercerizado resultaban las más satisfactorias para la salud y comodidad del pie, y en muchos casos tendían además a aliviar sus dolencias, padecidas con el uso de medias abultadas del tipo «stretch».

El estudio reveló que el algodón mercerizado ofrecía este comportamiento debido a su mayor facilidad para absorber, difundir y evaporar la humedad, y a su alta porosidad.

Los sujetos que usaron estas medias de algodón mercerizado notaron de inmediato una creciente sensación de comodidad, aun en el caso de hombres que llevaban pesadas botas de trabajo con medias abultadas a modo de acolchado.

Pruebas sucesivas revelaron que su gran resistencia a la extensión, agregada por el proceso de mercerización, resultaba en el uso tan espectacular como la de las fibras sintéticas, sin las desventajas inherentes a las mismas.

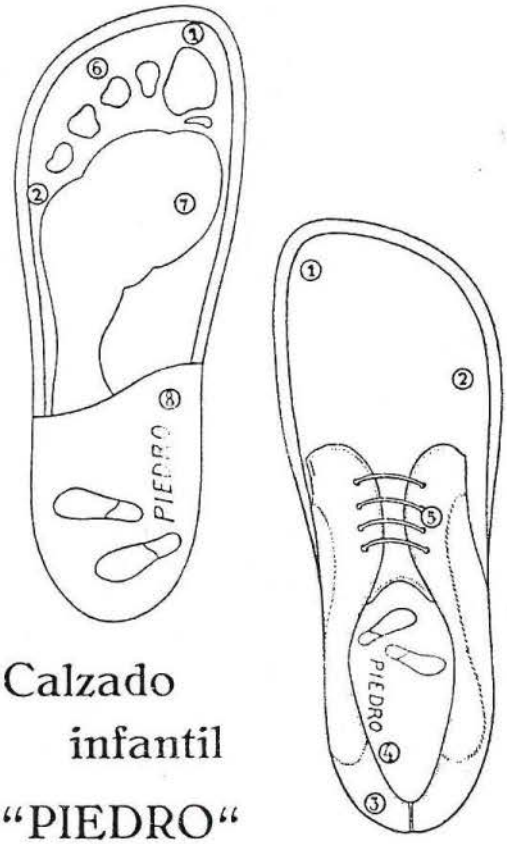
Según el Dr. Joseph Lelyveld, presidente y fundador del National Foot Health Council, casi todos los problemas de los pies adultos y las deformaciones provenían de los zapatos y medias ensanchados o de calce deficiente usados hasta los 12 años.

Las medias para niños —agrega— que se fabrican en medidas únicas para todo tipo de pies y las de hilados que ofrecen poca absorción, son la causa principal de los problemas de los pies del adulto.

Estudios del N. F. H. C. han determinado la alarmante realidad que un 85 por ciento de los estudiantes secundarios sufre defectos pédicos en el momento de graduarse. Casi todos esos defectos y deformidades pudieron haber sido prevenidos si se hubiesen usado medias y zapatos apropiados durante su período formativo.

En la actualidad, los padres tienden a subestimar la importancia del papel que desempeñan las medias en la salud del pie. Si nos detenemos a considerar que los zapatos son la única prenda que no pueed ser lavada, entonces esta importancia se hace superlativa.

Los pies infantiles tardan muchos años para completar su crecimiento, y no pueden considerarse desarrollados hasta los 18 años. A partir de esto puede comprenderse que de




Calzado
infantil
"PIEDRO"

Hormas, control y garantía de
**PIEDRO INTERNATIONAL -**
Berkel, Holland

Si no tiene aún información completa consulte a "PIEDRO"

PIEDRO

Apartado 7053 — Barcelona


la infancia en adelante los pies son flexibles, y, por lo tanto, pueden ser fácilmente deformados por medias que ajusten los dedos.

Tan pronto como el bebé muestra cierta tendencia estar de pie, se le calzan zapatos blandos pero es importante recordar que los pies del niño estarán siempre protegidos por zoquetes. Al respecto, algunos pediatras consideran que las medias igualan la temperatura de los pies y activan la circulación general.

Es extremadamente importante que las medias calcen en forma correcta y sean lo suficiente amplias como para evitar cualquier presión sobre la blanda estructura del pie en desarrollo. Las de medida única, del tipo «stretch», que —se supone— son apropiadas para niños de diverso desarrollo, pueden comprimir el pie a medida que éste crece.

Una encuesta reciente señaló que en familias con varios hijos es común la adquisición de dos o tres medidas de zoquetes «extensibles» para todos los niños, en lugar de comprar a cada uno su medida exacta. Esto ha contribuido al creciente número de infantes con afecciones en los pies, debido a los poco deseables efectos del «stretch».

Muchas madres prefieren el tejido absorbente del algodón mercerizado. Aunque los hay de muchas marcas y diferentes materiales, ninguna media es lo suficiente buena para el pie infantil.

La medida de la media del niño cambia tan rápidamente como la de sus zapatos, y aunque esta última sea la correcta, los dedos estarán comprimidos y los pies incómodos con medias cortas o pegadas a la piel.

Pequeños músculos y estructuras óseas son fácilmente torcidos o debilitados por medias de ajuste incorrecto.

Los niños jamás deben andar descalzos: sus pies necesitan el soporte que el calzado provee, y la protección contra bacterias, hongos y transpiración que la media ofrece.

Cuando usa zapatos sin medias, el individuo se expone a las verrugas, al pie de atleta, a los cortes, a la hiedra venenosa, y a otras infecciones. Los cortes y abrasiones en los pies se evitan usando medias.

Al seleccionar las que cubrirán los pies infantiles, se deberá tener en cuenta los siguientes factores:

*a)* Para eliminar la presión sobre los de-

dos del pie, causada por medias ajustadas, se usará unas que sean media pulgada más largo que el dedo de mayor longitud.

*b)* Las medias serán capaces de mantener el pie seco bajo las condiciones de calor, frío, humedad y transpiración producidas por la extrema actividad de los chicos.

*c)* Las medias tendrán que ser de un hilado que cumpla un triple requisito: capacidad para la alta absorción porosidad adecuada para permitir circular el aire alrededor del pie y evaporar la transpiración; y facilidad para conducir la transpiración a otros sectores del tejido donde la evaporación se ve favorecida por la distribución de la humedad.

Las medias abultadas, especialmente en zapatos de calce ajustado, tienden a producir irritaciones que frecuentemente degeneran en durezas, callos o ampollas. En general estas medias absorben bien la humedad, pero la evaporan pobremente.

Con respecto a los niños en edad de crecimiento, sus medias deben ser examinadas en forma frecuente, para estar seguros de que los pies no las han sobrepasado en tamaño. Las que no puedan ponerse con facilidad más allá de los dedos deben ser inmediatamente descartadas. Pies sanos son básicos para el desempeño de la juventud en deportes, caminatas, bailes, etc.

Para tener pies físicamente óptimos use medias media pulgada más largas que los dedos, nunca demasiado holgadas o apretadas. Cámbieselas una o dos veces al día.

En cuanto a las medias femeninas, las de ajuste incorrecto pueden conducir a serios trastornos circulatorios y favorecen la formación de venas salientes en las piernas.

Muchos hombres, asimismo, tienen problemas con sus pies no sólo con las medias de «nylon stretch», sino también con los elásticos de sujeción, que provocan efectos poco favorables para la circulación. En ciertos casos han causado venas varicosas, flebitis y otros trastornos circulatorios. Sin embargo, gran parte de este problema ha sido minimizada con el uso de elásticos de sujeción tipo Morpul.


scholl

ORGANIZACION MUNDIAL PARA EL CONFORT DE LOS PIES

FABRICAS Y GABINETES DE APLICACION EN LAS PRINCIPALES POBLACIONES DEL MUNDO

Se honra en colaborar con los Sres. Podólogos, poniendo a su servicio su larga experiencia en la especialidad y las reconocidas, calidad y eficiencia técnicas de sus preparados, remedios y aparatos para la higiene de los pies, la corrección de sus defectos y el alivio de sus molestias.

Amplia información técnica de carácter general o sobre cualquier caso particular. Visítenos.

- Plantillas ortopédicas a medida y pre-fabricadas, en cualquier tipo o medida; de metal, plástico, goma, etc., para pie plano, metatarsalgia, pes-cavus, espolón de calcáneo y otras anormalidades del pie.
- Medias para varices, tobilleras y rodilleras.
- Taloneras - Protectores de juanetes - Separadores de dedos.
- Almohadillas y plantillas de latex espumoso para plantas sensibles.
- Sales, Polvos y Crema Pédico para la higiene de los pies.
- Polvos Bromidrosil para excesiva transpiración maloliente.
- Parches y discos protectores (SIN CALLICIDA).
- Crema SOLVEX para pie-atleta.
- Vendaje elástico ARCH BINDER para pie abierto.
- Vendaje elástico con elevación para apoyo de arco metatarsiano.
- Almohadillado adhesivo PROTECTO PAD para proteger cualquier punto sensible del pie.
- Reductor de hallux-valgus BUNION SPRING.
- Reductor de dedo en martillo HAMMER TOE SPRING.
- Vendajes tubulares patentados GASATUB (Tubegauz).
- Sandalias fisiológicas PESCURA con diseño especial patentado.

Central en ESPAÑA: Rodríguez San Pedro, 5 - MADRID (15) - Tel. 224 75 66

# La vacuna anticolérica, nació en el Ebro

Por *Jorge Villalta*
Podólogo - Barcelona

Quizá la noticia que más tinta ha hecho gastar este verano en España ha sido el pequeño brote de cólera que surgió en dos pequeños pueblos de la cuenca del Jalón, en Zaragoza, y la que llegó a causar una cierta psicosis entre el público, motivando que en los dispensarios de sanidad surgieran colas en espera de ser vacunados y en los centros de certificación para salir al extranjero.

Por suerte ya todo pasó a la historia, pero lo que quizá no sabrán muchos de los vacunados es que el descubridor y vencedor de la terible enfermedad, causante de devastadoras epidemias, fue un médico nacido el 2 de febrero de 1852 en Corbera de Ebro y que falleció el 22 de noviembre de 1929 en Barcelona, llamado Jaime Ferrán Clúa.

Para que los lectores de esta revista conozcan la historia de esta enfermedad, solicito del doctor don Juan Vila Ferrán, nieto del célebre descubridor y continuador de una dinastía de médicos, el que tenga la bondad de contestarme unas preguntas, a lo cual accede gustosamente tras mostrarme el laboratorio donde fabrican armas antimortíferas.

—Doctor Vila Ferrán, ¿qué es el cólera y cuántas modalidades existen?

—El cólera es el *morbus* asiático, enfermedad intestinal producida por un germen, el coma bacilo de Koch (descubierto por Roberto Koch el año 1883 y que tiene la forma de coma o vírgula), que forma una diarrea tan fuerte al congestionar los intestinos, que produce la deshidratación a la que el individuo no puede subsistir sin un intenso tratamiento de sulfamidas, antibióticos y soluciones salinas que rehidraten al cuerpo. Existen diversas modalidades atenuadas, desde el cólera secante, que es el que produce mayor deshidratación, a la diarrea coleriforme. Otra cosa es la diarea estival, que se produce de forma habitual. Por ejemplo, comiendo albaricoques y bebiendo agua a continuación se facilita la aparición de gérmenes que producen un desarrollo fermentativo con grandes colerinas que se superan normalmente. Basta evacuar y luego seguir un tratamiento a base de arroz y astringentes. Lo que no se debe hacer nunca es cortar una diarrea con astringentes sin proceder antes a una evacuación, porque reincorporamos las toxinas fecales que dan lugar a trastornos y complicaciones.

—¿Quiénes son los principales portadores del cólera y zonas características de aparición?

—Los principales focos se encuentran en las heces, y naturalmente en los vómitos de los enfermos, por contaminación algunos productos que se consumen naturales, si no se limpian pueden ser portadores, por ejemplo: las lechugas, ya que en las mismas se utilizan abonos orgánicos. El germen tiene más tendencia a ubicarse en países muy irigados y húmedos, zonas deltaicas, el caso más típico es el delta del Ganges.

—¿Cómo cristalizó su abuelo, el doctor Ferrán, el hallazo de la vacuna?

—Ferrán llegó a ese descubrimiento gracias a la hombría de bien del profesor Vila Nadal, que fue nombrado con otros dos doctores de Barcelona por el alcalde Rius y Taulet para que se trasladaran a Marsella, entonces invadida por el cólera, a fin de estudiar la epidemia y los medios que los franceses tomaban para combatirla a efectos de prever un posible contagio en Barcelona. El, comunicó al alcalde que poco podía hacer y que consideraba que debía ir Jaime Ferrán, al que conocía por sus trabajos en bacteriología. Rius y Taulet envió a Ferrán y a su ayudánte Inocencio Paulí a Marsella y los dos entraron como Médicos del Hospital Faro, urgentemente instalado en el pabellón que se había levantado para recibir a Napoleón III y la Emperatriz Eugenia de Montijo a su regreso de Egipto, tras la apertura del canal de Suez. En este hospital, Ferrán logró aislar de las heces de los coléricos allí ingresados, el coma bacilo de Koch, y con estos cultivos se volvió a su modesto laboratorio de Tortosa, tras ex-

periencias con cobayas, se inyectó él mismo cultivos de vírgula, y más tarde la prueba de fuego, al ingerir unos sorbos del germen, con esto dejó sentado el sensacional descubrimiento y así lo comunicó a la Academia de iencias de París, cuyos científicos no podían creer que un oscuro médico de Tortosa hiciera un hallazgo de tal importancia. Un año después al invadir el cólera la huerta valenciana, Ferrán ayudado por su amigo el profesor Amalio Gimeno, tuvo oportunidad de hacer un ensayo a gran escala confirmando la eficacia de su halazgo, éxito que tomó dimensiones mundiales durante la Primera Gran Guerra, en que fueron vacunados los Ejércitos de ambos bandos que luchaban en los Balcanes.

—¿Cuál es el efecto que produce la vacuna?

—La vacuna crea defensas en el individuo y le proteje para que en el caso de que ingiera gérmenes coléricos, éstos se encuentren en un tereno inmune en el que no puedan desarrollar su mal.

—¿Ha habido realmente cólera en España?

—Sí, según manifestaciones fidedignas de nuestras autoridades sanitarias, ha habido un pequeño foco que ha sido sabia y prestamente reducido, evitando su ampliación.

—Doctor Vila Ferrán, muchas gracias por esta deferencia que ha tenido para los lectores de esta publicación que ha querido sacar a luz una de tantas genialidades que permanecen casi en el anonimato a cargo de españoles.

Este sabio catalán tiene su busto en el Hospital de Infecciosos y una corta calle dedicada a su nombre entre el Paseo de Manuel Girona y quedando cortada en la Avenida del Generalísimo, cae sobre el llamado Torrente de los Muertos.

---

# *Nota de Redacción*

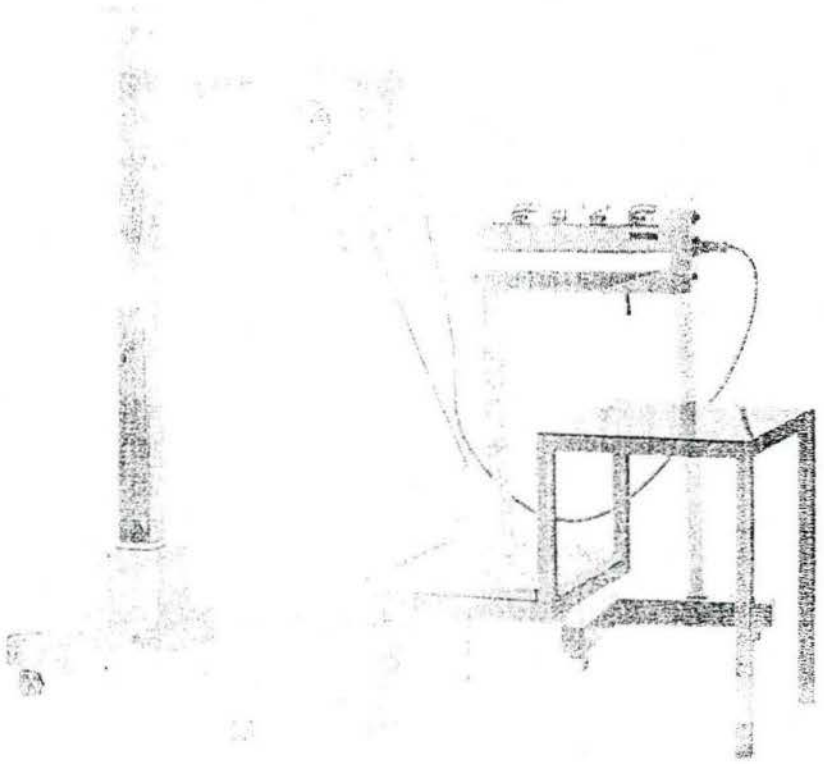
Ante las repetidas cartas recibidas de toda España solicitando aclaración sobre determinados libros que traten de la Especialidad de Podología, esta Redacción, consciente de la importancia de tales conocimientos, se permite publicar una relación de los libros conocidos tanto de aquellos que, en forma directa, se refieren a la Especialidad como aquelos que, en forma indirecta, puedan tener alguna relación con al misma.

| | |
|---|---|
| TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DE LOS PIES . . (Editorial Científico-Médica) | Prof. Dr. Ramón Arandes |
| PIE Y PIERNA . . . . . (Editorial Labor) | Prof. Hohmann |
| PODOLOGIA . . . . . (Editorial Salvat) | Weinstein |
| ARCHITECTURE ET GEOMETRIE DU PIED . . . . (Editorial Ledos) | Maurice Ledos |
| FUNDAMENTOS Y PRACTICA DE PODOLOGIA . . . . (Editorial Juins) | Jhon Hanby |
| CUADERNOS DE FISIOLOGIA ARTICULAR (Tomo 2.°) . . (Editorial Toray) | I. K. Kapandji |

| | |
|---|---|
| PATOLOGIA DEL PIE . . . . . (Editorial Toray) | Prof. J. Lelièvre |
| PODOLOGIA . . . . . (Editorial Médica-Panamericana) | Dr. Defilippi Novoa |
| TRATADO DE MASOTERAPIA Y TERAPEUTICA FUNCIONAL DEL MOVIMIENTO . . . . . (Editorial ECIR. Valencia) | Tomás Galera |
| MANUAL DE ORTOPEDIA INFANTIL . . . . . (Editorial Toray) | |
| CIRUGIA DEL PIE . . . . . (Editorial Inter-Americana) | Duvries |
| QUIROPODIA PRACTICA . . . . . (Editorial | Mc. Kenzie |
| . . . . . (Editorial | Hauser |
| MALES DE LOS PIES . . . . . (Editorial | Alamilla |
| PRACTICA DE LA REEDUCACION DEL PIE . . . . . (Editorial Toray-Masson) | A. Ceccaldi |
| TECNIPEDIA . . . . . ANATOMIA Y FISIOLOGIA . . . . . PEDICURIA . . . . . (Distribuidor: VITAE. Madrid) | Carlos Noya (Argentina) |
| LA PROTHESE PODOLOGIQUE ETUDIEE ET L'EQUILIBRE PAR LA BASE . . . . . (Editorial | A. Bregegère |
| TRATADO GENERAL DE PODOLOGIA. MANUAL CIENTIFICO DE LAS ENFERMEDADES DE LOS PIES . . . . . (Editorial. Distribución: Centro Español de Podología) | Víctor M. Ruiz y M. García |

Si aparte de los libros que aquí se indican, hay algún compañero que tiene conocimiento de otros, mucho le agradeceremos tenga la amabilidad de escribirnos, indicando título, autor y, a ser posible, el nombre de la editorial. Así, posiblemente, estaremos en posesión de una completa información al respecto, de la que todos podremos beneficiarnos. La Redacción de la *Revista Española de Podología,* da las más expresivas gracias a todos.

MODELO RADIOLOGICO



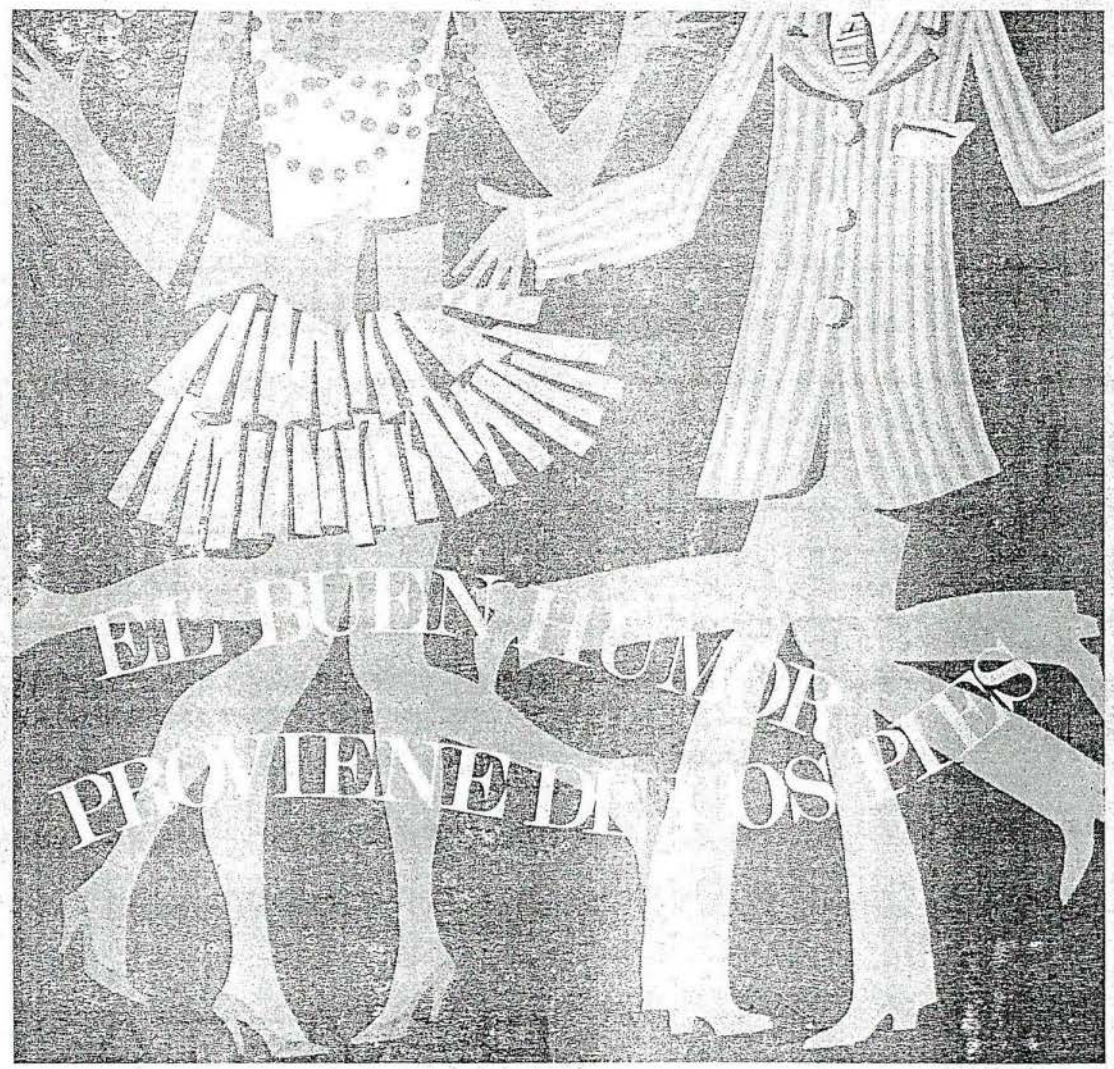
- Versatibilidad óptima para obtención de radioscopias y radiografías en todas posiciones y ángulos.
- Características eléctricas ecualizadas para obtener un verdadero radiodiagnóstico.

EMISA RONTGEN

VERGE 169 - Barcelona-12
Tels. 228 84 98 - 227 76 32

# REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

A.P.E. Nov. - Diciembre
n.º 24 1971




**podologo:** ¿quién mejor que Ud. puede asegurar la veracidad de este slogan...?

¿quién mejor que Ud. para liberar a sus pacientes del enemigo que ataca "la raiz" de la persona...?

...¿y quién mejor que Ud. para dar vigor y tranquilidad a esa raiz, con la ayuda de...

**AKILEINE** que **descongestiona** los pies haciendo desaparecer el ardor en las plantas, a la vez que **desodoriza** y modera la transpiración ya que no contiene formol u otros productos nocivos, que puedan provocar inflamaciones o irritaciones en la piel.

**AKILTROPIC** que **neutraliza los efectos de la transpiración** y elimina la enfermedad de las piscinas.

Pida muestras a Lab. Inibsa - Loreto, 8 - BARCELONA-15

# REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

ORGANO DE LA AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

A. P. E.

Redacción y Administración:
Bruch, 144, pral. - Barcelona - 9

**Director:**
Leonardo Escachs Clariana

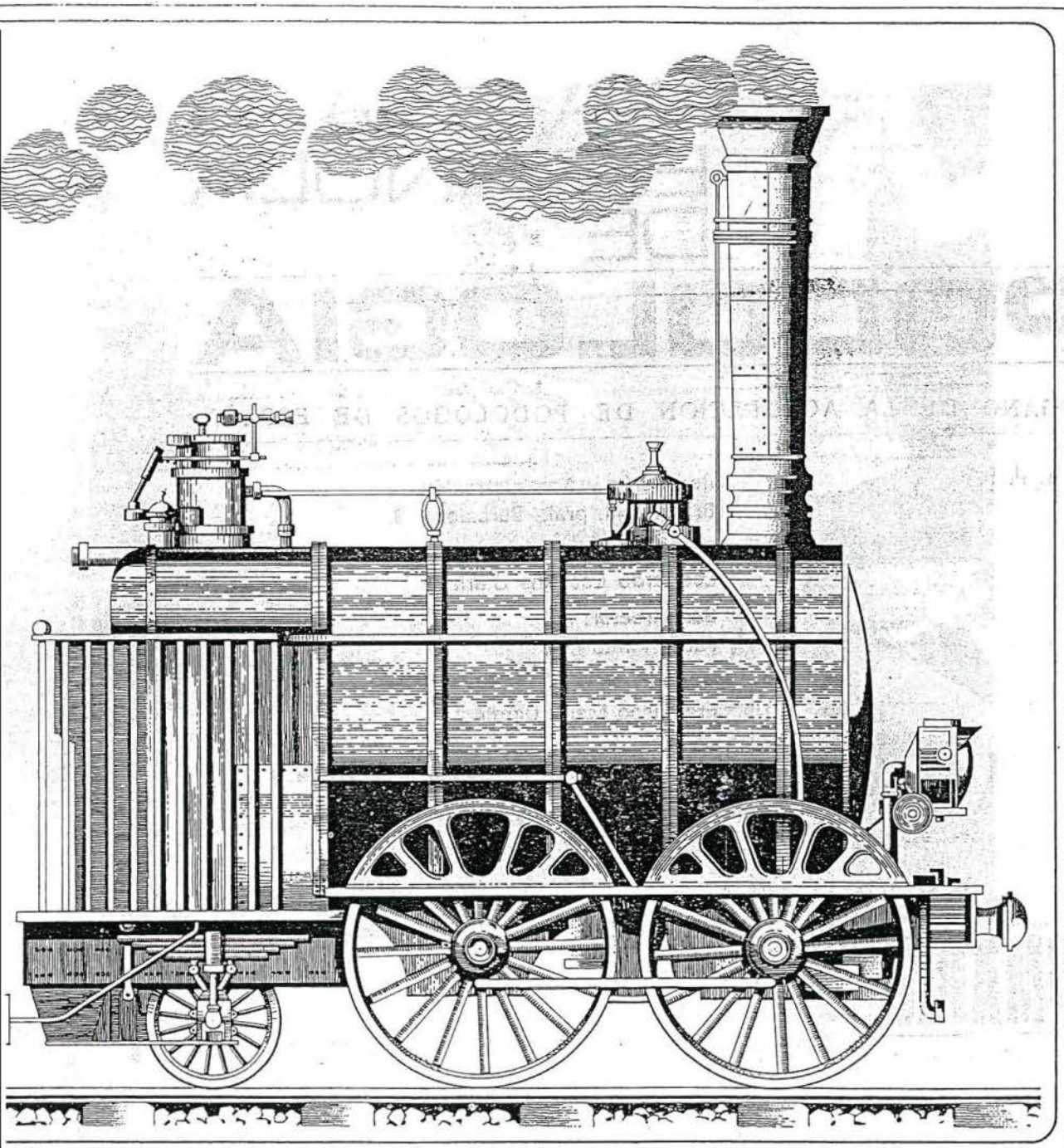
**Sub-director:**
Pablo Vilató Ruiz

**Redactor jefe:**
Francisco Mañé Domingo

Manualizaciones ESCUELA NORMAL - Depósito Legal: B. 13434 1-

## SUMARIO

3 Junta de Gobierno
7 Editorial
9 Profilaxis del pie en el niño
12 Nuevas aportaciones al radiodiagnóstico podológico
14 Verrugas y papilomas plantares
16 Problemas milimétricos en la biomecánica podal
19 Labor de las Delegaciones



n procesos reumáticos...

**litrone** cápsulas 100 y 200 mg (envases con 20 cápsulas)
supositorios 200 y 500 mg (envases con 16 y 10 sup. respec.)

**lelta ditrone** envase con 50 cápsulas

HOSBON S/A

# AGRUPACIÓN DE PODÓLOGOS DE ESPAÑA

## JUNTA DE GOBIERNO

| | | |
|---|---|---|
| Presidente Nacional | D. LEONARDO ESCACHS CLARIANA | Barcelona |
| Vice-Presidente 1.º | D. JUAN PEREZ LAZARO | Madrid |
| Vice-Presidente 2.º | D. ISAIAS DEL MORAL CEJALVO | Valencia |
| Secretario General | D. JOSE A. CALVO GARCIA | Zaragoza |
| Vice-Secretario | D. FRANCISCO MAÑE DOMINGO | Barcelona |
| Tesorero | D. M. GAVIN BARCELO | Barcelona |
| Contador | D. LUIS AYCART VIJUESA | Madrid |
| Vocal 1.º | D. FCO. MORAN VENTURA | Las Palmas G. Canaria |
| Vocal | D. JUAN VIDAN TORRES | S. Compostela |
| Vocal | D. LUIS INCHAURRONDO | Irún |
| Vocal | D. JOSE M.ª BAEZ BASAURI | Bilbao |
| Vocal nato | D. ZACARIAS GARCIA ANDRES | Madrid |
| Vocal nato | D. JAIME SALA PICH | Barcelona |

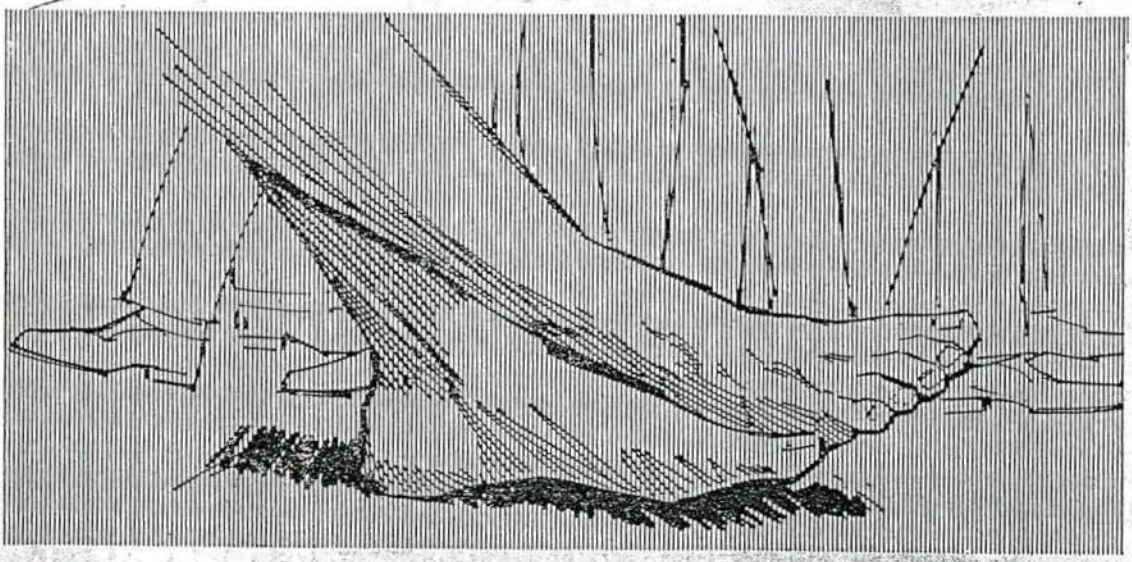
## DELEGADOS DE ZONA

**D. José M.ª Báez Basauri.** Mayor, 27, 6.º. Las Arenas. BILBAO.
**D. José Luis Inchaurrondo.** Paseo de Colón, 65. IRUN.
**D. Juan Vidán Torres.** Preguntoiro, 10. SANTIAGO DE COMPOSTELA.
**D. Antonio Báez Prieto.** Alcalá, 313. MADRID.
**D. José Antonio Calvo García.** Coso, 77, 5.º. ZARAGOZA.
**D. Jaime Sala Pich.** Muntaner, 142. BARCELONA-11.
**D. Isaías del Moral Cejalvo.** Moratín, 6. VALENCIA-2.
**D. Francisco Bernedo García.** Príncipe, 12. GRANADA.
**D. Francisco Morán Ventura.** León y Castillo, 8. LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

## DELEGADOS PROVINCIALES

ALAVA: Sin Delegado Provincial.
ALBACETE: **D. Luis Juan Navarro.**
ALICANTE: **D. José Olcina Morales.**
ALMERIA: **D. Luis Pascua San Miguel**
AVILA: Sin Delegado Provincial.
BADAJOZ: **D. José Villafaina de la Cruz.**
BARCELONA: **D. Jaime Sala Pich.**
BILBAO: **D. Víctor Fano Ugarriza.**
BURGOS: **D. Elías Hernando Tamayo.**
CACERES: **D. Timoteo Fernández Gil.**
CADIZ: **D. Manuel Albalá Valle.**
CASTELLON: **D. Nicolás Prats Moreno.**
CIUDAD REAL: **D. Luis Barba Vázquez.**
GERONA: **D. José M.ª Bosch Doménech.**
GRANADA: **D. Manuel Ruiz Morales**
GUADALAJARA: Sin Delegado Provincial.
HUELVA: Sin Delegado Provincial.
HUESCA: Sin Delegado Provincial.
JAEN: **D. Leandro Rodríguez Revuelta.**
LA CORUÑA: **D. Francisco de la Cruz Agustí.**
LAS PALMAS DE GRAN CANARIA: **D. Francisco Morán Ventura.**
LEON: Sin Delegado Provincial.
LERIDA: Sin Delegado Provincial.
LOGROÑO: **D. Vicente Alvarez Pipaon.**
LUGO: Sin Delegado Provincial.
MALAGA: **D. Antonio Gutiérrez Velasco**
MADRID: **D. Zacarías García Andrés.**
MELILLA: Sin Delegado Provincial.
MURCIA: Sin Delegado Provincial.
ORENSE: **D. Elisardo Bralo Rego.**
OVIEDO: Sin Delegado Provincial.
PALENCIA: **D. Damián Porro Villarroel.**
PALMA DE MALLORCA: **Juan Bta. Brines Rubio.**
PAMPLONA: **D. Javier Sarasa.**
SALAMANCA: **D. Antonio Basas Encinas.**
SANTANDER: Sin Delegado Provincial.
SAN SEBASTIAN: **D.ª Pilar Gómez Eizaguirre.**
STA. CRUZ DE TENERIFE: **D. Armenio Méndez Martín.**
SEGOVIA: **D. Francisco García Rodríguez.**
SEVILLA: **D. Francisco J. Alvarez Gandulfo**
SORIA: Sin Delegado Provincial.
TARRAGONA: Sin Delegado Provincial.
TERUEL: Sin Delegado Provincial.
TOLEDO: Sin Delegado Provincial.
VALENCIA: **D. Manuel Campo Rodríguez.**
VALLADOLID: **D. Alfonso Domínguez Milán.**
VIGO: Sin Delegado Provincial.

¡NUEVA FORMULA!



# Pentoderm®

## Crema dermoprotectora cutánea

Tubo con 50g de crema (62,80 ptas.).

DESDE 1880 CERA

Laboratorios Cera, S. A. – Aptado. 9001 - Barcelona

# *El Presidente y Junta de Gobierno*

DE LA AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA CONJUNTAMENTE CON LA DIRECCION Y CUADRO DE REDACCION DE LA REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA, DESEAN A SUS AGRUPADOS, AMIGOS, LABORATORIOS QUE NOS HONRAN CON SU COLABORACION Y A TODOS CUANTOS SE RELACIONAN CON LA ESPECIALIDAD, UNAS VENTUROSAS NAVIDADES Y ELEVAN SUS PRECES AL ALTISIMO PARA QUE NOS CONDUZCA A TODOS EN 1972 POR EL CAMINO DE LA SUPERACION Y LA UNIDAD PROFESIONAL.

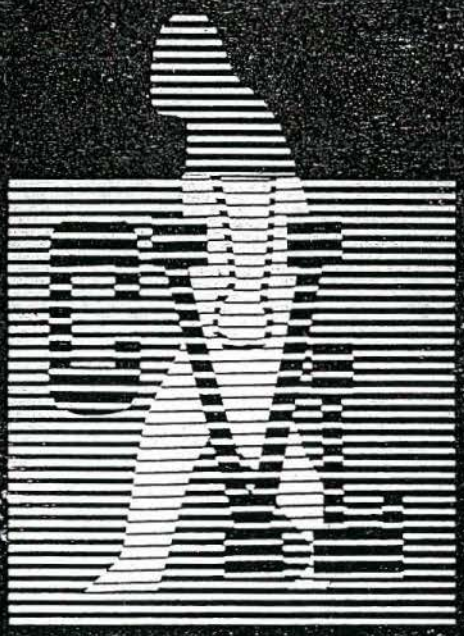
# constantino velasco laínz

y

# BERKEMANN

en
colaboracion
con
la revista española de

# PODOLOGIA



ofrece a los podólogos
una gama completa
de
articulos para los pies

CENTRAL (Oficinas). — Santiago Bernabéu, n.° 4.
Tels. 261 98 75 y 261 44 15. — MADRID-16

ALMACEN. — General Franco, n.° 42.
Tel. 208 98 36. — MADRID-19

DELEGACION CATALUÑA Calle Mallorca, n.° 336 (esq. Avda. Grmo.).
Tel. 257 76 05. — BARCELONA-9

Prótesis de plástico, corcho, cuero, cuero y metal. — Protectores de Hallux Valgus. — Separadores de dedos. — Protectores planta del pie. — Cuñas y almohadillas metatarsales. — Accesorios para la aplicación de plantillas. — Sandalias fisiológicas de madera. — Soportes de cazoleta de Ortholen. — Planchas de PLEXIDUR. — Planchas de ORTHOLEN. — Planchas de PRENYL. — Planchas de HYDROLANYON, etc.

# EDITORIAL

*Un año más toca a su fin. Y con este son cuatro los que la actual Revista Española de Podología tiene de vida. Nadie sabe de los problemas soslayados para poder seguir ofreciendo a todos los podólogos los distintos números de la misma. Nadie sabe, del enorme esfuerzo llevado a cabo para conseguir trabajos publicables, material para la confección de todas y cada una de las páginas. Es algo titánico. Pero ese mismo trabajo nos ha producido la satisfación del deber cumplido.*

*Ahora bien; en este mundo todo tiene un límite. Y el que esto escribe, Redactor de la Revista, se ve imposibilitado de seguir en la brecha. No es cobardía, no es debilidad, es, sencillamente, hacerse cargo de los problemas y de las razones inherentes a su responsabilidad y se ve completamente incapaz de seguir adelante. No se puede mendigar continuamente a los compañeros para que le den trabajos. No se puede molestar en forma repetida a los colegas para que remitan trabajos. Y es muy lamentable ver cómo algún compañero tiene tiempo de enviar charlas, conferencias o temas diversos a otras publicaciones olvidándose de la NUESTRA; olvidándose de la de los Podólogos. Así no se puede ir a ninguna parte.*

*Por este motivo que quizás alguien no llegue a comprender, y con el corazón triste, dejo paso en mi tarea a quien quiera asumir la responsabilidad de seguir adelante en la publicación de la Revista Española de Podología. Yo, no puedo. Quienquiera que sea el que se haga cargo puede contar por anticipado con mi más leal y desinteresada ayuda y colaboración. Pero seguir batallando con tan malas condiciones, NO.*

*Piense quien esto lea que no es tan sólo la composición de las páginas de cada número. Es, además, el pegar las franjas con las direcciones; pegar los sellos, hacer los paquetes por provincias y llevarlas a la Estafeta de Correos. Eso, una persona sola que se debe a otras muchas ocupaciones, no puede hacerlo solo. Y yo, estoy solo.*

*Ahora que finaliza un nuevo año y nuestros corazones se sienten henchidos de felicidad por revivir el Nacimiento del Niño Dios, quizá no es el momento más adecuado para exponer mi idea, pero, tal como lo veo yo, es quizás el momento más adecuado por finalizar un año y poder comenzar el nuevo con nuevo personal y nuevos brios. Y así es; hago votos a Dios Nuestro Señor para que mi sucesor tenga la dicha de poder seguir adelante con la tarea y regularmente pueda hacer llegar a cada hogar de los Podólogos, el mensaje de amistad, de cariño y estima de la Agrupación de Podólogos de España.*

*Sería una lástima que el único vínculo de relación directa que tenemos con muchos compañeros de provincias se truncara. Este vínculo es la Revista que, más o menos a su tiempo, lleva ese mensaje de amistad y, por qué no, algún trabajo altamente interesante*

*para quien se toma la molestia de leerlo. Sería una lástima, pero si todos y cada uno de nosotros no se hace cargo de la situación, este truncamiento será necesario. Y entonces yo pregunto: ¿Qué queda?*

*Estoy convencido de que cada uno de nosotros ha ascendido muchos escalones desde la promulgación de nuestro Decreto que Reconoce y Reglamenta la Especialidad. Estoy seguro de que, muchos de nosotros, en nuestras Consultas, hacemos más, mucho más de lo que haciamos «antes». Somos profesionales más capacitados; somos profesionales que hemos aumentado nuestro caudal científico y cultural, sin olvidar el humano. Pero a pesar de ello, a pesar de los beneficios que diariamente venimos recibiendo de esa mayor elevación de la Profesión, no somos capaces de esforzarnos un poco y dejar constancia de ello. No somos capaces de recopilar nuestras experiencias, nuestros trabajos, nuevas formas de desarrollar nuestras actividades. Nuevos conceptos sobre determinadas afecciones; empleo de nuevos materiales para prótesis. Nada. Silencio. Un largo y prolongado silencio. Si se trata de la celebración de un Congreso... no van. Si se trata de publicar un artículo en NUESTRA REVISTA... no tienen tiempo. Si se trata de prestar su apoyo y colaboración... no pueden. ¡¡QUE LASTIMA!!*

*No quiero ya extenderme más por este camino. Lo que si quisiera es hacer llegar al ánimo de todos es, que de no mediar un milagro —y quizá por nuestra forma de proceder no seamos dignos de recibirlo— la Revista, nuestra REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA, se pierde. Pensemos detenidamente en ello. Pensemos en que estamos haciendo esfuerzos para romper esos lazos que nos unen y que van impresos en cada una de las páginas de la Revista. Si no solucionamos el problema, no habrá conctactos. No habra nada.*


Scholl

ORGANIZACION MUNDIAL PARA EL CONFORT DE LOS PIES

FABRICAS Y GABINETES DE APLICACION EN LAS PRINCIPALES POBLACIONES DEL MUNDO

**Se honra en colaborar con los Sres. Podólogos, poniendo a su servicio su larga experiencia en la especialidad y las reconocidas, calidad y eficiencia técnicas de sus preparados, remedios y aparatos para la higiene de los pies, la corrección de sus defectos y el alivio de sus molestias.**

Amplia información técnica de carácter general o sobre cualquier caso particular. Visítenos.

- Plantillas ortopédicas a medida y pre-fabricadas, en cualquier tipo o medida; de metal, plástico, goma, etc., para pie plano, metatarsalgia, pes-cavus, espolón de calcáneo y otras anormalidades del pie.
- Medias para varices, tobilleras y rodilleras.
- Taloneras - Protectores de juanetes - Separadores de dedos.
- Almohadillas y plantillas de latex espumoso para plantas sensibles.
- Sales, Polvos y Crema Pédico para la higiene de los pies.
- Polvos Bromidrosil para excesiva transpiración maloliente.
- Parches y discos protectores (SIN CALLICIDA).
- Crema SOLVEX para pie-atleta.
- Vendaje elástico ARCH BINDER para pie abierto.
- Vendaje elástico con elevación para apoyo de arco metatarsiano.
- Almohadillado adhesivo PROTECTO PAD para proteger cualquier punto sensible del pie.
- Reductor de hallux-valgus BUNION SPRING.
- Reductor de dedo en martillo HAMMER TOE SPRING.
- Vendajes tubulares patentados GASATUB (Tubegauz).
- Sandalias fisiológicas PESCURA con diseño especial patentado.

Central en ESPAÑA: Rodríguez San Pedro, 5 - MADRID(15) - Tel. 224 75 66

# Profilaxis del pie en el niño

*Charla desarrollada ante una nutrida representación de madres de familia en un colegio de Zaragoza.*

por José A. Calvo

Al iniciar esta charla tengo que decirles que, es mi deseo y el del Dr. Treviño el aportar a esta reunión algunos conocimientos sobre el cuidado de los pies en los niños.

Les doy gracias anticipadas por soportar con paciencia mis palabras y en compensación expondré lo necesario para el porvenir de los pies de sus hijos.

Vivimos en la época de la Tecnología del Motor. Del Motor pasamos a la energía Termonuclear, la prisa nos oprime. En la velocidad que pretendemos, los pies sólo van a servir de acelerador.

El futuro que nos espera después de ir a la Luna, será dentro de unos años, dar vueltas por el espacio, como si fuéramos pompas de jabón, ¿qué misión les será reservada a nuestros pies?

Todos sabemos que la función hace al órgano, si este trabajo se atrofia. Cada vez son más los casos de pies débiles. Vamos poco a poco heredando las condiciones del medio ambiente. La herencia y el aumento demográfico adquiere caracteres alarmantes.

Cuando manda la genética hay que resignarse haciendo frente a su peligro y consecuencias.

Existen muchas enfermedades consideradas hereditarias que, con sólo padecerlas uno de los cónyuges, si estos tienen descendencia, los hijos heredan su enfermedad, el color de su pelo, o el iris de sus ojos y me atrevo a decir ¿por qué no sus pies defectuosos? (cavos, planos, equinos, varos, enfermedades de las uñas, etc.).

Siendo esto cierto, de un matrimonio que padezca alguno de estos males de los pies, lógicamente ha de ir multiplicándose merced a las normas o Leyes de Mendel aplicadas al cuadro hereditario.

Al nacer, a veces no aparecen deformidades, pero más tarde se presentan, «fecha de manifestación tardía». Así vemos evolucionar muchos pies que, al ir creciendo, cada vez se parecen más a las de sus padres o abuelos.

Morton dice: Tres cuartas partes de la juventud, padecen actualmente trastornos adquiridos o hereditarios en la estática del pie, que pueden llevarlos a incapacidad» y añade: «el pie moderno del hombre civilizado con una perfecta estructura mecánica es como una excepción».

Partiendo de las afirmaciones tan contundentes de uno de los primeros y más famosos médicos que han profundizado en el estudio de los problemas del pie como es Morton, comprenderemos la importancia capital que adquiere el cuidado de los pies infantiles.

Para que nos percatemos de la frecuencia con que se presentan estas alteraciones de mayor o menor importancia nos bastara estudiar las estadísticas publicadas por eminentes especialistas en la materia.

Así, por ejemplo, Bohen dice haber encontrado en niños de edad escolar hasta un 72% Colestok entre 200 niños halló un 80% con pies valgos o plano-valgos. Kleen y Thomas sobre 1.708 escolares, y Cook sobre 1.339, encontraron el mismo porcentaje. Ruiz Moreno en 1.870 niños, el 79,20%, y así cuantas estadísticas han pasado por nuestras manos anotan la cifra de un 70 a un 80%.

La importancia ante tales deformaciones adquiridas, va pareja con su gran responsabilidad. Tengamos presente que en este momento de la vida el esqueleto del pie constituye en realidad un conglomerado de masas cartilaginosas que unidas a la elasticidad ligamentosa propia de esta edad, dan al pie una conformación delicada y maleable, dejándose influir fácilmente por las fuerzas y presiones que sobre él actúan.

La edad que con más frecuencia se producen descompensaciones estructurales en los pies, es entre los dos y tres años, ya que en esta edad cuando los niños tienen un período de crecimiento rápido, que no es compensado con un aumento proporcional por la fuerza muscular y resistencia de ligamentos.

Por encima de los seis años de edad, normalmente el pie habrá adquirido un aspecto semejante al del adulto, si bien su osificación todavía no se habrá completado.

El niño al nacer ya presenta sus bóvedas bien conformadas. La abundancia de tejido célulo-granuloso a nivel de la planta puede conducirnos a un error en el diagnóstico. En esta temprana edad, la exploración debe ser todavía más minuciosa. El hecho de que sea tan elevado el número de pies afectados por malformaciones de más o menos importancia, podemos achacarlas a diferentes causas, siendo las más importantes las que voy a enumerar.

La salud, la actividad, los pies sanos son tan importantes para nosotros, como es nuestro trabajo para el desarrollo de nuestra vida, y el bienestar de nuestra familia.

Y, gran parte de la salud de nuestros pies adultos, se debe en la forma que fueron cuidados durante nuestra infancia.

Desde luego que todos los pies no son iguales, sin embargo unos serán mejores y otros serán peores a pesar del trato recibido en su infancia, porque han heredado de sus progenitores una constitución, pero, es nuestro deber dar a cada uno el mejor cuidado para paliar los defectos heredados, y desarrollar sus músculos y su movilidad al máximo y sobre todo vigilarlos desde el principio, para que ningún trauma externo, los deforme o impida su crecimiento normal.

Desde las primeras semanas de la vida, existe todavía la costumbre (que afortunadamente se va perdiendo) de envolver al niño y enfajarle, trabando los movimientos de los miembros inferiores, interfiriendo su desarrollo. También es costumbre colocarle medias o escarpines que limitan los movimientos de los pies.

Por desgracia, la impaciencia o un orgullo mal entendido de sus padres, hace que pongan al niño precozmente de pie y estimulen para que camine. Fácil es comprender que, con los músculos de las piernas y el pie no entrenados para esta función, los ligamentos carentes de resistencia y su esqueleto en su mayor parte cartilaginoso, es casi seguro, que esta prematura sobrecarga determine un desarrollo defectuoso de sus pies.

Para evitar malformaciones en pies normales, infantiles, es mejor esperar el momento apropiado para iniciar la deambulación y éste es aquel, en que el niño empieza a erguirse y caminar de «motu propio» descartando totalmente los andadores.

También un calzado inadecuado, puede ser causa de deformidades en los pies del niño, sobre todo si es corto.

Otra causa muy importante es que en las ciudades el desarrollo del pie infantil, se hace deambulando por terrenos duros y regulares y el calzado, con zapato más bien recio, hace que la musculatura del pie en lugar de adquirir la fuerza necesaria para soportar la carga que cada día va aumentando, se vaya debilitando por falta de ejercicios que tienden a fortalecerla.

Además de estos casos que podríamos llamar externos, existen otros de tipo interno y general como, debilidad corporal general (acompañada algunas veces de desviaciones de columna vertebral), obesidad, enfermedades que obligan a prolongadas permanencias

n cama, crecimientos rápidos, raquitismo,

Si tenemos en cuenta las causas antedi-as, fácilmente comprenderemos lo eleva- de los porcentajes de pie insuficiente o anos en los niños.

El tratamiento debe ir encaminado a res-ablecer la normalidad anatómica y funcio-al de todas las partes que componen el pie, on para nosotras las más importantes, el squeleto y los músculos.

El ejercicio, hace que los pies y las pier-as del bebé sean más fuertes. El pequeño ecesita ejercitar sus pies cuando se encuen-a en la cuna (necesita patear).

Por este motivo, las ropas de la cama, no eberían remeterse por debajo del colchón emasiado apretadas (especialmente en la ama) para que los pies no queden empaque-ados literalmente. Quizá la solución es una anta con cremallera o una tienda hecha de lambre sería más satisfactorio.

Si fuera preciso utilizar botas de lana, éstas eberán ser suficientemente amplias para ue los dedos tengan espacio para moverse bremente. Estas botas, después de algunas vadas, se encogen y el pie del niño cre-, haciéndose necesario sustituirlas.

Durante la vida, los dedos gordos, deben mplir su misión y ser capaces de moverse flexión dorsal y plantar. En la mayoría de s adultos los dedos gordos han perdido habilidad y movilidad para hacer estos mo-mientos y muchos de ellos están deforma-os.

Lo mejor que podemos hacer para prevenir-s contra esto, será usar calcetines y zapa-s tan amplios que les permitan crecer fuer-s sin opresión alguna.

Muchos niños son alentados a caminar de-asiado pronto, mucho antes que sus dedos, es y piernas estén preparados para ello y ngan la suficiente fortaleza para mantener-s en pie. Los padres, muy especialmente la adre, siente un verdadero complejo cuan-su niño de un año, todavía no camina, ientras que el de la vecina o amiga, de sólo ez meses, hace verdaderas proezas.

No debe tener prisa para ello, solamente y que permitirle que tenga libertad de mo-mientos dentro de un parque, donde pueda tear y, por supuesto, tan pronto como él considere seguro, empezará a mantener-se en pie largos ratos hasta que comience a caminar sin ayudas. Gatear es el ejercicio saludable, y no hay que avergonzarse si el niño de 12 ó 14 meses, todavía gatea.

En este período de desenvolvimiento es cuando hay que estar prevenidos para las deformidades incipientes.

El primer calzado, si los pies son normales, deberá ser blando y flexible. No caigamos en el error de algunos pueblos orientales que pensaban en la belleza de un pie pequeñito y mutilaban los pies de sus niñas, con zapatos que no se los dejaban crecer libremente.

Pensar en el dinero que se gasta en zapatos y pensar también que los pies de nuestra civilización serían más sanos si se les permitiera andar descalzos. A los niños, deberíamos acostumbrarles a estar descalzos siempre que fuera posible sobre suelos irregulares blandos o duros, haciendo ejercicio, para desarrollar al máximo sus facultades, que ya se encargará la civilización con sus modas y nuevos modelos en privar al pie de sus movimientos más naturales. No creer por un momento que el andar descalzos, les llevará a coger catarros y toser, por el contrario, los pies que se acostumbran a esto en su infancia, contribuirán a tener un futuro saludable.

Y recordar que, unos pies saludables, como serán sin duda los de estos niños bien cuidados, son la parte más importante de la salud del cuerpo.

Para terminar, vamos a proyectar una película que aunque no se ha filmado para esta ocasión, es un trabajo personal que encaja en el tema de hoy.

Muchas gracias.

Terminada la exposición se procede a un coloquio con las madres de los niños, que fue interesante y prolongado.

# *Nuevas aportaciones al radioagnóstico podológico*

Por FRANCISCO J. JORGE UGARRIZA
Podólogo - Bilbao

Se trata de nuestra casuística de helomas interdigitales afinados en un diagnóstico, con una técnica de exploración radiográfica.

Comentamos la incidencia de veinte casos, localizados en el cuarto espacio entre los dedos cuarto y quinto.

Todos habían sido tratados en otras Consultas y algunos intervenidos. Al haber recidivado todos ellos, y varios por segunda y tercera vez, ahondamos en un radioagnóstico.

Después de la minuciosa anamnesis, efectuamos una exploración ocular, separando bien los dedos cuarto y quinto con el separador de Félix Alonso Royano, inspeccionando su localización. Seguidamente con una lupa adecuada, examinamos su aspecto estableciendo el diagnóstico diferencial y comprobando si se trata de un verdadero heloma interdigital.

Con los antecedentes requeridos, presuponemos que, efectuando un procedimiento o tratamiento habitual, no resolveremos el problema pédico de un modo resolutivo con la consiguiente insatisfacción del paciente, que había depositado su confianza a la exploración radiográfica con un aparato de RX de Odontología de 15 Ma. (MILIAMPERIOS).

La técnica consiste en hacer una radiografía de nitidez de contraste y tamaño muy interpretativo, para la calidad del diagnóstico.

El paciente continúa en la camilla de exploraciones, en cuyo extremo tenemos acoplado un soporte corredero de apoyo para el pie. La postura para la impresión de los rayos Roentgen, es la de colocar al paciente sentado, con la pierna en flexión, descansando su planta sobre el apoyo para el pie. La postura para la impresión de los rayos Roentgen, es la de colocar al paciente sentado, con la pierna en flexión, descansando su planta sobre el apoyo descrito.

Utilizamos película radiodental periapical ultra-sensible, del tamaño de 8 x 6 cm. que por la ventaja de que todo este tipo de películas no precisan de chasis, la introducimos debajo de los dos o tres últimos dedos, efectuando una proyección dorso plantar digital.

En otras, cuando lo creemos preciso, completamos la técnica utilizando película radiodental, pero del tamaño de 4 x 3 cm., que colocamos verticalmente entre el espacio de los dedos del paciente y dando a la columna del tubo la angulación precisa obtenemos así otra proyección lateral bien enfocada «in situ».

La distancia que colocamos la foto-placa es de 2 a 4 cm., según el grosor de los dedos. El tiempo de exposición dos segundos. Una vez efectuado el disparo, retiramos la película. Esta se maneja y revela naturalmente en cámara oscura bajo la luz de un filtro de seguridad inactínico, que da suficiente visibilidad. El filtro lleva una lámpara de seguridad de 15 vatios y colocada de uno a tres metros de la película, la cual viene en un paquetillo plano con una finísima capa o lámina de plomo en uno de sus laterales que actúa de chasis. Trae también una pequeña lengüeta y que una vez en la cámara oscura hay que tirar de ella para arriba y hacia afuera, quedando un papel negro con una pequeña aleta de la que tiramos para retirar la película del paquetillo.

Como la película es doble y si se desconoce esta ventaja y no se retira la laminilla de separación de ambas películas con cuidado,

nos exponemos a velar la película o que nos salga muy difuminada al originarse un subrevelado por la insuficiente penetración del líquido.

Ultimamente venimos empleando la película italiana PHIL-X- autorrevelable en treinta segundos. Como todos ustedes conocen las técnicas para lograr una buena grafía con las películas que habitualmente utilizamos en nuestros gabinetes o consultas, sólo me limitaré a unos sucintos detalles, los más importantes, en la manipulación del proceso con la película radiodental.

El revelado lo realizamos con una rápida agitación intermitente en el líquido. Es importante la temperatura de la solución con respecto al tiempo de duración del revelado. A la temperatura ambiente son suficientes cinco o seis minutos. Cuanto mayor sea la temperatura de la solución, proporcionalmente será menor el tiempo de duración del revelado.

Seguidamente procederemos al enjuague, por lo menos veinte segundos, con agitación en baño detenedor o en agua corriente limpia a 16-25°C.

Fijamos las películas y aunque pueden sacarse de la solución fijadora inmediatamente que hayan aclarado (como un minuto en solución fresca) lo cual debe hacerse por ser muy conveniente para inspeccionarse, luego éstas deberán volverse a colocar dentro de la solución donde tendrán que permanecer de cinco a ocho minutos más para completar su endurecimiento. Es normativo agitar con frecuencia las películas durante el fijado.

Antes de proceder a su secado en una corriente de aire limpio, sálido y seco, previamente lavamos las películas por un espacio de tiempo mínimo de veinte minutos en agua corriente limpia, cuya fase del proceso es muy importante.

Con nuestra técnica de radiodiagnóstico utilizando los rayos X de Odontología y película radiodental, hemos obtenido radiografías de un contraste perfecto y nitidez, para un diagnóstico diferencial del tipo y causas del heloma interdigital que nos ocupa. Como el habitual aparato de rayos X podológico de nuestras consultas, efectuando una grafia digital bien enfocada, por muy nítida y contrastada que esté, deja mucho que desear al no poder existir una apreciación ósea para un diagnóstico aseverativo y de calidad, comparativamente con nuestra nueva técnica descrita de nueva aportación y objeto de esta comunicación.

Un punto en relieve en una esquina, es el lugar por donde sujetamos la radiografía en el negatoscopio para su interpretación, destacándose claramente las falanges, sus relieves óseos y toda la patología que en ellas pudiera existir.

De los casos que nos ocupan (por heloma interdigital recidivado), encontramos de los veinte aludidos en nuestra casuística, que diez y seis eran causados por una exóstosis en una de las falanges por engrosamiento: en unos casos, cinco en total, en la epifisis distal de la falange priximal del quinto dedo: El resto, en número de once, con la misma patología ósea, pero situada en la epífisis proximal de la misma falange del cuarto dedo. En el resto, cuatro, no observamos patología ósea, tratándose de unos helomas producidos simplemente por la fricción entre partes blandas.

Los primeros, tributarios de intervención quirúrgica resolutiva (condilectomía) fueron intervenidos trece con excelentes resultados, sin haber recidivado hasta la fecha.

A los cuatro sin patología ósea alguna se les practicó helectomía con la completa curación clínica hasta la fecha también.

Como es normativo en nuestro gabinete, todos los pacientes tributarios de intervención quirúrgica, son estudiados concienzuda y sistemáticamente, y en evitación de sorpresas, hacemos oscilometrías buscando hipotéticas lesiones vasculares. También hacemos análisis de orina en evitación de encontrarnos con algún paciente que fuera un diabético intratado.

De todas formas, descartamos en principio los seniles y cardiópatas descompensados. También se estudian las condiciones socioeconómicas del paciente. Fruto de esta sistemática, descubrimos en los casos en que ahora nos referimos, a tres que no pudieron ser tratados con la intervención resolutiva, por padecer respectivamente: Diabetes, el primero y los otros dos, un significativo tras-

# Verrugas y papilomas plantares

PEDRO GALARDI ECHEGARAY

Cirugía y Enfermedades del Pie
Diplomado por la U.P.A. (Argentina)
*Del equipo de Investigación de Alonso Royano*

*Papilomas.* — Son tumores benignos, del epitelio Malphigiano, formados por una parte fundamental conjuntiva con prolongaciones revestidas por un epitelio estratificado. Estos se localizan en la piel recibiendo el nombre de verrugas.

Son diferentes a las queratosis (callos) y no aparecen necesariamente en las prominencias óseas, sino pueden aparecer y de hecho aparecen, en toda la superficie plantar.

Desde el punto de vista histológico, la verruga plantar es igual a la verruga vulgar; a simple vista se diferencian en que las plantares están empotradas en la piel, debido a la presión ejercida por el peso del cuerpo sobre esta zona. En el examen microscópico no se parecen en absoluto a las queratosis de localización profunda.

La verruga es una variación patológica en el crecimiento de la piel.

Las verrugas localizadas en la planta del pie pueden ser, y generalmente son, muy dolorosas, haciendo que el paciente busque el alivio adecuado. En algunos casos, el máximo dolor se produce a la presión, mientras que en otros, este dolor se produce cuando el pie deja de ser comprimido y existe una gran afluencia de sangre, pues no tenemos que olvidar que la verruga o papiloma está muy vascularizado; luego por lo dicho, no es raro, por ejemplo, ver un niño con papiloma plantar, andar y correr. Por otra parte, nos encontraremos en casos en que la neoformación se descubre con ocasión de otro examen o exploración ajena a esta dolencia, ya que el paciente no se había dado cuenta de su existencia.

La presencia de los papilomas plantares es más frecuente en individuos jóvenes, particularmente en la edad adolescente. Siendo los de mayor predilección los individuos, cuya piel es delgada y húmeda.

*Etiologia.* — La teoría más aceptada, es la responsabilidad de un virus y por las investigaciones realizadas parece ser la etiología más responsable. Ya en el siglo XIX, se descubrió la transmisibilidad de las verrugas; pues Saarfield, de Berlín, mediante investigaciones científicas, había intentado la transplantación de las verrugas, ordinariamente con resultados positivos. De 1918 a 1921 Wile y Kingersy confirmaron este virus causal de la verruga y que las verrugas pueden producirse por infiltración de un filtrado de verrugas. En recientes investigaciones sobre este virus, se ha comprobado la tendencia que muestran algunas variedades a permanecer latentes y en estado no patógeno en las células vivas. Existe la posibilidad que eso ocurra con las verrugas, y que las irritaciones por cualquier otra causa puedan actuar comc estimulantes que ocasionan la actividad del virus e induzcan a la proliferación de las células. Así ciertos gérmenes son causantes de

---

*(Viene de la pág. anterior)*

torno oclusivo arterial, con ascilometría de 0 m/m en pedia y tibial posterior. En estos casos nos limitamos a hacer un tratamiento paliativo y enviarles con nuestro informe al Endocrinólogo y Angiólogo.

Por último, con la técnica de radiodiagnóstico, empleando aparato de Rayos X de Odontología que sirve para toda la patología ósea digital, con la utilización de película radiodental, en cuyo envoltorio perfectamente dispuesto, como ya les hemos comentado, viene doble, es decir dos películas, podemos obtener dos radiografías al mismo tiempo exactamente iguales, pudiendo entregar una al paciente y otra quedarnos nosotros. Esto produce dos efectos, uno de distinción muy significativo a la consulta y otro práctico, ya que la radiografía que nos quedamos nosotros, nos sirve para la colección de historias clínicas de nuestra casuística.

determinadas verrugas. Algunos agentes físicos y químicos otros, como los derivados de la hulla, el calor, los rayos X, etc.; también tiene un papel importante en la formación de las verrugas. Whified, sugiere, y yo pienso de la misma forma, que aunque las verrugas son, generalmente, de naturaleza infecciosa, pueden desarrollarse por un factor traumático, en cuyo caso la neoformación es el producto de la dilatación constante de los capilares a consecuencia de la irritación de los vasos cutáneos.

*Aspecto y diagnóstico.* — En la práctica, las verrugas son netamente circunscriptas por un contorno oval o circular y completamente encapsuladas. Sus bordes se definen claramente, y su centro es esponjoso, pálido y arrugado. Es bien reconocida la verruga común, pero no es fácil reconocer siempre la verruga plantar. Muchas son evidentes, pero otras, no se revelan hasta que se extirpa con el escalpelo la pastilla hiperqueratósica que las recubre. En ocasiones es muy difícil reconocer entre el heloma (callo) neurovascular crónico y una verruga cuando se hallan en una zona eminentemente córnea, poniendo por ejemplo una deformidad estática.

Si la verruga se encuentra debajo de uno de los puntos de apoyo del pie se debe hacer la diferenciación de la neoplasia y la queratosis reactiva.

El podólogo experimentado puede reconocer, a menudo, la verruga plantar por el aspecto de la pastilla hiperqueratósica que la cubre, ya que la verruga existente, produce una neoformación de las células córneas a medida que éstas se van desplazando hacia la superficie.

Es cierto que la extirpación de la pastilla hiperqueratósica que la cubre, muestra un aspecto más evidente, en forma de una esponja húmeda o una lesión seca, aislada o en grupo, con manchas marrones o negruzcas debido al punteado hemorrágico de las papilas. Las estrias de la piel se observan también desplazadas en sus extremidades y no existen sobre la zona esponjosa. Siendo este aspecto, a mi entender, el elemento más justificativo para el diagnóstico. Puede también lograrse la confirmación por el tipo de dolor generalmente, de carácter tenebrante o como en las fases precoces, en las que el paciente nos hace la comparación, «duele como si me hubiera clavado una espina en la piel». En la juventud, el comienzo súbito de un dolor, extremadamente violento por lesiones plantares, en una edad en la que no es frecuente este carácter, también ayuda a hacer el diagnóstico.

*Tratamiento.* — Hay infinidad de métodos, para la destrucción de las verrugas, desde los más sencillos hasta los más complicados, pasando por amplísima gama. Entre otros citaremos: La radioterapia, el vendaje elástico con pasta de Unna y podofilino, la electrocoagulación, el fenol al 90%, más ácido nítrico fumante, la sugestión, etc., etc.

En mi opinión, la forma radical de hacer desaparecer una verruga o papiloma plantar, es la extirpación de la misma, que se efectuará de la siguiente forma: Tres días antes de la intervención ordenaremos al paciente que efectúe una rigurosa limpieza de los pies a la mañana y a la noche con un jabón antiséptico que le recetaremos para este menester, haremos los análisis pertinentes de la sangre y orina, como son tiempo de hemorragia y coagulación y determinación de glucosa y urea.

Llegada la hora de intervenir, haremos primeramente una rigurosa limpieza del lugar y de una amplia zona circundante donde vayamos a intervenir; haremos la anestesia, con el anestésico de nuestra elección, comenzando haciendo un pequeño obón, para partiendo de este punto y haciendo las infiltraciones más profundas describir un rombo o una circunferencia, con la necesaria amplitud para efectuar nuestra intervención, haremos una incisión en forma de ojal o de gajo de naranja que profundizaremos hasta el tejido adiposo, ya que como hemos escrito en la primera parte de este tema, el papiloma nace, por así decirse, en el epitelio Malphigiano, por lo que profundizando de esta forma haremos una extirpación radical, daremos después dos o tres puntos dobles o de colchonero, cubriéndolo con un apósito estéril. Para el post-operatorio, recetaremos unos analgésicos y unos antibióticos, por lo general por vía oral. Levantaremos la cura a los tres días y si no surge ninguna complicación quitaremos los puntos a los catorce días.

# Problemas milimétricos en la biomecánica podal

Podólogo *LUIS TEJO*
(Salta)

## )LEGOMENOS

.l ensayar la denominación que encabeza )resente trabajo, tratamos de englobar en toda una serie de minúsculas alteracio- osteoarticulares de los pies, cuya ínfima resentación patológica escapa, casi siem- , a una nosología de relevancia en el enfo- común de sus problemas.

n efecto, se habla de un dedo en martillo; ux valgus; pie plano o plano valgo; juane- de sastre; pie cavo; pie equino; plano ısverso, etc., pero solamente —obsérvese ı— se hace esta referencia para expresar cuadro diagnóstico definido, omitiéndose eralmente simples desaliños de una o va- : de las piezas de su armazón fundamental. in embargo, hay pies que sufren aun care- ıdo de síntomas objetivos (visibles) o no- os en la palpación; es decir, que se mues- ı estructuralmente normales.

Entonces?... He ahí el detalle que desea- ɜ examinar con esta tarea, en busca de la ·idad que no surge totalmente a nuestro pio interrogante.

## *SINCRONIA OSTEOARTICULAR DEL PIE*

Cuando analizamos este conjunto osteoarticular en funcionamiento, no es fácil advertir lo que está sucediendo en cada uno de sus numerosos elementos anatómicos; en cambio, es sencio deducir la existencia de una maraviosa sincronización del complejo pédico-mecánico.

Se infiere, entonces, que tal perfecta sincronía hace posible una correcta distribución de las descargas, absorbiendo así cada sector el esfuerzo exacto para el cual está capacitado.

¿Pero qué ocurre, si se altera este imponderable sincronismo? Sucedería, por comparación, lo que a una máquina de relojería cuando falla uno de sus engranajes: la máquina se adelanta, se atrasa o se detiene.

El porqué de estas secuencias... ¡Supóngase que un determinado sector del cuarto segmento esté capacitado para recibir con exceso unos diez kilos y ahora —roto el equilibrio de descarga— tiene que soportar un peso mayor. Es lógico admitir, entonces, que allí los

tejidos blandos sean los primeros en sufrir las consecuencias del superexceso, puesto que ha sobrepasado su límite de resistencia.

*DIFERENTES PEQUEÑAS SECUENCIAS*

Tomemos algunos ejemplos de las nombradas pequeñas secuencias posibles:

— Una leve pronación del calcáneo (sin configurar un valguismo definido) tiende a provocar distensión del gran ligamento plantar y del ligamento deltoideo (especialmente en sus fibras profundas). Lo que de hecho originaría trastornos a nivel de la planta y en la región lateral interna de la subastragalina, con repercusión a la astragalo-escafoidea.

— Una ligera rotación del primer metatarsiano produciría una micro luxación de la articulación primera cunealmetatarsiana —si la cuña no lo acompaña— promoviendo distensión de sus ligamentos plantares, a la vez que modifica el apoyo normal de la cabeza de éste e influenciando en la primera articulación metatarso-falángica. Sumándose a los malestares propios de esta situación, la probable formación de helomas en la región plantar de la cabeza del primer metatarsiano y posiblemente, también, en el borde del pulpejo del dedo gordo.

— Un minúsculo desaliño de los metatarsianos centrales puede dar lugar a la instalación de helomas a dicha altura de la planta (epífisis), particularmente si la piel no cuenta con una buena almohadia adiposa o la misma ha sido desplazada.

— De la misma manera, una breve rotación hacia adentro del quinto metatarsiano trae la posible implantación de helomas en la planta a nivel de la apófisis estiloidea o de la cabeza (epífisis) del citado hueso.

Estos ejemplos, con sus consecuencias más resaltantes en los pies, trascienden muchas veces sus síntomas a las piernas y nos dejan la inquietud de profundizar «in extenso» sus complicadas variantes, siempre dentro del aspecto milimétrico en la biomecánica podal.

*CAUSAS PROBABLES*

Si descartáramos —en estas minúsculas alteraciones— la ausencia de enfermedades constitucionales o el estado particular de un pie débil o hipotónico, nos quedaría por atribuir a:

1) Un estado de agotamiento en segmentos que han realizado un esfuerzo extraordinario durante un tiempo prudencial o por largos años de trabajo donde la marcha y/o la ortostática es la exigencia habitual de la tarea diaria.

2) Vicios posturales en la deambulación o en la ortostática.

3) Tracciones ejercidas por el uso frecuente de calzados o medias inadecuados.

4) Un leve traumatismo originado por el accidente que trae la brusquedad de un mal apoyo, tropezón, etc., al cual no se le diera mayor importancia luego de soportar sus primeros inconvenientes.

Insistimos: se está hablando de pies objetivamente normales y sin antecedentes clínicos de valía y, pese a ello, tienen sus padecimientos.

*EL DESEQUILIBRIO DE LAS DESCARGAS*

Cuando nos referíamos al sincronismo del complejo osteoarticular del pie, no se nos escapa el papel preponderante que juega el res-

to de los tejidos que conforman toda esa entidad anatomofisiológica de los cuartos segmentos.

Pero al examinar dichas estructuras, recordamos la enseñanza de la anatomía funcional al señalarnos los caracteres morfológicos de sus diversas piezas, como así también el trabajo que realizan.

Esto significa que, si los tejidos de sostén ceden su poder de contención para mantener a alguno de los huesos en la posición perfecta, tal modificación hará cambiar la línea de transmisión de las fuerzas receptadas.

Una serie de investigadores han ido buscando un valor coeficente racional en la distribución de las fuerzas propagadas en los distintos sectores del pie en relación con el peso que sobre los mismos recaen, sin haberse logrado una coincidencia unánime entre los más destacados estudiosos.

De todo esto, es obvio deducir que cada dispositivo con su constante juego de palancas y tracciones está dotado de una limitada capacidad de resistencia, no igual en distintos sujetos.

De todas maneras, si por cualquier contingencia en un determinado punto se satura su capacidad de resistir, es evidente que habrá síntomas de reacción como respuesta.

Esas reacciones podrían ser:

a) Malestares o dolores en una región del segmento.

b) Fatiga fácil del o los pies, con extensión a la pierna.

c) Aumento de las alteraciones osteoarticulares y, consecutivamente, mayores lesiones en la piel. Esto dentro de un tiempo variable que puede oscilar entre meses o años.

## *DENOMINACION DEL CUADRO*

Si se estuviera de acuerdo en cuanto a la existencia de las citadas leves alteraciones con influencia milimétrica en la biomecánica podal, se impondría asignarlas una denominación común y adecuada que las identifique lacónicamente, para incorporarla luego de ser discutida dentro de la nosología podológica.

Nosotros, bastante persuadidos de dicha realidad patogénica, hemos pensado en la denominación *«discarrus»* —dis, contrariedad o negación, y carrus, carro, carga—; compaginándose con la significación siguiente: *Leves alteraciones de las descargas normales del pie.*

## *TERAPEUTICA APROPIADA*

Las formas terapéuticas que consideramos más apropiadas —siempre que no se relacionen con enfermedades o trastornos constitucionales— podríamos resumirlas así:

Quiropraxia, u otras técnicas fisoterápicas como: ejercicios adecuados; termoterapia seguida de masoterapia; almohadillados o bien plantillas para el caso. Agregándose los consejos necesarios respecto del ciudadano en la elección del calzado y las medias, especialmente en niños y jóvenes.

COMPAÑERO:

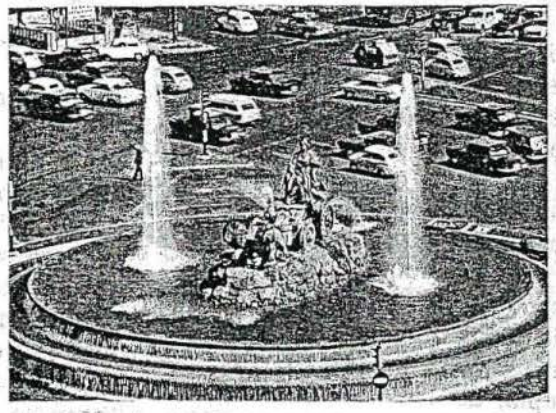
Sabemos que no nos falta tu ayuda al Portavoz profesional, pero no olvides que su renovación y superación es obra de todos.

Redactando tus experiencias profesionales prestarás un apoyo y una gran ayuda a los colegas que ejercen en poblaciones alejadas de las urbes más importantes.

# LABOR DE LAS DELEGACIONES

## Agrupación de Podólogos de España

### DELEGACION PROVINCIAL DE MADRID



*Asuntos tratados y acuerdos adoptados en la Asamblea Provincial celebrada por esta Delegación, el día 26 de noviembre de 1971, en el Salón de Actos del Iltre. Colegio Oficial de A.T.S. de Madrid.*

Presidida por el Delegado Provincial, D. Zacarías García Andrés, acompañado por los miembros de su Junta, D. Juan José Gismero Ruiz Secretario; D. Dámaso García San José, Tesorero; D. Pedro Guevara Robles y D. Fernando Sánchez Corral, Vocales, se inicia la sesión con la asistencia de los siguientes señores Socios e invitados:

D. Juan Pérez Lázaro, D. Luis Aycart Vijuesca, D. Antonio Báez Prieto, D. Francisco Alvarez Santos, D. Manuel Montes Vicente, D. Pío Milla Sánchez, D. Severiano Sánchez Fajardo, D. José Martínez Cruz, D. Silvestre San Martín Prieto, D.ª María Teresa Arauz Cebas, D. Jesús Urbina Gómez, D. Rafael Gallego Castro, D. Felipe García de Francisco, D. Fermín García Vecilla, D. Luis Casas Conde, D. Francisco Lebrero Serrano, D. Ricardo Becerro de Bengoa, D. Conrado Giménez Gil, D. Mariano Gómez González, D. José Calvo Sánchez, D. Antonio Villalba López, D. José del Río del Amo, D. José González Rincón, D. Roberto Núñez Carmona, D. Eleuterio Enrique González Gómez, D. Félix Pérez París, D. José Félix Rodríguez Rodríguez, D. Francisco Gutiérrez Benet, D. Marcial Elena del Mazo, D.ª Adelina Mateos, D. Carlos San Martín Espinel, D.ª María Vallejo, D. Narciso Moreno Gascó, D. Enrique Borjabad, D. Juan Urosa Salcedo, D.ª María Dolores Urosa Pascual, D. Melchor Horcajo Sanz, D. Miguel Manzano Hernández, D.ª María del Carmen de la Peña Paredes y las señoras acompañantes de García San José, de Aycart Vijuesca, de Becerro de Bengoa, de Sánchez Corral, de Gómez González y de Martín Espinel.

Tienen justificada su ausencia los Socios D. Francisco Linares García y D. Francisco Rico Nieto.

Como prólogo de la sesión, se poyecta la película titulada «PRACTICAS BIOMETRICAS», filmada y realizada por el compañero Agrupado de Barcelona y Profesor de la Escuela de Podólogos de dicha capital, D. Joaquín Solé Cuch, previa presentación por el Delegado Provincial, que justifica sus breves palabras considerando que el mencionado compañero es bien conocido entre los Agrupados de Madrid, por venir prestando desde hace tiempo su valiosa colaboración a nuestras reuniones, corroborando, con ello, unas excepcionales constantes de magnífica disposición y marcado espíritu de compañerismo. Al finalizar la proyección, seguida con gran interés, se tributa un caluroso y prolongado aplauso en honor del compañero Solé Cuch.

Seguidamente presenta a los Delegados Científicos de Laboratorios CERA-MADAUS, D. Agustín Román Fernández y D. Francisco Mateos, invitados personal y expresamente al acto, significando ser la justa correspondencia al interés demostrado por el Sr. Román Fernández, quien —dotado de una perseverancia y condiciones de profesional de la visita médica poco comunes— en el transcurso de las entrevistas periódicas que le

venía efectuando como resultado de su específico cometido de divulgación farmacológica, no había cejado en su empeño de encontrar la oportunidad de poder contactar con la especialidad en general, a fin de dar a conocer a los podólogos aquellos preparados farmaceéuticos de mayor utilidad en la práctica podológica. El Sr. Román Fernández, tras agradecer en su nombre y en el de los laboratorios que representa, la cordial acogida dispensada, pasa, acto seguido, a saludar a todos y cada uno de los asistentes, haciéndoles entrega de las correspondientes muestras para experimentación clínica y obsequiándoles con un ejemplar del block editado por su firma y destinado a facilitar la determinación paramédica longitudino-transversa del pie, ya conocido por los asistentes al Congreso Nacional de Podología de Barcelona, en el que los Laboratorios Cera-Madaus tomaron parte activa. Tras unas palabras de agradecimiento por su asistencia y de felicitación por la eficaz colaboración prestada, el Sr. Delegado despide con un cariñoso saludo —extensivo al Director de la firma— a los señores Román y Mateos, que fueron muy aplaudidos al finalizar su intervención.

Inmediatamente después, se procede o observar un minuto de silencio, como manifestación a pesar colectivo por el fallecimiento del compañero de Granada, Vocal Nacional de la Agrupación, D. Francisco Bernedo García, ocurrido en el mes de Julio, que se prorroga por otro espacio igual de tiempo como testimonio de condolencia general por los fallecimientos de las esposas de D. Luis Casas Conde y D. Alberto Diliz Bellido, respectivamente, y el del padre de D. Conrado Giménez Gil, compañeros todos agrupados de Madrid y afectados por estos sucedidos luctuosos desde la sesión anterior.

A continuación, el Delegado Provincial, dirige unas palabras de salutación y agradecimiento por su asistencia a los compañeros presentes y señoras acompañantes y, de manera muy especial, manifiesta su satisfacción por la presencia en la Sala de D. Eleuterio Enrique González Gómez, Vocal del Consejo Nacional de A.T.S. y Sub-Director de la Escuela de Podólogos de Madrid, a quien agradece sinceramente su asistencia en nombre de todos los presentes y en el suyo propio. Tras desear la más cordial bienvenida al seno social de D. José Rodrigo de Sande y D. Fernando Luis Soriano Alvarez, recientemente incorporados como Socios de Número, se pasan a desarrollar los asuntos contenidos en el *orden del día:*

1. *Lectura del acta anterior.* Hecha referencia de los asuntos tratados y acuerdos establecidos en la sesión precedente, son aprobados unánimemente en su totalidad.

2. *Informe sobre las deliberaciones y acuerdos habidos en la Asamblea General de Barcelona.* El Delegado Provincial pasa a dar cuenta de lo tratado en la Asamblea General de Barcelona, celebrada con ocasión del V Congreso Nacional de Podología, de cuyo desarrollo dice encontrarse impuestos bastantes compañeros presentes por haber asistido a la misma y, otros, por haberle interesado información telefónica a su regreso.

Comunica que, en los comienzos de la sesión, le fue tributado un emotivo y cariñoso homenaje al compañero D. Leopoldo Cabanes Profitós, Ex-Tesorero Nacional de la Agrupación, a quien el Presidente, en nombre de todos los compañeros de España y en el suyo propio, hizo entrega de la placa propuesta en su día por la Delegación Provincial de Madrid y aprobada por la Junta Directiva, como reconocimiento público y unánime a la brillante eficacia y ejemplar dedicación con que había venido desempeñando el cargo, hasta más allá del límite de las posibilidades físicas permisibles por la progresiva enfermedad que venía padeciendo desde hacía bastante tiempo. El compañero Cabanes, lamentando que su estado físico no le permitiera permanecer por mucho tiempo en la sala —tuvo necesidad de ayuda para su traslado al acto y subida a la mesa presidencial— agradeció, visiblemente emocionado, las cariñosas pruebas de afecto recibidas y deseó un total éxito a la manifestación nacional iniciada, siendo despedido con el cálido y prolongado aplauso con que fuera acogido a su llegada.

Informa que, a petición del Vocal Nacional y Delegado Provincial de Barcelona, D. Jaime Sala Pich, fue guardado un minuto de silencio como testimonio de condolencia colectiva por el súbito fallecimiento en Granada del también Vocal Nacional D. Francisco Bernedo García, que tenía anunciada su asistencia al acto.

El Secretario General procede a dar lectura del acta anterior. Queda aprobada en su tota-

lidad, salvo en lo referente al envío de las copías a las Delegaciones, que se sustituye por la publicación del acta en la Revista Nacional de Podología.

Toma la palabra el Tesorero Nacional, para presentar el presupuesto de gastos e ingresos correspondientes al eejrcicio 1971/72. Queda aprobado en todos sus punto. Con respecto a los resultados económicos de los congresos, se determina que el déficit o superávit dimanante de la organización de los mismos, corra a cargo de las Delegaciones Organizadoras, si bien —moralmente— deberán dar cuenta a la Junta de Gobierno y a la Asamblea siguiente.

En relación con el estado de cuentas, queda informada la Asamblea de la existencia de un saldo deudor —88.000 ptas. aproximadamente— correspondiente al retraso observado en el pago de cuotas sociales. Quedan encargadas las Delegaciones de aplicar las fórmulas pertinentes en pro de una rápida y definitiva solución de tan importante problema.

Prosigue el Delegado Provincial, diciendo que el resto de la sesión matinal de trabajo transcurrió en un clima de acaloramiento —en el que había observado la condición de constante moderador, convencido plenamente de la ulterior intrascendencia de la discusión suscitada a raíz de una propuesta formulada por el Vice-Presidente 1.° y que originó la protesta de la Presidencia por no haber sido presentada en la reunión previa de la Junta Directiva—, paulatinamente abonado y agudizado por diversas y numerosas intervenciones en las que, justo era reconocer, pocos asambleistas lograron estar afortunados, objetivamente ajustados y sin divagaciones personales al estricto carácter del problema surgido, producto por igual de una motivación rodeada de inoportunidad de planteamiento, de un defecto de encauzamiento e interpretación en la acogida de la motivación y de un exceso de apertura al debate general sobre un asunto que debió haberse pospuesto radicalmente para su inclusión en futura sesión, no dando lugar a que la derivación expansiva de un principio indiscutible originase tan paradógica discusión que, naturalmente, finalizó sin más consecuencias que la de una notoria contricción general e individual, ésta en grado proporcional a la parte que a cada uno había correspondido en la innecesaria controversia con que acabó la mañana.

D. Severiano Sánchez Fajardo, asambleísta en Barcelona, fundamenta la referida discusión, en dos errores: Uno, que el Vice-Presidente 1.°, por su calidad de directivo, debió abstenerse de formular propuesta fuera del Orden del Día y no sometida a la consideración precia de la Junta Directiva y, otro, que el Presidente no declarase el inmediato fuera de lugar y aplazamiento de la propuesta, haciendo con ello inviable su momentánea discusión.

Continúa el Sr. Delegado su informe diciendo que, una vez reanudada la sesión por la tarde, se acuerda ratificar el turno preferente ostentado por D. José Villafaina de la Cruz, Delegado Provincial de Badajoz, para la celebración del próximo Congreso Nacional de Podología, y aceptar la cesión de prioridad siguiente que, en nombre de Canarias, brindan gentilmente sus Delegados D. Francisco Morán Ventura y D. Artemio Méndez Martín, de Las Palmas y Tenerife, respectivamente, a favor del Vice-Presidente 2.° D. Isaías del Moral Cejalvo, por Valencia. En consecuencia, se establece que el VI CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA tenga su sede en Badajoz en Mayo de 1972; turno preferente para 1973 a favor de Valencia, seguido de Canarias en 1974.

Acto seguido, la Presidencia da cuenta del Congreso Internacional de Podología celebrado en Florencia, ya conocido por los Agrupados de Madrid que fueron informados en reunión anterior por el compañero Morán, de Las Palmas, a su regreso del mismo. Prosigue dando cuenta de la última reunión de la Federación Internacional de Podología, en la que se procedió al nombramiento de diversos cargos, se aprobó la propuesta francesa de celebrar en 1972 una mesa redonda sobre prótesis del pie y proponer sea potestad del podólogo su confección y fue aprobada la solicitud austríaca acerca de que el Congreso Internacional para 1973, se celebre en SALZBURG (Austria) que, aún cuando no presentaron el programa previo de actos, se comprometieron a celebrarlo. Oportunamente se informará sobre la organización de dicho viaje. Al informar sobre el proyecto de creación de un mercado común podológico, la Presidencia da cuenta que la representación española estimó, por

el momento, no serle conveniente el ingreso a España.

Se considera interesante proyectar un viaje colectivo a Estados Unidos en 1973. Se nombran para la gestión de presupuestos y organización del viaje, al Vice-Presidente 2.°, D. Isaías del Moral Cejalvo y a D. José Antonio Calvo García, Secretario General, quienes estudiarán la forma más conveniente de llevarlo a la práctica, sistemas para el pago diferido del importe, etc.

3. *Informe sobre el V Congreso Nacional de Podología.* El Delegado Provincial, expresa su satisfacción por haber observado que la asistencia de podólogos de su provincia ha sido más numerosa que en ocasiones anteriores, sinónimo de entusiasmo e interés por participar activamente en el desarrollo individual y colectivo de la especialidad, insistiendo una vez más, en que la colaboración de todos y cada uno de los podólogos debe ser prestada sin regateos, en la plena conciencia de que el beneficio colectivo siempre representa un indudable y directo beneficio propio.

Participa a los asistentes que tanto como Delegado como cursillista, ha salido completamente satisfecho y gratamente impresionado del cursillo pre-congreso, celebrado en la Escuela de Podólogos de Barcelona, al que asistieron muchos y muy destacados podólogos de toda España, habiendo observado con profunda admiración la estrecha identidad y colaboración reinante entre la Junta de Profesores y la Delegación Provincial, muchos de cuyos directivos participan en las actividades docentes de la Escuela, que les invita a que aporten sus conocimientos y experiencia y, al mismo tiempo, den fe a los alumnos de la existencia de compañeros que vivieron y viven, sintieron y sienten, dedicaron su esfuerzo a la regulación de la especialidad y dedican su tiempo y entusiasmo a la consolidación y engrandecimiento de la profesión a la que han de incorporarse una vez finalizados sus estudios. Ello se traduce en una sólida labor de conjunto ,un altísimo nivel de preparación y una perfección organizadora, dignos de todo elogio, que provoca la admiración y el respeto del alumnado hacia la podología y los profesionales que la ejercen. Admiración y respeto que, merced al esfuerzo, dinámica y capacidad de trabajo de su Sub-Director D. Leonardo Escachs Clariana, se ha extendido por todas las dependencias docentes de la Facultad de Medicina y de los que no podía escapar el Director de la Escuela y Catedrático de Patología Quirúrgica, Prof. D. Ramón Arandes Adán, que en el saludo dirigido a los cursillistas, después de expresar su absoluta confianza en la capacidad demostrada por los dirigentes y totalidad de profesores y colaboradores en la enseñanza, puso de manifiesto su gran satisfacción de ver tantos y tan prestigiosos podólogos de España, toda vez que entendía por Escuela, no el centro docente encargado de preparar y formar rutinariamente a los alumnos sino, el lugar abierto, el seminario, el punto obligado de reunión de los ya consagrados en la especialidad que, aportando sus valiosos conocimientos y con el esfuerzo conjunto, posibilitase la perfecta coordinación de criterios, única manera de conseguir la verdadera escuela creadora que merecía toda profesión que se preciara de serlo, y máxime la podología que gozaba desde hacía mucho tiempo de su total estima y consideración, sintiéndose muy honrado en que la ocasión le hubiese deparado el poder figurar como Director de la Escuela de Barcelona, que tenía sus puertas abiertas constantemente a todos los podólogos.

Comunica que fue él precisamente quien, por decisión de los compañeros cursillistas, hubo de corresponder al saludo del Prof. Arandes, a quien transmitió, en nombre de todos, su profundo agradecimiento por la excepcional acogida recibida, por lo que de prestigio aportaba a la podología el que tan excepcional figura de la medicina española se dignase dirigir una de sus Escuelas y por su innegable espíritu podológico que, además de granjearle el cariño incondicional de todos, había logrado la consideración del más distinguido amigo, siendo conocido en cualquier rincón donde existiese un profesional de la podología ya que su nombre figuraba, en lugar privilegiado, en la más humilde de nuestras bibliotecas. Le rogaba aceptase el tributo colectivo de felicitación —extensivo a todos los que de una u otra manera contribuían a la ejemplar marcha de la Escuela— por la competencia y objetivo dinamismo observados y vividos, y la justa reciprocidad a su afecto con el absoluto de todos los presentes. El Profesor Arandes dio por terminada su visita

en medio del entusiasta aplauso de los cursillistas puestos en pie, apreciándosele una franca emoción.

Califica de muy sobresalientes y altamente provechosos los tres cursos monográficos. Eminentemente prácticos, se realizaron demostraciones diversas, se dieron a conocer nuevos materiales, técnicas de exploración y diagnóstico, tratamientos indicados, etc. y se establecieron, en cada caso, coloquios y conclusiones muy sustanciales. Del esfuerzo realizado para obtener el mayor éxito de los cursos, da una clara idea el que para resolver el inconveniente creado por una asistencia mayor de la prevista, fue instalado un circuito cerrado de televisión que hizo posible sincronizar con las aulas los departamentos de trabajo: moldeado, cirugía, radiología, exploración, etc., así como, en honor de los asistentes —dada la época estival— fue instalado un moderno sistema de refrigeración.

Seguidamente da cuenta del magnífico desarrllo del V CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA, celebrado en el magno y sobrio Palacio de Congresos de Barcelona. Desde la conferencia magistral pronunciada por el Profesor Arandes, objetiva en su exposición, profunda en contenido, insuperablemente docente, que puede calificarse sin lugar a dudas como la mejor de las dictadas hasta ahora en el interés de este ejemplar Congreso, modelo de organización y superación profesional en el que todos los compañeros conferenciantes obtuvieron una alta calificación científica. Las comunicaciones fueron clasificadas por grupos y días, celebrándose al final de cada jornada, una mesa redonda sobre los temas tratados, integrada por los compañeros más calificados en cada materia, actuando casi siempre de coordinador el compañero D. Pablo Vilató Ruiz, Profesor de la Escuela de Podólogos de Barcelona, que volvió a demostrar con sus intervenciones, una colosal y vasta gama de conocimientos profesionales de alto nivel. En resumen, puede ser calificado de excepcional el V CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA que por su absoluto éxito ha representado el justo premio al extraordinario esfuerzo y trabajo desarrollado por la COMISION ORGANIZADORA, bajo la dirección del dinámico compañero D. Jaime Sala Pich. Delegado de Barcelona, que merece en pleno y sin excepción alguna el mayor agradecimiento y felicitación por su impecable labor, significando que los actos turísticos no por lo abundantes han quedado a la zaga de los científicos y posibles —por su valor— gracias a la más numerosa y cuantiosa colaboración de casas comerciales y laboratorios habida hasta la fecha en nuestras manifestaciones.

Refiere el amplio eco obtenido por el Congreso en la prensa de toda España, televisión y radiodifusión, informado que a través de los micrófonos de la más importante emisora local e invitado por la Comisión Organizadora, tuvo ocasión —en unión de los compañeros Sala Pich, Vidán y Santomé— de tratar ciertos aspectos de la normativa profiláctica del pie, retransmisión que duró cerca de media hora en el programa de mayor difusión y audición del mediodía.

Anuncia que habiendo sido recopiladas en un libreto las conferencias presentadas, irán dándose a conocer en sucesivas reuniones provinciales.

Informa de las principales conclusiones del Congreso: 1.ª Proyectar una campaña de divulgación nacional sobre profilaxis del pie. La Junta Directiva de la Agrupación estudiará los temas más idóneos y su homogeneidad de exposición, dando las oportunas instrucciones a los Delegados para su puesta en marcha. Da cuenta de la primera gestión de la Presidencia al respecto, procediendo a la Lectura del presupuesto anticipado por una agencia, al enterarse de la conclusión por los medios informativos. 2.ª Estimar improcedente la venta de zapatos en los gabinetes podológicos, por considerarla una invasión de campo comercial que contrarresta la justa exigencia de respeto inverso a la ortopedia del pie. 3.ª Considerar pernicioso el uso indiscriminado y descontrolado de la sandalia fisiológica que se viene observando, fundamentándolo en que la verdadera acción profiláctica y terapéutica se obtiene, solamente, con la adecuada limitación en el tiempo de adaptación diario.

Como broche final del Congreso, el Secretario General hizo entrega al Presidente, D. Leonardo Escachs Clariana, de un libro conteniendo la relación de compañeros adheridos al homenaje organizado en su honor, y un sobre con el importe de la recaudación obtenido (108.000 ptas. cree recordar), cantidad que fue cedida íntegramente por el homena-

jeado a favor de la Escuela de Podólogos de Barcelona. Acto seguido, desfilan por la mesa presidencial todos los Delegados asistentes para, en nombre de sus respectivas Delegaciones, tributarle el homenaje de cada una de las provincias y ofrecerle distintos motivos típicos de las localidades representadas, con expresivas dedicatorias de cariño y recuerdo. La Delegación de Madrid participó en el acto, portadora del pergamino-cuadro que, por iniciativa de D. Dámaso García San José, Tesorero Provincial, fue aprobado en oportuna asamblea. El pergamino destinado a la Sra. de Escachs, obtuvo el refrendo nacional y, con el beneplácito de todos los asistentes, fue ofrecido por Madrid en la cena de gala.

Con asistencia de los ilustrísimos señores D. Enrique Riudavets de Montes y D. Pedro Sierra Morán, presidente y Secretario del Consejo Nacional de A.T.S., respectivamente, y de ilustres personalidades de la sanidad civil y militar barcelonesas, fue clausurado el Congreso por el podólogo Agrupado de Barcelona, Procurador en Cortes y Concejal del Excmo. Ayuntamiento de la Ciudad Condal, D. Rogelio Mir Martí, que ostentaba la representación del Excmo. Sr. D. José María de Porcioles, Alcalde de la ciudad.

4. *Informe preliminar sobre el próximo Congreso Nacional de Podología.* El Delegado Provincial comunica que la fecha de celebración del mismo será la del 10 al 14 de mayo de 1972, en Badajoz, y aún cuando la Comisión Organizadora se encuentra en pleno trabajo de programación y pendiente de enviar un avance de sus acuerdos, el hecho de ostentar la Secretaría General el compañero D. José Villafaina de la Cruz es suficiente garantía para pronosticar una concienzuda organiazción. Adelanta —oficiosamente— que dentro de las visitas turísticas habrá una destinada a Lisboa. Da cuenta de que por indicación de la Presidencia ha propuesta a la Secretaría de la Comisión, sea nombrado Presidente de dicha manifestación —por su condición de extremo— el Vice-Presidente 1.° D. Juan Pérez Lázaro. Ruega a éste tenga a bien disculparle el que, con el propósito de causarle una grata sorpresa, no le haya consultado previamente en demanda de su obligada aprobación, pero seguro de no verse defraudado solicita se digne aceptar la mencionada Presidencia. D. Juan Pérez Lázaro, manifiesta su sorpresa por la decisión fraguada a sus espaldas —que disculpa— y aún cuando considera inmerecido tal honor, lo acepta sumamente honrado y agradecido al propósito de sus compañeros.

5. *Informes Generales, Delegación y Asuntos de Trámite.* El Delegado Provincial da cuenta de la situación de la Orla Provincial en preparación y comunica al respecto, que el retraso observando se debe a que accedió a la solicitud de la Casa Beringola, acerca de aplazarla por algún tiempo hasta lograr la incorporación de un número prudencial de compañeros, muchos de los cuales tuvieron que ser telefoneados personalmente para hacer posible su inclusión y hubo de dedicar varias mañanas a la clasificación de las fotografías por no haberlo hecho los propios interesados que debían haber acudido a comprobarlas. Por otra parte, el desear un dibujo especial ha representado otra considerable demora por el dibujante y cuyo trabajo ha cifrado en 3.500 ptas. cantidad que deberá ser repartida proporcionalmente entre los compañeros contenidos en la Orla y cuya decisión ha sido tomada, merced a la autorización que le fue conferida en sesión anterior, encontrándose el asunto en vías de inmediata solución y próxima su entrega por la Delegación.

Con referencia a la situación de Tesorería Provincial, D. Dámaso García San José da cuenta del entorpecimiento y retraso que en la función tesorera representa la demora observada por unos pocos en el pago de cuotas sociales, que le obligó a someter a la consideración del delegado la situación, acordando enviar el escrito recibido por todos los compañeros pendientes de abonar tres recibos o más, que ha obtenido la positiva respuesta de la mayoría. No obstante y como quiera que aún existían algunos compañeros con recibos pendientes, sin aclarar la forma de pago que estiman más aconsejable, recuerda una vez más lo interesante de rellenar la autorización bancaria pertinente que facilita mutuamente la puntualidad de las cuotas. El Delegado Provincial, significa que no puede estarse machacando constantemente sobre el mismo punto, habida cuenta del carácter voluntario de la Agrupación y de las obligaciones sociales. Comunica que por acuerdo de la Junta Directiva Provincial, se ha acor-

dado, como solución del problema, la aplicación del artículo 27 Apartado B de los Estatutos y pide la opinión de la Asamblea que, por unanimidad, refrenda dicho acuerdo. Por consiguiente, se concede un plazo para que todos los compañeros pendientes de abonar más de tres recibos aclaren su situación antes del 31 de Abril de 1972, siendo considerado el silencio como deseo de causar baja y cumplimentada la aplicación del artículo aludido en la reunión inmediatamente posterior a la fecha anunciada, dándose a conocer a la asamblea los nombres de los compañeros a quienes ha sido aplicado, así como a la Junta Directiva Nacional para la confirmación de sus correspondientes bajas.

Informa de la correspondencia habida desde la última sesión, dando cuenta de los siguientes escritos salidos:

Felicitación al Profesor Arandes Adán por concesión de la Gran Cruz de la Orden Civil de Sanidad, decisión personal de S. E. el Jefe del Estado.

Propuestas de nombramiento de Delegado Provincial de Almería a favor de D. Luis Pascua San Miguel, dirigidas a Presidencia y Secretaría General.

Informando de tal nombramiento a Tesorería Nacional y Redacción de la Revista.

Propuesta a la Secretaría de la Comisión Organizadora del Congreso de Badajoz, sobre nombramiento de Presidente del mismo, a favor del Iltmo. Sr. D. Juan Pérez Lázaro.

A varios compañeros sobre situación de la Orla Provincial. Otros, adjuntando distintos carnets sociales.

A Secretaría General remitiendo sucesivas fotografías y fichas correspondientes a nuevos agrupados.

A Tesorería Provincial sobre asuntos de orden interno administrativo.

Solicitando película científica a D. Joaquín Solé Cuch.

Propuesta sobre concesión de una medalla de la Agrupación o distinción póstuma, a favor del compañero fallecido D. Francisco Bernedo García.

Al Director de Laboratorios Cera-Madaus, invitando a su Delegado D. Agustín Román Fernández a la sesión.

Al Presidente del Iltre. Colegio Oficial de A.T.S. de Madrid en solicitud del Salón de Actos para la celebración de la presente Asamblea, adjuntando modelo de invitación conteniendo el Orden del Día correspondiente.

Solicitando a D. Severiano Sánchez Fajardo la comunicación presentada en el Congreso de Barcelona.

Como consecuencia de las referidas salidas tienen lugar, entre otras, las siguientes entradas:

Agradecimiento del Prof. D. Ramón Arandes Adán.

Nombramiento de Delegado Provincial para Almería a favor de D. Luis Pascua San Miguel, pendiente de la aprobación definitiva por la Junta Directiva.

Conformidad de la Secretaría General del Congreso de Badajoz, para que ostente la Presidencia el Vice-Presidente 1.°

De Secretaría General, acusando recibo de diversas fotografías y remitiendo carnets sociales.

De Tesorería Provincial, sobre diferentes informes y consultas de orden interno.

Película científica de D. Joaquín Solé Cuch, para su proyección.

Del Iltmo. Sr. Presidente del Colegio Oficial de A.T.S. de Madrid, remitiendo, en nombre de la Junta de Gobierno, autorización para el uso del Salón de Actos.

Del compañero D. Severiano Sánchez Fajardo, acediendo a prestar la colaboración solicitada.

Finalmente, el Delegado Provincial da cuenta a la Asamblea que en la Reunión de Presidentes, celebrada por el Consejo Nacional de A.T.S. el pasado, en gran parte al parecer, el Ante-Proyecto de Estudios de la Carretera presentado por el Colegio de Madrid, de lo que suponía enterados a los asistentes por haber sido publicado en el Boletín Informativo y Cultural de la provincia y comunicado en Asamblea General Colegial, a la que no había podido asistir —previa justificación verbal de su ausencia— por un viaje inaplazable, pero rogando al Vocal D. Pedro Guevara Robles prestase la debida asistencia personal al Acto. Intervienen los compañeros D. Antonio Báez Prieto, D. Pedro Guevara Robles y D. José del Río del Amo, que dicen haber estado y ser quizá los únicos podólogos presentes en la referida Asamblea Colegial, cuyo objetivo fundamental fue el de informar sobre un hecho ya consumado y sin posibilidad de elección, a una escasísima concurrencia que no

rimaba en modo alguno con la trascendental importancia que supone todo un nuevo Plan de Estudios a incluir en la Ley de Educación Nacional. Manifiestan haber expuesto a la Presidencia sus coincidentes puntos de vista sobre el particular y expresado su disconformidad con relación al Apartado del Ante-Proyecto, que propone un año de estudios para la especialidad, por considerarlo a todas luces insuficiente para una verdadera preparación profesional, además de suponer un marcado retroceso de la normativa actual que establece dos años específicos de estudios, aún así precarios para una perfecta puesta a punto del futuro especialista. Como quiera que era sobradamente notorio el negativo espíritu podológico contenido en el Organigrama, en el transcurso de la sesión habían solicitado conocer qué parte de colaboración había correspondido al Podólogo en su confección. Al ser sorprendentemente informados por la Presidencia de la intervención del Sr. Delegado, rogaban a éste aclarase la interrogante que se planteaba ante una actuación de tan desafortunados resultados.

Toma la palabra el Delegado, para agradecer que le haya sido formulado tal ruego, en primer lugar por ajustarse a su manera de ser y hacer, que siempre ha considerado más importante el saber cómo se hacen las cosas que las cosas que se hacen, y, en segunda, porque ello le permitía aclarar convenientemente su postura y comportamiento al respecto. Subraya que no ha tenido intervención alguna en la elaboración del mentado anteproyecto, cuyo trabajo, más o menos acertado pero indudablemente meritorio, ha corrido por entero a cargo de la Junta de Gobierno, y en cuanto a su colaboración en el mismo, si así puede ser llamada, se limitó a la de participar en una Reunión de Delegados del Colegio en la que se trataron algunos aspectos de la Ley de Educación, se interpretaron algunos de su artículos más complejos y se estudiaron las preliminares de su aplicación a la carrera y especialidades. Por lo que respecta a la carrera, su criterio personal —que debe entenderse particular al no haberse irrogado atribuciones y representatividad por desconocer la opinión de los demás podólogos—, fue —y, sin ánimo de crítica, sigue siendo su opinión—, junto al Delegado de Empresas.

Sr. Martín de Eugenio, con el que coincidió al respecto, la de exponer que debería intentarse conseguir fuera estudiada dentro de la misma carrera de medicina, con asignaturas comunes, elegidas las más convenientes, con lo que se evitarían los cursos-puente de cambios de carrera y cualquier otra consideración del Licenciado (médico) hacia el Graduado (A.T.S.), que no fuera la de hermano menor o de compañero con el que recorrió parte del mismo camino, seguido en las mismas aulas y bajo la dirección de los mismos catedráticos, atreviéndonos a pronosticar que, éstos, seguramente verían con simpatía y hasta apoyarían dicho sistema de enseñanza.

En cuanto a las especialidades, en ningún momento se propuso ni cree siquiera que pasase por la imaginación de alguno de los asistentes rebajar a un año los estudios de Podología, lo que hubiese encontrado su absoluta y decidida oposición, de producirse. Se dio por descontado que, al igual que ahora, seguirían siendo dos los años de especialización para Podología y Fisioterapia, dándose la circunstancia de que el Delegado de esta última no se conformó con los dos años y se mantuvo firme en la postura de que fueran tres los dedicados a su especialidad en paridad con el resto de países integrados en la Federación Internacional de Fisioterapia, en cuyo seno dijo no ser tenidos en cuenta más estudios que los absolutamente específicos, por lo que los correspondientes a la carrera de A.T.S. no se consideraban.

De ahí que, al ver publicado el Ante-proyecto de Estudios en nuestro Boletín Informativo, como primer sorprendido, se hubiese apresurado a solicitar información del Presidente del Colegio, quien le había aclarado que el Apartado del Organigrama referente a las especialidades era, exclusivamente a título indicativo, aclaración que trasladaba a los asistentes.

Es obvio por tales razones —concluye—, que no puede responsabilizársele del contenido del precitado Organigrama, ni, mucho menos, de su Apartado de Especialidades, si bien subraya se tenga en cuenta que una cosa es el Anteproyecto que haya presentado el Colegio de Madrid, y otra, muy distinta, lo aprobado después en Reunión de Presidentes, que muy bien pudo no hacerlo en su totalidad.

Intervienen los compañeros Sánchez Fajardo, Urbina Gómez, Montes Vicente, Gismero Rupiz, García San José, Milla Sánchez, Aycart Vijuesca, Cecerro de Bengoa, Giménez Gil, Alvarez Santos, Martínez Cruz, González Rincón, Báez Prieto, Pérez Lázaro y Guevara Robles, entre otros, constatando su coincidente temor y preocupación de que lo que califica el Delegado como indicativo pueda convertirse en definitivo, por lo que se procede a desarrollar el tema.

A resultas de las oportunas deliberaciones sobre el tan repetido Organigrama del Ante-Proyecto de Estudios, aprobado en Reunión de Presidentes Provinciales y publicado en el Boletín Informativo y Cultural del Colegio de Madrid, de común acuerdo y siempre desde el punto de vista podológico, se establecen las siguientes conclusiones, que deberán remitirse por la Delegación a los Iltmos. Sres. Presidentes del Consejo Nacional de A.T.S. y del Colegio Oficial de A.T.S. de Madrid, respectivamente:

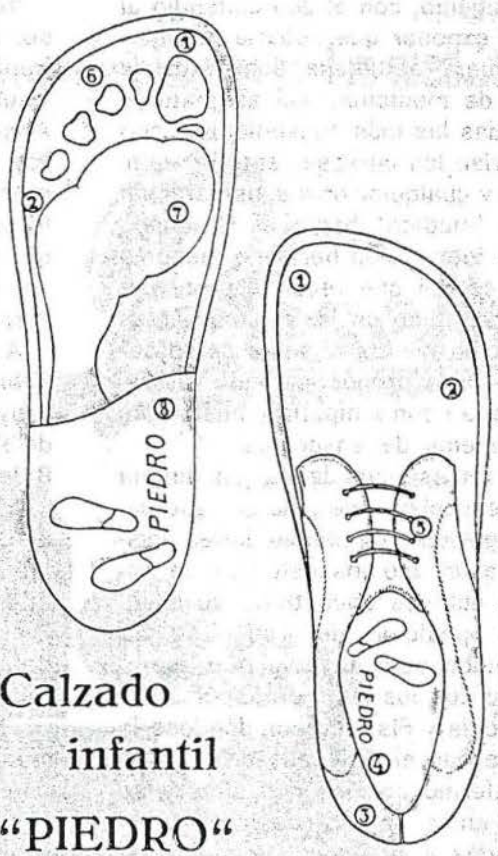
a) Pronunciamiento respetuoso hacia el mencionado Organigrama por cuanto representa de trabajo y esfuerzo desarrollado por la Junta de Gobierno del Colegio de Madrid en pro de la superación en exclusiva de la carrera de A.T.S. ya que por lo que respecta a las especialidades y más concretamente a la Podología, se aprecia, en el Apartado correspondiente del mismo, un estudio somero y difuminado de su problemática —entendido involuntario— que resulta lesivo al régimen de estudios vigente y a los actuales podólogos en ejercicio —se subraya en ejercicio—, por no coincidir su contenido con los deseos de los propios especialistas que la ejercen, evidenciándose la falta de participación general activa del sector tanto en la confección previa como en la posterior elección del Anteproyecto.

b) Poner de manifiesto su consternación y preocupación por tal motivo y lamentar tener que verse obligados a pronunciarse en total desacuerdo con el aludido Apartado del Organigrama referido que propone un año de estudios para Podología, por considerar que ni siquiera a título indicativo debió partirse en la propuesta de una base inferior a la de dos años netos y completos, cuando menos, de especialización.

c) Reconocer su absoluta ignorancia so-

bre el resto de Ante-proyecto de Estudios presentados en la citada Reunión de Presidentes, que no concuerda con el cauce necesario a la obtención de un ante-proyecto con carácter de verdadera expresión colectiva, imprescindible en un asunto tan trascendental como la Reforma de Estudios, estimando que deberían haberse dado a conocer previamente y en su totalidad a la Clase en general y a cada actividad profesional en particular para que, mediante las correspondientes Asambleas Provinciales de Delegación, se hubiese ofrecido la posibilidad de estudiar por separado las características y elementos más aprovechables de cada ante-proyecto, que permitiesen la razonada y razonable elección del más conveniente a la proyección futura del conjunto pero a satisfacción; también, de cada sector profesional, posibilitándoseles la elaboración de sus propios ante-proyectos de no encontrarla entre los presentados. Estimar, asimismo, que una vez establecidos los acuerdos pertinentes por cada rama profesional, previa coordinación por Reunión Nacional de Delegados de la misma, y comunicados a las Juntas de Gobierno Provinciales y al Consejo Nacional para obtener un perfecto conocimiento a todos los niveles del sentir de cada sector y establecer los puntos de convergencia o divergencia existentes entre ellos, hubiese sido el momento idóneo para dilucidar y defender elástica y razonadamente cada argumento ante el Consejo Nacional, en Reunión de Presidentes y Representantes de cada actividad, conjuntamente, llevándose a cabo la decisión final mediante un sistema de votación especial en razón directa y exactamente proporcional a la cantidad de representados por cada uno, más acorde con el sentido de manifestación nacional que debe reunir tan especial y trascendental asunto para el futuro de la Clase que, por afectar a todas sus diversas actividades y sus particulares características, entendemos excede mucho del ámbito de una normal Reunión de Presidentes y de la fortaleza de un limitado equipo de personas.

d) Significar que en estas conclusiones no hay intento de insubordinación de intransigencia ni, mucho menos, de suplantar el papel correspondiente a las Juntas de Gobierno Provinciales y a la del Consejo Nacional, sino que, conscientes de la insólita etapa por que atraviesa la Clase, son producto del sólido


Calzado
infantil
"PIEDRO"

Hormas, control y garantía de
**PIEDRO INTERNATIONAL -**
Berkel, Holland

Si no tiene aún información completa consulte a "PIEDRO"

PIEDRO

Apartado 7053 — Barcelona

deseo de colaboración en pro de la máxima perfección, sólo posible con la audiencia general de cada actividad profesional en bloque, que permita obtener su sentir común y el aprovechamiento de ideas de todos los sectores colegiales que preocupados hondamente por la reforma educativa y su trascendencia social futura, pero creyéndola ocasión propiciatoria para el logro de su aspiraciones, estén en condiciones de facilitar conceptos y quieran hacerlo interviniendo directamente en la construción de su mejor futuro.

e) Hacer constar que conscientes también de la preocupación que sienten nuestros Organismos Rectores por el problema de la aplicación de la Ley de Educación, que constituye sin duda la etapa más importante y difícil de toda la historia profesional, esta Asamblea no hace otra cosa con su actitud que, con verdadero espíritu colaboracionista y de servicio constructivo no sólo a nuestra comunidad nacional y al propio futuro de su especialidad sino a la sociedad en general, de la que somos parte, desear intervenir para que, dada su manifiesta voluntad y predisposición, se pueda llegar al feliz término de un ante-proyecto a plena satisfacción general, en una Ley de Educación que nos consta creada para todos y abierta a la participación de todos los sectores de la nación.

f) Confiar en que los buenos criterios, clarividencia y sentido de justicia de nuestros Organismos Directivos, sabrán calificar de totalmente razonables las sugerencias y conclusiones de esta Asamblea, dimanantes de la inquietud de unos profesionales que, por serle de hecho y conocer precisamente su propia problemática, se consideran francamente lesionados por el tan repetido Aparado de Especialidades contenido en el Organigrama aprobado, y de honorablemente jusos sus deseos de contribución directa con l lógico intento de subsanar tal lesión, conliderando que aún es tiempo de poder evitara, con la fe y esperanza de que, llegado el momento, encontrarían la debida acogida y poyo necesario.

g) Nombrar una Comisión que, en representación de la Asamblea, solicite audiencia el Iltmo. Sr. Presidente del Consejo Nacional de A.T.S., a fin de obtener, de su benéolo proceder, una objetiva información sobre la situación de la Podología con respecto al ante-proyecto en cuestión y se encargue de trasladarla a la próxima Reunión. Sometida a la correspondiente elección, la Comisión encargada de dicha gestión queda integrada por los siguientes señores: D. Zacarías García Andrés; D. José González Rincón; D. Manuel Montes Vicentes; D. Jesús Urbina Gómez; D. Dámaso García San José; D. Luis Aycart Vijuesca y D. Pedro Guevara Robles.

h) En virtud del acuerdo anterior, se califican de provisionales las conclusiones y sugerencias de esta Asamblea con relación al Ante-Proyecto de Estudios, hasta tanto la Comisión Nombrada el efecto, informe de los resultados de su gestión ante el Consejo Nacional a la Asamblea siguiente.

6. *Ruegos y preguntas.* D. Antonio Báez Prieto solicita le sea clarada cierta información que le ha llegado acerca de que fue citado su nombre en el transcurso de la Asamblea de Barcelona, lo que, de ser real, reprocha enérgicamente, toda vez que estuvo en la misma. El Delegado considera totalmente justa la hipótesis planteada por el Sr. Báez, si bien considera no se ha producido o al menos no recuerda que se le citase concretamente. Solicitada la debida colaboración de los asistentes a la Asamblea General, que ponga en Claro tal ruego, ninguno tiene idea de que fuera mencionado concretamente D. Antonio Báez Prieto.

D. Marcial Elena del Mazo solicita le sea facilitada por la Delegación una lista de asistentes al acto, a fin de remitirles el Vademecum de Prácticas de Laboratorio del Instituto Ybis, prometiendo el Sr. Delegado le será enviada de inmediato dicha relación.

7. *Conferencia o proyección de Pelicula Cientifica.* La película científica, fue proyectada al comienzo de la sesión. En cuanto a la conferencia preparada, que iba a correr a cargo del compañero D. Severiano Sánchez Fajardo, en vista de lo avanzado de la hora, se acuerda aplazarla hasta la sesión siguiente, quedando el citado compañero conforme en prestar su colaboración en la próxima reunión.

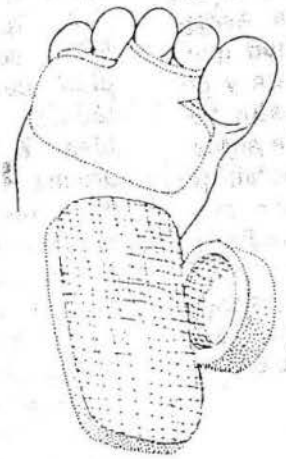
Sin más asuntos que tratar, el Sr. Delegado dio por terminada la sesión.

Madrid, enero de 1972

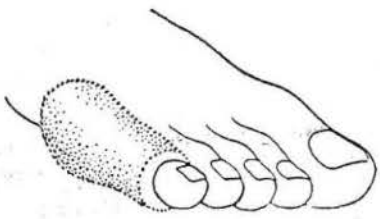
*Agrupación de Podólogos de España*
*Delegación Provincial de Madrid*

# Seton® S.A.

Al iniciar sus actividades en Podología, saluda a los especialistas españoles poniendo a su disposición su nueva gama de productos específicos.



**TUBITON**
**TUBIGRIP**
**DALZOFOAM**
**TUBIFOAM**
**PLANCHA DE LATEX ADHESIVA**
**TUBIPLAST - Adhesivo líquido estéril**
**PLANCHA DE FIELTRO**



SP

C/. Madoz, s/n. MATARO T. 390 38 78

# Delegación Provincial de Valencia

## ACTA

En el día de hoy, a las 10,30 de la noche, bajo la Presidencia del Delegado de la Zona Sr. Moral Cejalvo, actuando como Secretario accidental el que suscribe, con la asistencia de los Sres. que al margen se citan y la de los Sres. Prats Moreno, Delegado Provincial de Castellón, los compañeros Corell Nebot y Delcampo Capella, de Burriana, y el Sr. Bono González como invitado; en el Salón de Actos del Colegio Oficial de Practicantes-ATS, celebra reunión esta Delegación con el siguiente orden del día:

1.° Lectura del Acta anterior y aprobación de la misma si así procede.

2.° Informe sobre el V CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA celebrado en Barcelona.

3.° Compromiso adquirido de celebrar en Valencia el VIII Congreso Nacional.

4.° Ruegos y preguntas.

5.° Proyección de dos interesantes películas y diapositivas de sendos trabajos del compañero canario, vocal de la Junta Nacional, don Francisco J. Morán Ventura.

Previa salutación a los asistentes por la Presidencia, muy especial a la distinguida representación de Castellón, se abre la sesión con la lectura del Acta anteerior que es aprobada por unanimidad.

En cuanto al 2.° orden del día, la Presidencia informa sobre el V Congreso Nacional celebrado en Barcelona y sus principales características así como de la Asamblea celebrada con esta ocasión y acuerdos de uno y otra.

Los compañeros Ferris March y Hernández Santandreu, asistentes al mismo y al cursillo pre-Congreso, expresaron interesantes pormenores de los mismos, especialmente en cuanto al Cursillo de perfeccionamiento. La Presidencia hizo por último referencia al homenaje a Escachs, proceso del mismo y de la cesión de su importe total (unas 108.000 pesetas) a beneficio de la Escuela. El acto fue extraordinariamente emotivo quedando constancia de la merecidísima estimación que nuestra comunidad siente por su Presidente, por su caballerosidad, amistad verdadera hacia todos y entrega absoluta y apasionada por la defensa de la especialidad y cuanto a ésta respecta. El Congreso, con la asistencia de los Sres. Riudavest y Sierra Morán, Presidente y Secretario respectivamente de nuestro Consejo Nacional de A.T.S., fue clausurado por el compañero Podólogo de Barcelona, don Rogelio Mir, Procurador en Cortes y Concejal del Excmo. Ayuntamiento de

Barcelona, que lo hizo en nombre del Excmo. Sr. Alcalde.

En cuanto al próximo Congreso, se acordó celebrarlo sobre el mes de mayo o junio en Badajoz sobre el cual informaremos oportunamente en cuanto tengamos noticias de sus pormenores. Igualmente, por galante cesión del Delegado de Las Palmas de Gran Canaria, Sr. Morant Ventura, que lo tenía solicitado con prioridad, se acordó celebrar el VII Congreso en Valencia. A este respecto y previas consultas con las Delegaciones de Alicante y Castellón, se proyecta darle carácter regional, colaborando en la organización del mismo las tres Delegaciones (Valencia, Alicante y Castellón), con sede en la primera.

Solicitada por la Presidencia a los asistentes la conformidad o no conformidad del compromiso, se acepta unánimemente por todos. y se acuerda celebrar una reunión para constituir una Comisión con la misión de estudiar la proyección del mismo. El Sr. Prats Moreno expone algunos reparos sobre posibles dificultades de celebrar algún acto cultural en Castellón que por último se estima poder resolver satisfactoriamente. En cuanto a Alicante, la Presidencia informa de sus contactos con el Sr. Olcina, Delegado de aquella provincia y su entusiasta disposición a colaborar de la mejor forma posible.

Por último se acuerda celebrar nuevos cambios de impresiones interprovinciales al respecto para coordinar la planificación del mismo.

En ruegos y preguntas algunos asistentes manifestan su interés por tratar sobre tarifas e intrusismo y como quiera que éstas cuestiones corresponden a la Delegación del Colegio, se ruega al compañero Sr. Macián que cuando lo estime conveniente convoque una reunión para tratar de ello.

Respecto a Tesorería, el Sr. Macián pregunta qué hay o qué se hace con la parte de las cuotas de asociado que se destinan a la Delegación. El Sr. Moral, tesorero accidental manifiesta que con motivo del fin de año, en la próxima reunión presentará la liquidación oportuna y estado de cuentas de la misma, asegurando existe un saldo favorable de unos miles de pesetas, sin determinar cantidad exacta. Con este motivo se establece un diálogo entre algunos asistentes y el Sr. Macían, el cual creía que parte de su importe correspondía a la Delegación del Colegio. Tanto el Sr. Moral como el Sr. Ferrís March explican y hacen hincapié una vez más sobre la absoluta independencia económica de ambas Delegaciones, no así en cuanto a los intereses comunes y parelelos inherentes a la especialidad, quedando al fin aclarada esta cuestión. Por último se da cuenta de las altas de los compañeros José Domingo Felici, de Algemesí, y Carlos Casanova Hostench, de Játiva, dándoles la bienvenida, especialmente a este último que asiste por vez primera a la reunión.

A continuación se proyectan dos películas profesionales sonorizadas y en colores del compañero canario don Francisco J. Morán, vocal de la Junta Nacional que gentilmente y a nuestro requerimiento, cedió a la Delegación de Valencia.

Por criterio unánime de los asistentes se acordó constase en Acta y así se hace los méritos indiscutibles de los trabajos del compañero Sr. Morán y el agradecimiento de este Delegación por su excepcional y desinteresada colaboración.

No tratándose más asuntos dignos de mencionar, se levante la sesión a las 24 horas, 55' del día de hoy, 7 de noviembre de 1971.

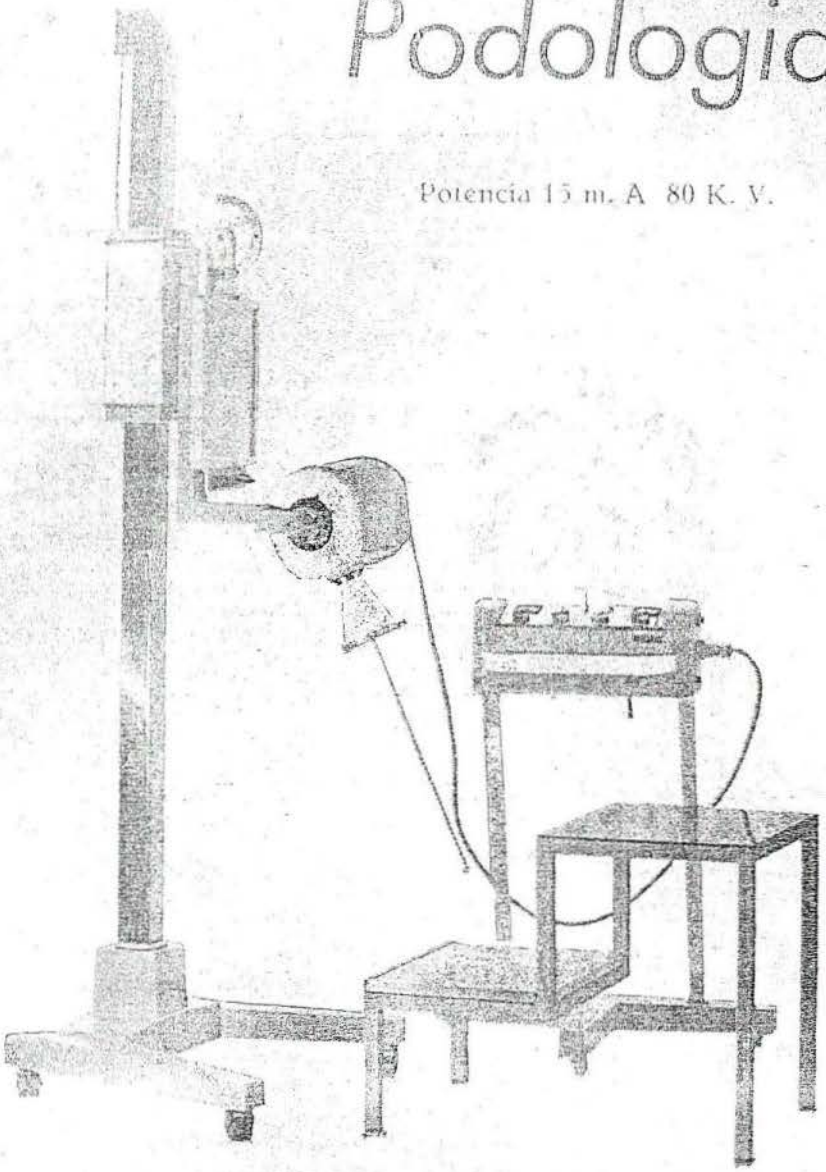
V.º B.º
Fdo.: Isaías del Moral

El Secretario accidental,
Fdo.: Vte. Barón de Morella

# MODERNO EQUIPO RADIOLOGICO PARA

# *Podologia*

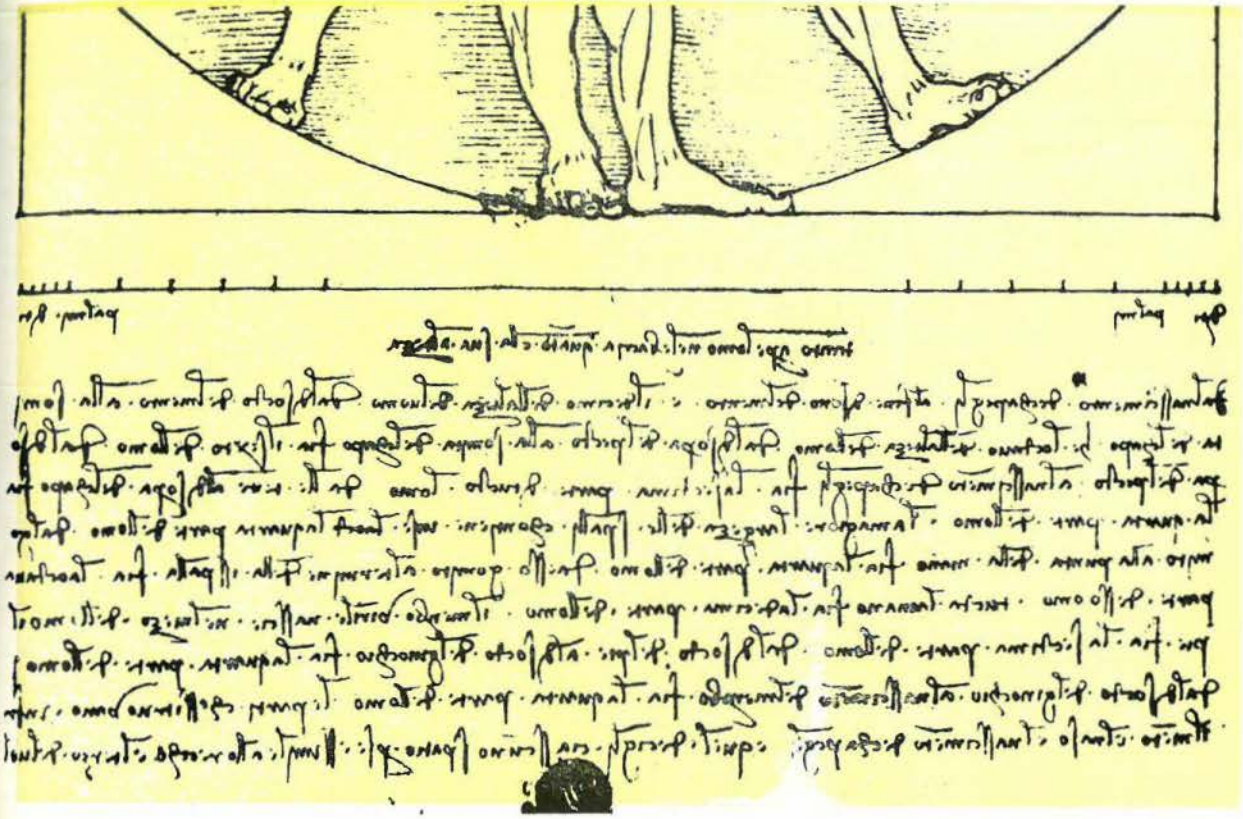
Potencia 15 m. A 80 K. V.



- Versatibilidad óptima para obtención de radioscopias y radiografias en todas posiciones y ángulos.
- Características eléctricas regulables para obtener un verdadero radioagnóstico.

**EMISA RÖNTGEN**

VERDI, 169 - Barcelona-12



# REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

A.P.E. Enero - Febrero
n.º 25 1972

**podologo:** ¿quién mejor que Ud. puede asegurar la veracidad de este slogan...?

¿quién mejor que Ud. para liberar a sus pacientes del enemigo que ataca "la raiz" de la persona...?

...¿y quién mejor que Ud. para dar vigor y tranquilidad a esa raiz, con la ayuda de...

**AKILEINE** que **descongestiona** los pies haciendo desaparecer el ardor en las plantas, a la vez que **desodoriza** y modera la transpiración ya que no contiene formol u otros productos nocivos, que puedan provocar inflamaciones o irritaciones en la piel.

**AKILTROPIC** que **neutraliza los efectos de la transpiración** y elimina la enfermedad de las piscinas.

Pida muestras a Lab. Inibsa - Loreto, 8 - BARCELONA-15

# REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

ORGANO DE LA AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

A. P. E.

Redacción y Administración:
Urgel, 47/51 - Barcelona (11)

**Director:**
Leonardo Escachs Clariana

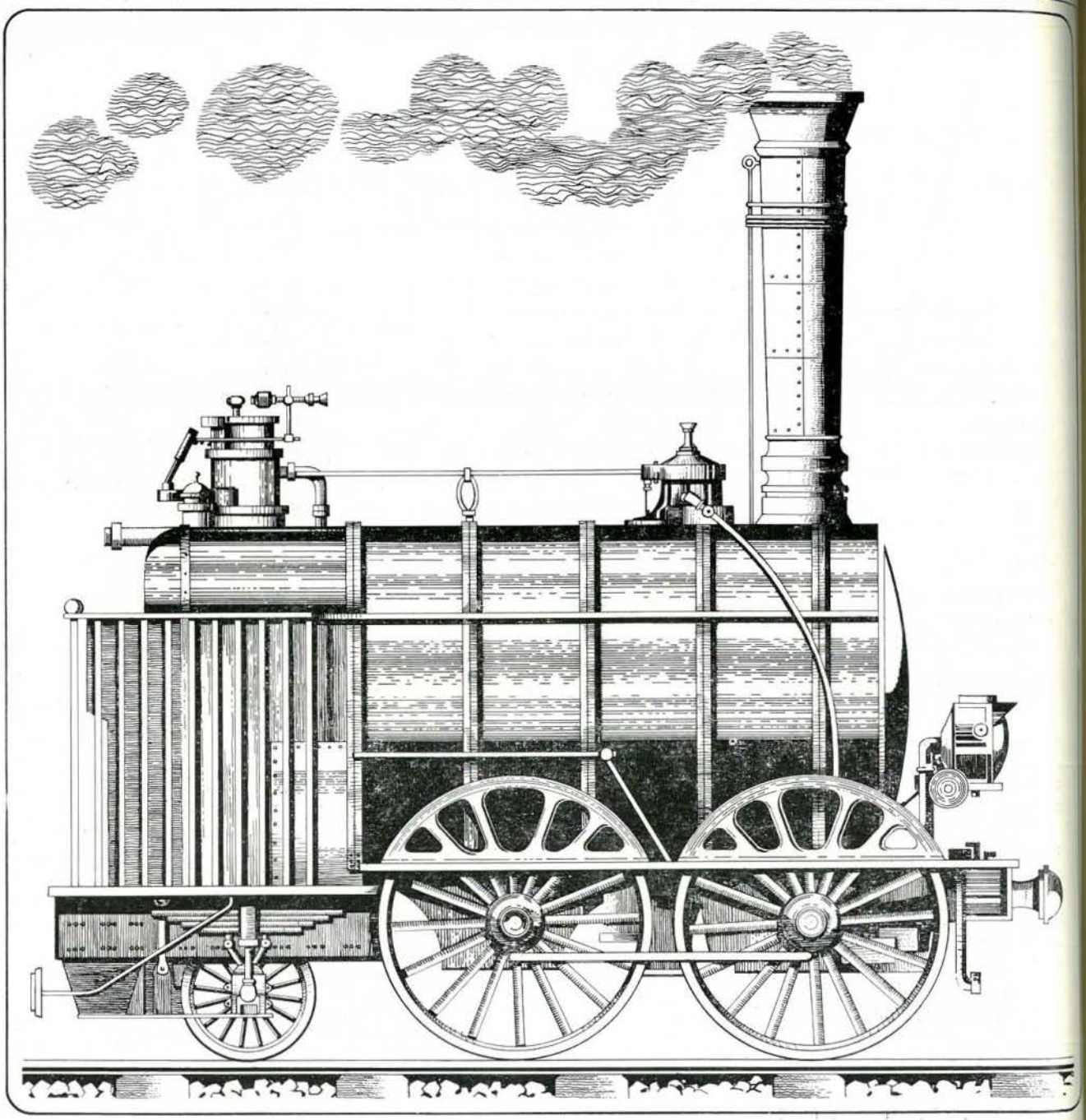
**Sub-director:**
Pablo Vilató Ruiz

**Redactor jefe:**
Francisco Mañé Domingo

Manualizaciones ESCUELA NORMAL - Deposito Legal: B. - 13484 - 1969


## SUMARIO


| | |
|---|---|
| 3 | **Junta de Gobierno** |
| 5 | **Editorial** |
| 6 | **Comida de hermandad en Madrid** |
| 7 | **El Fotopodograma en la infancia** |
| 13 | **Eczemas en los pies** |
| 21 | **Exploración y conducta a seguir en los traumatismos del pie** |
| 25 | **Técnica para la prevención del pie plano post-traumático** |
| 27 | **La podología en el mundo** |
| 29 | **Carta abierta** |
| 31 | **Viaje a EE. UU.** |



en procesos reumáticos...

**ditrone** cápsulas 100 y 200 mg (envases con 20 cápsulas)
supositorios 200 y 500 mg (envases con 16 y 10 sup. respec.)

**delta ditrone** envase con 50 cápsulas

HOSBON S.A.

# AGRUPACIÓN DE PODÓLOGOS DE ESPAÑA

## JUNTA DE GOBIERNO

| | | |
|---|---|---|
| Presidente Nacional | D. LEONARDO ESCACHS CLARIANA | Barcelona |
| Vice-Presidente 1.º | D. JUAN PEREZ LAZARO | Madrid |
| Vice-Presidente 2.º | D. ISAIAS DEL MORAL CEJALVO | Valencia |
| Secretario General | D. JOSE A. CALVO GARCIA | Zaragoza |
| Vice-Secretario | D. FRANCISCO MAÑE DOMINGO | Barcelona |
| Tesorero | D. M. GAVIN BARCELO | Barcelona |
| Contador | D. LUIS AYCART VIJUESA | Madrid |
| Vocal 1.º | D. FCO. MORAN VENTURA | Las Palmas G. Canaria |
| Vocal | D. JUAN VIDAN TORRES | S. Compostela |
| Vocal | D. LUIS INCHAURRONDO | Irún |
| Vocal | D. JOSE M.ª BAEZ BASAURI | Bilbao |
| Vocal nato | D. ZACARIAS GARCIA ANDRES | Madrid |
| Vocal nato | D. JAIME SALA PICH | Barcelona |

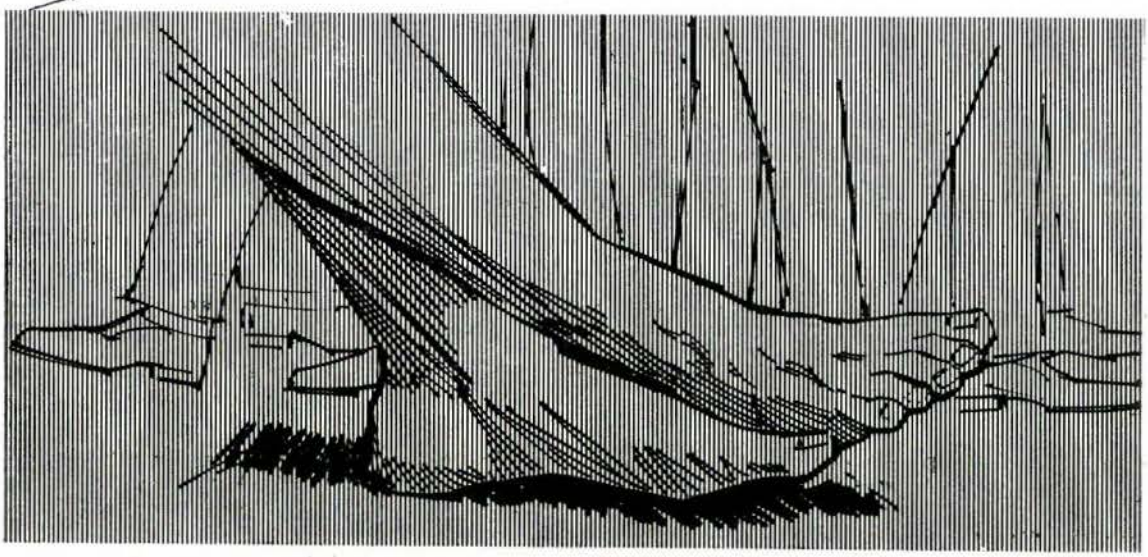
## DELEGADOS DE ZONA

**D. José M.ª Báez Basauri.** Mayor, 27, 6.º. Las Arenas. BILBAO.
**D. José Luis Inchaurrondo.** Paseo de Colón, 65. IRUN.
**D. Juan Vidán Torres.** Preguntoiro, 10. SANTIAGO DE COMPOSTELA.
**D. Antonio Báez Prieto.** Alcalá, 313. MADRID.
**D. José Antonio Calvo García.** Coso, 77, 5.º. ZARAGOZA.
**D. Jaime Sala Pich.** Muntaner, 142. BARCELONA-11.
**D. Isaías del Moral Cejalvo.** Moratín, 6. VALENCIA - 2.
**D. Francisco Bernedo García.** Príncipe, 12. GRANADA.
**D. Francisco Morán Ventura.** León y Castillo, 8. LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

## DELEGADOS PROVINCIALES

ALAVA: Sin Delegado Provincial.
ALBACETE: **D. Luis Juan Navarro.**
ALICANTE: **D. José Olcina Morales.**
ALMERIA: **D. Luis Pascua San Miguel**
AVILA: Sin Delegado Provincial.
BADAJOZ: **D. José Villafaina de la Cruz.**
BARCELONA: **D. Jaime Sala Pich.**
BILBAO: **D. Víctor Fano Ugarriza.**
BURGOS: **D. Elías Hernando Tamayo.**
CACERES: **D. Timoteo Fernández Gil.**
CADIZ: **D. Manuel Albalá Valle.**
CASTELLON: **D. Nicolás Prats Moreno.**
CIUDAD REAL: **D. Luis Barba Vázquez.**
CORDOBA: Sin Delegado Provincial.
CUENCA: **D. Gerardo Bollo de la Peña.**
GERONA: **D. José M.ª Bosch Doménech.**
GRANADA: **D. Manuel Ruiz Morales**
GUADALAJARA: Sin Delegado Provincial.
HUELVA: Sin Delegado Provincial.
HUESCA: Sin Delegado Provincial.
JAEN: **D. Leandro Rodríguez Revuelta.**
LA CORUÑA: **D. Francisco de la Cruz Agustí.**
LAS PALMAS DE GRAN CANARIA: **D. Francisco Morán Ventura.**
LEON: Sin Delegado Provincial.
LERIDA: Sin Delegado Provincial.
LOGROÑO: **D. Vicente Alvarez Pipaon.**
LUGO: Sin Delegado Provincial.
MALAGA: **D. Antonio Gutiérrez Velasco**
MADRID: **D. Zacarías García Andrés.**
MELILLA: Sin Delegado Provincial.
MURCIA: Sin Delegado Provincial.
ORENSE: **D. Elisardo Bralo Rego.**
OVIEDO: Sin Delegado Provincial.
PALENCIA: **D. Damián Porro Villarroel.**
PALMA DE MALLORCA: **Juan Bta. Brines Rubio.**
PAMPLONA: **D. Javier Sarasa.**
SALAMANCA: **D. Antonio Basas Encinas.**
SANTANDER: Sin Delegado Provincial.
SAN SEBASTIAN: **D.ª Pilar Gómez Eizaguirre.**
STA. CRUZ DE TENERIFE: **D. Armenio Méndez Martín.**
SEGOVIA: **D. Francisco García Rodríguez.**
SEVILLA: **D. Francisco J. Alvarez Gandulfo**
SORIA: Sin Delegado Provincial.
TARRAGONA: Sin Delegado Provincial.
TERUEL: Sin Delegado Provincial.
TOLEDO: Sin Delegado Provincial.
VALENCIA: **D. Manuel Campo Rodríguez.**
VALLADOLID: **D. Alfonso Domínguez Millán.**
VIGO: Sin Delegado Provincial.
ZAMORA: **D. Juan J. Miguel Barrios.**
ZARAGOZA: **D. José Antonio Calvo García.**

¡NUEVA FORMULA!



# Pentoderm®

## Crema dermoprotectora cutánea

**Tubo con 50g de crema** (62,80 ptas.).

DESDE 1880 CERA

**Laboratorios Cera, S. A.** –Aptado. 9001 - Barcelona

# EDITORIAL

*El próximo mes de abril se va a cumplir la primera década desde la consecución del Decreto que «REGLAMENTA LA ESPECIALIDAD DE PODOLOGO PARA LOS PRACTICANTES Y AYUDANTES TECNICOS SANITARIOS». Diez años lanzados a una titánica lucha de estudio y superación. Del antiguo Cirujano-Callista se ha pasado al actual Podólogo, profesional capacitado en un campo que le permite actuar con mayor propiedad en innumerables problemas de su especialidad. Y de ello dan fe todos los que a dicha Especialidad se dedican.*

*Congresos nacionales y extranjeros. Manifestaciones. Semanas Nacionales de Podología. Simposiums. Creación y puesta a punto de escuelas propias y aptas para el estudio completo de la Especialidad. Modernización de la inmensa mayoría de consultorios particulares, con magníficas instalaciones, con instrumental y materiales modernos. Todo ello puesto al servicio del paciente, es consecuencia de estos diez años de nueva orientación de la Podología.*

*¿Se ha llegado a la cima? A buen seguro que no. Ahora, al cumplirse esos diez años y dándonos cuenta de las posibilidades que todavía encierra este campo profesionaal TAN NUESTRO, es vital el seguir estudiando, trabajando, viviendo por y para esa Especialidad nuestra. No hemos de conformarnos con lo adquirido y sí, en cambio, seguir manteniendo ese noble afán de superación.*

*Hay un refrán que dice: «La unión hace la fuerza». Y los podólogos se han unido formando la Agrupación de Podólogos de España. Ahí está lo importante. Grupo. Y si este grupo de fuerzas vivas siente en lo profundo de su corazón el cariño hacia la Podología, seguirá luchando noble y denodadamente para seguir estando «al día» adquiriendo nuevos conocimientos, nuevas técnicas y métodos que permitan a quien la ejerce, aliviar cada día más las innumerables afecciones podológicas que afectan a la humanidad.*

*Otra consecuencia de estos diez años, es el disponer de una Revista profesional, propia, en cuyas páginas, regularmente, tienen cabida todos los estudios, experiencias, trabajos y proyectos de los podólogos, para divulgación y conocimiento general.*

*Reglamento de la Especialidad para los Practicantes y Ayudantes Técnicos Sanitarios. Creación de Escuelas de Podólogos. Creación de la Agrupación de Podólogos de España. Creación de la Revista Española de Podología. Todo ello, aparte del quehacer diario, es el fruto maravilloso de esa labor llevada a cabo por un nutrido grupo de compañeros que robándose horas de sueño y de solaz familiar, sin desmayo, sin descanso, con inmensa ilusión y alegría, con un gran cariño, han ido luchando en pos de esa superaación que hoy, sin lugar a dudas, disfrutan todos los podólogos españoles.*

*Proyecciones al extranjero mediante contactos personales. Desplazamientos a Congresos con participación como conferenciantes en casi todos. Miembros de la Federación Internacional de Podología en cuyo organismo España llegó a ostentar la Presidencia. Todo ese esfuerzo ha sido posible gracias a la ilusión por la especialidad de ese grupo de «quijotes», de ese grupo de compañeros que muchas veces, aun a fuer de sentirse olvidados y, por qué no, menospreciados, han seguido bregando incansables, aglutinados alrededor de la figura señera de nuestra Especialidad, el amigo Leonardo Escachs.*

*Ojalá esa labor que se ha venido desarrollando hasta ahora, siga por el mismo camino y los Podólogos españoles puedan disfrutar de por siempre de esa satisfacción propia ante el deber cumplido para con uno mismo como para con la sociedad.*

# Comida de Hermandad Podológica Madrileña

Como ya es tradicional, el pasado día 8 de diciembre se reunieron en una Comida de Hermandad un nutrido grupo de podólogos madrileños. Maravillosa tradición que reúne, al menos una vez al año, a un grupo de compañeros de profesión, manteniendo así despierta esa maravillosa llama de la amistad.

Quizás sería interesante pensar un poco en ese detalle. Quizás sería interesante que fructificara ese ejemplo de compañerismo. Quizás así, con el trato, llegáramos a conocernos mejor y a comprendernos mejor. Sea cual fuere el resultado, ahí queda ese simpático detalle de los podólogos madrileños.

Grupo de compañeros de los asistentes a la comida de hermandad que tradicionalmente vienen celebrando los podólogos madrileños el día 8 de diciembre. De izquierda a derecha, de pie: D. Zacarías García Andrés, Delegado Provincial, D. Silvestre San Martín Prieto, D. Jesús Urbina Gómez, D. Vicente Meléndez Alvarez, D. Pelegrín Meléndez Alvarez, D. Juan Pérez Lázaro, Vicepresidente Nacional, y D. Miguel de la Rubia Soriano. Sentados: D. Conrado Giménez Gil, D. Fernando Sánchez Corral, Vocal Provincial, D. Francisco Alvarez Santos, D. Pedro Guevara Robles, Vocal Provincial, D. Florencio Alejandre Penacho y D. Castor Peralejo Pérez.

# El fotopodograma en la infancia. Su interpretación

por PABLO VILATO
PODOLOGO
BARCELONA

## PREAMBULO

Al iniciar esta exposición tengo que decirles que es mi deseo de aportar a este Congreso no casos extraordinarios, sino más bien casos clínicos corrientes de la práctica diaria.

Creo con esto satisfacer el deseo de la mayoría de los asistentes. En más de veinte años de ejercicio de la profesión todos hemos visto casos raros, el caso curioso, que queda siempre en archivo en lugar preferente, pero estos no son más que curiosidades científicas. Pero el podólogo práctico a lo que aspira, es el óptimo desarrollo de su labor ordinaria. El eminente Prof. Pedro y Pons decía con su peculiar clarividencia: «No es mejor el que diagnostica las difíciles, sino las fáciles».

Me consta que desde que puse a disposición de mis compañeros el fotopodograma, casi todos lo emplean a diario; esto me satisface, como es lógico, muchos han colaborado con sus trabajos y modificaciones muy interesantes: Aymamí, con la aportación de la doble huella, Urbina, Fernández Mitjans, actualmente Farreras con sus trabajos fotográficos, son todo ello exponente vivo de la labor paciente y cotidiana.

Enfrascados en el torbellino de la vida moderna, todo de prisa, con la vista en el reloj, no tenemos tiempo de recrearnos en este bien que es el trabajo con virtud vocacional, que es un verdadero regalo del Cielo y digo yo: «Todo el tiempo que empleamos en correr es de menos en trabajar». Habría que pararse de vez en cuando, para trabajar en serio, repasar nuestros archivos de fichas clínicas, para que no reste en el trastero de nuestra mente ese bagaje tan rico, un tesoro que se llama experiencia. Urgar en la literatura podológica y médica en general, consultar en los libros y así aprovechar de la experiencia de los demás, para eso las escribieron.

Os doy las gracias al soportar con paciencia mi charla, ya que en justa correspondencia me ha obligado a remover mi fichero para construir este pequeño trabajo.

## INTRODUCCION

Si estudiamos las huellas plantares podremos apreciar casi cada día signos nuevos, son estos accidentes morfológicos que corresponden a las alteraciones esqueléticas o estáticas.

Lo más interesante son los Fotp. hechos con regularidad periódica, ya que nos da la visión de la evolución de la enfermedad, tanto en sentido favorable como desfavorable. Esto es aún más notorio en el caso del niño, ya que por sus condiciones de desarrollo la evolución es más evidente. En el llamado pie insuficiente infantil, la evolución es en condiciones normales, en sentido favorable, en el auténtico pie plano infantil o congénito (o de astrágalo vertical) es inmutable, en el pie cavus evoluciona desfavorablemente al aumentar con la edad el abovedado plantar, esto muy especialmente al sobrepasar la se-

gunda infancia, en los albores de la pubertad.

No vamos a hablar de la técnica para la obtención del Ftop. ya de todos conocida, sólo en el caso particular de los recién nacidos, pues en este caso concreto se prefiere la impresión de la huella con procedimiento antiguo, o sea, del tampón, pues aunque no se ha podido nunca observar intolerancia en la piel en contacto con el revelador fotográfico, en atención a lo delicada que es la piel del recién nacido, no interesa destruir el unteo sebáceo procedente del claustro materno, con el revelador que modificaría la acidez.

El estado nervioso e inestable de los niños pequeños puede motivar que sea casi imposible de tenerlos sometidos a la quietud, durante un tiempo mínimo para que se produzca la reacción del revelador, en este caso es preferible hacer el Ftop. en negativo utilizando la técnica de Mañe, o sea, embadurnando la planta con el fijador, esta operación no necesita el tiempo de reacción (es inmediata).

## IDENTIFIFCACION DEL RECIEN NACIDO

El problema judicial planteado para el reconocimiento de la identidad del hijo recién nacido reclamado por la madre, que denuncia ante un tribunal que el niño que se le entrega en el centro maternal, no corresponde a su verdadero hijo, suscitó en América la idea de imprimir la huella del pie en el mismo momento del alumbramiento y ulteriormente en el momento de la salida del centro asistencial. Las impresiones digitales en el recién nacido, son muy poco indelebles e imperfectas y por el contrario las líneas que surcan por la planta, más groseras, se hacen visibles desde el primer momento, éstas, según los forenses, tienen el suficiente valor para la identificación. Actualmente, este método se ha ido extendiendo universalmente y aunque aún la ley no lo exige, en la actualidad, son muchas las clínicas en nuestro país que lo emplean sistemáticamente.

Aquí podemos ver en la Figura 1 que ha proporcionado nuestra compañera, la señora

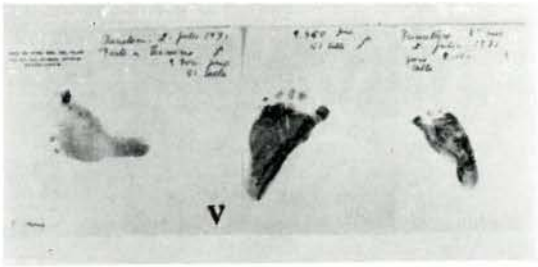


Fig. 1

Rosa Mercadé, Comadrona y recientemente titulada Podólogo por la Escuela de Barcelona.

## EVOLUCION DE LA HUELLA

Hagamos una somera revisión del proceso evolutivo del pie fetal. Ya dijimos con motivo de nuestro trabajo publicado en la Revista Nacional de Podología, «Trastornos óseos del crecimiento», cómo el pie pasa por diferentes estados postulares y morfológicos, durante la vida intrauteriana. En cada uno de los períodos de la gestación lo encontraríamos en diferentes posiciones, que tendrían su paralelismo con los pies zambos congénitos, pie equino, pies adducctus, supinatus talo, plano vg.

El pie del recién nacido presenta, en mayor o menor grado, una marcada supinación, ausencia del abovedado longitudinal, laxitud ligamentosa, ésta condiciona amplitud de los movimientos articulares. Es curioso de observar cómo los bebés pueden chuparse el dedo gordo del pie sin ninguna dificultad.

Los pulpejos de los dedos son perfectamente redondos, por el contrario en los adultos son de forma poligonal.

En los niños lactantes, los dedos en el Fotp. aparecen abiertos en abanico, se aprecia la acción de los lumbricales, en los adultos los músculos pierden su tono primero y después se atrofian y presentan formas poligonales triangular o cuadrilátera, tendencia en la mayor parte de los casos a mantenerse en garra.

El talón del lactante tiene la superficie reducida en la parte posterior del calcáneo, el Dr. Puig Serrate observó que este fenómeno se acentuaba en los niños distróficos, es debido a la horizontalidad del calcáneo.

Algunos de estos signos mencionados bien que son indicadores de la buena salud de unos pies que no han sufrido aún los efectos nocivos del calzado, pero por otra nos indicará primitivismo la separación del I dedo coloca a éste en una situación de dedo oponente, propio de los primates, este fenómeno ha sido estudiado por algunos autores americanos. Contrario a los que nos dicen en la literatura, que el pie del salvaje presenta una buena arquitectura plantar, yo les afirmo que las razas poco evolucionadas no presentan abovedado en sus plantas. He tenido ocasión de visitar estudiantes universitarios de raza negra procedentes de Guinea y en ellos he constatado la planificación de sus pies, generalmente sin desviación de ejes ni en Vg. ni en Vr. completamente asintomáticos, son pies fuertes muy capaces para el deporte, el trabajo y las marchas prolongadas.

El niño en condiciones normales debe de presentar un inicio de arquitectura plantar al segundo año, edad ésta denominada por algunos pequeña pubertad. En el transcurso de los años la bóveda plantar irá aumentando en altura hasta llegar a una máxima durante la juventud, 17 ó 18 años.

## PIE INSUFICIENTE INFANTIL

Como hemos dicho este es el pie que falsamente denominamos pie plano infantil, ya que en realidad es un pie que sólo puede ser considerado *un retraso de evolución respecto a su edad*, durante la primera infancia va acompañado, como todo práctico sabe, del geno valgo frecuentemente, este geno Vg. que se inicia a la edad de los dos años, que llega a su máximo a los tres o cuatro. Mientras persiste este geno Vg. la carga desviada hacia el borde interno del pie no es favorable para la elevación del abovedado, esto explicaría que el geno Vg. desaparece generalmente antes que el pie insuficiente, en general lo último que persiste es el calcáneo Vg. Nos estamos refiriendo al caso concreto del geno Vg. de la primera infancia, ya que el de la adolescencia reviste una mayor complicación tanto en el pronóstico, como en el tratamiento.

Basándonos en estas consideraciones, nuestro criterio es, pues, no iniciar el tratamiento de plantillas hasta bien rebasados los dos años.

La punta interna del talón (2) es lo primero que aparece en un adulto cuando el pie empieza una evolución hacia la planificación, por el contrario en el niño, lo último que desaparece cuando el pie está en vías de recuperación. Este dato es importante a considerar para comprender que el timón que gradúa el abovedado y lo responsable de las desviaciones de los ejes del pie es la posición del calcáneo. No será a todas luces erróneo esos zapatos llamados ortopédicos que solamente llevan incorporada una cuña interior a la altura del escafoides.

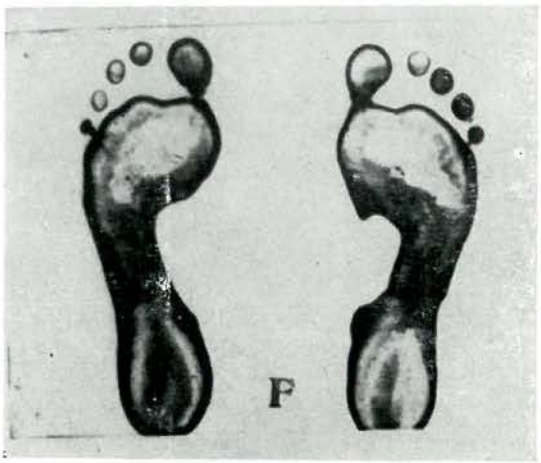



Fig. 2

Vamos a ver una serie de Fotp. seriados y sobre la marcha a comentar la evolución: Ftp. (3,4,5 ½ años). En el primero (Fig. 3)

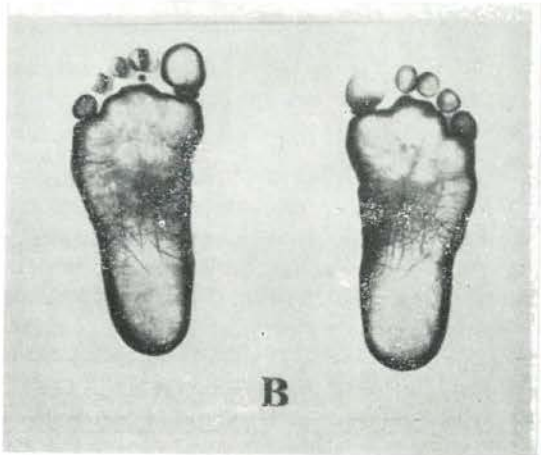



Fig. 3

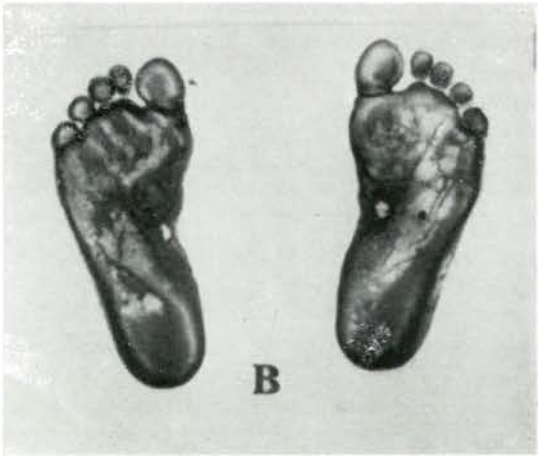



Fig. 4

vemos la impresión total de la cara plantar, en el segundo (Fig. 4) aparece el signo de la laguna, éste es un accidente que tiene que ser valorizado, nos anuncia que va a iniciarse, en breve, la recuperación del abovedado. A los cinco y medio años la huella presentaba una escotadura normal (Fig. 5)

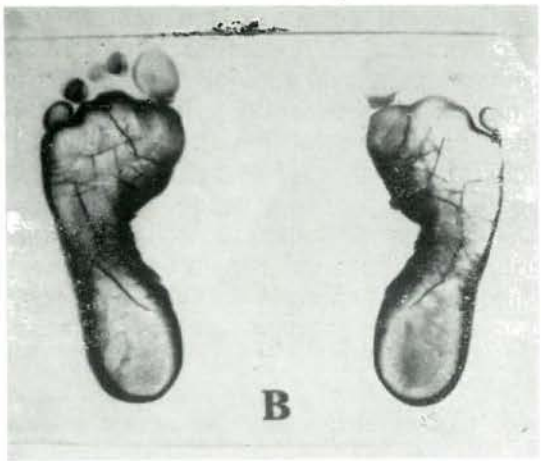



Fig. 5

En el borde del Ftop. aparece un festoneado, consecuencia de la tensión superficial del líquido revelador, que retiene mayor cantidad, cuando este festón aumenta quiere decir que la presión disminuye, este signo también tenemos que valorizarlo como pronóstico bueno, pues indica que el arco plantar va a producirse.

Fig. 6. — Huella en forma de ocho, esta se presenta cuando se produce elevación del abovedado en unos pies muy valguizados,

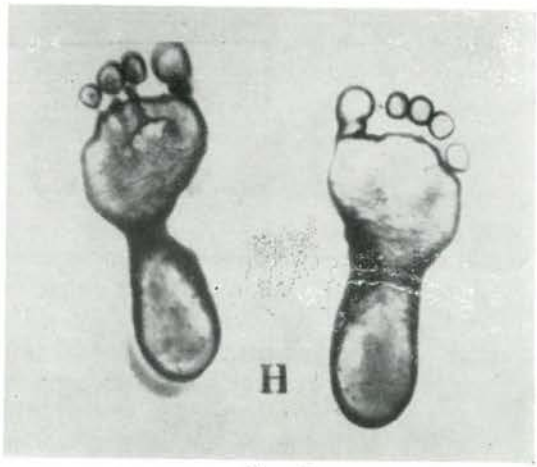



Fig. 6

acompañado de una marcada abducción de la línea de Mayer, o sea, Vg. más abducción.

## PIES PLANOS CONGENITOS

Como hemos dicho, la evolución acostumbra a ser desfavorable, pues la verticalidad del astrágalo se opone como una cuña a la rectificación.

Fig. 7. — Caso cedido por el compañero don Pedro Bravo, podólogo de Igualada (Barcelona). En él puede observarse el pie plano

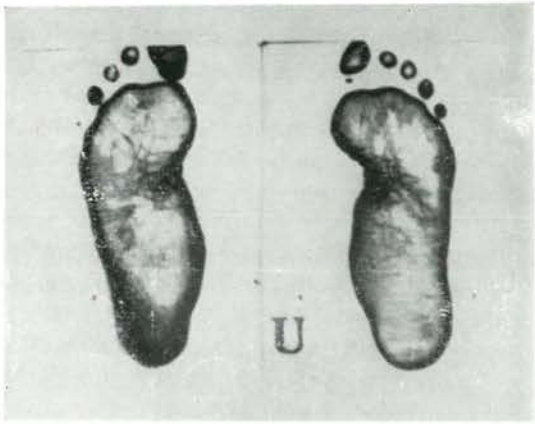



Fig. 7

deforme con su luxación astrágalo escafoidea, por otra parte vemos el equinismo del calcáneo propio del pie plano muy avanzado. Hemos trazado la proyección de los maléolos para demostrar el grado de volguismo.

PIE PLANO PIOLIOMIELITICO

Fig. 8. — He traído éste (C. M.) como muestra, el caso es lo suficiente elocuente; exagerado Vg. por parálisis de los músculos ti-

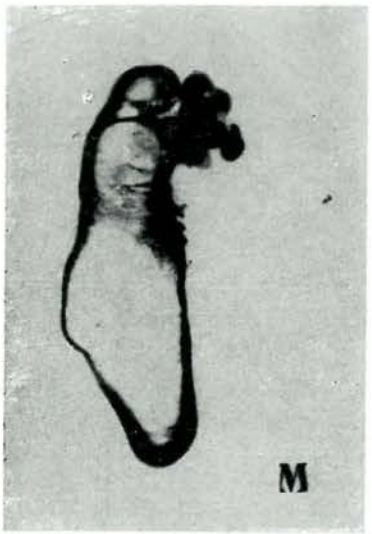



Fig. 8

biales ant. y post., luxación astrágalo-escafaidea, el borde externo del pie no contacta con el plano del suelo por el gran Vg., el calcáneo se encuentra horizontal y levanta la *cola de escorpión* citada por el Dr. Prof. Piulachs.

EVOLUCION DEL PIE CAVUS NO PARALITICO

Habrá que estudiar las dos posibilidades de pies cavus; pies cavus anterior, que denomino pie cavus metatarsal, y otro pie cavus posterior llamado por Escachs pie cavus valgo, y que yo denominaré pie cavus talus, ambos los describe el Prof. Piulachs en su libro de Quirúrgica.

Como decíamos antes, el pie cavus es de evolución estable o con tendencia a empeorar, las plantillas no solucionan la forma, si acaso únicamente la posición del talón y aun difícilmente.

En un trabajo publicado en nuestra Revista ya puse de relieve cómo los pies planos infantiles pueden degenerar en pies cavus.

Fig. 9 y 10, niño Pedro A. (9, 10 y 14 años), Este paciente afecto de reumatismo agudo (infeccioso) es tratado con cortisona, largos

Fig. 9

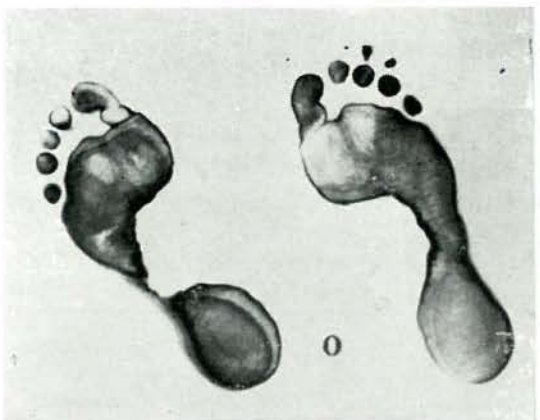



Fig. 10

períodos y dosis altas, provocando una obesidad .Pueden apreciar la punta interna de talón cómo posteriormente desaperece, pie cavus metatarsal.

PIES CAVUS POLIOMIELITICOS

Los pies cavus de la parálisis infantil presentan con frecuencia la asociación de equino varo adductus.

Fig. 11, niño de 4 años. Presenta un pie plano Vg. y el izquierdo equino varo. Vean

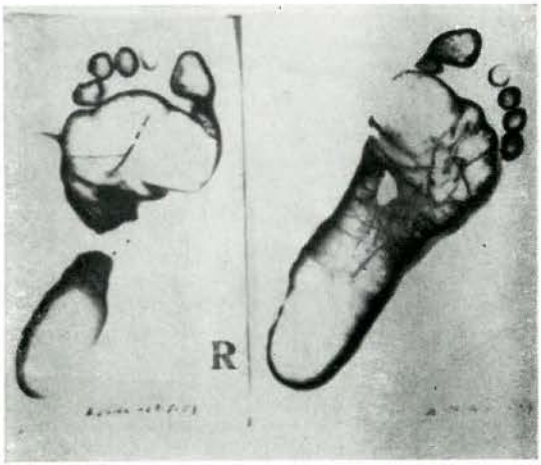



Fig. 11

la reducción de la impresión del talón, signo éste pequliar del equinismo.

CONCLUSIONES

El archivo del fotopodograma es indispensable para el estudio de la evolución del pie del niño.

II. Para el control, haciéndolo periódicamente cada año a ser posible.

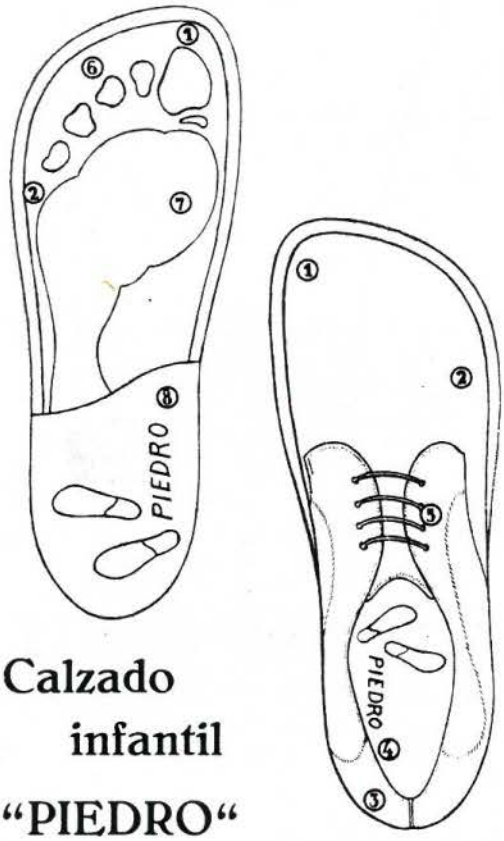
III. El valor diagnóstico es indiscutible.

IV. Nos hace falta el pronóstico prematuro en la mayor parte de los casos.

---

PODOLOGO:

Colabora en nuestra Revista exponiendo tus amplios conocimientos dentro de la profesión.


**Calzado infantil "PIEDRO"**

Hormas, control y garantía de
**PIEDRO INTERNATIONAL -**
**Berkel, Holland**

Si no tiene aún información completa consulte a **"PIEDRO"**

PIEDRO

Apartado 7053 — Barcelona

# ECZEMAS EN LOS PIES

*A la memoria del eminente Catedrático de Dermatología de la Facultad de Medicina de Barcelona, Prof. Xavier Vilanova por la simpatía y cariño que siempre dispensó a los Podólogos, y de quien conservamos un imperecedero recuerdo.*

*Conferencia desarrollada por el eminente Prof. en el Salón de Actos del Col. Of. de Practicantes de Barcelona.*

Tema difícil de desarrollar, porque es un tema muy dermatológico, y la Dermatología, es algo aparte de la Medicina. Dicen que los dermatólogos, somos médicos deformados. No lo crean Vds. Los dermatólogos somos médicos que, además de Medicina, sabemos Dermatología, que es lo que no saben los demás. Pero realmente la sintomatología, u otras causas de enfermedad, son tan distintas de las que están Vds. acostumbrados en Quirúrgica y en Médica, que realmente cuando un Dermatólogo habla a gente docta, pero no dermatóloga, debe hacer un esfuerzo para ser comprendido por ellos, porqué realmente nuestro lenguaje es distinto. Por otra parte Vds. tendrán la idea de que los dermatólogos no curamos nada. Es fama; las enfermedades de piel son las más difíciles de curar. Tampoco lo crean. Somos los médicos que curamos más. Lo que ocurre es que no podemos decir al enfermo: «está mejor, está curado». Porque ve la mancha roja. En cambio a un reumático, a uno que tose, es tan fácil decirle: «Vd. tose un poco menos, está mejor». Si pudiera ver como está su entraña y su víscera, vería que no está tan... tan mejor como el Médico le indica. Por otra parte nosotros somos más precisos que los médicos generales, nosotros precisamos la etiología hasta un punto y hasta un grado, donde las otras especialidades rara vez pueden llegar. Y conseguimos esto, no por mérito propio, sino por generosidad de las enfermedades de la piel, que nos dan en superficie todo cuanto tienen ellas. Nosotros, una erosión la podemos ver, la podemos tocar, la podemos estrujar. Podemos ver si es dura, si es blanda, el color, como cambia, si descama. El enfermo nos dice si pica, si no pica. No hemos de valernos de ningún artificio y por tanto podemos precisar mucho más, que aquellos otros que deben valerse de síntomas indirectos para precisar la lesión que causa la enfermedad.

Hoy hemos de ocuparnos del *ECZEMA DE LOS PIES*. Yo no sé si Vds. saben lo que es el eczema. Yo no lo sé. Y todos los dermatólogos conscientes de su saber, dicen que si supiesen lo que es el eczema, se atreverían a escribir un tratado de Dermatología, pero como falta el capítulo de eczema no se atreven a escribirlo. Pues de esto es de lo que yo les quiero hablar ahora. Para entendernos vamos a decir que el eczema» es una secuencia o sea, no es un hecho estático, sino que es una secuencia que empieza por edema (hinchazón), rojez, vesiculación, exudación, incrustación, descamación y curación. El eczema hace esto; se acompaña de picor y recidiva con gran facilidad. Toda lesión cutánea que tiene este aspecto, para nosotros es un eczema. Por tanto para diagnosticar eczema tendremos que ver lo que hay en aquel momento, preguntar lo que ha habido antes y enterarnos de la sintomatología que acompaña. Si las le-

siones que observamos, si los antecedentes que nos cuenta el enfermo y si el prurito acompaña a las manifestaciones cutáneas, entonces podremos decir que estamos frente a un eczema. Vds. se preguntarán: ¿Si el eczema es esto, porque dice Vd. que no sabe lo que es el eczema? Yo no lo sé por que no se lo que es una enfermedad hasta que conozco la causa y el mecanismo por el cual esta causa hace enfermar al organismo para provocar la lesión. Yo sé lo que es el eczema objetivamente; yo sé diagnosticar el eczema, tan fácil como decir... «esto es un vaso». Pero lo que ya no es tan fácil, es decir: «Este eczema está provocado por tal causa y esta causa provoca eczema en virtud de éste mecanismo fisiopatológico». Aquí esta precisamente la dificultad.

Todos Vds. tienen su profesión para curar, no para diagnosticar. Por que la verdad de la medicina está en el papel, está en la receta, está en el acto quirúrgico; no está en el diagnóstico. ¿Que sacarán Vds. en saber diagnosticar un eczema si no saben diagnosticar la causa? Sin saber diagnosticar la causa ni porque esta causa hace enfermar la piel provocando un eczema, Vds. diran... ¡Con remedios locales curaremos la lesión! De acuerdo, pero esta lesión recidibará por que no sabrán actuar ni contra la causa que la ha provocado, ni interferir el mecanismo fisopatológico en virtud de la cual esta causa hace enfermar la piel y provoca el eczema. Como yo deseo que Vds. saquen algo útil si es posible he procurado dividir el eczema de los pies, desde el punto de vista etiopatológico, en dos grandes grupos: el eczema de causa local y el eczema de causa externa o general.

En primer lugar les quiero advertir, que el pie es la parte mas ingrata del tegumento cutáneo para hacer un diagnóstico y, que siempre que pueden no diagnostiquen nunca sobre las lesiones de los pies; diagnostiquen sobre las lesiones del resto del tegumento. Porque las partes sacras, las partes terminales en virtud de un déficit circulatorio que siempre hay, tienden a uniformizar las lesiones y cuando las lesiones del pie, en lugar de ocupar todo el pie, ocupan sólo la planta, entonces hay que ser un genio, para poder hacer un diagnóstico morfológico de la lesión. Porque la hiperqueratosis, la defensa, la reacción cutánea frente a cualquier causa, enmascara de tal forma las lesiones que no hay nadie capaz de decir «esta lesión de la planta del pie es un liquen, en un psioriasis, es un eczema, es un neurodermatitis». Por tanto siempre que puedan, miren el pie —es su oficio— pero miren el resto del tegumento.

*ECZEMA DE CAUSA LOCAL:*

¿Que eczemas vamos a considerar? Yo he anotado cuatro: ECZEMA DE CONTACTO; ECZEMA MICROBIANO; ECZEMA FITOPARASITARIO y el ECZEMA DE DEFICIT CIRCULATORIO.

¿Que es el ECZEMA DE CONTACTO? Es aquel eczema, aquella lesión, que tiene la secuencia eczema, debida a la acción local de una noxa sobre nuestro tegumento. Veamos un ejemplo: Un sujeto tiene, un buen día, un prurito en la planta del pie, acompañado de una vesícula y una rojez. La picazón que ello le produce le obliga a rascarse escoriando las vesículas que exudan y luego se encostran. Un buen día aquel hombre o aquella mujer, mejora pero, al poco tiempo, aparece un nuevo brote. Si examinamos al sujeto, no encontramos nada de particular pero si, por ejemplo, le preguntamos si se ha comprado unos zapatos nuevos, la inmensa mayoría de veces resulta que si, que la persona se ha comprado no ha mucho un nuevo calzado. Entonces hemos de rogar a la persona que nos permita examinar dichos zapatos. Generalmente no podemos apreciar causa alguna que pueda originar la dolencia que estudiamos. A pesar de ello, al profesional le sigue llamando la atención aquel eczema tan localizado en los puntos de apoyo del pie, sin ninguna causa aparente, sin ninguna razón. Ante un caso así, hemos de pensar siempre que la causa, aunque no se vea, ha de radicar, forzosamente en el calzado y por tanto, hemos de aconsejar de inmediato, que el paciente deje de ponerse aquellos zapatos durante unos días. Generalmente, la cura es radical. Pero... cuando ya tenemos aquel eczema curado, hagamos la prueba de que el paciente se ponga de nuevo «aquellos» zapatos y veremos como el transtorno, el eczema, aparece de nuevo. He ahí,

el ECZEMA DE CONTACTO. El más sencillo, el más claro, pero muchas veces, el más difícil de diagnosticar. Si queremos tener la certeza de que nos encontramos ante un eczema de contacto hagamos la prueba siguiente. Raspar un poco de cuero del calzado humedeciéndolo con agua o, mejor aún, con sudor de la axila y apliquémoslo con un parche en la espalda del propio paciente. A las 48 horas aparecerá una reacción epicutánea, formándose un eczema localizado en la zona del parche, revelando así, con toda exactitud, la lesión original que tenía el sujeto en los pies. La causa de este fenómeno viene condicionada por el hecho de que la curtimbre esta hecha con bicromato potásico y este producto es el responsable directo de la reacción epicutánea que produce el cuero. Generalmente, estos eczemas de contacto los veran con más profusión en personas que padecen hiperhidrosis pués este aumento de la sudoración disuelve los bicromatos que aún conserva, los cuales, al ponerse en contacto directo con la piel, producen el citado ECZEMA DE CONTACTO.

Otro tipo de eczema de contacto que se ve con relativa frecuencia es el profesional. Es de aquel sujeto que trabaja con los pies poco protegidos y quedan en contacto directo con substancias nocivas para la piel. El albañil, por ejemplo, recibe en sus pies el polvo del cemento,de la cal, del yeso, etc. Y como este trabajo que hemos puesto como ejemplo, son muchos y muy variados los que en la vida diaria podemos encontrar. Eczemas profesionales a los que, si no eliminamos la causa directa que los origina, nos será del todo imposible poder curar. Ya podemos someter al paciente a los más enérgicos tratamientos que si no suprimimos la causa, no solucionaremos el eczema de contacto profesional.

Otro eczema muy corriente es el del nylon. Este tipo de eczema, rara vez lo apreciaremos en el pie —aunque algunas veces puede presentarse también— por tener éste una piel más resistente que otras partes del cuerpo. Este eczema, donde se ve generalmente es en la cara interna del muslo. Pero volviendo al pie que es lo que nos interesa cuando se presentan estos eczemas pensemos que la causa está más en las anilinas con que están teñidas las medias o con los tintes del calzado que en el propio nylon. Y ante estos casos no empleemos alegremente pomadas, sulfamidas —que nadie debería emplear—, penicilina local —que nadie debería emplear— pues con todo ello derivaremos hacia la formación de un eczema de contacto medicamentoso. No debemos olvidar nunca este tipo de eczema porque existe y si antes que nada estudiamos detenidamente el problema y sabemos descubrir la causa que lo ha provocado, el éxito será rotundo. Hay que ser un poco «fino» para descubrir esta causa; hay que saber un poco de Medicina y hay que pensar siempre en la posibilidad de que nos encontremos ante un caso de eczema de este tipo. No dejemos de interrogar al paciente. Preguntemos pues de todo cuanto el paciente nos diga, de toda charla a veces banal que va vertiendo en sus explicaciones, lo más probable es, que al final sepamos la verdad.

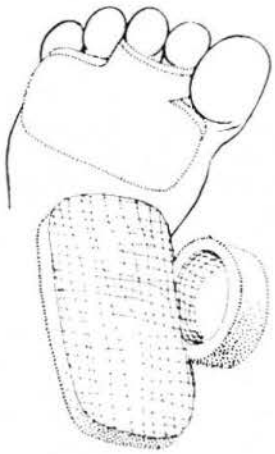
Como final de estos eczemas de contacto no olviden nunca que son ellos los que más complican el diagnóstico porque cualquier lesión del pie, cualquier eczema que no sea de contacto, tratado con cualquier pomada que no sea bien tolerada por el sujeto, deforma totalmente la deducción primera y debe curarse siempre primero el eczema de contacto que el eczema medicamentoso, antes de poder avanzar para llegar al diagnóstico real de la enfermedad.

ECZEMA MICROBIANO: En un Congreso celebrado en Lisboa fue la principal ponencia puesta a discusión por la importancia que a ello se da en todo el mundo. El día que se discutió el tema, presidía yo y, como es natural, tuve que escuchar todo cuanto allí se dijo. Francamente, no aprendí nada. Al final, tenía que hacer un resumen de lo expuesto pero... el final fue tan vacío... que no quedó nada.

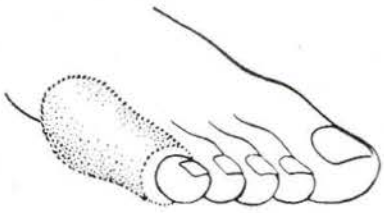
¿EL ECZEMA MICROBIANO existe? Indudablemente que existe. Ello es fácil de comprender si tenemos en cuenta que «eczema» es toda lesión cutánea que empieza por edema, rojez, vesiculación, exudación. Y si la piel exuda, es que la piel está abierta, está rota.

# Seton® S.A.

**Al iniciar sus actividades en Podología, saluda a los especialistas españoles poniendo a su disposición su nueva gama de productos específicos.**



**TUBITON**
**TUBIGRIP**
**DALZOFOAM**
**TUBIFOAM**
**PLANCHA DE LATEX ADHESIVA**
**TI PLAST - Adhesivo líquido estéril**
**PL NCHA DE FIELTRO**



**C/. Madoz, s/n.** **MATARO** **T. 390 38 78**

Todos sabemos que la piel del cuerpo humano es sucia, llena de gérmenes. Por tanto, una piel abierta, se infecta fatalmente. Y así hemos de reconocer que todos los eczemas del pie, rezumantes, exudativos, a los cuatro días son microbianos; se presenta la complicación microbiana. Pero a esto, nosotros los dermatólogos, no le llamamos «eczema microbiano», le llamamos «eczema impeticinado» o «eczema infectado». En realidad el eczema microbiano lo será sólo el primariamente microbiano. Y ahí está el problema; los sabios acordaron que esto no existe. Pero como los sabios nunca tienen razón resulta que el eczema microbiano, existe. Veamos lo siguiente:

Un sujeto hace un intértrigo entre dos dedos, hace una perionixis y va a ver no digamos al Podólogo, digamos al Dermatólogo. Y el Dermatólogo fracasa (por eso les he dicho que yo era Dermatólogo). El Dermatólogo fracasa y no cura el intértrigo ni la perionixis. Damos pomadas antibióticas, damos unas pincelaciones de violeta de genciana y después ponemos óxido amarillo de mercurio. Pero con todo ello el intértrigo y la perionixis, se van eternizando. Y lo que ha comenzado por ser un intértrigo microbiano —que no era un eczema—, por una perionixis microbiana —que no era un eczema—, resulta que los gérmenes infecciosos de estas dos lesiones han sensibilizado la piel y actuando como «noxas» —al igual que actuaba el cuero, el caucho, el nylon, las anilinas— provoca una sensibilización y aquella dermatitis microbiana, se ha convertido en un ECZEMA MICROBIANO. O sea, que el eczema microbiano no es una manifestación cutánea consecutiva a la virulencia de los gérmenes piógenos, sino que los gérmenes piógenos actúan tan solo, no como gérmenes virulentos, sino como proteínas extrañas que actuando como noxas y sensibilizando la piel, provocan una reacción eczematosa. Todo este cuadro instaurado resulta muy difícil de solucionar porque se ha de actuar sobre los gérmenes, que se multiplican, que han sensibilizado la piel y han provocado una dermatitis microbiana debiendo actuar entonces el profesional sobre un tereno sensibilizado y eczematizado, intolerante a todas las medicaciones. Actualmente al disponer en la farmacopea de medicamentos como los cortico-esteroides y los antibióticos aún podemos defendernos bastante bien. Pero antes, resultaba del todo imposible para el Dermatólogo el poderlo curar.

ECZEMA PARASITARIO: Es de todos sabido que está causado por hongos. Hasta hace poco nadie conocía la denominación «Pie de atleta» pero en cuanto se descubrió y se divulgó resulta que se han borrado casi la totalidad de eczemas de pies y sólo se queda el «pie de atleta».

El eczema fito-parasitario existe, aunque no con la enorme frecuencia que se dice. Puede presentar tres formas cada una de ellas perfectamente definida: a) La interdigital. b) La vesiculosa y c) la hiperqueratosa.

La interdigital, la sospecharán siempre por comenzar siempre en el 4.° espacio interdigital, es decir, entre el 4.° y 5.° dedos. Por las especiales características de este punto, existe más humedad que en el resto del pie, por tanto hay una mayor maceración del tejido, un aumento de calor y todo cuanto hace falta para que la queratina se ablande y el fito-parasitario pueda colonizar. Por tanto, son las condiciones anatomo-fisiológicas del 4.° espacio inter-digital las que condicionan que el eczema inter-digital asiente entre el 4.° y 5.° dedos. Generalmente el desarrollo es unilateral. Pasa del 4.° espacio al 3.° y de éste al 2.° desde donde se esparce hacia la región digito-plantar —raramente se extiende hacia el dorso del pie—. Presenta unas características de piel blanca y macerada, como sucia en las partes laterales del dedo y, en el fondo, encontramos una grieta, una fisura. Este es el prototipo del eczema inter-digital parasitario.

La forma vesiculosa, es mucho más clara de diagnóstico. Son enormes vesículas, resistentes por asentar en la capa córnea de la planta del pie. Son pues, de localización plantar, generalmente en la bóvela. Forma habitualmente una placa con tendencia a curar por el centro y a extenderse por su periferio. Pero esta placa se va esparciendo en grandes vesículas periféricas.

La forma hiper-queratósica es de muy difícil diagnosticar a no ser biológicamente. Para hacer el diagnóstico de una hiperqueratosis

plantar esencial, se ha de saber mucha Dermatología y, además, tener la inspiración Divina, porque con sólo saber Dermatología, no es posible. Vds. verán unos pies con este problema y lo más probable es que digan: «Eczema parasitario», pero ... ¿estarán seguros de ello? Si son Vds. conscientes, no. Podrán decir: Sospecho que es parasitario; creo que es parasitario; clínicamente, es parasitario, pero... seguro... no. Recordando lo que habíamos dicho anteriormente al referirnos al «Eczema de contacto» que había unas pruebas epicutáneas para saber con certeza si era o no un eczema de contacto, ahora, en el caso que nos ocupa, volvemos a estar sobre terreno firme, al poder saber con certeza si en la lesión existen fito-parásitos o no. Para ello disponemos del laboratorio. El laboratorio nos dirá inmediatamente si existe o no micelio en las escamas. ¿Hay micelio? Positivo, no hay ninguna duda. ¿No hay micelio? Entonces procederemos a un cultivo y este nos dará un resultado positivo o negativo. El resultado positivo de un cultivo tiene el mismo valor que el examen directo. No debemos tener nunca miedo de solicitar el estudio del laboratorio en tales casos, suprimiendo ese incomprensible terror que aún existe. Sacar una escama, mandarla al laboratorio y que nos dé un informe exacto del causante de la afección. Tan sólo entonces es cuando podremos instaurar un tratamiento lo más adecuado posible no incurriendo en el tan extendido error de, sin saber la causa principal, comenzar tratamientos a base de pomadas y más pomadas, pincelaciones y más pincelaciones, sin llegar a conseguir resultado positivo alguno y sí, tan sólo, que el enfermo se canse, aparte del peligro de crear una dermatitis de contacto a causa de las substancias aplicadas. Es preferible dejar al paciente sin medicación alguna, esperando el resultado del laboratorio que no proceder a la aplicación de pomadas las cuales, como digo, la inmensa mayoría de las veces no solucionarán el problema y sí, en cambio, lo agravarán.

Una enfermedad como el «Pie de atleta» que es capaz de durar meses y meses, que recidiva con enorme frecuencia, aunque creemos, que muchas de las recidivas son, simplemente, nuevos contagios. En cambio, es vital vigilar el estado de las uñas pues muchas de las recedivas son consecuencia de onicomicosis concomitantes. Es por tanto vital, de suma importancia, el proceder al examen de laboratorio que atestigüe la presencia de fitoparásitos. Una vez instaurado el diagnóstico, proceder al tratamiento sin olvidar nunca el grado de sensibilidad de la piel del paciente. Con un poco de suerte, se puede curar.

Entre los excemas que Vds. verán en el pie, de causa general, hay tres tipos que deben conocer y nodeben olvidar: a) Eczema atópico. b) Neurodermatitis localizada y c) Eczema enfermedad.

Eczema atópico. Es el eczema constitucional. El eczema infantil. El ezcema que cuando es eczema, cuando quiere seguir las pautas que nosotros marcamos, empieza a los tres meses de edad por el eczema facial con tendencia a generalizarse. Es un eczema flexurado, en codos y detrás de las rodias y que cura a los dos o tres años de edad para volver a recidivar en la pubertad, no desapareciendo ya en toda la vida. Alterna con el asma —en el mismo sujeto o en la familia— y que, por lo tanto, lleva un componente hereditario indudable. Este eczema, además de ser flexurado, se localiza muchas veces en los pies. Eczema que, a mi criterio no lo es porque no es vesiculoso. Tiene todas las características del eczema pero no forma vesícula y ésta aún, es la lesión elemental del eczema. El eczema atópico, Vds. lo habrán visto, presenta una piel rugosa, dura; una piel niquerificada, pigmentada, escoriada por el propio enfermo, razón por la cual exuda. Exuda porque el enfermo la escoria, no porque haya vesículas. No va seguida de curación; queda la infiltración de la piel. Es perenne y, además, es congénita y familiar. Esto no es un eczema. Esto llega a los pies como llega a las extremidades inferiores, como llega a cualquier parte de nuestro tegumento, pero, en los pies, aguanta más. Y aguanta más, porque es parte acra. Y es sobre estos eczemas atópicos de los pies donde se desarrollan abscesos, flemones, piodermitis y donde nosotros provocamos, muchas veces, eczemas de contacto, dermatitis medicamentosas, al aplicar pomadas reductoras que la piel no tolera. El diagnóstico no tiene muchas dificultades si Vds. aparte de los pies y ante la posibilidad de que estén ante un caso de eczema atópico, exploran otras partes del cuerpo.

Neurodermatitis. Enfermedad de moda. Hace muchos años ya lo dijo Ortega y Gasset. Dijo: «Una de las características del español, es vivir intranquilo». La neurodermatitis es la expresión cutánea de la intranquilidad del orden que sea. Y esta neurodermatitis, en el fondo, no es más que el eczema atópico localizado. O sea que si hemos de describir la neurodermatistis, lo haremos igual que el eczema atópico. Pero, en cambio, no es generalizado, no hay antecedentes familiares, no hay alternancias con el asma, no es exurado. Presenta unas placas —una o varias— en los pies, en los tobillos, con muchísima frecuencia.

Eczema enfermedad. ¿Qué es el eczema enfermedad? No lo sabe nadie. Por eso se le da esta denominación, como se le podría llamar «Eczema idiopático». Es un eczema, un genuino eczema que hace aparecer placas por el tronco, los pies, las piernas, los brazos. Que mejora cuando quiere y que empeora cuando quiere también. No es posible dominarlo, cuyas causas desconocemos totalmente y que somos incapaces de curar. Sólo podemos combatirlo actuando genéricamente sobre el componente inflamatorio mediante el empleo de cortico-esteroides por vía general si bien, al dejar de administrarlos el eczema hace de nuevo su aparición. Este eczema enfermedad se puede diagnosticar al no poderlo encajar en ninguno de los otros eczemas descritos anteriormente.

A título recordatorio solamente, me permito mencionar aquí otros dos tipos de eczema: El eczema circulatorio, con sus varices, sus úlceras, etc. El eczema hipoproteinémico, que es el eczema de los ancianos, con piernas hinchadas y muelas careadas a los que, antes se les arrancaban estas muelas buscando focos de posible infección y sometiéndolos a regímenes fuera de lugar pues, posteriormente se descubrió que el principal causante de tales eczemas hipoproteinémicos era precisamente, la carencia de proteínas en plasma. El tratamiento consistió, desde entonces, en darles estas proteínas que les faltaban, haciéndoles comer carne y pescado, obteniéndose magníficas curaciones.

Y ya hemos llegado al final. Creo que ahora es el momento de puntualizar: ¿QUE ES EL ECZEMA? Como ya les he dicho antes, yo no lo sé. En cambio, sí que me permito orientarles para que no incurran en el error —lamentable error— de suponer que es alérgico. No piensen Vds. en la alergia pues es, solamente, una forma anormal de reaccionar. Y debemos de comprender que todo enfermo es alérgico porque no hay ningún enfermo que reaccione normalmente. Ahora, si Vds. tienen el concepto de que la alergia es un mecanismo de enfermar o de ir a un conflicto antigeno-anticuerpo, debo significarles que el eczema no es alérgico porque nadie hasta ahora ha demostrado que exista un conflicto antígeno-anticuerpo. Ni nadie ha conseguido la transmisión pasiva de un enfermo a un sujeto sano. Definamos pues al eczema: EL ECZEMA ES UN PROCESO EN EL CUAL LA SENSIBILIDAD CUTANEA NO HACE FRENTE A TODAS LAS NOXAS QUE LA ACCION NORMAL ACOSTUMBRA A TOLERAR NORMALMENTE.

Creo que la definición queda bastante clara y viene avalada por la experiencia en casos como el siguiente: Cogen Vds. a una persona y la tiñen con cualquier producto y no pasa nada, pero, en otra, el mismo producto le produce un eczema. ¿Por qué? Porque tiene una sensibilidad exagerada al tinte. Igual ocurre con lo que comentábamos al principio de los tintes de los zapatos que provocaban un eczema de contacto. Pero ¿por qué no todas las personas que usan zapatos tratados con los mismos tintes sufren de eczema y sí una sola de ellas? Por qué es la única que está sensibilizada al cromo del cuero. Si Vds. se preguntan: ¿Y esta sensibilización cómo se puede corregir? Francamente les diré que de ninguna manera. Nunca desensibilizarán a un enfermo. Por esta razón, el único recuerdo que tenemos para curar a un enfermo, es encontrar la causa. Y me refiero al eczema de verdad. Esta es la razón por la cual, como también les decía al principio, se hace necesario entablar un diálogo con el paciente única manera de conseguir descubrir esta causa. Y si el eczema es parásito, busquen al fitoparásito porque es la única manera de saber adónde ir y lo que hay que hacer. Si el eczema es de causa general, manden Vds. al paciente al Dermatólogo. No quieran quedar mal. Porque el eczema atópico, el eczema flexturatum, tampoco lo cura nadie.

Hay un Dermatólogo en Los Angeles (Estados Unidos) que ha escrito con mucha gracia, sin ningún fundamento, pero creo que con mucha razón, que este eczema atópico, este eczema constitucional, «es debido a una intranquilidad protoplasmática». O sea que el sujeto que tiene un eczema atópico, tiene un modo de reaccionar intranquilo y anómalo toda la vida. Y le aparecerá un brote por un trastorno digestivo, por una disbacteriosis intestinal, por un foco séptico amigdalar, por un hecho psico-somático o por cualquier otra causa. Estas causas variarán constantemente y al enfermo le irán recidivando siempre. por tanto, el tratamiento del eczema atópico, necesita mucha Medicina, mucha paciencia, mucho cariño y mucho cuidado hacia el enfermo. Por eso son enfermos difíciles, neuróticos, agotados y, además, con mucha razón.

TRATAMIENTO del eczema: Si les pudiera dar un consejo —no me atrevo a dármelo a mí mismo— les diría lo siguiente: ¿Saben ustedes lo que es el agua bórica? Nunca ha hecho daño a nadie. ¿Saben Vds. lo que es el permanganato potásico al 1 × 8.000. Nunca ha hecho daño a nadie. ¿Saben Vds. lo que es la Pasta Lassar? Nunca ha hecho daño. Pues bien: NO SE OLVIDEN NUNCA DE ESTOS MEDICAMENTOS. Ahora bien; si Vds. saben que el eczema es fito-parasitario, darán antiparasitarios. Si el eczemaes microbiano, aplicarán aureomicina, terramicina, chemicetina a poder ser con un corticoesteroide. Si Vds. saben que están ante un eczema de contacto, suprimirán —no hay otro remedio— la causa. Si son eczemas. de causa general, que sea el Dermatólogo quien se las entienda.

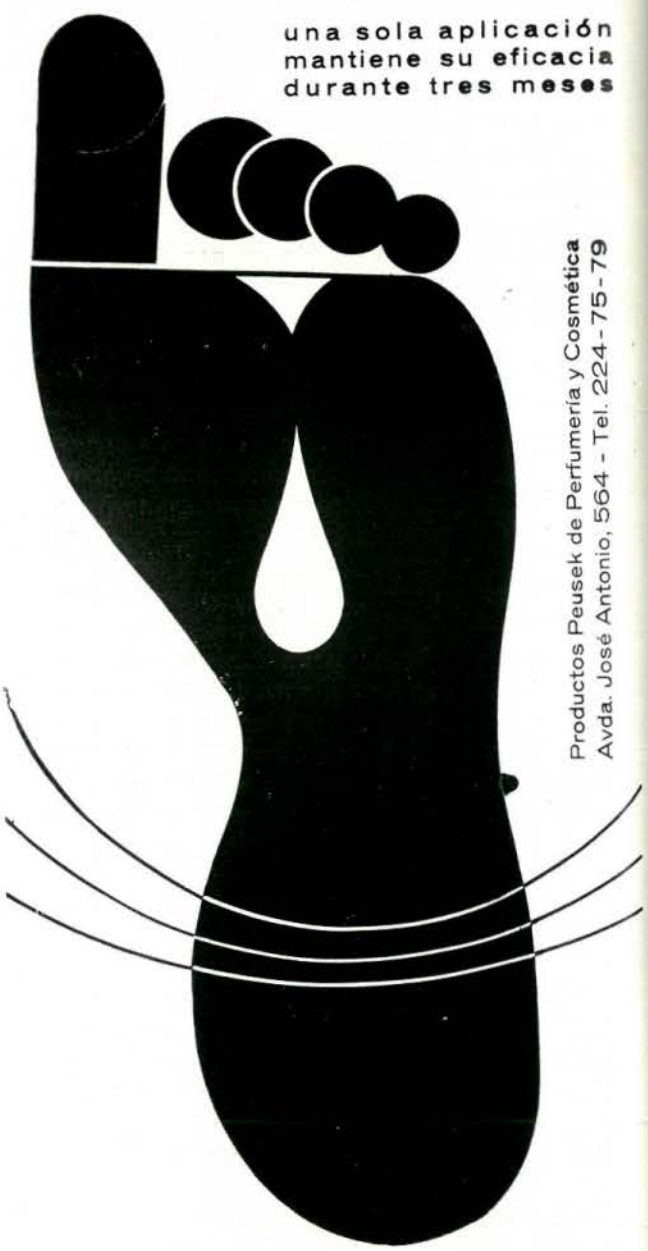
Para terminar. Hemos de tener siempre muy en presente que en toda afección cutánea de los pies hemos de recomendar reposo; cuanto más reposo mejor. Con reposo y un acierto en el medicamento elegido, curarán Vds. todos los eczemas. Y un consejo de mi larga experiencia: Si alguna vez tuvieran la mala ocurrencia de ir a un formulario para copiar una fórmula a emplear en un eczema de los pies, les prometo que actúan en la forma más fácil de ir al fracaso. No compliquen nunca. Cuanto más simple el tratamiento, mucho mejor.



para evitar el sudor de los pies...

Peusek
MARCA REGISTRADA

una sola aplicación
mantiene su eficacia
durante tres meses



Productos Peusek de Perfumería y Cosmética
Avda. José Antonio, 564 - Tel. 224-75-79

# Exploración y conducta a seguir en los traumatismos del pie

Por E. VIOLAN CAMPS
PODOLOGO
BARCELONA

Nuestro objetivo al presentar este trabajo, es comentar la conducta seguida en nuestra guardia del C.Q.M.U. en la exploración de un traumatismo localizado en los pies.

Enfermos con problemas postraumáticos de sus extremidades inferiores, debidos a una mala interpretación de unos síntomas, que de haberse tratado correctamente desde el primer momento no hubiesen dejado secuelas, pies dolorosos con fracturas mal consolidadas y por lo tanto con una alteración en los puntos de apoyo, que provienen de lesiones sufridas en su juventud, mal tratadas.

Es conveniente proceder a la exploración del traumatismo de forma ordenada y completa, que no pasen inadvertidas otras lesiones del cuerpo. En la exploración hay que seguir siempre la misma pauta. Interrogatorio, que es la parte más difícil de la historia clínica, de un interrogatorio bien hecho depende muchas veces una correcta orientación del tratamiento a seguir. Hay que preguntar con relación a la edad, al estado general, cómo ha sido el traumatismo, etc., y qué movimiento forzado lo ha causado y en qué dirección ha quedado el pie en el momento del accidente, así en un movimiento de rotación externa y abducción, pensaremos en una fractura del maléolo peroneal o avulsión del maléolo tibial o luxación del tobillo. En un movimiento de rotación interna y aducción podremos pensar en una fractura del maléolo interno o tibial, arrancamiento del maléolo externo o una luxación del tobillo. En una maniobra de flexión y extensión, podemos pensar en una rotura del tendón de Aquiles de fácil diagnóstico, pues el pie queda en un marcado talo, y caída contra resistencia, lesión en el calcáneo o en el astrágalo. Lesiones por inversión luxación de tobillo, luxación de la subastragalina o luxación total del astrágalo. Lesiones por dosiflexión: fractura del cuello del astrágalo, generalmente sin desviación, fractura del cuello con dislocación subastragalina, fractura del cuello del astrágalo con luxación subastragalina y luxación posterior del cuerpo y lesiones del antepié por aducción: luxación metatarsal con fractura de escafoides y luxación tarsometatarsiana con fractura de los metatarsianos.

Siempre que se explora una extremidad hay que compararla con la otra. Nos orientará sobre un posible acortamiento, zonas tumefactas, que nos hará pensar en una posible fractura en aquella zona. Insistiremos en la exploración vascular de la extremidad, pues una lesión traumática puede motivar alteraciones en la circulación que deje secuelas importantes. Palparemos el pulso, en la pedia (primer surco inter-metatarsiano) y en la tibial posterior (detrás del maleolo tibial). Nos po-

dremos encontrar, con una falta de pulso distal, que habrá de descartarse si es por lesión orgánica, traumática o por espasmo. El color de la extremidad y el calor de la misma nos servirá para conocer el estado del resto de la circulación del pie. Recordemos que el color nos muestra el estado de los capilares (palidez indica vaso constricción capilar, enrojecimiento vaso dilatación y subcianosis, estasis) el calor indica el estado de las arteriolas, un pie caliente ( + 30°) indica vaso dilatación arteriolar, pie frío vaso constricción arteriolar. El estado de los grandes vasos de la circulación nos lo dará el pulso periférico, el de las arteriolas el calor y el de los capilares el color.

La existencia de un punto selectivo de dolor va a favor de una fractura o de un esguince, según sea la zona dolorosa. Siempre que conozcamos la existencia de un traumatismo en el pie de un niño, nos será difícil el poder localizar el punto selectivo de dolor, pues el niño aqueja dolor en todo el pie, especialmente en la marcha de este dolor se exacerbará solamente al intentar tocarle el pie el niño ya se queja.

En la exploración del tobillo tenemos que recordar la mortaja tibioperonea-astragalina. Estando el pie en ángulo recto con respecto al eje de la pierna y el enfermo en decúbito supino, se mueve lateralmente la mano que coge el pie y éste normalmente se moviliza en masa, pero si existe una separación anormal de los maleolos, el astrágalo se mueve dentro de la mortaja tibio peronea astragalina y se percibe una sensación de choque, que constituye el signo denominado peloteo del astrágalo.

Voy a recordar unos datos anatómicos que considero de interés. *La cabeza del astrágalo* es asequible a la palpación cuando el pie se halla en posición de flexión plantar. En el dorso del pie pueden reconocerse diversos tendones que procedentes de la pierna van a insertarse en aquél. También es muy asequible a la palpación del músculo pedio. Este se hace más aparente al extender los dedos. A la palpación en sentido transversal ofrece normalmente la sensación de fluctuación, lo que hay que recordar para no interpretarla como un signo anormal.

En el borde interno del pie debe localizarse ante todo el tubérculo del escafoides, que forma una prominencia siempre muy acusada y constituye un punto de referencia importante para la exploración del resto del pie.

Palpando de delante a atrás se puede reconocer la cara interna del dedo gordo, con la articulación interfalángica, la articulación metatarsofalángica, la cara interna del primer metatarsiano y su extremidad posterior engrosada, punto de referencia importante para localizar la extremidad interna de la interlínea de Lisfranc. Por detrás de ésta se aprecia una depresión que corresponde a la primera cuña y después el tubérculo del escafoides.

Detrás de éste se percibe otra depresión, que es profunda cuando se coloca el pie en posición de varo y que corresponde a la articulación astragaloescafoidea. Siguiendo hacia atrás y abajo se llega a la cara interna del calcáneo por debajo del maléolo interno se aprecia en ella una tuberosidad que corresponde al sustentaculum tali.

Interlínea mediotarsiana. Es fácil de localizar, trácese una línea que comience en el borde interno del pie por detrás del tubérculo del escafoides y que se dirija del borde externo de aquél a un punto situado a un dedo por detrás de la tuberosidad del quinto metatarsiano. Sirve de guía complementaria para localizar la interlínea articular en el trayecto de esta línea, la palpación de la cabeza del astrágalo es asequible en la posición de flexión plantar del pie.

La interlínea tarsometatarsiana corresponde aproximadamente a una línea trazada desde la mitad del borde interno del pie hasta la mitad del borde externo. Sin embargo es mejor localizar mediante una palpación metódica la extremidad posterior de los metatarsianos primero y quinto.

Hay dos tipos de fracturas que es necesario recordar e insistir en ellas, las de las falanges de los dedos del pie y las de los me-

tatarsianos, estos dos tipos de fracturas son muy frecuentes al no presentar el enfermo impotencia funcional no valora demasiado el dolor que pueda notar. No es raro ver fracturas de alguno de estos huesos, pasados varios días después del traumatismo. Estos tipos de accidentes se producen con más frecuencia en los dormitorios, al andar descalzo, o al entrar o salir del baño. Vemos entonces un pie edematoso y con dolor al tacto. Por lo general si los fragmentos están alineados y la fractura es en una de las falanges o en un tercio distal de los metatarsianos, el traumatólogo se limitará a colocar un vendaje de tipo adhesivo, utilizando el dedo vecino como férula. Es de gran importancia el proteger los dedos, tanto el lesionado como los que se utilicen como férula, para esta operación se recubren los dedos con una gasa, antes de colocar el vendaje de sujeción, que puede ser de esparadrapo o venda adhesiva. Este vendaje se llevará durante dos o tres semanas. Es importante que transcurrido este tiempo el enfermo empiece inmediatamente la recuperación.

Hablar de traumatología lleva asociado el hablar de radiología, pues para la comprobación de las lesiones óseas es imprescindible.

Se pueden hacer radiografías o radioscopias, este último sistema tiene la ventaja de poder reducir las fracturas viendo la dirección que toman los fragmentos, pero existe el peligro de la irradiación tanto local como general. No es raro ver traumatólogos con radiodermitis en las manos. Hoy en día se dispone de unos aparatos amplificadores de imagen que reducen al mínimo el peligro de irradiación.

En el examen radiográfico hay que ser espléndido, no se puede solicitar una radiografía de pie que sólo se aprecie una parte del mismo. Si la radiografía es de tobillo, tiene que abarcar las dos articulaciones vecinas. Hay que solicitar como norma general dos proyecciones: una antero-posterior o dorsoplantar y otra de perfil u oblicua, esta última proyección se emplea sistemáticamente en los metatarsianos, pues de lo contrario los veríamos superpuestos.

Es frecuente observar fracturas de calcáneo coincidiendo con fracturas de tercio medio de la extremidad, que no se observarían si la radiografía se limitara al punto sospechoso de fractura.

En los niños es muy importante el practicar radiografías del lado sano. Hay pequeñas lesiones, como son las fisuras, que por dificultades de interpretación, motivadas por la osificación incompleta, pueden pasar inadvertidas. En el caso de algunas fisuras no son apreciables con el examen radiológico del primer momento, hay que repetirla dentro de los 10 días siguientes, pues al iniciarse la descalcificación de la línea de fisura son claramente apreciables.

La radiografía de perfil del tobillo no tiene ninguna técnica especial, se empleará una placa 18 x 24 para que quede incluido el tarso. En la radiografía antero-posterior, el centro de los rayos tiene que caer perpendicular, en el centro de la línea bimaleolar. Se tendrá cuidado en mantener el pie en una ligera rotación interna con el eje vertical pasando por el cuarto dedo, de manera que la línea bimaleolar quede paralela a la placa. La radiografía lateral del tobillo nos proporcionó también la imagen de los huesos del tarso, o sea que se podrá apreciar fácilmente si hay fractura del calcáneo o astrágalo, si se confirmara una de éstas se puede recurrir a proyecciones especiales.

Para radiografías de tarso anterior se coloca el pie en un ángulo de 45°, haciendo que el foco coincida en la porción media de la articulación de Lisfranc. Para el examen radiológico de metatarso y dedos se pondrá el pie en ángulo recto con referencia al eje de la pierna haciendo coincidir el foco en la cabeza del tercer metatarsiano, esto en la proyección dorso plantar. Para la proyección mal llamada de perfil, en realidad es una oblicua, se coloca el pie en posición de unos 45° forzando un varismo.

Una vez diagnosticada la lesión, hay que colocar un vendaje de inmovilización que puede ser de yeso, con venda adhesiva, o un vendaje compresivo, este último de tipo de ven-

daje que menciono, nosotros lo colocamos en el caso que no se puede efectuar el vendaje definitivo o cuando existe un marcado edema en la extremidad. Para colocar este vendaje procedemos de la siguiente forma: aplicación de un grueso de celulosa de unos 10 a 15 cm. que abarque desde la base de los dedos hasta el tercio superior de la pierna, por debajo de la rodilla, el enfermo está en posición de decúbito supino, la rodilla ligeramente flexionada, y el pie en ángulo recto con respecto al eje de la pierna, para evitar el equinismo. Para conseguir esta angulación podemos decir al enfermo que con el talón presione en nuestro abdomen. Con vendas de 15 cm. de ancho, procedemos a vendar la pierna y el pie empezando por este último, procurando al dar las primeras vueltas no presionar para ir presionando en vueltas sucesivas, hasta que al percutir con el dedo sobre el vendaje se note el ruido de «melón maduro» según expresión del Prof. Piulachs. Nosotros normalmente empelamos tres vendas. La mayoría de vendajes los terminamos colocando una venda de tipo adhesivo. Cuando es un enfermo que no continuará el tratamiento en nuestro servicio le colocamos una cinta de esparadrapo con la fecha de la colocación del vendaje.

Sólo me resta dar las gracias al director de nuestro C.Q.M.U., Prof. Dr. M. Taure y al Dr. J. Ojeda, Jefe de equipo quirúrgico por la colaboración que en todo momento he encontrado en ellos.

Scholl

ORGANIZACION MUNDIAL PARA EL CONFORT DE LOS PIES

FABRICAS Y GABINETES DE APLICACION EN LAS PRINCIPALES POBLACIONES DEL MUNDO

**Se honra en colaborar con los Sres. Podólogos, poniendo a su servicio su larga experiencia en la especialidad y las reconocidas, calidad y eficiencia técnicas de sus preparados, remedios y aparatos para la higiene de los pies, la corrección de sus defectos y el alivio de sus molestias.**

Amplia información técnica de carácter general o sobre cualquier caso particular. Visítenos.

- **Plantillas ortopédicas a medida y pre-fabricadas, en cualquier tipo o medida; de metal, plástico, goma, etc., para pie plano, metatarsalgia, pes-cavus, espolón de calcáneo y otras anormalidades del pie.**
- **Medias para varices, tobilleras y rodilleras.**
- **Taloneras - Protectores de juanetes - Separadores de dedos.**
- **Almohadillas y plantillas de latex espumoso para plantas sensibles.**
- **Sales, Polvos y Crema Pédico para la higiene de los pies.**
- **Polvos Bromidrosil para excesiva transpiración maloliente.**
- **Parches y discos protectores (SIN CALLICIDA).**
- **Crema SOLVEX para pie-atleta.**
- **Vendaje elástico ARCH BINDER para pie abierto.**
- **Vendaje elástico con elevación para apoyo de arco metatarsiano.**
- **Almohadillado adhesivo PROTECTO PAD para proteger cualquier punto sensible del pie.**
- **Reductor de hallux-valgus BUNION SPRING.**
- **Reductor de dedo en martillo HAMMER TOE SPRING.**
- **Vendajes tubulares patentados GASATUB (Tubegauz).**
- **Sandalias fisiológicas PESCURA con diseño especial patentado.**

Central en **ESPAÑA:** Rodríguez San Pedro, 5 - MADRID (15) - Tel. 224 75 66

# Técnica para la prevención del pie plano post-traumático

Dr. J. OJEDA GIL
Podólogo — BARCELONA

La experiencia adquirida durante años en el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico de Barcelona, bajo la dirección del Profesor Piulachs, y en el Centro Quirúrgico Municipal de Urgencias, dirigido por el Prof. Taure, nos ha familiarizado con los problemas del pie plano post-traumático, consecutivo al tratamiento con vendaje escayolado de traumatismos de la extremidad inferior, en los que se requiere inmovilizar el pie. Mediante podogramas sistemáticos, tras la extracción del vendaje de yeso, hemos comprobado que a pesar de la colocación correcta del escayolado, con moldeado plantar de las cabezas metatarsianas y del arco interno del pie y talón, el treinta por ciento de los lesionados propendían a generar pie plano post-traumático. Este hecho nos ha obligado a reconsiderar varias veces el problema y ensayar diversos métodos preventivos, hasta hallar una técnica que, por su bondad y eficacia, vale la pena dar a conocer.

*Recuerdo embriológico.* Para la mejor comprensión de nuestra técnica, vamos a recordar algunos hechos interesantes de la embriología y organogénesis del pie. Hacia el tercer mes de la vida intrauterina aparecen las hendiduras articulares, esbozos de las futuras articulaciones, entre los diversos núcleos catrilaginosos podales. En la misma cronología aparecen las uñas que, más tarde, alcanzan su posición definitiva en la cara dorsal de las falangetas.

Subrayaremos que el feto se encuentra apelotonado sobre sí mismo en el claustro materno, con las piernas cruzadas, los pies en equinovaro y apoyados contra los isquiones, o con las plantas afrontadas. La persistencia patológica de esta postura da lugar, en opinión de ciertos autores, al pie zambo equinovaro congénito o disembriopático.

Los puntos de osificación de los huesos del pie aparecen en un orden sucesivo regular, según el siguiente esquema. El punto primitivo calcáneo, el primero en osificarse, aparece entre el cuarto y quinto mes prenatales. El punto apofisario posterior del calcáneo se osifica alrededor de los 15 años. El punto astragalino o talar comienza la osteogénesis al quinto mes de vida fetal. A continuación, sur-

# Algesal Activado

**POMADA ANTIRREUMATICA Y ANALGESICA ULTRAPENETRANTE PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR LOCAL**

FORMULA:

| | |
|---|---|
| SALICILATO DE DIETILAMINA | 10 g. |
| NOPOXAMINA | 1 g. |
| EXCIPIENTE | c.s.p. 100 g. |

POSEE UN OLOR AGRADABLE
GRASA
NO ENGRASA
TOLERANCIA EXCELENTE

**gran poder de penetración**

TUBO CON 50 g. DE POMADA - P.V.P. 94,90 Ptas.

KALI-CHEMIE
ARZNEIMITTEL

KALI-CHEMIE IBERIA, S.A.
Apartado 12068, Barcelona
Tel. Barcelona 2392327
Tel. Madrid 2769276
Tel. Sevilla 213922
Tel. Valencia 228923
Fabricación y venta: Orfi Farma, S.A.

gen los puntos falángicos o metatarsianos, huesos que tienen dos puntos de calcificación. Así, los metatarsianos se forman a expensas de un punto principal, que osifica el cuerpo y extremidad posterior, y de un punto complementario para la cabeza las falanges, a su vez, tienen un punto secundario para la base.

El cuboides y la tercera cuña empiezan su osificación en el primer año de vida.

Vemos por consiguiente que, en el momento del nacimiento, sólo están osificados el calcáneo, astrágalo, metatarsianos y falanges. En algunos casos, también aparecen osificados la tercera cuña y el cuboides.

Los puntos epifisarios de falanges y metatarsianos y el de la primera cuña inician su osteogénesis a los dos años de vida. Al cuarto año se osifican la epífisis del escafoides, la segunda cuña y la segunda y quinta falangetas. Entre los 10 y los 15 años se osifican los sesamoides y la apófisis talar del calcáneo.

En la biogénesis morfológica del pie colaboran fuerzas de tracción y presión producidas por el desarrollo óseo, muscular y ligamentoso. Durante muchos años se ha mantenido que el aparato muscular del pie, mediante su distribución y tono, sostenía los arcos podales. Sin embargo, se ha visto que la estructura y posición de los elementos óseos y los ligamentos, tienen igual o mayor importancia que los músculos en la preservación estato-dinámica de los arcos podales. Se dice que un pie es normal cuando en estado de reposo fisiológico conserva su estabilidad estructural y postural, dentro de una normotonía músculo-ligamentosa.

El estudio sucinto que hemos efectuado sobre la embriología del pie, demuestra que su constitución anatómica no adquiere la tipología definitiva hasta los quince años. Por consiguiente, toda lesión traumática acaecida antes de los quince años que obligue a la colocación de un vendaje escayolado predispone, con mayor facilidad que las de los adultos, a la aparición del pie plano post-traumático. En los niños, y en general por bajo de los 15 años de edad, a pesar del correcto modelado del escayolado en la planta, se origina pie plano post-traumático en el 30 % de los casos. Sin embargo, con nuestra técnica personal, que describimos acto seguido, hemos comprobado la recuperación funcional y estética del pie, sin alteraciones plantares, en la totalidad de los casos.

*Técnica.* Se empieza protegiendo la extremidad con unas vueltas de venda sin orillar, tubitón o material parecido, poniendo especial cuidado en recubrir las prominencias óseas, como maléolos, cresta tibial y cabeza del peroné. Seguidamente, se aplica la fórmula escayolada posterior, con un grueso de tres capas de venda enyesada. En la parte correspondiente a la planta, se coloca sobre la misma una plantilla de plástico o de otro material rígido, que en ningún caso debe tener un grosor mayor de 3 milímetros.

A continuación, se aplica otra férula escayolada, también de tres gruesos, y se completa con circulares el vendaje de yeso, procurando mantener la extremidad en posición ortodoxa, evitando el varismo, el valguismo y dejando los dedos al descubierto.

Hemos empleado sistemáticamente la técnica descrita en los últimos enfermos por los fotopodogramas efectuados después de la extracción del escayolado, hemos comprobado en todos ellos la conservación de las características estato-dinámicas fisiológicas que definen el pie normal.

**COMPAÑERO:**

Sabemos que no nos falta tu ayuda al Portavoz profesional, pero no olvides que su renovación y superación es obra de todos.

Redactando tus experiencias profesionales prestarás un apoyo y una gran ayuda a los colegas que ejercen en poblaciones alejadas de las urbes más importantes.

# CARTA ABIERTA

LEONARDO ESCACHS CLARIANA

El Presidente de la Agrupación de Podólogos de España, organizadora del VI Congreso Nacional de Podología, es hombre de acusada personalidad. Profesional y humana. Indiscutible y discutido, a la vez: Un hombre no siempre puede ser estimado por lo que hace. Puede observar la ley, y, sin embargo, ser grande en su profesión.

Dirigente nato. Fundador. Que no le recata decir que ama su profesión con pasión: El único orador que persuade siempre.

Ha sido cesado de alguno de sus cargos. Sin embargo, él persiste: Como en el heroísmo, un momento más cuando todo esta perdido. Ha caído en desgracia: No es el estudio de los hechos y de los hombres afortunados el que mayor utilidad trae, ni el más digno de los ciudadanos de la historia. Mucho más que la prosperidad enseña la desgracia, lo mismo a una entidad que a un individuo.

Por ello; por pionero, y por maestro, además, fuimos a verle a la Escuela de Podología de Barcelona donde aún enseña y dirige.

Pese a todo, horas nos dedicó. En su trascurso de muchas cosas habló. Con alegría, de unas; con orgullo, de otras; resintiéndose, de algunas. Con pasión de todas.

Transcribimos algunas de actualidad.

No es hombre de modestias falsas:

—¿Historia? Año 1954: Creé el primer Dispensario de Podología dentro de un Hospital, en el de San Pablo de Barcelona.

Año 1957: Con motivo del primer Centenario de la carrera de Practicante, hoy A.T.S., reunión de, los entonces Cirujanos-Callistas, Gallo Flor (padre e hijo) de Navarra; Orozco, de Cáceres; Balbás, de Santander; Urbina, de Madrid; y yo, de Barcelona. Se formó la primera Delegación de Podólogos, del Consejo Nacional de Practicantes, con su beneplácito.

Año 1959: Forcé la primera Reunión de todos los Profesionales de España. En ella se me nombró Delegado Nacional.

En noviembre del mismo año, en Madrid, hubo el I° Congreso Nacional de Podología. Fue muy vivo y discutido.

En 1960, en Santiago de Compostela y en su Facultad de Medicina, Primera Semana Nacional de Perfeccionamiento en Podología.

Durante el mismo año en Zaragoza, también en su Facultad de Medicina, Segunda Semana Nacional de Podología, igualmente para posgraduados.

En 1961, en Barcelona, Primera Manifestación de la Salud del Pie. Con participación, llevamos como oyentes Agentes de Comercio, Barmans, Guardias Urbanos y otros profesionales cuyos pies son afectos a patologías Podológicas.

Por fin, en 1962, logramos la consecución del Decreto de Reglamentación de nuestra Especialidad de Podólogos.

Y fundación de nuestra Revista Nacional de Podología.

En 1963, Madrid, en el Consejo Nacional, Asamblea Nacional de Presidentes de Colegios Provinciales. Surgen las primeras incompatibilidades con la Delegación de Podología. Dimisión mía, obligada, como Delegado Nacional.

Dos meses después, también en Madrid, Tercer Congreso Internacional de Pología. Fue suspendida, por orden Gubernativa, la Reunión de los Delegados Españoles. Y se me obligó a firmar un famoso papel que me comprometía a pagar las pérdidas de gastos del Congreso, caso de que las hubiera. Y firma de mi dimisión.

De 1963 a 1966, es nombrado Delegado Nacional de Podología en el Consejo Nacional, por su Presidente, el Sr. Garea, sin votación.

En 1965, terminamos la construcción de una Escuela de Podología en el Hospital de San Pablo de Barcelona, que no llegó a funcionar.

En el mismo año, persistimos, y en la Facultad de Medicina, Hospital Clínico, fundamos la actual.

En 1966, los Médicos forman la Asociación Española de Podología.

Durante el mismo año hubo un intento de Congreso en Valencia.

Este mismo año, después de conversaciones y ruegos, me nombran como Asesor del Consejo Nacional en lo referente a Podología y I° Simposium de Podología.

En 1967 II° Congreso Nacional de Podología. Y en su Asamblea General se constituye la creación de la Agrupación de Podólogos de España, con sede en Zaragoza. Eligiéndome como Presidente, por votación unánime.

En 1968, celebramos la Segunda Manifestación de la Salud del Pie, en Málaga.

En 1969, el III° Congreso Nacional de Podología, en Bilbao.

En 1970, el IV° Congreso Nacional de Podología, en Santiago de Compostela.

En 1971, el V° Congreso Nacional de Podología, en Barcelona.

Y ahora, en Mayo de 1972, el VI° Congreso Nacional de Podología, en Badajoz.

Sobre él nos dice:

—Te aseguro que será un éxito completo, por la calidad de los compañeros que asisten y la perfecta organización del mismo. Los hombres encargados son por el Colegio Provincial de Ayudantec Técnicos Sanitarios-Practicantes. Y la cesión por el Colegio Oficial de Médicos de sus modernos locales.

Con motivo de la creada Universidad Hispano Americana Extremeña y el Congrese, se esperanza:

—Espero que sea una primera piedra para asentar los contactos, a través de esta Universidad, de futuras confrontaciones culturales y científicas con Podólogos de aquellas tierras Hispánicas. Beneficiosas para todos.

Seguimos sacándole. Sobre los premios a otorgar, que presentará como novedad el Congreso extremeño, añade:

—Me preocupa la concesión de los premios que se han proyectado para el Congreso, al ser, entre centenares de compañeros, solo dos los agraciados. Espero del buen criterio de todos los demás, sepan esperar y superarse para próximos Congresos. Me consta que el Jurado será honrado y ecuánime. Y que, por lo tanto, con esta ecuanimidad y buen criterio que no hace falta que solicite antes, será posible seguir ofreciendo en cada Congreso los premios que se van a inaugurar en el Nacional Extremeño. Para que no resulte estéril la buena idea de Villafaina y su equipo en la instauración de los mismos.

Sin haberse inaugurado aún el inmediato ya en su cabeza danza la idea del siguiente, en el extranjero. En primicia nos anticipa:

—En octubre de 1973, celebraremos en Austria el próximo Congreso Internacional de Podología; concretamente en Salzburgo. Presentaremos a la Asamblea del Congreso el proyecto del próximo viaje a Estados Unidos, para Semana Santa del año que viene.

Y sobre el próximo Congreso Nacional, también se dirá la última palabra en la Asamblea pacense, ya que en la anterior se hizo por orden de petición. Todo dependerá de las posibilidades que ofrece cada Delegación.

Y para finalizar. Como pionero, veterano y maestro ¿Qué le falta y qué le sobra a la Podología? Responde enérgico:

—Según mi idea presentada en la pasada Asamblea Nacional de Presidentes de Colegios Provinciales de A.T.S., que por cierto fue compartida por muy pocos, es: Adaptarnos a la Organización Mundial de la Salud, en el sentido de que cada persona que trabaja dentro de la Sanidad del mundo debe tener un nombre propio y unas funciones propias. Unica forma de evitar que profesionales de la misma Sanidad con un Título de grado superior, o, si se quiere, inferior puedan ejercer la misma función; en plano superior, o inferior.

Una base de estudios superiores, bachiller superior, Universitario. Tal como está en el extranjero.

Y, sobre la segunda parte de tu pregunta, todos los compañeros Practicantes que han obtenido el Título de Podólogos por la puerta falsa, sin pasar por una Escuela Oficial y sin tener Clínica o Gabinete Podológico al público antes de 1962, tal como indica el Decreto de creación de la Especialidad. Y digo esto para todos, algunos muy cualificados. No pueden querer la Especialidad, sino aprovecharse de ella ayer, hoy, o el mañana que les convenga.

Pasión. Personalidad. Valor.

Ni quito ni pongo. Transcribo textualmente.

Agradecido, Escachs, por tus palabras.

Tarragona, marzo 1972

Miguel Manzano Hernández
PODOLOGO

# Viaje a EE. UU.

ITINERARIO BASE

*14 de abril de 1973*
BARCELONA - NUEVA YORK. A media mañana, salida en avión reactor Boeing 707 de la Cía. PANAM, en vuelo especial. Llegada al aeropuerto de J. F. Kennedy.

*15 de abril al 28 de abril*
NUEVA YORK. Días libres en Estados Unidos, que podrán dedicarse a actividades personales o combinarse con itinerarios y programa de excursiones facultativas que se ofrecen.

*29 de abril*
NUEVA YORK - BARCELONA. Por la tarde (horarios sujetos a confirmación), salida desde el mismo aeropuerto en avión a reacción.

*30 de abril*
BARCELONA. Llegada a media mañana. FIN del viaje.

PRECIO POR PERSONA: 10.500 pesetas
*Este precio incluye:*
— Billete de ida y vuelta en avión reactor
— Comidas durante los vuelos

EXTENSION «A»

*14 de abril de 1973*
BARCELONA - NUEVA YORK. Llegada a Nueva York al atardecer. Después de efectuar los trámites de policía y aduana, traslado al Hotel. Alojamiento en el mismo.

*15 de abril al 21 de abril*
NUEVA YORK. Estancia en el Hotel a base de alojamiento. Días libres en la ciudad de los rascacielos, durante los cuales podrán efectuarse visitas facultativas a la ciudad de acuerdo con el programa que se facilitará a los señores participantes: Naciones Unidas, Estatua de la Libertad, Barrio Chino, Broadway, Empire State Building, etc.

*22 de abril*
NUEVA YORK - WASHINGTON. Por la mañana, salida en autocar de lujo, hacia la capital Federal. Llegada y alojamiento en el Hotel. Tarde libre.

*23 de abril al 26 de abril*
WASHINGTON. Días libres para visitar esta ciudad. Por la mañana del primer día, se efectuará una visita de orientación: Casa Blanca, Monumento a Lincoln, Capitolio, Obelisco de Washington, etc.

*27 de abril*
WASHINGTON - PHILADELPHIA. A media mañana salida en autobus hacia la ciudad en donde se declaró la Independencia de los Estados Unidos. Alojamiento. Tarde libre.

*28 de abril*
PHILADELPHIA. Alojamiento en el Hotel. Día libre.

*29 de abril*
PHILADELPHIA - BARCELONA. A primera hora de la tarde salida en autocar de lujo hacia el aeropuerto de Nueva York, para enlazar con el vuelo especial de la Cía PANAM, con destino a España. Noche a bordo.

*30 de abril*
BARCELONA. Llegada a media mañana. FIN DEL VIAJE.

PRECIO POR PERSONA: 21.500 pesetas

*Este precio incluye:*
— Los servicios descritos en el ITINERARIO BASE
— Traslados desde el Aeropuerto al Hotel y viceversa
— Servicio de maleteros en aeropuertos y Hoteles para un máximo de dos bultos por pasajero
— Alojamiento en Hoteles de Primera Categoría, a base de ocupar habitaciones dobles con baño, aire acondicionado y Radio o TV. (El utilizar habitaciones individuales dará lugar a un suplemento)
— Visita de medio día en la ciudad de Washington

— Los servicios de experimentados guías-representantes de la Agencia, que cuidaran de la buena marcha del viaje

EXTENSION «B»

*14 de abril de 1973*
BARCELONA - NUEVA YORK. Llegada a Nueva York al atardecer. Después de efectuar los trámites de polícia y aduana, traslado al Hotel. Alojamiento en el mismo.

*15 de abril al 19 de abril*
NUEVA YORK. Estancia en el Hotel a base de alojamiento. Días libres en la ciudad de los rascacielos, durante los cuales podrán efectuarse visitas facultativas a este imponente ciudad (Ver Extensión «A»).

*20 de abril*
NUEVA YORK - NIAGARA FALLS. A media mañana, traslado al aeropuerto para salir en avión reactor hacia Buffalo. Llegada y traslado en autobus hacia Ontario. Alojamiento en Niagara Falls. Por la tarde visita a las Cataratas. Al atardecer podrán contemplarse las mismas magnificamente iluminadas.

*21 de abril*
NIAGARA - LAS VEGAS. A medio día traslado al aeropuerto para salir en avión hacia la capital del juego. Llegada y traslado al Hotel. Alojamiento. Tarde libre.

*22 de abril*
LAS VEGAS. Alojamiento en el Hotel. Día libre durante el que se podrá efectuar una excursión facultativa al Gran Cañón del Colorado, una de las bellezas naturales más impresionantes de los Estados Unidos o visitar los innumerables casinos que han hecho famosa a Las Vegas.

*23 de abril*
LAS VEGAS - LOS ANGELES. Por la mañana, traslado al aeropuerto para salir en avión hacia la Meca del Cine. Llegada y traslado al Hotel. Por la tarde se efectuará un visita de orientación a esta ciudad.

*24 de abril*
LOS ANGELES. Alojamiento en el Hotel. Día libre que podrá destinarse a visitar Disneylandia, Hollywood, etc.

*25 de abril*
LOS ANGELES - SAN FRANCISCO. A primera hora de la tarde, traslado al aeropuerto para salir en avión hacia una de las ciudades más acogedoras de Norteamérica. Llegada y traslado al Hotel. Alojamiento en el mismo. Tarde libre.

*26 de abril y 27 de abril*
SAN FRANCISCO. Alojamiento en el Hotel. Días libres para efectuar visitas y excursiones facultativas a los alrededores: Parque Nacional de MUIR WOODS; con sus impresionantes sequoias, Puente colgante, etcétera.

*28 de abril*
SAN FRANCISCO - WASHINGTON. Por la mañana salida en autobus hacia el aeropuerto para tomar el avión hacia la Capital Federal de los Estados Unidos. Llegada y traslado al Hotel. Por la tarde visita de orientación a la ciudad.

*29 de abril*
WASHINGTON - BARCELONA. Mañana libre para completar la visita a esta ciudad. A media tarde, traslado al aeropuerto para salir en avión hacia Nueva York y enlazar con el vuelo especial de la Cía PANAM con destino a España. Noche a bordo.

*30 de abril*
BARCELONA. Llegada a media mañana. FIN DEL VIAJE.

PRECIO POR PERSONA: 36.700 pesetas

*Este precio comprende:*
— Los servicios descritos en el ITINERARIO BASE
— Traslados desde los aeropuertos a Hoteles y viceversa
— Servicio de maleteros en aeropuertos y Hoteles para un máximo de dos bultos por pasajero
— Transporte en aviones de línea para el recorrido dentro de los Estados Unidos
— Visita de medio día de duración en Las Vegas, Los Angeles y Washington.
— Alojamiento en Hoteles de Primera Categoría, a base de ocupar habitaciones dobles con baño, aire acondicionado y Radio o TV (Individuales, mediante suplemento)
— Los servicios de un experimentado guía-representante de la Agencia que cuidará de la buena marcha del viaje

NOTA IMPORTANTE: Las extensiones están calculadas para un mínimo de 30 plazas cada una de ellas.

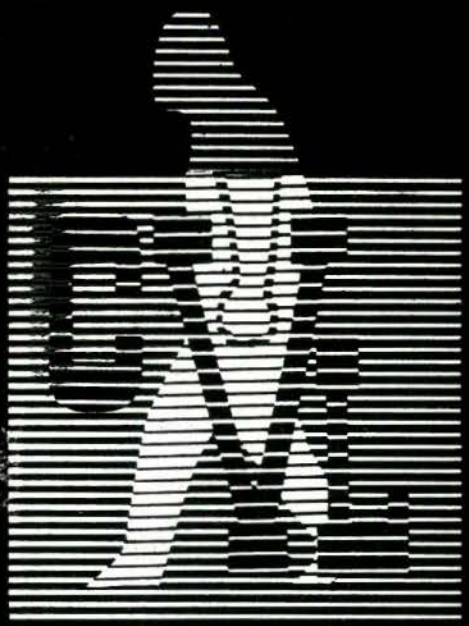
# constantino velasco laínz

*y*

# BERKEMANN

*en*
*colaboracion*
*con*
*la revista española de*

# PODOLOGIA



*ofrece a los podólogos*
*una gama completa*
*de*
*artículos para los pies*

CENTRAL (Oficinas). — Santiago Bernabéu, n.° 4.
Tels. 261 98 75 y 261 44 15. — MADRID-16

ALMACEN. — General Franco, n.° 42.
Tel. 208 98 36. — MADRID-19

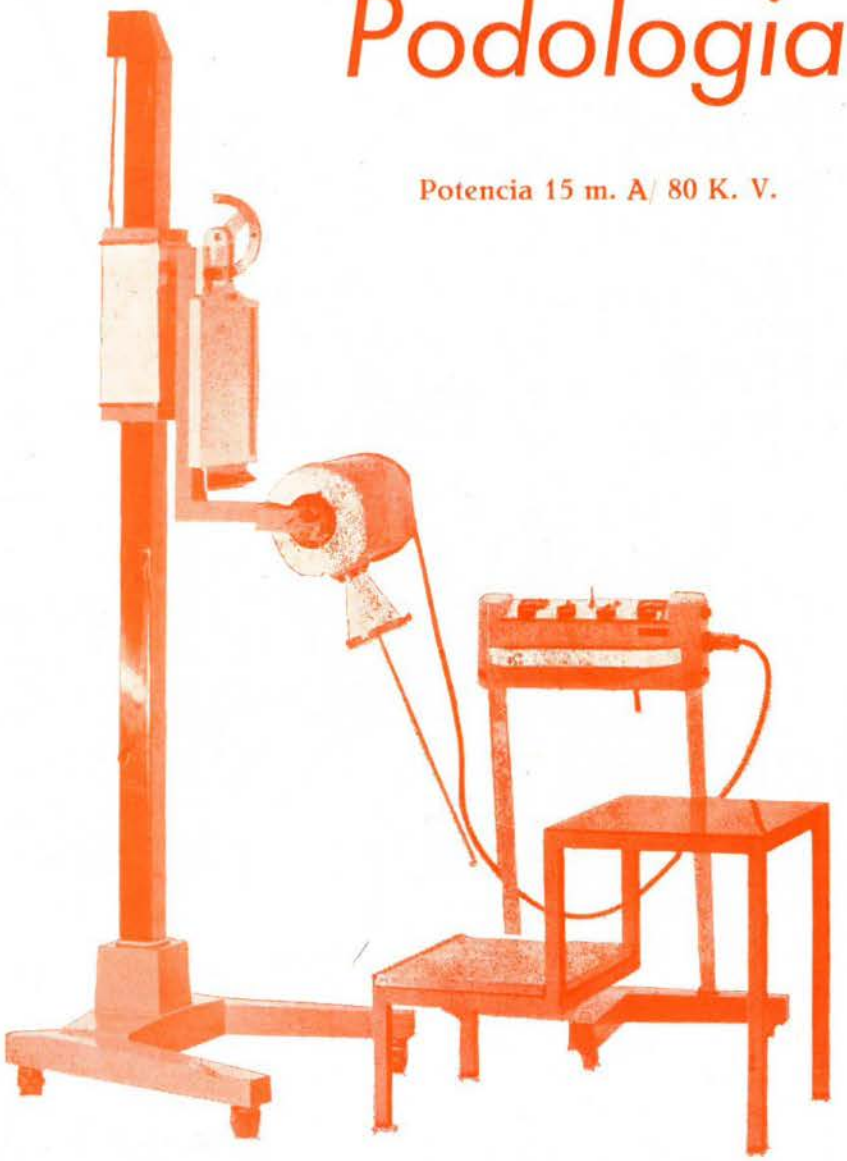
DELEGACION CATALUÑA Calle Mallorca, n.° 336 (esq. Avda. Grmo.).
Tel. 257 76 05. — BARCELONA-9

Prótesis de plástico, corcho, cuero, cuero y metal. — Protectores de Hallux Valgus. — Separadores de dedos. — Protectores planta del pie. — Cuñas y almohadillas metatarsales. — Accesorios para la aplicación de plantillas. — Sandalias fisiológicas de madera. — Soportes de cazoleta de Ortholen. — Planchas de PLEXIDUR. — Planchas de ORTHOLEN. — Planchas de PRENYL. — Planchas de HYDROLANYON, etc.

# MODERNO EQUIPO RADIOLOGICO PARA

# *Podologia*

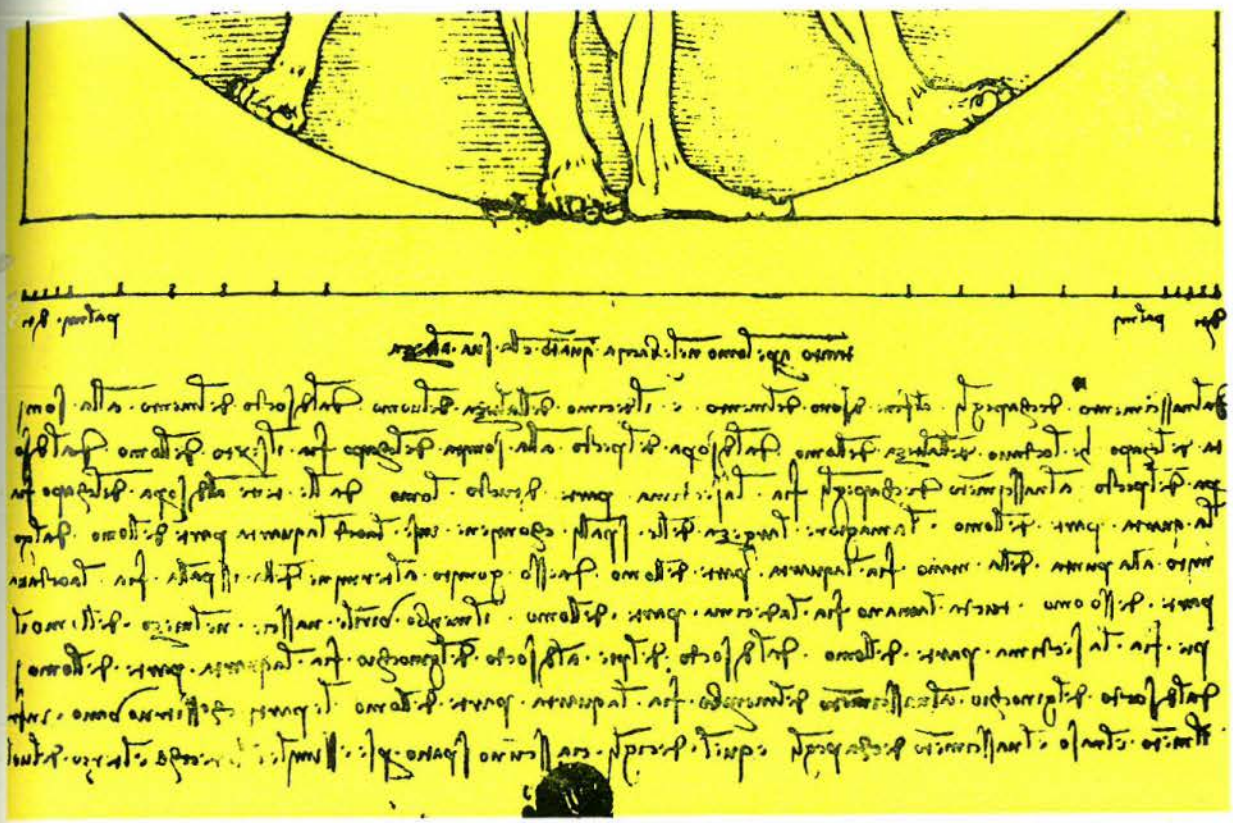
Potencia 15 m. A/ 80 K. V.



- Versatibilidad óptima para obtención de radioscopias y radiografías en todas posiciones y ángulos.
- Características eléctricas regulables para obtener un verdadero radioagnóstico.

**EMISA** RÖNTGEN

VERDI, 169 - Barcelona-12



# REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

A.P.E. Marzo - Abril
n.º 26 1972

# podólogo:

**¿quién mejor que Ud. puede asegurar la veracidad de este slogan...?**

**¿quién mejor que Ud. para liberar a sus pacientes del enemigo que ataca "la raiz" de la persona...?**

**...¿y quién mejor que Ud. para dar vigor y tranquilidad a esa raiz, con la ayuda de...**

## AKILEINE

que **descongestiona** los pies haciendo desaparecer el ardor en las plantas, a la vez que **desodoriza** y modera la transpiración ya que no contiene formol u otros productos nocivos, que puedan provocar inflamaciones o irritaciones en la piel.

## AKILTROPIC

que **neutraliza los efectos de la transpiración** y elimina la enfermedad de las piscinas.

Pida muestras a Lab. Inibsa - Loreto, 8 - BARCELONA-15

# REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

ORGANO DE LA AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

A. P. E.

Redacción y Administración:
Urgel, 47/51 - Barcelona (11)

**Director:**
Leonardo Escachs Clariana

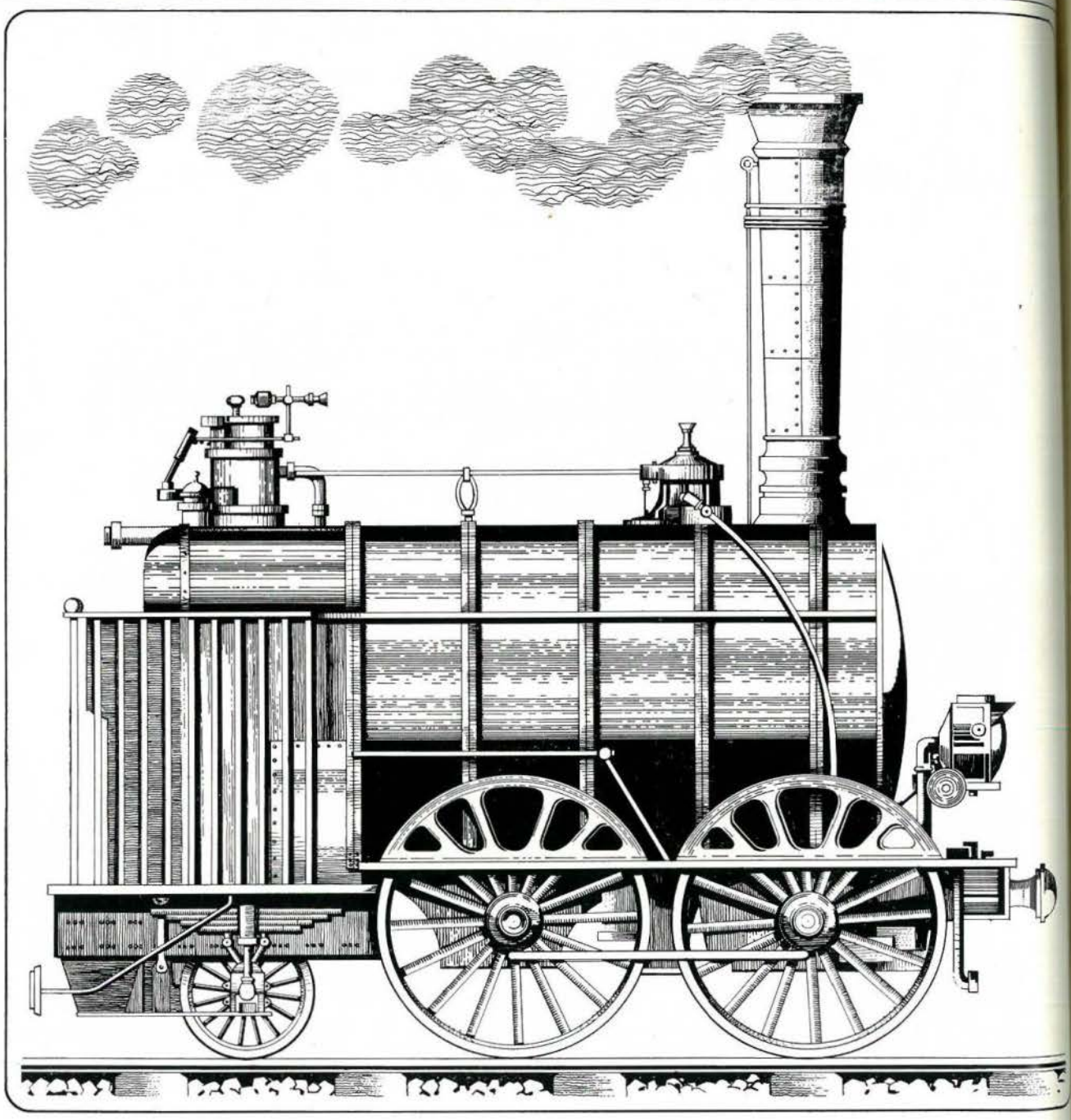
**Sub-director:**
Pablo Vilató Ruiz

**Redactor jefe:**
Francisco Mañé Domingo

Manualizaciones ESCUELA NORMAL - Depósito Legal: B. - 13484 1985


## SUMARIO


| | |
|---|---|
| 3 | **Junta de Gobierno** |
| 5 | **Editorial** |
| 7 | **Osteonecrosis aséptica de la epifisis posterior del calcáneo o enfermedad de Sever** |
| 11 | **Malformaciones hereditarias y congénitas** |
| 15 | **Malformación congénita** |
| 20 | **La Podología en el mundo** |
| 21 | **El pie geriátrico** |
| 27 | **Investigaciones sobre los músculos** |



en procesos reumáticos...

**ditrone** **cápsulas 100 y 200 mg** (envases con 20 cápsulas)
**supositorios 200 y 500 mg** (envases con 16 y 10 sup. respec.)

**delta ditrone** **envase con 50 cápsulas**

HOSBON

# AGRUPACIÓN DE PODÓLOGOS DE ESPAÑA

## JUNTA DE GOBIERNO

| | | |
|---|---|---|
| Presidente Nacional | D. LEONARDO ESCACHS CLARIANA | Barcelona |
| Vice-Presidente 1.º | D. JUAN PEREZ LAZARO | Madrid |
| Vice-Presidente 2.º | D. ISAIAS DEL MORAL CEJALVO | Valencia |
| Secretario General | D. JOSE A. CALVO GARCIA | Zaragoza |
| Vice-Secretario | D. FRANCISCO MAÑE DOMINGO | Barcelona |
| Tesorero | D. M. GAVIN BARCELO | Barcelona |
| Contador | D. LUIS AYCART VIJUESA | Madrid |
| Vocal 1.º | D. FCO. MORAN VENTURA | Las Palmas G. Canaria |
| Vocal | D. JUAN VIDAN TORRES | S. Compostela |
| Vocal | D. LUIS INCHAURRONDO | Irún |
| Vocal | D. JOSE M.ª BAEZ BASAURI | Bilbao |
| Vocal nato | D. ZACARIAS GARCIA ANDRES | Madrid |
| Vocal nato | D. JAIME SALA PICH | Barcelona |

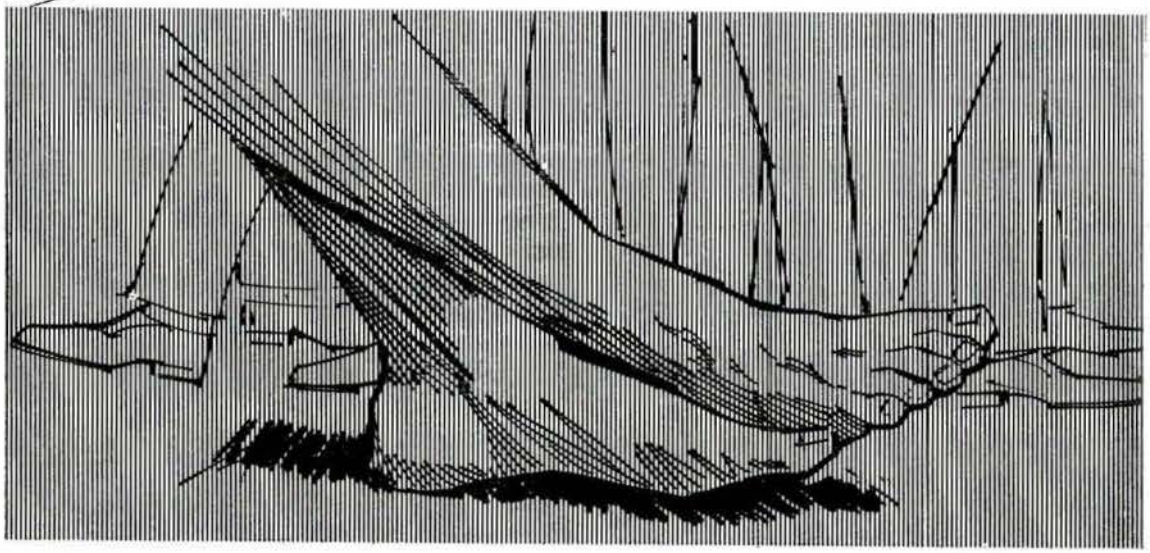
## DELEGADOS DE ZONA

**D. José M.ª Báez Basauri.** Mayor, 27, 6.º. Las Arenas. BILBAO.
**D. José Luis Inchaurrondo.** Paseo de Colón, 65. IRUN.
**D. Juan Vidán Torres.** Preguntoiro, 10. SANTIAGO DE COMPOSTELA.
**D. Antonio Báez Prieto.** Alcalá, 313. MADRID.
**D. José Antonio Calvo García.** Coso, 77, 5.º. ZARAGOZA.
**D. Jaime Sala Pich.** Muntaner, 142. BARCELONA-11.
**D. Isaías del Moral Cejalvo.** Moratín, 6. VALENCIA - 2.
**D. Francisco Bernedo García**. Príncipe, 12. GRANADA.
**D. Francisco Morán Ventura.** León y Castillo, 8. LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

## DELEGADOS PROVINCIALES

ALAVA: Sin Delegado Provincial.
ALBACETE: **D. Luis Juan Navarro.**
ALICANTE: **D. José Olcina Morales.**
ALMERIA: **D. Luis Pascua San Miguel**
AVILA: Sin Delegado Provincial.
BADAJOZ: **D. José Villafaina de la Cruz.**
BARCELONA: **D. Jaime Sala Pich.**
BILBAO: **D. Víctor Fano Ugarriza**.
BURGOS: **D. Elías Hernando Tamayo.**
CACERES: **D. Timoteo Fernández Gil.**
CADIZ: **D. Manuel Albalá Valle.**
CASTELLON: **D. Nicolás Prats Moreno.**
CIUDAD REAL: **D. Luis Barba Vázquez.**
CORDOBA: Sin Delegado Provincial.
CUENCA: **D. Gerardo Bollo de la Peña.**
GERONA: **D. José M.ª Bosch Doménech.**
GRANADA: **D. Manuel Ruiz Morales**
GUADALAJARA: Sin Delegado Provincial.
HUELVA: Sin Delegado Provincial.
HUESCA: Sin Delegado Provincial.
JAEN: **D. Leandro Rodríguez Revuelta.**
LA CORUÑA: **D. Francisco de la Cruz Agustí.**
LAS PALMAS DE GRAN CANARIA: **D. Francisco Morán Ventura.**
LEON: Sin Delegado Provincial.
LERIDA: Sin Delegado Provincial.
LOGROÑO: **D. Vicente Alvarez Pipaon.**
LUGO: Sin Delegado Provincial.
MALAGA: **D. Antonio Gutiérrez Velasco**
MADRID: **D. Zacarías García Andrés.**
MELILLA: Sin Delegado Provincial.
MURCIA: Sin Delegado Provincial.
ORENSE: **D. Elisardo Bralo Rego.**
OVIEDO: Sin Delegado Provincial.
PALENCIA: **D. Damián Porro Villarroel.**
PALMA DE MALLORCA: **Juan Bta. Brines Rubio.**
PAMPLONA: **D. Javier Sarasa**.
SALAMANCA: **D. Antonio Basas Encinas**.
SANTANDER: Sin Delegado Provincial.
SAN SEBASTIAN: **D.ª Pilar Gómez Eizaguirre.**
STA. CRUZ DE TENERIFE: **D. Armenio Méndez Martín.**
SEGOVIA: **D. Francisco García Rodríguez.**
SEVILLA: **D. Francisco J. Alvarez Gandulfo**
SORIA: Sin Delegado Provincial.
TARRAGONA: Sin Delegado Provincial.
TERUEL: Sin Delegado Provincial.
TOLEDO: Sin Delegado Provincial.
VALENCIA: **D. Manuel Campo Rodríguez.**
VALLADOLID: **D. Alfonso Domínguez Milán.**
VIGO: Sin Delegado Provincial.
ZAMORA: **D. Juan J. Miguel Barrios.**
ZARAGOZA: **D. José Antonio Calvo García.**

¡NUEVA FORMULA!



# Pentoderm®

## Crema dermoprotectora cutánea

**Tubo con 50g de crema** (62,80 ptas.).

DESDE 1880 CERA

**Laboratorios Cera, S. A. –Aptado. 9001 - Barcelona**

# EDITORIAL

*Cuanto más cuesta, más se quiere. Posiblemente no son éstas las justas palabras del refrán pero, indiscutiblemente, las mismas, encierran un mucho de verdad. La lucha para conseguir algo, las dificultades en obtenerlo, hacen siempre que «ese algo» se aprecie más; se aprecie en todo su valor.*

*Los podólogos españoles que a pesar de haber conseguido grandes privilegios, desde la publicación del Decreto que Reconoce y Reglamenta la Especialidad de Podólogo para los Practicantes y Ayudantes Técnicos Sanitarios, han venido luchando para mantener tal prestigio, aumentando sus conocimientos y escalando puestos, tanto profesional como socialmente, saben lo que les ha costado y, por eso, conscientes y agradecidos, quieren con todo su corazón a la Podologia.*

*No es extraño, pues, que cuando por cualquier motivo surge la más ligera sombra de duda, de amenaza, de temor, se alcen en bloque y den fe de su presencia y existencia haciendo valer, si así conviene, los derechos adquiridos y reconocidos en su día por la más alta Magistratura del Estado. Es un deber muy suyo el proceder así.*

*Hace unos 20 años aproximadamente, nadie ambicionaba la labor del Cirujano-Callista (antecesor del actual Podólogo). Nadie daba importancia a la meritoria labor de aquellos profesionales que, con más corazón que ciencia, se dedicaban al alivio y cuidado de las dolencias de los pies. Pero surge un momento en que un grupo de compañeros animados de las más nobles aspiraciones desean ampliar sus conocimientos, sus estudios. Desean para esta profesión que han escogido un más alto nivel en todos los aspectos. Lo consiguen tras ardua lucha y gracias a la férrea voluntad de un compañero al que todos los podólogos deben su perenne reconocimiento, D. Léonardo Escachs. Pero a partir de este momento, aparecen en escena personas ajenas a ellos que, ambicionando poseer el campo de acción de tales profesionales podólogos, se dedican al incordio, muchas veces haciendo alarde de su título superior y pretendiendo menospreciar a los que por ley, son Podólogos, invadiendo su campo de acción y haciendo ostentación de un título para el cual, legalmente, no están autorizados.*

*Y los Podólogos, entretanto, ¿qué hacen? Pues lo que deben hacer. Estudian, trabajan,*

*se preparan concienzudamente cada día más. Dan fe de su existencia. Organizan Congresos, Semanas de Podología, Manifestaciones y a través de los medios de difusión a su alcance, divulgan a los cuatro vientos quiénes son, lo que hacen, el verdadero hecho de su labor. Esta es la mejor forma de demostrar a quienes se atreven a usurpar unas funciones que no les corresponden y que están debidamente delimitadas, el error de su extraña —pero no incomprensible— conducta.*

*Pero los Podólogos, a pesar de la labor realizada, han de hacer más. No deben dormirse. Han de seguir batallando. Han de seguir prestando su apoyo a las directrices de la Agrupación de Podólogos de España. Darse a conocer del público mediante divulgaciones a las madres de familia, en los colegios, etc., es decir, en todos aquellos puntos en los que por sus características aparejen nutridas reuniones de personas. Allí deben verter la semilla de sus estudios, de sus conocimientos y de sus atenciones para con los pies. Es en estas reuniones donde se puede realizar una perfecta divulgación, ofreciendo a todos una clara visión de las afecciones pédicas y la forma de aliviarlas, tanto de inmediato como en un futuro, y muy especialmente en este último caso, para que así, en forma eficaz, se pueda erradicar tales trastornos. Y ello no es difícil. Basta sólo que todos y cada uno de los podólogos españoles, conscientes de su privilegiada situación y haciendo honor al esfuerzo llevado a cabo en estos años, preste su incondicional apoyo a la causa común.*

*Una consulta en condiciones. Una visita bien hecha. Un estudio concienzudo de la afección que presentan los pies del paciente y la aplicación práctica de los conocimientos adquiridos, serán el fiel exponente de su valía profesional, y con ello, sin lugar a dudas, valorarán también a la Especialidad en sí.*

*En este mundo cada cual tiene su lugar. Actualmente, las nuevas orientaciones de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) parece tienden a definir con un nombre propio y un campo de acción también propio a todas las ramas profesionales y científicas, ya sean Arquitectos, Ingenieros, Médicos, etc. Nombre y campo de acción propios para cada caso. Pues bien, los Podólogos ya lo tienen. Por Decreto 727/62 publicado en el B. O del Estado en el mes de abril de 1962. Esta denominación y el campo que les corresponde ya es suyo. Y para hacer honor a tal privilegio han de estar constantemente en la brecha, estudiando y demostrando su suficiencia en dicho campo profesional. Y, además, las Escuelas de Podólogos creadas para cursar los estudios de la especialidad, son otro fiel exponente de su denominación y de su campo de acción. Dichas Escuelas son para los Practicantes y Ayudantes Técnicos Sanitarios. De ello se deduce que el Podólogo es el que ha cursado los correspondientes estudios y ha obtenido su correspondiente Diploma en las Escuelas creadas al efecto.*

*Así pues, hemos de comprender que quien sin estar en posesión del Título base y sin el Diploma correspondiente, se irrogue tal denominación, usurpa un nombre que no le pertenece. Y a ello, llegado el caso, han de hacer frente todos los profesionales conscientes, dignos y amantes de su profesión.*

**COMPAÑERO:**

Sabemos que no nos falta tu ayuda al Portavoz profesional, pero no olvides que su renovación y superación es obra de todos.

Redactando tus experiencias profesionales prestarás un apoyo y una gran ayuda a los colegas que ejercen en poblaciones alejadas de las urbes más importantes.

# Osteonecrosis aséptica de la epifisis posterior del calcáneo o enfermedad de Sever

por *JAIME SALA PICH*
Podólogo - Barcelona

Fue descubierta por primera vez por SEVER en 1912.

La observó en muchachos de 8 a 14 años.

*Patogenia.* Esto induce a pensar que sólo afectaría a individuos predispuestos en los que se sumarían taras genéticas, esqueléticas, y la suma de múltiples factores.

Factores predisponentes. 1.º) El núcleo epifisario tendrá una circulación deficiente y que entre los 8 y 14 años estará más comprometida por soldarse la epífisis al calcáneo.

Segundo. Los microtraumatismos favorecerán esta isquemia arterial ya comprometida.

Tercero. La permanencia en cama favorecerá la estasis venosa y el menor riego sanguíneo.

Cuarto. Un factor constitucional o una alteración vascular local (aneurina, angioma) puede también ser la causa de la enfermedad.

Quinto. Alteración de la distribución vascular del calcáneo epifisario. Todo ello nos lleva a la suma de múltiples factores que reunidos favorecerán el desarrollo de la necrosis aséptica en este niño.

*FISIOPATOLOGIA.* En la mayor parte de los casos la osteonecrosis aséptica es secundaria a la supresión del aporte sanguíneo en el segmento del hueso interesado; o sea, lo que se denomina un infarto óseo.

*LA ANATOMIA PATOLOGICA.* Para su estudio dintinguimos tres períodos:

*Primer Estadio de comienzo o de necrosis reciente.* Tiene el aspecto del hueso privado de la vascularización y macroscópicamente es difícil de distinguirlo del tejido óseo normal. Microscópicamente hay degeneración de la médula que es reemplazada por restos amorfos; las trabéculas óseas muestran lesiones degenerativas de los osteocitos que desaparecen rápidamente, y las cavidades osteíticas quedan vacías (da lo que se llama imagen de tumbas vacías).

*Segundo Estadio de regeneración.* Se produce una proliferación de tejido conjuntivo de granulación que invade la zona necrosada y determina su remodelado de la cavidad y la reabsorción del tejido muerto.

*Tercer Estadio de curación.* Después de la reabsorción de trabéculas óseas necrosadas se produce el reemplazamiento por tejido óseo neoformado; pudiéndose ver una trabécula necrosada atacada por una cara por la erosión osteoclástica y por la otra cara una aparición del tejido óseo neoformado.

*Clínica.* Hay un predominio de varones. La edad oscila entre los 8 y 14 años.

La localización es unilateral, aunque hay un 40 % que puede ser bilateral.

Primero en un lado y luego en el otro; y más raro en los dos a la vez.

Existe una mayor incidencia en el pie derecho, quizá en relación con los esfuerzos.

Hay dos formas clínicas de presentación de la enfermedad:

1.° *Forma solapada o lenta*

Que se caracteriza por molestias en el retropié; y que en el curso de los días aumentan de tal forma que el niño empieza a cojear.

2.° *Forma brusca o espontánea*

En la cual el niño nota por primera vez al apoyar el pie en el suelo, un dolor intenso en el talón del piel, de forma que le es imposible deambular cargando sobre el talón, y teniendo que hacer una marcha apoyando sólo en el antepié; hace una marcha en equino. Estando el niño en bipedestación se observa que el peso del cuerpo lo carga sobre el miembro sano y el enfermo sólo apoya el antepié; o sea, coloca el pie en equino, (flexión plantar), contracción del tríceps sural, rodilla en semiflexión y cadera también; está en una actitud antiálgica del muchacho frente a la talalgia.

El caso que les presento fue en forma brusca o espontánea.

Observación n.° de Historia:

Nombre del Enfermo: Fco. M. R. Edad: 13 años. Varón.

Ingresó en el Hospital por un cuadro Neumónico, y permaneció en cama por espacio de 20 días.

En el momento de ser dado de alta, y al apoyar el pie izq. en el suelo tuvo un dolor muy intenso en el talón; que tuvo que ser reingresado otra vez en cama.

Esta aparición tan brusca del dolor daba la impresión de primer momento que se trataba de un posible caso de histerismo por parte del niño.

Pues siguiendo la clínica del enfermo el dolor se localiza en cara inferior y posterior del calcáneo. Es un dolor de función, pues sólo duele al apoyar o al cargar sobre el talón; no duele en reposo, ni hay dolor nocturno, en los movimienots pasivos.

Existe una ligera tumefacción periepifisaria, y con pocas muestras de inflamación local (calor, rubor, enrojecimiento).

*La Exploración.* En ella demuestra una movilidad del pie normal.

Existe una tumefacción en cara inferior y posterior del calcáneo, no hay dolor selectivo

a la presión en esta zona y sí una actitud antiálgica del pie.

*Radiología.* La imagen radiológica varía según el momento en que se practique.

Pueden presentarse los siguientes signos radiológicos:

1.° Osteocondensación de la epífisis (aumento de la opacidad).

2.° Aplastamiento (deformación).

3.° Reabsorción ósea de la parte necrosada.

4.° Trama irregular de los bordes.

En los primeros días la imagen radiológica puede ser normal, o bien que haya una osteocondensación **poco evidenciable pasando la** osteonecrosis desapercibida.

Hay que recordar que para una imagen de necrosis ósea sea visible tiene que haber una lesión de un centímetro cúbico de sustancia ósea, si es menor la lesión resultaría difícilmente evidenciable, pero más visible en la tomografía planigrafía.

Es importante retener el concepo de «tiempo de altenca»i radiológica, o sea, el tiempo que tarda en presentarse la imagen radiológica nítida suele oscilar entre los 20 y 40 días después de los primeros síntomas.

La imagen primera es la osteocondensación (necrosis ósea) con sus diversas variantes.

La imagen final es la de reabsorción ósea de la zona necrosada, dando un foco de radio transparencia ósea en la radiografía. En este período confirmamos el diagnóstico que habíamos hecho por presunción ante la primera imagen radiológica.

*Exámenes complementarios.* Al enfermo se le ha hecho Hemograma V.S.G. y demás pruebas siendo los resultados normales. No hay afectación del estado general.

*Tratamiento.* La enfermedad cura espontáneamente sin dejar secuelas.

Lo más importante son las medidas higiene-profiláctica a tener:

1.° Reposo durante la primera fase dolorosa por espacio de 10 a 20 días.

2.° Evitar los traumatismos y esfuerzos violentos que pudieran fracturar el núcleo de osificación epifisario.

3.° Calzado adecuado y plantilla protectora de descarga de talón evitando así los microtraumatismos de la marcha.

4.° Ir cargando poco a poco sobre el talón.

5.° Fisioterapia de la movilidad del pie para evitar el pie equino y la retracción tendinosa del tendón de Aquiles.

6.° Llevar vida normal sin ejercicios violentos hasta pasado un año.

*DIAGNOSTICO Diferencial de las talalgias*

1.° **La Espondiloartritis** (aunque es muy raro que se presente antes de los 16 años la talalgia) puede ser el primer síntoma de la enfermedad.

2.° GOTA. Es excepcional que se presente a esta edad, aunque existen algunos casos en la literatura médica. Deker y Vandeman describen un caso de un enfermo de Gota a los 6 años de edad.

Talboth, ha publicado casos en la primera infancia.

Schopf, ha encontrado casos de 3 y 5 meses.

Rausch, también ha descrito casos de niños de 3 años con Gota.

3.° Traumatismos estáticos del pie (pie plano, pie cavo).

4.° Osteitis infecciosas (osteomielitis bacteriana de esta localización).

*Anexo*

Se acompañan diapositivas del caso presentado de la enfermedad. Diapositivas de los radios durante el curso de la enfermedad y confirmación de la misma. Asimismo, se acompañan otras en la exploración del tālón. Y de la actitud antiálgica durante la marcha del mismo.

# Algesal Activado

**POMADA ANTIRREUMATICA Y ANALGESICA ULTRAPENETRANTE PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR LOCAL**

FORMULA:

| | |
|---|---|
| SALICILATO DE DIETILAMINA | 10 g. |
| NOPOXAMINA | 1 g. |
| EXCIPIENTE | c.s.p. 100 g. |

POSEE UN OLOR AGRADABLE
NO ENGRASA
TOLERANCIA EXCELENTE

GRASA

**gran poder de penetración**

TUBO CON 50 g. DE POMADA - P.V.P. 94,90 Ptas.

KALI-CHEMIE
ARZNEIMITTEL

KALI-CHEMIE IBERIA, S.A.
Apartado 12068, Barcelona
Tel. Barcelona 239 23 27
Tel. Madrid 276 92 76
Tel. Sevilla 21 39 22
Tel. Valencia 228 9 23
Fabricación y venta: Orfi Farma, S.A.

# Malformaciones hereditarias y congénitas

por *J. ANTONIO CALVO*
Podólogo - Zaragoza

Dentro del tema «La podología en el niño» no debemos olvidar el capítulo dedicado a las malformaciones hereditarias y congénitas, las cuales, dentro de nuestra labor cotidiana constituyen un apartado desagradable por la falta de una solución feliz y definitiva, pero que debemos conocer, ya que por tratarse de deformidades de los pies entra de lleno en nuestra especialidad.

Para no ser muy extenso en este tema y prescindiendo de las formas familiares de luxaciones congénitas, con preferencia por ciertas articulaciones que en un mismo individuo o en diversos miembros de una familia pueden afectar articulaciones diferentes en múltiples formas comminadas, pero al lado de estos síndromes politópicos mixtos existen y he podido hacer y comprobar una serie de observaciones familiares, de laxitud articular generalizada que por su indiscutible personalidad nosológica se integran en un grupo especial de laxitud *articular* congénita.

Aparte de las luxaciones habituales congénitas, reconocibles ya en el nacimiento o aparecidas más tarde durante la vida sin violencia externa, se conocen una serie de contracturas articulares de claro origen hereditario. Dentro de las más importantes, citaré en primer lugar el pie zambo, así como el pie en aducción congénita y desviación digital en golpe de viento o en aspas de molino.

Asimismo se encuentran entre las contracturas hereditarias las deformaciones digitales típicas conocidas con los nombres de dedo en martillo, contractura del dedo gordo, muy particularmente la contractura progresiva de los dedos, denominada enfermedad de Dupuytren, sin olvidar el Hallux Valgus congénito, pie equino, pie talo, pie plano y pie cavo congénito.

Aunque la mayoría de las contracturas hereditarias, al contrario del pie zambo, son afecciones relativamente raras y algunas de ellas excepcionales, su demostrada aparición reiterada en una misma familia denota la participación de genes hereditarios en su etiología.

*Pie zambo. Frecuencia y distribución respecto al sexo*

Como ya es sabido, el pie zambo y la displasia coxofemoral, constituyen las heredopatías más frecuentes de las extremidades y para mayor exactitud he podido recopilar de distintas estadísticas un porcentaje cuya proporción es de un 66,3 % en los varones mien-

tras que es el 33,8 % en las mujeres, y en esto es muy similar el porcentaje de varios autores estudiados, como Muller, Mau, Zimen y otros.

En la anatomía patológica del pie zambo, debemos de tener en cuenta que no sólo es una manifestación clínica localizada, ya que, dejando aparte su asociación con malformaciones de sistema nervioso central, muchas veces se encuentra combinado con otras anomalías. Como síntoma de un trastorno neurológico central en los individuos de pie zambo, se ha comprobado la combinación frecuente de pie zambo y cavo. No es raro encontrar pies zambos acompañados de displasia de cadera, mano zamba, aplasias diafisarias, sindactilias, anomalías de los dedos de los pies, trastornos del desarrollo craneal y del tronco. Por consiguiente, el pie zambo congénito aún con menor motivo que los trastornos articulares ya descritos, no presentan una malformación univalente, sino que más bien es una entidad compuesta por varias formas clínicas y hereditarias.

He creído oportuno separar dos tipos de pie zambo en los recién nacidos:

1.° Pies largos y estrechos con el talón bien conformado. En este caso la deformidad no pasaría en ellos de una mediana intensidad.

2.° Pies cortos y anchos, amazacotados, de talones cortos y abundante almohadilla adiposa en las partes blandas. Este caso corresponde a una terapéutica-resistencia que podemos llamar «rebelde». Sin embargo, he visto estos casos en diferentes hermanos y he de considerarlos como pertenecientes a un mismo grupo de tipo hereditario.

*Herencia.* En los trabajos de la etiopatogenia del pie zambo que he estudiado, se repite la afirmación de que sólo para una mínima parte de enfermos portadores de la anomalía es posible demostrar el factor hereditario, de modo que la mayoría de los casos de pie zambo serían acontecimientos «inéditos» dentro de la historia familiar.

Hasta no hace mucho, se admitía que, casi todos los pies zambos eran consecuencias de anomalías posturales intrauterinas, deformidades del útero, miomas del órgano concepcional y otros factores mecánicos actuantes sobre el producto de la gestación.

Por un análisis en estudio sobre gemelos hecho con Ydelberger se demuestra que no se explican las malformaciones acompañadas de pie zambo, ni la evidente desproporción entre ambos sexos 2 por 1, ni tampoco se han encontrado argumentos favorables a la admisión de otros factores mecánicos, como la falta de líquido amniótico o movilidad anormal del feto. Nagura, se apoya en esta desproporción de sexo en la postura del feto, ya que la postura fisiológica intrauterina del sexo femenino es en X y en los de sexo masculino es en O, lo cual le predispone a desarrollar el pie zambo.

El factor desencadenante principal sería el apoyo constante, a tensión, de los pies contra la pared uterina.

Aparte de la heredabilidad, otro asunto muy importante es el modo cómo se realiza la transmisión hereditaria. Fetscher, estudió un cuadro genealógico de una serie de 10 hermanos sanos y 4 con pie zambo, a los que hay que sumar una niña distrófica, hija incestuosa de una pareja de los primeros, en éstos no apareció otro pie zambo hasta la tercera generación. Dicha observación es una prueba en favor de la herencia recesiva. Investigaciones hechas por Böök señalan mayor incidencia de pies zambos en los distritos rurales que en comunidades mayores de 5.000 habitantes y mayor proporción de individuos con pie zambo entre los descendientes de matrimonios consanguíneos. Por todo ello se supone que la mayoría de los casos de pie zambo no responden a una herencia recesiva, sino más bien a un sistema plurifactorial con efecto de dintel.

Como acabo de exponer, quizá de una manera extensiva, una de las más corrientes anomalías congénitas y hereditarias, me limitaré a enumerar de una forma somera el resto de estas malformaciones siguientes:

*Pie aducto congénito*

Entre las dismorfias hereditarias del pie, no es infrecuente observar la contractura congénita en adducción. Entre mis enfermos estudiados he podido reunir algunos casos de pie aducto congénito cuya etiología es parecida al de pie zambo equinovaro.

La desviación hacia adentro de los ejes longitudinales digitales observada en el pie aducto congénito tiene su exacto equivalente en el miembro superior en una malformación manual caracterizada por la separación permanente hacia el lado cubital de los ejes digitales, deformidad que en la literatura alemana (Boix) se conoce con el nombre de «dedos en aspas de molino».

He podido observar en algunos casos de una madre y un hijo con las mismas características, lo que demuestra que la desviación digital está vinculada a un carácter hereditario dominante simple.

*Camptodactilia (dedos en martillo)*

Entre las contracturas hereditarias destacan una serie de contracturas únicas que aparecen en un momento de la vida y pueden adquirir un desarrollo progresivo, las cuales por acumulación en ciertas familias, parecen condicionadas por un factor hereditario.

Una observación personal, me prueba que el dedo en martillo (flexión irreductible y elevación sobre el plano del dorso del pie, coincidiendo casi siempre con aducción) constituye en ocasiones un carácter hereditario típico como en las familias que he observado, cuyos individuos de cuatro generaciones sólo padecieron dedos en martillo en el segundo dedo del pie derecho.

*Enfermedad de Dupuytren.* Las afecciones digitales viciosas típicas de esta afección se distinguen por dos caracteres básicos de las contracturas hereditarias descritas (dedo en martillo, entre otras). En primer lugar, la contractura de Pupuytren consiste en una retracción de la aponeurosis plantar y como segundo hecho diferencial tenemos que las lesiones aponeuróticas aparecen en individuos de edad y adoptan un curso progresivo. Existe la forma exógena pura, producido por un trauma único intenso o por traumatismos repetidos de pequeña intensidad (microtraumas) y la forma endógena a menudo hereditaria y bilateral.

Y para terminar describiré el pie plano, equino, talo y cavo.

Los pies desviados en valgo y con separación de los dedos y sus grados más desarrollados hasta llegar al pie plano valgo completo son frecuentísimos en nuestras condiciones de vida civilizada, hecho que obstaculiza las investigaciones etiológicas. Para el estudio ortopédico completo de los problemas del pie plano he de figurarme que en este congreso han de ser muchos y más expertos que yo que presentarán trabajos sobre este tratamiento, por lo que me limito a exponer mis observaciones etiológicas.

Siendo un hecho evidente, admitido por todos, que el enorme incremento de deformidades pódicas por sobrecarga se debe fundamentalmente a la falta de ejercicio y defectuosa distribución estática de la masa corporal que gravita sobre los órganos de sustentación, condiciones inherentes a la vida ultracivilizada de las urbes modernas, también no es menos ciertos que el pie valgo y el pie plano, en sus diversos grados de intensidad, se presentan en determinadas familias con mayor frecuencia que en el resto de la población.

Se considera el pie plano como la deformación opuesta al pie equinovaro, es decir, constituida por el hundimiento de la bóveda plantar, y desviación en valgo de todo el pie, distinguiéndose dos formas etiológicas.

La forma congénita muestra un astrágalo corto, globoso y en posición oblicua; existe por lo tanto una deformidad ósea. La segunda forma, o adquirida, se desarrolla en la primera infancia, la carga ponderal creciente sobre el pie en la marcha y carrera determina el hundimiento gradual de la bóveda y desvia-

ción en valgo, por lo que a la larga se constituye un pie plano valgo completo. La fijación irreductible del pie en esta morfología se atribuye a una debilidad musculoligamentosa congénita. El tipo de pie plano aparecido en la época precoz de la infancia es el más frecuente. Si bien en la etiopatogenia del mismo se invoca como factor fundamental o desigual repartición del peso del cuerpo, es indiscutible la existencia de formas con estatolabilidad congénita, poco resistentes a la carga gravitatoria, que más adelante, bajo la influencia del factor desencadenante secundario, dan lugar a un pie plano completo.

Un tipo peculiar de las dismorfias pédicas sería el pie excavado que en su variedad de pie equinocavo se le observa relacionado con trastornos disráficos en muchas ocasiones.

*Sindactilias*

Dentro de las sindactilias pueden incluirse todos los trastornos ortogénicos de los pies caracterizados por una inhibición del crecimiento transversal del rudimento primitivo de dichos órganos. La mayoría de los sindactílicos presentan otras anomalías óseas.

La mayor parte de las sindactilias comprobadas por investigación familiar en formas hereditarias consisten en puentes cutáneos u osteocutáneos únicos y más o menos desarrollados, situados entre los dedos. Las sindactilias primarias se oponen a las polisindactilias. En mi opinión las primeras carecen de unidad hereditaria.

La sindactilia más corriente en el pie corresponde a la cutánea unión entre los dedos segundo y tercero.


Scholl

ORGANIZACION MUNDIAL PARA EL CONFORT DE LOS PIES

FABRICAS Y GABINETES DE APLICACION EN LAS PRINCIPALES POBLACIONES DEL MUNDO

**Se honra en colaborar con los Sres. Podólogos, poniendo a su servicio su larga experiencia en la especialidad y las reconocidas, calidad y eficiencia técnicas de sus preparados, remedios y aparatos para la higiene de los pies, la corrección de sus defectos y el alivio de sus molestias.**

Amplia información técnica de carácter general o sobre cualquier caso particular. Visítenos.

- Plantillas ortopédicas a medida y pre-fabricadas, en cualquier tipo e medida; de metal, plástico, goma, etc., para pie plano, metatarsalgia, pes-cavus, espolón de calcáneo y otras anormalidades del pie.
- Medias para varices, tobilleras y rodilleras.
- Taloneras - Protectores de juanetes - Separadores de dedos.
- Almohadillas y plantillas de latex espumoso para plantas sensibles.
- Sales, Polvos y Crema Pédico para la higiene de los pies.
- Polvos Bromidrosil para excesiva transpiración maloliente.
- Parches y discos protectores (SIN CALLICIDA).
- Crema SOLVEX para pie-atleta.
- Vendaje elástico ARCH BINDER para pie abierto.
- Vendaje elástico con elevación para apoyo de arco metatarsiano.
- Almohadillado adhesivo PROTECTO PAD para proteger cualquier punto sensible del pie.
- Reductor de hallux-valgus BUNION SPRING.
- Reductor de dedo en martillo HAMMER TOE SPRING.
- Vendajes tubulares patentados GASATUB (Tubegauz).
- Sandalias fisiológicas PESCURA con diseño especial patentado.

Central en ESPAÑA: Rodríguez San Pedro, 5 - MADRID (15) - Tel. 224 75 66

# Malformación congénita

por *J. SOLE CUCH*
Profesor de la Escuela de
Podólogos de la Facultad
de Medicina de Barcelona

Todos conocemos estadísticas sobre la frecuencia de determinadas deformidades, sean o no congénitas, en la mayoría de ellas se señala al pie plano como la deformidad que con más frecuencia se observa, pero, si un podólogo con una regular práctica en la profesión recapacita y fija su atención (conste que no pretendo llevar la contraria a nadie) la deformidad que más frecuentemente observamos es el valguismo, ya sea asociado al del pie cavo o a pies con una bóveda longitudinal disminuida, pero la mayoría con predominio del valguismo, que a un pie cavo valgo, pueda hundirse su bóveda longitudinal y transformarse en plano, es indiscutible, pero no necesariamente seguro, ya que ello dependerá de varios factores, como es el peso del cuerpo, su cometido laboral, si es mujer, el que haya tenido o no hijos, etc., etc., y serían interminables los pros y contras que pueden influir en que se acentúe o no una determinada deformidad. Por estos motivos, es indispensable una correcta exploración del enfermo cualificado lo más exactamente posible el diagnóstico de la deformidad, para instaurar el tratamiento protésico-corrector o de contención adecuado, y no etiquetar precipitadamente de pie plano a un valguismo, circunstancia que ocurre con harta frecuencia.

Existe otro grupo de deformidades afortunadamente de un índice no tan frecuente, cuyo peligro ya se cierne sobre el niño antes de nacer, la mujer gestante no puede eludir el pensamiento de que su hijo se halla amenazado por un fantasma, denominado Enfermedad Congénita, trátese de malformación, oligofrenia, etc., que mejor que proyectarles el varismo o valguismo de esta famosa Torre (Torre de Pisa) según el ángulo en que se mire, hubiera sido filmar el gesto y postura de un niño mongólico, o la cabeza caída sobre el pecho de un niño, que sus vértebras cervicales no pueden mantener erguida, pero he carecido del valor preciso para pedir a una de estas madres tal favor y, puesto que a lo largo del film hablaremos y veremos imágenes de una deformidad congénita y su tratamiento a nivel podológico, ofrezco este humilde trabajo a estas madres, cuya capacidad de sufrimiento no se puede medir por inmenso, y que a la vez que son más desgraciadas, poseen un sexto desconocido sentido que las hace superiores a los demás mortales.

Ahora que tan en boga está la palabra PREVENCION o PROFILAXIS, no sería descabellado que, en cada Centro Hospitalario Asistencial de Partos, figurase un podólogo que se

responsabilizase de calificar la postura fisiológica o no del recién nacido, referente a sus extremidades inferiores, y aconsejar a la madre la conveniencia de vigilar al niño en su próximo futuro de preandante, del desarrollo de sus condiciones fisico-psíquicas. Por si pudiera interesar he recopilado, aunque con pequeños arreglos, unos datos sobre Fisiología Física y Mental del libro PODOLOGIA, de Frank Weinstein, las siguientes observaciones para la práctica de un test físico y mental.

*DESARROLLO FISICO*

HASTA LOS TRES MESES. Las extremidades tienen cierta rigidez, con movimientos incoordinados.

4.° MES. El niño debe intentar sentarse y levantar la cabeza.

6.° MES. Debe mantenerse sentado varios minutos. intentará gatear.

8.° MES. Intentará mantenerse de pie.

10.° MES. Se mantiene sentado y muchos intentarán la marcha cogidos a los muebles.

DE 1 AÑO A 14 MESES. Empezará a ensayar la deambulación.

A LOS 2 AÑOS. Correrá activamente y se levantará del suelo de forma semejante a como lo hacen los mayores.

*DESARROLLO MENTAL*

Es muy frecuente al explorar un niño con déficit mental sacar esta conclusión, debido a su expresión facial, que muestra a menudo los llamados «Estigmas Degenerativos», pero lo que yo encuentro difícil es hacer declarar por propia iniciativa a la madre del niño sobre su salud mental.

*A los 6 meses.* Un niño debe ser capaz de mantener erguida su cabeza mientras está sentado y mantener esta posición durante tiempo indefinido, debe prestar atención a los sonidos y coger objetos espontáneamente.

*A los 12 meses.* El niño, como mínimo, debe mantenerse de pie cinco segundos sin ayuda, y con ayuda ensayar la deambulación (es la edad más frecuente en que empiezan a caminar), intentará repetir sonidos, imitar movimientos simples y distinguir objetos que le sean familiares.

*A los 18 meses.* Ha de ser capaz de beber sorbos de un vaso, esporádicamente intentará alimentarse, pronunciará claramente palabras sencillas y reconocerá en dibujos objetos simples.

*A los 2 años.* Señalará objetos en una fotografía, obedecerá órdenes fáciles, reproduce un círculo con cierta facilidad, aunque no perfectamente, cogerá alimentos para comerlos.

*A los 3 años.* Deberá señalar los años que tiene, su nombre, su sexo y repetirá frases de seis a siete palabras.

*A los 6 años.* Debe distinguir la mano derecha de la izquierda, será capaz de contar varias monedas y darle el nombre correspondiente, ha de repetir frases de 16 a 18 palabras.

Todo este prólogo he pensado era necesario antes de entrar de lleno al tema de la ponencia. Creo que muchos niños que nacen con Pie Zambo, si fueran tratados correctamente momentos después de nacer, quizás no veríamos tantas articulaciones con artrodesis. Este trabajo trata sobre los éxitos y fracasos (tanto monta monta tanto) de un Pie Zambo Congénito, visto a los 16 años de edad y después de haberle sido practicadas varias atrodesis, que en este caso, por lo que se deduce de la Historia, creo indicadas.

Para corregir la postura anómala de un pie, el podólogo precisa de una movilidad articular indispensable, sin esta movilidad no sería posible corregir ni varismos ni valguismos y sí, por el contrario, producir algias articulares que antes no existían. El estudio de la limitación articular en las exploraciones del pie es de vital importancia, ya que de ello sacaremos la conclusión de cómo debe conseguirse la corrección de aquel pie sin protesta articular. Así pues, les presento una HISTORIA CLINICA DE MIS FICHEROS.

*HISTORIA CLINICA*

APELLIDOS: M. N. NOMBRE: José. EDAD: 16 años. NATURAL: Granollers. PROVINCIA: Barcelona. PROFESION: Control de producción en fábrica textil, su función laboral es mixta (de pie y sentado). FECHA PRIMERA VISITA: 16 de octubre de 1970. TALLA: 1,58.

PESO: 50 kg. CONSTITUCION: Asténico. ANTECEDENTES FAMILIARES: Abuelo con sindactilia.

HISTORIA PODOLOGICA: Nacido a término de parto normal, con los pies en ADUCION y SUPINACION, haciendo que la planta de pie mire hacia adentro, y aunque es bilateral, el tercio inferior de la pierna izquierda, presentaba un estrechamiento que hacía que se balancease el pie. A los tres meses de edad es intervenido de la malformación que presenta, enyesándole ambas piernas durante 14 meses, a los 21 meses empieza a deambular, aunque con una marcha en varismo bilateral pero más marcada en el pie izquierdo, hasta que a los 5 años le intervienen quirúrgicamente de nuevo para hacer otra rectificación. Transcurren siete años y le practican otra intervención por el mismo motivo, y por último, al cabo de un año, vuelve a ser intervenido de nuevo, esta vez por verruga plantar, situada a la cabeza del 5.º segmento metatarso-falángico (he dudado esta circunstancia, ya que la Hiperqueratosis con Higroma y a veces Bursitis, que ésta afecta la cara plantar de la 5.ª articulación metatarso-falángica, según la madre del paciente, no ha variado ni la apariencia, ni el dolor que produce, ello me inclina a pensar que fue intervenido cruentamente de HIPERQUERATOSIS), después de todo esto han pasado unos 8 años de su vida con almohadillas en el zapato, alzas en la suela sin ton ni son, hasta que, a los 16 años de edad ha consultado por primera vez a un podólogo (con muchos años de retraso).

MOTIVO DE LA CONSULTA: Cojera, agudo dolor en el borde plantar externo del antepié izquierdo, desgasta la suela del zapato de este mismo pie y deforma la cara externa de la pala del zapato.

En el pie derecho, tiene algias articulares en el borde externo de la tibio-peroneo astragalina.

EXPLORACION

*En la Marcha.* La marcha del pie izquierdo, es una combinación entre la del pie talo y varo, y aunque apoya el pie desde el talón hasta la 5.ª articulación metatarso-falángica, se ayuda, procurando algo de impulsión, poniendo el pie en rotación externa, motivo por el cual apoya el pulpejo del primer dedo en el suelo. En el pie derecho, sus movimientos están limitados a consecuencia de la hipotonia y atrofia de los músculos intrínsecos del pie, a consecuencia de la limitación articular tibio-peronosa astragalina y las artrodesis de la sub-astragalina y articulación de Chopart, tiene una marcha en ligero Stepagge, pero muy difícil de percibir a simple vista.

*En Sedestación.*

*Circulación.* Temperatura normal.
Coloración normal.
Pulso pedia normal.
Pulso tibial posterior normal.

*PIEL.* Pie izquierdo. Hiperqueratosis con bursitis en la cara plantar de la 5.ª articulación metatarso-falángica.

Pie derecho. Hiperqueratosis e higroma en la cara plantar de la 2.ª falange del 2.º y 3.er dedos.

*Articulaciones.* Pie izquierdo, tibio-peroneo astragalina, movilidad articular 10º (grados) en flexión dorsal, que representa un tercio de su movimiento fisiológico en este solo sentido, desaparecida la flexión plantar, artrodesis de la sub-astragalina y articulación de Chopart. La limitación articular del tobillo, bloquea los movimientos de Abducción y Aducción del pie izquierdo; respecto a los movimientos de los dedos, sólo el primero puede hacer, aunque débilmente, su flexión plantar y dorsal, y arrastra en su movimiento a los demás dedos, los cuales tienen atrofiados sus músculos flexores y extensores, existe hipofalangia de 2.º a 5.º dedo.

Pie derecho. Tibio-peroneo astragalina, movilidad articular 10º también en flexión dorsal, negativa la flexión plantar, también artrodesis sub-astragalina, en la Chopart, flexión y extensión de los dedos en marcada hipotonía. Hipofalangia de 1.º, 2.º y 3.er dedos y Sindaticlia entre 2.º y 3.º.

BIPEDESTACION. El pie izquierdo apoya sólo por su borde externo, desde el talón hasta la cara plantar de la 5.ª articulación meta-

tarso-falángica, con apoyo del pulpejo del 1.er dedo, debido a una rotación externa del pie, se aprecia un estrechamiento en el tercio inferior de la pierna, en la que parece ser se practicó un injerto óseo. Atrofia y acortamiento de esta pierna en relación con su homónima: 2 cm. y 4 décimas.

Pie derecho. Se aprecia una ligera excavación de bóveda longitudinal con poco marcado varismo de talón, tenotomía del tendón de Aquiles, flácida aponeurosis plantar y una hiperqueratosis en la cara plantar del 2.° y 3.er dedos, que como se especifica antes están afectados de Sindactilia e Hipofalangia.

Se aprecian diversas cicatrices en ambos pies de las intervenciones practicadas. Escoliosis dorso-lumbar.

NUMERO DE ZAPATO. Izquierdo: 26. Derecho: 33.

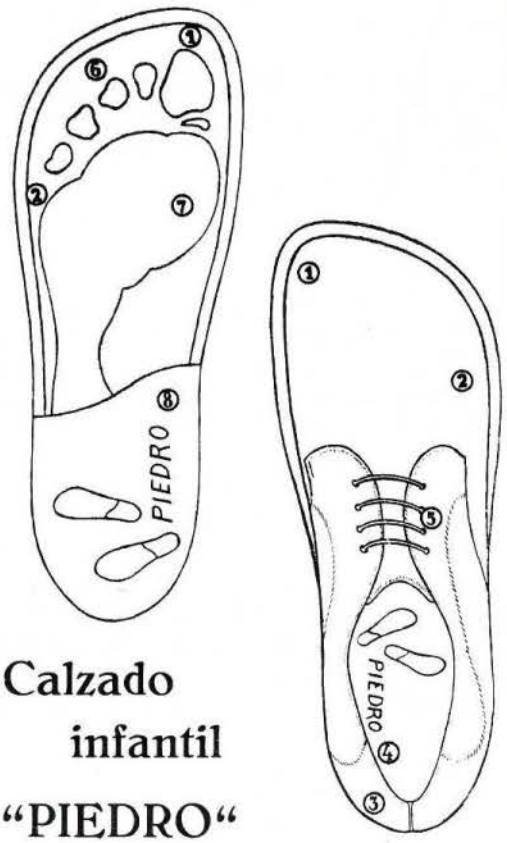
*DIAGNOSTICO*

PIE IZQUIERDO. Talo varo, después de practicadas varias artródesis a causa de PIE ZAMBO CONGENITO.

PIE DERECHO. Ligero varismo de talón y más excavado de su bóveda longitudinal de lo normal.

TRATAMIENTO. Día 16 de octubre de 1970. Extirpación de la hiperqueratosis del pie izquierdo y vendaje de descarga. La misma cura se realiza en el pie derecho.

A los 5 días se hacen moldes para la confección de las plantillas más idóneas. Me inclino primero por la Cola 70, que es un Acetato de Celulosa; uno de los podólogos que primero utilizaron esta cola fue nuestro compañero Escachs, después de un viaje que hizo a Inglaterra, donde conoció a un famoso podólogo inglés, Charleswort's, que le enseñó a manipular dicha Cola. Sus técnicas son variadas y el sistema más utilizado es el siguiente: a un molde positivo de yeso se aplica una badana, que se fija por su cara dorsal; la cara plantar del molde debe quedar bien lisa con la badana, y se van aplicando capas de gasa embadurnada con Acetato de Celulosa hasta que se consigue una suficiente resistencia. La anchura de estas gasas em-


**Calzado infantil "PIEDRO"**

Hormas, control y garantía de
**PIEDRO INTERNATIONAL -**
**Berkel, Holland**

Si no tiene aún información completa consulte a "PIEDRO"

Apartado 7 0 5 3 — Barcelona

badurnadas debe conseguir que quede una plantilla con paredes laterales. Así se comprenderá fácilmente que, cuando se haya rellenado las bóvedas plantares, con corcho, polvo de corcho con látex, etc., se conseguirá una plantilla que corregirá lo deseado. Este material, no cabe duda, tiene muchas virtudes, pero tiene un defecto: que a veces es fácil, al efectuar la corrección, hipercorregir demasiado, y entonces sucede que la plantilla no puede modificarse, y para hacer otra o hay que retocar el molde (cosa muy difícil de hacer bien, algunas veces) o hay que hacer un molde nuevo, y a mi paciente le pasó eso, que su limitación articular no admitía tanta corrección. Pensé entonces, antes de ponerle otra plantilla correctora, hacerle la marcha asintomática, y lo conseguí con una plantilla de Podiasin, que es una mezcla de polvo de corcho, polvo de madera y polvo de cuero mezclado con Látex. Dicha plantilla era de un grosor de unos 8 mm. elevado el borde externo para corregir el varismo, cosa que se consiguió sólo en parte, pues el borde externo del pie llegó a deformar la plantilla. Ello sucedía a los tres meses de tratamiento. Debo aclarar que cualquier plantilla que ha llevado nuestro enfermo, ha sido medida en su grosor, restado éste del grosor de las plantillas del pie derecho, y se ha añadido a la suela y tacón del zapato del pie izquierdo alzas que, en conjunto, han compensado los dos tercios del acortamiento en la siguiente forma: más alto el borde externo del zapato en 4 mm. que el interno, el mismo sistema en el tacón, con la particularidad de que la suela tenía una convexidad que correspondía su punto más alto, ligeramente por detrás de las cabezas metatarsales, algo parecido al alza denominada en «Balancín». Esta alza, además de facilitar el despegue del pie del suelo nos descargaba la 5.ª articulación metatarso-falángica, cuya hiperqueratosis ha desaparecido dos tercios.

18 de enero de 1970. En vista de que aún sigue deformado el zapato (siempre nos estamos refiriendo al izquierdo, ya que el derecho ha reaccionado favorablemente con la plantilla de Podiasin que se le hizo la primera y única vez) le hago moldes de nuevo para hacerle la plantilla, esta vez de una resina polimetacrílica (Plexidur). La lleva durante 8 días y le empieza a doler el borde externo del pie. Rectifico la plantilla para que no le produzca tanta corrección y se la siente mejor, pero le cito para dentro de 8 días más, para hacerle otra del mismo material, pero con una gran aleta, que ampare desde la diáfisis del 5.º metatarsiano hasta la cara lateral externa del calcáneo, y ésta, la consigue llevar bien, sin que le ocasione molestia importante, pero no con una total tolerancia, ya que le produjo irritación en el borde externo del pie. En el pie derecho ahora también lleva plantilla de Plexidur; como por estas fechas ya tengo decidido llevar este caso al Congreso con sus fracasos y éxitos, decido ensayar otro material, esta vez Ortholen asociado al Plastazote. El Plastazote es un polietileno espumado, su aspecto es parecido a la espuma de nylón, pero con mucha mayor rigidez y con mucho menor regreso a la presión que ésta. Aparte de esto, la cualidad que le diferencia de los otros materiales conocidos es que se puede calentar en una estufa seca a la temperatura de 150°C y aplicarlo al cabo de 20 segundos directamente al pie sin peligro de producir quemaduras, moldeándose a las exigencias del caso. Su defecto es que, aunque ligeramente rígido, no lo es lo suficiente para ser efectivo, por lo menos haciendo correcciones con este material solo. Entonces puede asociarse al polietileno, y así fue como en nuestra Escuela de Barcelona empecé a probar dichos materiales asociados y así dominar su manejo, para su utilización, ya que todo lo que sabíamos hasta entonces era teoría que nos había explicado nuestro compañero y amigo Farreras, que junto con otro compañero, Aycart, de Madrid, fueron embajadores de la Podología española en un Congreso Inglés.

Por si alguien lo ignora, el Polietileno es el más ligero de todos los plásticos, su apariencia es parecida a la parafina, puesto que el platazote es polietileno espumado. Puede soldarse el polietileno base o simple (lo llamaremos así para diferenciarlo) con el Plastazote, cuyo procedimiento es el que sigue: lo primordial es esperar que el polietileno simple o base coja una transparencia a consecuencia de la temperatura; entonces es el momento idóneo para que se adhiera a él el Plastazote mediante una pequeña presión ejercida con los dedos. La temperatura, como base, que se puede dar, es de 140°C y unos

# La Podología en el mundo

por *LUIS AYCART*
Podólogo - Madrid

Ha fallecido repentinamente en su casa de Nueva York, el Dr. D. Samuel ROSOFF, famoso y muy estimado Podólogo norteamericano especializado en pequeña prótesis del pie, infatigable experimentador en el campo de la prótesis y gran conocedor del manejo de las siliconas.

Durante la visita a Estados Unidos de nuestros compañeros Sres. Leonardo Escachs y José A. Calvo, Presidente y Secretario, respectivamente, de la Agrupación de Podólogos de España, para asistir en el año 1968 a la Convención Norteamericana en la ciudad de Washington, facilitó grandemente el acercamiento de nuestra profesión y la visita a diferentes Escuelas de Podología en distintas ciudades americanas.

Con ocasión de la Segunda Convención de la Academia de Podiatría celebrada en Madrid en el año 1969 (organismo del que el finado era Presidente), que tuvo efecto en el Hotel Plaza, el Dr. Rosoff, con su caballerosidad habitual, cedió parte del tiempo que debía emplear en su disertación práctica de la Especialidad, a favor de nuestro Presidente Sr. Escachs, nombrado en el Programa del Comité Ejecutivo y citado para dar la bienvenida a todos los asistentes. Ello permitió poder exhibir para nuestros colegas norteamericanos películas como «La cirugía del Pedeto Ungueal», «La Cirugía de la Verruga» y una filmada en la Escuela de Podólogos de la Facultad de Medicina de Barcelona, en la que se reflejaban las magníficas instalaciones de la misma para que pudieran conocer el Campo Profesional en el que se desenvuelve la Podología española.

Su nombre quedará vinculado para siempre a la Podología española y norteamericana. Con su desaparición pierde la Podología mundial una de su smás relevantes figuras.

---

(Viene de la pág. anterior)

5 a 7 minutos de exposición. Ambos cuerpos, cuando están unidos, pueden moldearse, pero no es aconsejable hacerlo directamente al pie, ya que si bien el Plastazote no nos producirá quemaduras, sí las puede producir el Polietileno base. Por tanto será mejor adaptarlos a un molde de yeso. Sabiendo, pues, que el Ortholen también es del grupo de los Polietilenos, pero con su resistencia aumentada, ya que está concebido sólo para uso ortopédico, no era difícil que se me ocurriera soldar los cuerpos, Ortholen y Plastazote. Las temperaturas para moldes del Ortholen han de ser sobre los 180°. Es un material muy termostático y a esta temperatura a los 10 minutos empieza a observarse como si saliese grasa del Ortholen, momento que aprovechamos para presionar el Plastazote sobre el Ortholen, quedando soldados. Plantillas en este sistema las habíamos utilizado en la Escuela para enfermos de Espina Bífida, que concurría un mal perforante plantar, por cierto, con indiscutible éxito; estos motivos fueron los que me indujeron a hacerle una plantilla con este mismo sistema a nuestro paciente y ha sido hasta ahora la de más buenos resultados; también podía haber acolchado la plantilla de Plexidur o la de Cola 70 si hubiéramos hecho un molde con menos corrección, pero no era justo ocultar a vosotros, podólogos de España, esta primicia de la Escuela de Barcelona.

# EL PIE GERIATRICO

Dr. Antonio M. SANCHEZ
(Argentina)

La Geriatría es una especialidad de la Medicina moderna que tiene muy poco tiempo de ejercicio en nuestro medio. Quizá quince años, o, como mucho, veinte.

Nace como una necesidad ante la existencia de una patología que se manifiesta con características distintas a la general, que se patentiza como patología del anciano que el médico estudió, y la Medicina estructuró de acuerdo con sus rasgos particulares.

Así como hay una patología especial del niño que viene desde muy lejos, que recibe el nombre de *Pediatría,* así esta nueva especialidad que exige un lugar dentro de la Medicina, se ha bautizado con el nombre de *Geriatría.* El tiempo de su existencia coincide con el de la presencia del anciano en el mundo. La edad promedio del hombre de hace un cuarto de siglo, apenas, era de cincuenta a cincuenta y cinco años. Se les llamaba «viejos». Actualmente, en algunos lugares hay quienes llegan a la edad promedio de ochenta o más años. Es decir, que se ha alargado la vida, y, entonces, lógicamente, es necesario contemplar un nuevo núcleo de gente de edad avanzada. Antiguamente había también quienes, incluso, alcanzaban los cien años, pero, eran excepción. Ahora lo corriente es que se pase de los ochenta, e, inclusive, de los noventa años.

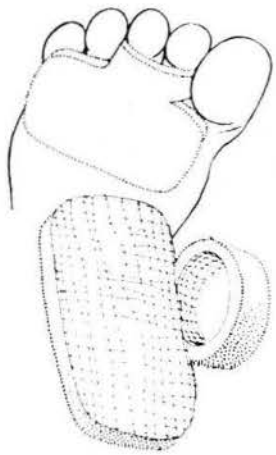
Pues bien: modernamente se considera a este motivo de estudio que se llama Geriatría, y que abarca a las afecciones de los «viejos», a quienes se les denomina «gerontes» —palabra que encontramos en la Esparta de la milenaria Grecia—, nombre que se daba a los veintiocho personajes que formaban el Consejo de Ancianos de Esparta. Y hoy se llama así a quienes padecen enfermedades de ancianos. Es decir, que hay una patología del viejo, como hay una patología del niño. Cada una está en el extremo opuesto, por establecer la siguiente diferencia: en el niño todo es rápido y espectacular, con cambios bruscos y sintomatología ruidosa. El niño puede estar jugando perfectamente bien, moviéndose como le es habitual, y, de pronto...
¡Cuidado!, cuando un niño deja de moverse y de hacer ruido. Puede elevar la columna termométrica a 40° y 41 de temperatura. Un cuadro terrible con grandes decaimientos, que al cabo de unas horas pasó, y, rápidamente, vuelve al movimiento. Las enfermedades de los niños son así: bruscas, ruidosas, agudas, rápidas, de corta duración, estableciendo una gran diferencia entre el estado de salud y el de enfermedad. Por una simple angina puede dar temperaturas y decaimientos extraordinarios.

En el anciano ocurre lo contrario: todo se manifiesta con lentitud y falto de movimiento, tanto en sus afecciones como en sus reacciones. Con un cuadro gravísimo, quizá lo encontremos lúcido, despierto, acusando molestias relativamente pequeñas, la temperatura de 37°1 a 37°2, y, sin embargo, el cuadro clínico es mucho más grave que en el niño. También la incubación y la aparición de la o las enfermedades son lentas. Inclusive, pasan anadvertidas muchas afecciones. El tiempo entre el estado de salud y el de enfermedad pasa lerdamente, y viceversa. Así son los dos cuadros que se observan entre la Geriatría y Pediatría. Por supuesto que todos los problemas de los ancianos son distintos a los del niño.

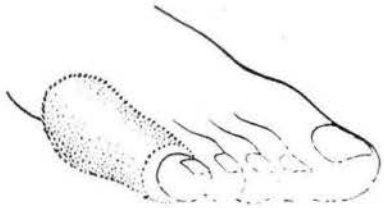
Se me preguntó vez pasada cuál era, a mi criterio, la enfermedad principal del viejo. Después de haber visto mucho al respecto pude contestar que era la de la «soledad». El

# Seton® S.A.

**Al iniciar sus actividades en Podología, saluda a los especialistas españoles poniendo a su disposición su nueva gama de productos específicos.**



**TUBITON**
**TUBIGRIP**
**DALZOFOAM**
**TUBIFOAM**
**PLANCHA DE LATEX ADHESIVA**
**TUBIPLAST - Adhesivo líquido estéril**
**PLANCHA DE FIELTRO**



**C/. Madoz, s/n. MATARO T. 390 38 78**

hombre viejo está enfermo de soledad, en todos los sentidos. Los hijos nos olvidamos de acompañar a nuestros padres. La sociedad se olvida de sus ancianos, y éstos se sienten solos. Esa sea, quizá, una de las más importantes y principales enfermedades de los viejos. ¡La soledad! Aquel que ha cumplido con las etapas obligatorias de la vida y que, inclusive, se acoge a los beneficios de una jubilación, se encuentra muchas veces con el peor de los problemas: *¡la soledad!*

Como ustedes ven, en estos casos los aspectos son múltiples. Ahora vamos a referirnos más de los aspectos físicos y de lo que ocurre dentro de ese organismo, para ocuparnos, en última instancia, de lo que ocurre dentro de su pie. Y posterguemos, por ahora, las motivaciones del alma y del espíritu del anciano.

En Medicina hay un adagio que reza: «tenemos la edad de nuestras arterias», y, en consecuencia, responsabilizamos a éstas de nuestros años. Es indudable que nuestras arterias empiezan a funcionar deficientemente, pero no por culpa de ellas, que también son una conseceuncia del tiempo, sino de la irrigación que les llega. Y si ésta es deficiente, por lógica comenzarán a padecer. Pero no hay duda que el sufrimiento de las arterias, que son las portadoras de la sangre que va a mantener a todo el organismo, cuando funcionen mal le llevarán menor aporte sanguíneo a los distintos lugares, y cada una de esas partes empezará a sentirlo con mayor acento, dado que ya venía padecienlo con anterioridad.

Desde el punto de vista metabólico el ser humano tiene tres épocas: 1º) la del *anabolismo*, que abarca toda la etapa del crecimiento, y a la que debe agregarse el período de gestación en la mujer, durante los cuales la *ingesta* es mayor que la *excreta* por una necesidad fisiológica en ambos casos, y por la formación del nuevo ser, en el segundo.

Se sucede un estado de equilibrio denominado *metabolismo*, en el curso del cual la ingesta y la excreta son proporcionales. Finalmente ocurre el *catabolismo*. Aquí la ingesta es menor que la excreta.

En todo este proceso, indudablemente, las arterias juegan un papel muy importante por ser las encargadas de llevar la nutrición a todos los tejidos del organismo por medio de la sangre. Ahora bien: las arterias comienzan a reemplazar parte de su tejido constitutivo, por otro de inferior calidad llamado «fibroso». Con lo que sus capas van aumentando de espesor, e, inclusive, en algunas partes se producen precipitaciones calcáreas que las endurecen y les impiden la elasticidad que les es característica en la juventud. Las arterias van aumentando sus capas en espesor, y, en igual proporción, disminuye el orificio o luz interior por donde debe circular la sangre, la que, a su vez, disminuve su aflujo al tener que vencer la delgadez del orificio, con lo cual obliga al corazón a trabajar mucho más, motivo que hace aumentar la presión sanguínea.

Entonces: desde que hay un mayor trabajo cardíaco con menor aflujo de sangre, elemento necesario para su propia alimentación, también se ven lesionadas las arterias coronarias, dando lugar a un desequilibrio, puesto que el corazón ya no tiene la fuerza suficiente para rendir, y se fatiga. *Resumen:* le llega menor aflujo sanguíneo a los tejidos. Aquí aparece un término muy necesario, el *«trofismo»*, que es la alimentación de los mismos, su crecimiento, su salud, o sea, un buen trofismo. Cuando éste está disminuido en su nutrimento y desarollo, hay un *hipotrofismo,* produciéndose trastornos tróficos en los tejidos en general. Esta alteración provocada por la poca circulación repercute directamente sobre el tejido de las arterias y comienza así un círculo vicioso. Al llegar poca irrigación sanguínea a un músculo, éste reemplaza su tejido útil por uno complementario, que es el fibroso.

Igual proceso por irrigación deficitaria ocurre con el tejido útil de los huesos. Entonces, la trama fibroporosa se pierde y se sustituye por una inerte y de poco valor como es el tejido de tipo calcáreo, con precipitaciones calcáreas por pérdida del calcio necesario, produciendo el hueso hipotrófico, fioporótico, duro, poco útil, sin elasticidad, frágil, de fácil fracturación, como son los huesos de los ancianos.

Cuando el sistema nervioso no está alimentado satisfactoriamente por falta de aflujo sanguíneo, se produce una alteración que puede llevarlo, inclusive, a un cese completo de irrigación, provocando la muerte de ese tejido que ya no se recupera más, como asimismo

a trastornos de tipo funcional. Ustedes habrán leído que una lesión de ese carácter en el sistema nervioso central puede llevar a un cuadro de demencia senil, con pérdida de memoria y disminución de los recursos psíquicos mentales, etc. Alteración motivada por la falta de irrigación y por un mal trofismo. Del mismo modo podemos hablar de cada uno de los tejidos, de cada uno de los órganos, y de cada una de las funciones.

Lógicamente, esas sinapsis neuromusculares o neuronales disminuidas traen como consecuencia una alteración en la transmisión del influjo nervioso, con retardo en los reflejos. Por ejemplo: cuando un niño tropieza, inmediatamente coloca su pie de manera tal, que no alcanza a caer. Cuando tropieza un anciano, se produce, sí, todo ese proceso de cálculo pero, con tanta lentitud, que cuando iba a obtener la respuesta mental ya está en el suelo por falta, precisamente, de esos reflejos rápidos que da el buen trofismo. Y así los músculos, los huesos, el sistema nervioso, tanto central como periférico, el sistema cardiovascular y las arterias.

Así llegamos a lo nuestro, a la piel, que es tejido que verdaderamente importa al podólogo, más que los músculos y que los huesos con su irrigación e inervación. La piel, que está formada por epidermis, dermis e hipodermis. Especialmente la epidermis, en la cual, trabajando no sale sangre. Esa zona es la específica del podólogo. Este campo, que es el que les corresponde, con el tiempo también sufre como el resto de los tejidos y de los órganos. ¿Qué pasa con una piel hipotrófica? No es necesario buscarla en un anciano; también podemos encontrarla en un joven, en una criatura, en un adulto, que aunque gozando de buena salud pueden llegar a tener una piel hipotrófica. La piel de una pierna poliomielítica, ¿qué presenta? Se arruga muy fácilmente, se descama, se cubre con mucho pelo (una hipertricosis); y las uñas de los pies, ¿cómo crecen? Con signos de hipertrofia, como todo lo anterior.

Pero no miremos allí donde hay enfermedad, sino observemos a una joven de veinte años que sufrió una fractura simple en la tibia. Sin mayores complicaciones se le hace un yeso con pronóstico de noventa días, porque la tibia tarda mucho en consolidarse, tras los cuales se abre, se saca el yeso y se ve la piel. ¡Pobrecita! La primera que se asusta es ella. Era una pierna bien contorneada, y esa bonita pierna la encontramos notablemente adelgazada con respecto a la otra, lo mismo que el muslo, con la piel descamada, arrugada y con un vello semejante al del otro sexo. Si le indicamos que coloque la pierna colgando, la veremos ponerse cianótica, y si el yeso no dejó libre los bordes de los dedos, inclusive las uñas, crecieron desordenadamente. Al pellizcar la piel, tomando solamente el celular subcutáneo, observamos mucho menor cantidad que del otro lado; es decir, que éste también ha disminuido. Las masas musculares se han reducido, los tendones sufrieron retracciones, la cápsula circular también se mantiene bastante inmóvil, afectando la articulación. Al tomar las medidas de ambos lados, la reducción es notable. ¿Qué ha ocurrido?

*Resumen:* Una hipotrofia en el celular subcutáneo y en la piel, con descamaciones, hipertricosis, y alteraciones en las uñas, merma en las masas musculares que ya han comenzado a tener retracciones por formación de tejido fibroso, al igual que en los tendones. Pero, evidentemente, en un lapso tan breve como son dos o tres meses, no han podido aparecer lesiones tan graves como las de un anciano, aunque aquí también las han habido, aun con arterias perfectamente sanas. Y si obtenemos una radiografía, ¿qué observamos en los huesos? que se han descalcificado, pese a que esos huesos han estado alejados del foco de fractura. El solo hecho de no moverse ha traído todos esos trastornos de tipo hipotrófico, por una serie de complicaciones en la circulación, que, inclusive, traerá un edema con posterioridad.

Eso es lo que se observa en una persona joven, llena de salud, que por una inmovilidad cae en el hipotrofismo, lo que muestra poca diferencia con el anciano en un proceso a través del tiempo. Lo único que distingue a ambos casos es que, en la joven todos esos fenómenos son fáciles de corregir, y en el de edad avanzada, no.

Entonces: uno de los grandes problemas que encontramos en el pie del viejo son los de carácter trófico con alteraciones en la piel. Otras veces se presentan complicaciones en los pies de gente joven por dificultades de ti-

po neurológico que alteran el crecimiento de las uñas y la piel.

Por lo tanto: cabe considerar como dificultad importante, el hipotrofismo, por un lado, y por el otro, el que se produce a través de los años, que es el de la estática.

El pie soporta todo el peso del cuerpo, siempre que lo apoyemos sobre el suelo, para caminar o para estar de pie. Bien: voy a reiterar lo que ya he dicho en otras oportunidades con respecto a la economía de nuestro organismo. Pienso que si un ministro de Economía estudiara Biología y aplicase sus fenómenos en la conducción económica de un país, quizá éste, fuera el más extraordinario del mundo. Todas nuestras funciones se desarrollan sobre la base de una economía perfecta. La ley de trabajo que rige en el corazón lo corrobora. Observen lo que aparentemente está confinado a trabajar desde que nacemos hasta que morimos. La función del corazón se desarrolla en tres tiempos: uno, durante la sistole, para luego, durante la diástole que se va dilatando y que dura el doble, descansa. Es decir, que trabaja uno y descansa dos. O sea, que un hombre de 60 años, cuyo corazón trabajó sólo veinte, descansó cuarenta. Qué interesante sería que las leyes sociales que contemplan la edad para jubilarse se inspirasen en la ley que rige al corazón. Lo mismo pasa con el pulmón, que trabaja durante la inspiración, que vale un tiempo, y descansa en la expiración, que es pasiva, y vale dos. ¿Y qué ocurre con los pies? Descansan en el caminar porque hay uno apoyado en el suelo mientras el otro está en el aire; por lo tanto, cada pie trabaja el 50 %. Además, descansan ocho horas durante el sueño, mientras estamos sentados, etc., en tanto que el corazón, no. Es decir, que la Biología es tan sabia, que otorga a los pies una acción que combina con un descanso del 50 %. La estación de pie sí es más cansadora, pero con un pequeño alivio al poder apoyar alternativamente uno y otro pie.

Cada órgano tiene su función determinada y la de nuestras plantas es de menos responsabilidad que la del corazón. ¿Por qué? Aunque funcionen mal, se puede seguir viviendo, y aún hay quien vive habiéndoselas cortado. No así el corazón, que desde el punto de vista vital es mucho más importante. Pero el pie sufre cuando le aumentan la tarea por exceso de peso, por mucho caminar, o permanecer largas horas en posición estática. Le cuesta soportarlo y se va desmoronado. Y la buena función, que se amplía con los puntos de apoyo que permiten una correcta transmisión de las líneas de fuerza hacia el suelo, se altera. Cuando se modifica las condiciones de trabajo por aumento de tiempo, todo cambia. Los músculos de arriba tratan de soportarlo, pero comienza la fatiga, el cansancio, y, entonces, se empieza a notar que uno de los principales problemas del anciano es la estática. Ningún chico se va a quejar de dolor por exceso de actividad de sus pies. Pero cuando pasamos los treinta años comenzamos a sentir sus molestias.

Las articulaciones comienzan a perder su posición correcta, dando origen a las alteraciones que generan, primero las artritis y luego las artrosis. Y la de los elementos periarticulares que las componen, como cápsulas articulares, ligamentos y tendones que pasan cerca, trayendo también retracciones.

Esas partes blandas que van fijando las articulaciones en posiciones viciosas alteran la estática, el funcionamiento y hasta la forma del pie, que comienza a ser distinta. El calcáneo rota hacia afuera, hundiéndose el astrágalo hacia abajo, que acompaña en ese momento al escafoide, que lo desplaza hacia adentro.

Si a esta desarmonía se le agrega más kilogramos, mayor va a ser el perjuicio para los pies. El calzado hecho para formas normales vence aún más, y esa piel con poca defensa comienza a descamarse, proporcionando hiperqueratosis. Los dedos se contraen por el dolor y se hacen en garra o en martillo. Los hallux valgus se acentúan, las articulaciones cobran mayor rigidez, los pies se van contracturando y forman músculos fibrosos, condicionándose así el pie del geronte. Que es la suma de todos los problemas de trofismo que que no le corresponde. Ese arco anterior se acabamos de ver por la poca defensa de la piel, de las uñas, de la bolsa serosa del juanete, que se inflama por mala circulación, y como cualquier proceso se puede transformar en infeccioso.

Cosas similares a los 35 ó 40 años son su-

(Pasa a la pág. 27)

# constantino velasco laínz

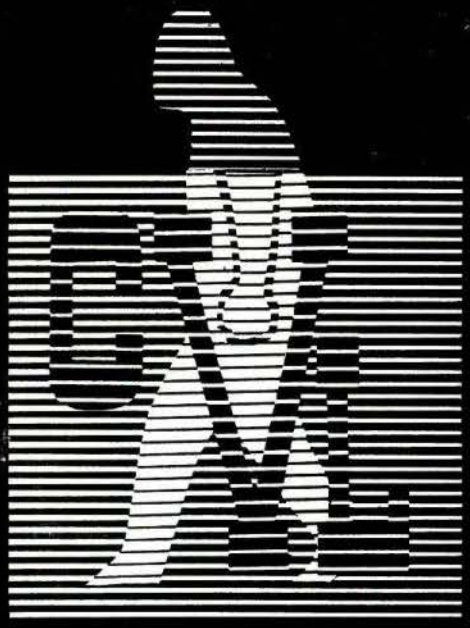
*y*

# BERKEMANN

*en colaboracion con la revista española de*

## PODOLOGIA

*ofrece a los podólogos una gama completa de artículos para los pies*



CENTRAL (Oficinas). — Santiago Bernabéu, n.º 4.
Tels. 261 98 75 y 261 44 15. — MADRID-16

ALMACEN. — General Franco, n.º 42.
Tel. 208 98 36. — MADRID-19

DELEGACION CATALUÑA Calle Mallorca, n.º 336 (esq. Avda. Grmo.).
Tel. 257 76 05. — BARCELONA-9

Prótesis de plástico, corcho, cuero, cuero y metal. — Protectores de Hallux Valgus. — Separadores de dedos. — Protectores planta del pie. — Cuñas y almohadillas metatarsales. — Accesorios para la aplicación de plantillas. — Sandalias fisiológicas de madera. — Soportes de cazoleta de Ortholen. — Planchas de PLEXIDUR. — Planchas de ORTHOLEN. — Planchas de PRENYL. — Planchas de HYDROLANYON, etc.

# Investigaciones sobre los músculos

Cuando un nervio excita uno de nuestros músculos, éste se contrae. Al hacerlo, unos músculos mueven una parte del cuerpo, al acortar la distancia entre los huesos a los que están unidos, y otros realizan la mayor parte del trabajo de nuestros órganos internos. El corazón es solamente una bolsa muscular; lo mismo, hasta cierto punto, son los intestinos, y hay millones de células musculares enclavadas en las paredes de las pequeñas arterias.

Gran parte de las enfermedades del hombre se deben al mal funcionamiento de estos músculos internos. Un ligera contracción de los de las arterias puede elevar la presión sanguínea o suprimir el aporte de oxígeno a determinados tejidos; más de la mitad de las muertes humanas se debe al fallo del músculo cardíaco y, sin embargo, en la mayoría de estos casos no podemos reparar la máquina muscular enferma, porque no sabemos lo suficiente sobre su estructura y funcionamiento.

La contracción muscular es uno de los fenómenos más maravillosos de la Naturaleza. Que una especie de gelatina blanda se vuelva dura de repente, cambie de forma, levante un peso mil veces mayor al suyo, y que sea capaz de hacer esto varios cientos de veces en un segundo, es poco menos que un milagro. Indudablemente, el músculo es uno de los objetos más notables en el museo de curiosidades que es la Naturaleza. Sin embargo, si ha atraído la atención de muchos investigadores científicos ha sido por otra razón.

Todos los organismos vivos no son sino hojas del mismo árbol. Las diferentes funciones de las plantas y los animales, y hasta las de órganos especializados, son manifestaciones de la misma sustancia viva, que se adapta a diferentes tareas y circunstancias, pero opera basándose en los mismos principios fundamentales. La contracción muscular es, solamente, una de estas adaptaciones. En teoría, es lo mismo estudiar los nervios, el riñón o los músculos para comprender los

(Viene de la pág. 25)

mamente dolorosas y no se pueden tolerar. Pero el anciano, con sus pasitos lentos sigue caminando, caminando, y cuando lo examinamos nos preguntamos cómo puede soportar tanto. Pero, volvemos al principio de mi charla. Así son las enfermedades de los viejos; lentas, despaciosas, sin gran espectacularidad, propensos a grandes trastornos tróficos, a procesos infecciosos, a dificultades en la estática y la dinámica, pero con relativas pocas molestias en general.

Es inevitable llegar a eso que es el último capítulo de la Medicina, pero que, precisamente, los ancianos de hoy llegan cuando existe una Geriatría, porque la Medicina preventiva ha progresado mucho en los últimos tiempos. Ahora resta esperar que la Podología adelante mucho también, para que los pies de una persona mayor no sean los de un viejo, sino que puedan ser, relativamente, los de un joven.

principios fundamentales de la vida; pero, en la práctica, es muy diferente.

La labor del hombre de ciencia consiste, en su esencia, en medir; resulta mucho más fácil medir los rápidos cambios que se producen en el músculo que los cambios lentos que tienen lugar en el hígado o el riñón. El funcionamiento del músculo puede verse sólo con mirar, y registrarse por medios sencillos. Los cambios eléctricos del nervio, por el contrario, sólo pueden observarse con la ayuda de artificios complicados. La gran movilidad del músculo se debe a que está formado por unidades pequeñas, colocadas con gran regularidad y mantenidas juntas por medio de fuerzas relativamente débiles. Ello supone el que se puedan aislar estas pequeñas unidades, sin destruirlas, para estudiarlas fuera del organismo.

Hay muchas maneras de estudiar el músculo. El anatómico se deleita estudiando su estructura, que trata de conservar. Al fisiólogo le maravilla la armonía de su funcionamiento, y trata de evitar toda lesión del tejido, con el fin de estudiarlo en condiciones fisiológicas. El bioquímico, sin embargo, destruye voluntariamente la estructura. Existe una razón sencilla por la que ninguno de estos métodos, por sí mismos, puede dilucidar el problema del músculo.

El músculo es una máquina, y, como en el caso de cualquier otra máquina, tenemos que analizar dos elementos. Uno es la reacción liberadora de energía, como la presión del vapor en la locomotora, la combustión del carburante en una máquina de combustión interna o el voltaje de la corriente en un motor eléctrico. Estas reacciones elementales pueden llevar a cabo un trabajo útil únicamente si se producen en el interior de una estructura específica, sea ésta un cilindro con su pistón o una bobina y un rotor. De la misma forma, en el músculo hemos de buscar la reacción liberadora de energía y la estructura adecuada para que ésta se produzca.

La reacción liberadora de energía se obtiene por cambios químicos que se producen entre las moléculas, y su estudio corresponde a los bioquímicos; el de la estructura incumbe al anatomista, con su escalpelo de disección y su simple microscopio o su microscopio electrónico. Ambas vías de investigación son extraordinariamente interesantes, pero si confiamos en demostrar que la reacción liberadora de energía es idéntica, al menos en principio, en todas las formas vivientes, entonces la investigación sobre el músculo nos conduce al origen de la misma vida. Su estructura, aunque especializada, puede revelarnos los principios fundamentales de la arquitectura biomolecular. Desde este punto de vista el músculo deja de ser un problema especial. El estudio de su funcionamiento se confunde con el de todo lo que vive, y para este estudio es un material único y maravilloso.

A simple vista, el músculo está formado por fibras pequeñísimas, apenas perceptibles, y si contemplamos al microscopio una de estas fibras nos encontramos conque presenta una serie de estrías horizontales, indicando que la fibra muscular es, a su vez, un manojo de muchas fibras más pequeñas o fibrillas. Estas fibrillas están compuestas de una sustancia contráctil, y si la fibra muscular se contrae es porque las fibrillas se contraen.

Las fibrillas necesitan una gran cantidad de energía en una forma muy especial, en que la contenida en los alimentos ha de ser transformada antes que pueda ser utilizada por ellas. Por sí solo este proceso necesita un voluminoso aparato químico que está colocado entre las fibrillas, y éstas, al contraerse, comprimen la sustancia de este aparato en fiscos cuyo resalte entre las fibrillas da a la fibra muscular su aspecto estriado. Cuando se quita esta sustancia y quedan aquéllas desnudas, podemos ver, con la ayuda del microscopio electrónico, que éstas están también formadas por un manojo de cabos más finos. Estos cabos han sido bautizados con el nombre de filamentos por C. A. Hall, M. A. Jacus y . C. Schmitt, los primeros en fotografiarlos en el Instituto Tecnológico de Massachusetts

La forma específica en que la energía es

proporcionada a la fibrilla es el trifosfato de adenosina, que en abreviatura se escribe ATP (Adenosin Tri-Phosphate). El descubrimiento de esta sustancia es una de las grandes hazañas de la bioquímica, pues el ATP es uno de los ejes principales alrededor de los cuales gira la vida. La molécula de ATP contiene tres grupos de fosfato, unidos entre sí por átomos de oxígeno. El fisiólogo O. Meyerhof, de la Universidad de Pensylvania, ha demostrado que la formación de cada uno de estos enlaces requiere 11.000 calorías de energía libre, energía que se libera al romperse los enlaces. Fritz Lipmann, del Massachusetts General Hospital, los ha llamado enlaces de fosfato de alta energía. Su partición es la fuente de toda la energía muscular.

La participación del ATP en la contracción muscular tiene un aspecto extraordinariamente interesante. Nuestros conocimientos actuales nos permite afirmar que, dondequiera que haya vida, debe haber nucleoproteína, sustancia formada por una proteína y un ácido nucleico, así llamado por abundar en los núcleos de las células. Podemos aceptar, por tanto, que estas sustancias y sus acciones recíprocas son un carácter esencial de la vida. La molécula del ácido nucleico está compuesta de muchas unidades pequeñas, químicamente semejantes al ATP, que se integran en moléculas fibrosas gigantes. Desgraciadamente, es difícil trabajar con unas moléculas tan grandes, por lo que sabemos poco sobre la naturaleza y significación de las nucleoproteínas. Pero también en esto el músculo es una excepción que abre un camino a la esperanza. Que yo sepa, la sustancia contráctil de las fibrillas es la única proteína "viva" que no está ligada al ácido nucleico, lo que está justificado, pues las largas moléculas fibrosas del ácido nucleico interferirían seguramente con el mecanismo de la contracción, y por esto, en lugar de trabajar con ácido nucleico, la proteína contráctil lo hace con unidades menores. Nosotros consideramos que el ATP hace las veces del ácido nucleico que le falta a la fibrilla. Como el ATP es una molécula pequeña, sus conexiones con la proteína muscular pueden ser estudiadas con relativa facilidad y pueden quizá revelar uno de los secretos de la vida mejor guardados.

Una vez apuntados algunos de los principios generales, veamos qué es lo que en realidad sabemos sobre la función del músculo. Para comprenderla tenemos primero que descomponerla, con la esperanza de que el conocimiento de sus partes nos permita entenderla por completo, de la misma forma que el astrónomo comprende las estrellas gracias a su conocimiento de los átomos. Sin embargo, un hombre que se lanzara en paracaídas sobre una tierra extraña podría encontrar dificultades para dar con el camino de vuelta, y de la misma forma nosotros tendríamos serias dificultades para encontrar el camino que nos permitiera reconstruir el músculo completo si lo descompusiéramos de golpe. Nos orientaremos mejor si llegamos a pie a nuestro destino descomponiendo el músculo en diferentes etapas.

Como primer paso de esta descomposición, separaremos las moléculas pequeñas, solubles, de la estructura insoluble, pero teniendo cuidado de no destruir ésta, lo que puede hacerse fácilmente, por ejemplo, lavando con agua una tira de músculo de conejo. Ahora volvamos a colocar en el músculo las moléculas disueltas. Para ello, suspendemos nuestro músculo en la solución anterior, más concentrada, o, para hacer las cosas más sencillas, en un extracto hervido de algún otro tejido muscular. ¿Qué sucede? ¡El músculo se contrae! Por mediciones especiales se ha visto que la contracción se ha producido con tanta fuerza que el músculo podría haber levantado un peso mil veces superior al suyo, lo mismo que cualquier músculo vivo. No existe ninguna duda de que lo hemos visto es una contracción muscular.

Lo inmediato es preguntarse cuál ha sido la sustancia que ha provocado la contracción del músculo lavado. Afortunadamente, esta pregunta es fácil de responder. Empleando un arte culinario científico nos encontramos con que la han provocado dos sustancias: potasio y ATP. Esto es extraordinario, pues, en esencia, el ATP es fosfato, y si nosotros

queremos que crezca la hierba en una pradera empleamos un fertilizante que contiene potasio y fosfato. La hierba necesita los mismos materiales que el músculo, lo que es una notable demostración de que la base fundamental de la contracción muscular es solamente una de las formas de la reacción bioquímica universal.

Por este camino hemos llegado a la conclusión de que el ATP provoca la contracción del músculo, además de proporcionarle la energía necesaria para que se contraiga. Ninguna otra sustancia sirve. El ATP es una pieza fundamental en el mecanismo de la contracción, sin la que ésta no puede producirse. El ATP tiene todavía otra función. Desde los tiempos más remotos el hombre conoce el "rigor mortis", la rigidez cadavérica que se produce después de la muerte, efecto que también se obtiene al separar un músculo del cuerpo. Un trozo de músculo de conejo, cortado poco después de muerto el animal, puede estirarse casi como si fuera de goma; sin embargo, unas pocas horas más tarde, el trozo de músculo pierde su elasticidad y, si tratamos de estirarlo, se rompe. Esta pérdida de elasticidad se debe también a la descomposición del ATP y desaparece al ser restituido éste. Si el ATP no hiciera elástico al músculo, éste sería demasiado rígido para poder trabajar.

Avancemos un paso más en la descomposición del músculo. Con el músculo de conejo lavado hacemos una pasta muy fina, la suspendemos en agua y añadimos potasio y ATP. No puede haber contracción, porque las estructuras han sido destruidas. En su lugar se produce una precipitación brusca, cosa muy parecida a lo que debió de ocurrir cuando se contrajo el músculo entero. La precipitación de partículas coloidales finas se debe, principalmente, a una pérdida de carga eléctrica, de modo que la reacción fundamental de la contracción debe ser esta pérdida provocada por el potasio y el ATP.

Pasamos a continuación a descomponer el músculo en sus moléculas. En presencia de ATP, una solución salina concentrada consigue disolver la estructura muscular extrayendo dos proteínas completamente diferentes: actina y miosina. Las dos tienen una serie de propiedades sumamente interesantes, pero entre ellas no figura la contractibilidad. La más asombrosa propiedad de la miosina es su gran afinidad por los iones, que, aun en las concentraciones más pequeñas, pueden modificar grandemente su carga eléctrica. La más sorprendente propiedad de la actina, descubierta por nuestro colaborador F. B. Straub, es que puede presentarse en dos formas: recién extraída está compuesta por moléculas pequeñas y redondeadas, pero al añadir una pequeña cantidad de sal estos pequeños glóbulos se unen formando largos filamentos.

La propiedad más maravillosa de la actina y de la miosina, sin embargo, es que pueden unirse para formar un compuesto: la actinomiosina, compuesto que tiene la capacidad de contraerse, propia del músculo. Hemos conseguido reproducir, haciendo así posible su análisis, una de las más misteriosas manifestaciones de la vida, y el ver contraerse la actinomiosina por vez primera ha sido la aventura más extraordinaria de la carrera científica del que escribe estas páginas.

De intento hemos dejado para el final el problema de la arquitectura molecular del músculo, porque este campo de investigación data sólo del descubrimiento del microscopio electrónico, que extendió los límites de la visión humana al mundo de las moléculas. Hall, Jacus y Schmitt fueron los primeros en utilizarlo para estos estudios, que en la actualidad se continúan en el Instituto Nacional de Sanidad por G. Rozsa, en el laboratorio de R. W. G. Wyckoff. Estos estudios han demostrado que el paso de la actina de la forma globular a la fibrosa se hace en dos etapas. En un primer tiempo, unos 20 glóbulos se unen para formar una partícula ligeramentete alargada, que mide unos 300 Angstrom de longitud por 100 de anchura. A continuación, estas partículas se unen unas a otras por sus extremos, formando filamentos. Las fotografías obtenidas con el microscopio electrónico demuestran que los filamentos tienen una marcada tendencia a colocarse unos al

lado de otros, de tal forma que las partículas que integran dos filamentos próximos también se sitúan unas al lado de otras, formándose así filamentos en dos direcciones, con lo que resulta una estructura regular parecida a un cristal.

La naturaleza del mecanismo químico que forma grandes moléculas proteicas a partir de otras pequeñas es un problema fascinante. Las partículas mayores de actina son del tamaño de los virus más pequeños. Cómo se contruye una unidad proteica de gran tamaño y cómo se descompone para formarse de nuevo, siguiendo un nuevo patrón, es quizá uno de los problemas más importantes de virología. W. J. Bowen y K. Laki, del Instituto Nacional de Sanidad, han demostrado que el ATP interviene también en esta proeza de ingeniería molecular.

Existe todavía otra nueva y prometedora vía de investigación abierta por el descubrimiento de que la contracción muscular es una de las llamadas reacciones de equilibrio. Esta vía es la termodinámica, que ya ha producido dos resultados fascinantes. Ha demostrado que la máquina muscular completa está integrada por unidades pequeñas, más o menos independientes, del tamaño de los glóbulos de la actina. Estos glóbulos tienen un peso molecular de 70.000, esto es, 70.000 veces el peso de un átomo de hidrógeno. Si están unidas al ATP, las unidades en reposo tienen una cierta cantidad de energía potencial, pudiendo compararse a un arma de fuego cargada o a un resorte en tensión. Al ser excitadas por un impulso nervioso, las unidades gastan su energía. La energía transmitida por el ATP se necesita entonces para devolverlas al estado de extensión o carga, rico en energía. Una vez sabido, parece lógico que la Naturaleza lo haga de esta forma. La estructura viva se mantiene constantemente preparada para hacer fuego, y es cargada después de hecho el disparo en lugar de hacerlo al revés.

Finalmente podemos preguntarnos si es posible resumir esto en una teoría conjunta de la contracción muscular. Si puede intentarse, aunque al hacerlo tengamos que salvar grandes lagunas. Hemos visto que la reacción primaria es un cambio en el que se pierde la carga eléctrica y que ocurre en el interior de unidades moleculares pequeñas. Esta pérdida de carga debe alterar grandemente las fuerzas entre las partículas mayores. Si se consiguiera demostrar que la fibrilla del músculo es una estructura tridimensional de películas ligeramente alargadas, podría resultar que la contracción no fuera sino un movimiento de inclinación de estas partículas.

Han de hacerse todavía muchas investigaciones antes que lleguemos a comprender por completo la contracción muscular, y entonces tendremos que plantearnos el problema de qué cambios se producen cuando un nervio manda contraerse a un músculo y cómo se transporta la energía del ATP. Como parece que la actinomiosina es idéntica a todos los tipos de músculo, habremos de investigar qué sustancias le permiten realizar sus diversas funciones. En el músculo de las alas de algunos insectos, por ejemplo, la actinomiosina puede contraerse varios cientos de veces en cada segundo; también puede producir el latido lento y regular del corazón y mantener cerrada la concha de una almeja durante varias horas sin consumir energía.

El lector quizá se pregunte si, cuando sepamos todo esto, comprenderemos el músculo y la misma vida. A esto sólo puedo contestar que mi opinión personal es de que no, porque los cambios fundamentales en el músculo no pueden ser expresados en términos químicos ortodoxos. Muy probablemente tendremos que explicarlos en términos de cómo están distribuidos los electrones por toda la estructura molecular, una explicación que pertenece a los dominios de la mecánica cuántica.

El estudio de esta distribución de los electrones en el interior de la molécula proteica es una de las tareas más urgentes y difíciles de la biología: hasta que se haya realizado, no podemos tampoco esperar comprender la naturaleza de la vida.

**A. Szent-Gyorgyi**

# Nueva Junta Directiva en la "Asociación de Podólogos" de Perú

En carta recibida desde Perú nos comunican lo siguiente:

«La Asociación de Podólogos de Perú nos informa que ha sido elegida nueva Junta Directiva, cuyo período de mandato será desde el día 3 de noviembre de 1971 hasta el 3 de noviembre de 1973.»

Su composición es la siguiente:

Presidente: D. Francisco-Desiderio Giménez Vegel

Vice-presidente: D.ª María Hernández González

Secretario: D. José-Armando Sánchez Cadenillas

Pro-secretario: D.ª Esther-Verónica Rojas Delgado

Tesorero: D.ª Ricardina Guillén López

Pro-tesorero: D.ª Eusebia Muñoz Castillo

Vocal: D. Hernán Herrera Antúnez

Vocal: D.ª Berta Lee de Giménez

Vocal: D.ª Hortensia Rojas de Bello

Como colaborador: R.R.P.P. Francisco Santillana Sayan

## Nota de Redacción

ERRATA

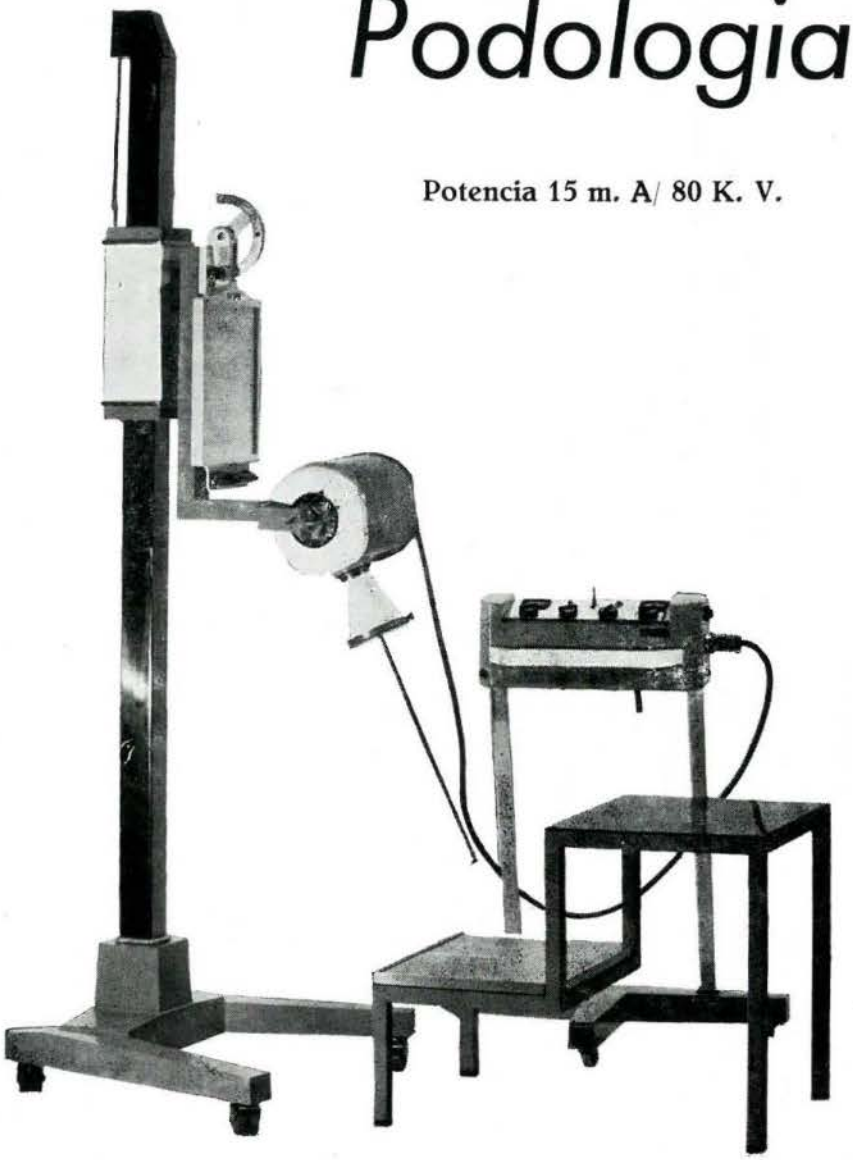
En nuestro número anterior —n.° 25— y en la comunicación desarrollada por el Dr. D. J. Ojeda Gil, se le aplicó la denominación de «Podólogo» equivocadamente, toda vez que la especialidad de dicho Dr. es la de CIRUGIA Y TRAUMATOLOGIA.

Lo que nos complacemos en comunicar para conocimiento general en evitación de posibles malas interpretaciones.

# MODERNO EQUIPO RADIOLOGICO PARA

# *Podologia*

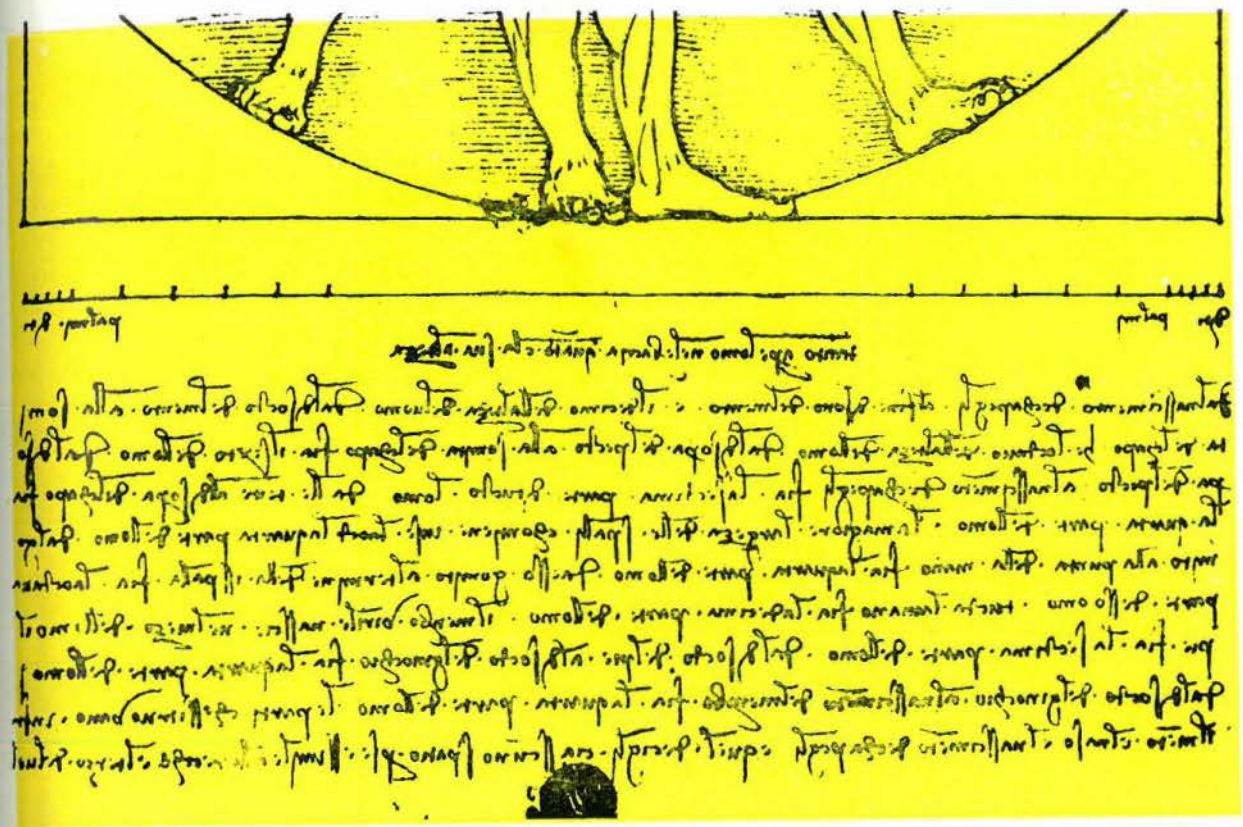
**Potencia 15 m. A/ 80 K. V.**



- Versatibilidad óptima para obtención de radioscopias y radiografías en todas posiciones y ángulos.
- Características eléctricas regulables para obtener un verdadero radioagnóstico.

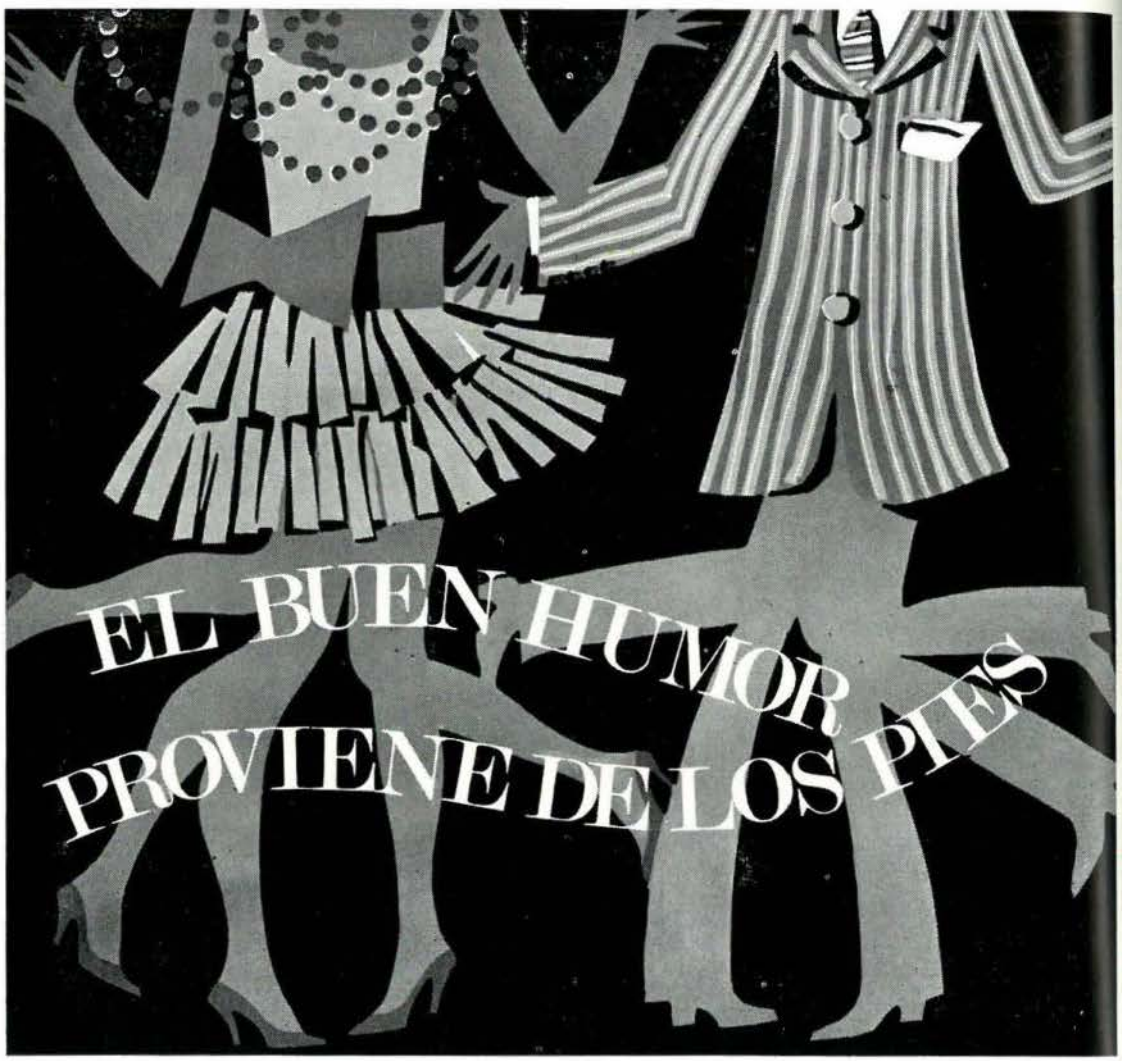
**EMISA** RÖNTGEN

VERDI, 169 - Barcelona-12
Tels. 228 84 98 - 227 76 32



# REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

A.P.E. Mayo - Junio
n.º 27 1972




**podologo:** **¿quién mejor que Ud. puede asegurar la veracidad de este slogan...?**

**¿quién mejor que Ud. para liberar a sus pacientes del enemigo que ataca "la raiz" de la persona...?**

**...¿y quién mejor que Ud. para dar vigor y tranquilidad a esa raiz, con la ayuda de...**

**AKILEINE** que **descongestiona** los pies haciendo desaparecer el ardor en las plantas, a la vez que **desodoriza** y modera la transpiración ya que no contiene formol u otros productos nocivos, que puedan provocar inflamaciones o irritaciones en la piel.

**AKILTROPIC** que **neutraliza los efectos de la transpiración** y elimina la enfermedad de las piscinas.

Pida muestras a Lab. Inibsa - Loreto, 8 - BARCELONA-15

# REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

ORGANO DE LA AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

A. P. E.

Redacción y Administración:
Urgel, 47/51 - Barcelona (11)

**Director:**
Leonardo Escachs Clariana

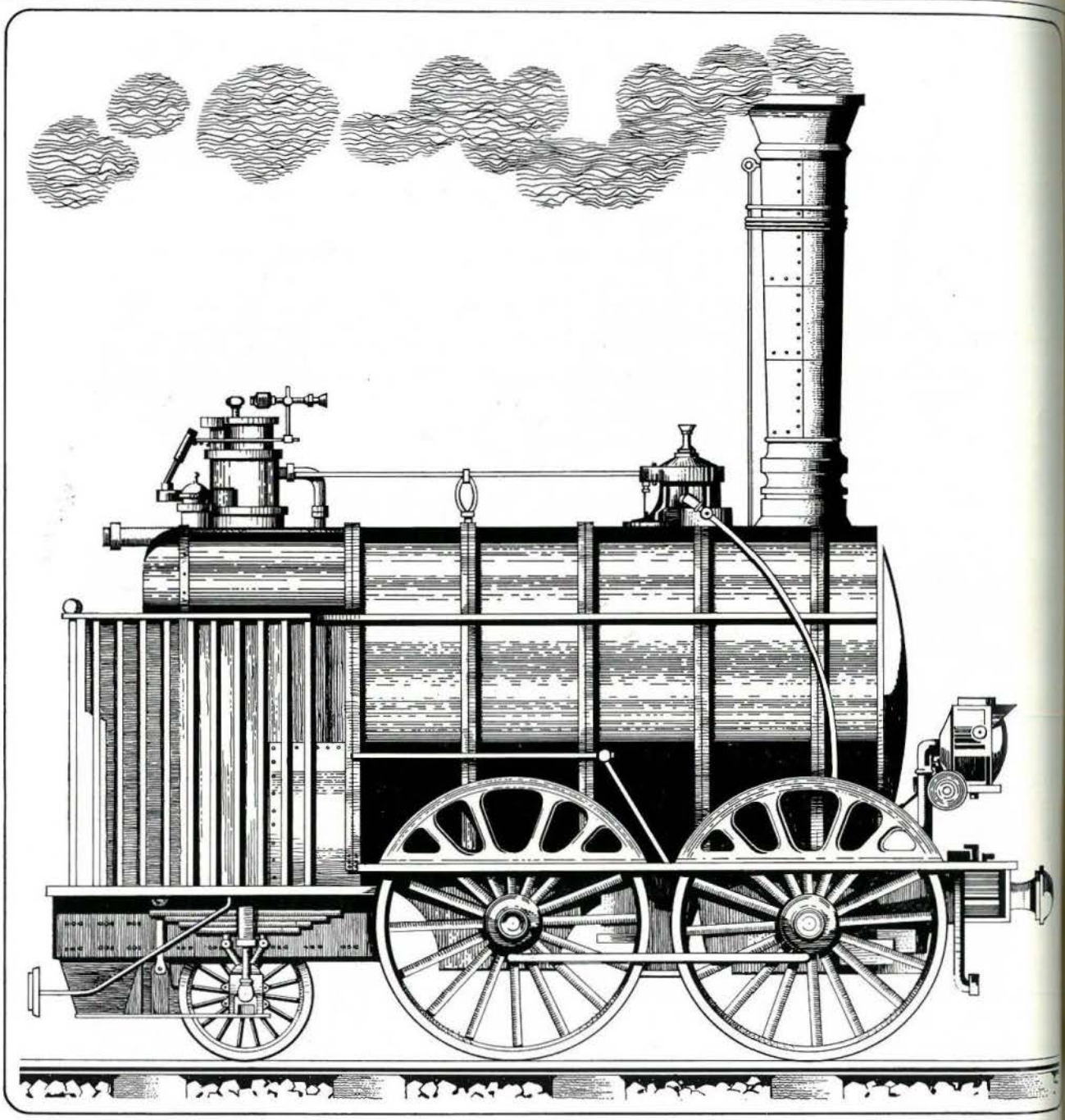
**Sub-director:**
Pablo Vilató Ruiz

**Redactor jefe:**
Francisco Mañé Domingo

Manualizaciones ESCUELA NORMAL - Deposito Legal: B. - 13484 - 19[illegible]

## SUMARIO

3 **Junta de Gobierno**
5 **Editorial**
7 **La osteotomía del espolón calcáneo**
11 **Ultrasonidos**
19 **El papiloma y su tratamiento**
25 **Podología infantil**
29 **Epidermicosis y verruga plantar en el niño**
30 Ergonomía de los genus



en procesos reumáticos...

**ditrone** **cápsulas 100 y 200 mg** (envases con 20 cápsulas)
**supositorios 200 y 500 mg** (envases con 16 y 10 sup. respec.)

**delta ditrone** **envase con 50 cápsulas**

HOSBON

# AGRUPACIÓN DE PODÓLOGOS DE ESPAÑA

## JUNTA DE GOBIERNO

| | | |
|---|---|---|
| Presidente Nacional | D. LEONARDO ESCACHS CLARIANA | Barcelona |
| Vice-Presidente 1.º | D. JUAN PEREZ LAZARO | Madrid |
| Vice-Presidente 2.º | D. ISAIAS DEL MORAL CEJALVO | Valencia |
| Secretario General | D. JOSE A. CALVO GARCIA | Zaragoza |
| Vice-Secretario | D. FRANCISCO MAÑE DOMINGO | Barcelona |
| Tesorero | D. M. GAVIN BARCELO | Barcelona |
| Contador | D. LUIS AYCART VIJUESA | Madrid |
| Vocal 1.º | D. FCO. MORAN VENTURA | Las Palmas G. Canaria |
| Vocal | D. JUAN VIDAN TORRES | S. Compostela |
| Vocal | D. LUIS INCHAURRONDO | Irún |
| Vocal | D. JOSE M.ª BAEZ BASAURI | Bilbao |
| Vocal nato | D. ZACARIAS GARCIA ANDRES | Madrid |
| Vocal nato | D. JAIME SALA PICH | Barcelona |

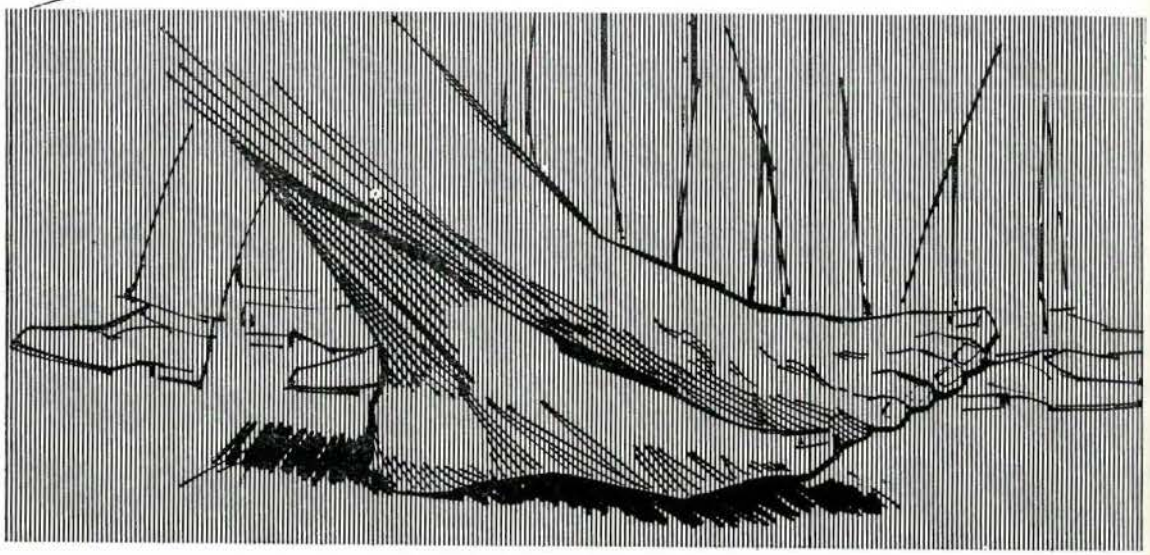
## DELEGADOS DE ZONA

**D. José M.ª Báez Basauri.** Mayor, 27, 6.º. Las Arenas. BILBAO.
**D. José Luis Inchaurrondo.** Paseo de Colón, 65. IRUN.
**D. Juan Vidán Torres.** Preguntoiro, 10. SANTIAGO DE COMPOSTELA.
**D. Antonio Báez Prieto.** Alcalá, 313. MADRID.
**D. José Antonio Calvo García.** Coso, 77, 5.º. ZARAGOZA.
**D. Jaime Sala Pich.** Muntaner, 142. BARCELONA-11.
**D. Isaías del Moral Cejalvo.** Moratín, 6. VALENCIA - 2.
**D. Francisco Bernedo García.** Príncipe, 12. GRANADA.
**D. Francisco Morán Ventura.** León y Castillo, 8. LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

## DELEGADOS PROVINCIALES

ALAVA: Sin Delegado Provincial.
ALBACETE: **D. Luis Juan Navarro.**
ALICANTE: **D. José Olcina Morales.**
ALMERIA: **D. Luis Pascua San Miguel**
AVILA: Sin Delegado Provincial.
BADAJOZ: **D. José Villafaina de la Cruz.**
BARCELONA: **D. Jaime Sala Pich.**
BILBAO: **D. Víctor Fano Ugarriza.**
BURGOS: **D. Elías Hernando Tamayo.**
CACERES: **D. Timoteo Fernández Gil.**
CADIZ: **D. Manuel Albalá Valle.**
CASTELLON: **D. Nicolás Prats Moreno.**
CIUDAD REAL: **D. Luis Barba Vázquez.**
CORDOBA: Sin Delegado Provincial.
CUENCA: **D. Gerardo Bollo de la Peña.**
GERONA: **D. José M.ª Bosch Doménech.**
GRANADA: **D. Manuel Ruiz Morales**
GUADALAJARA: Sin Delegado Provincial.
HUELVA: Sin Delegado Provincial.
HUESCA: Sin Delegado Provincial.
JAEN: **D. Leandro Rodríguez Revuelta.**
LA CORUÑA: **D. Francisco de la Cruz Agustí.**
LAS PALMAS DE GRAN CANARIA: **D. Francisco Morán Ventura.**
LEON: Sin Delegado Provincial.
LERIDA: Sin Delegado Provincial.
LOGROÑO: **D. Vicente Alvarez Pipaon.**
LUGO: Sin Delegado Provincial.
MALAGA: **D. Antonio Gutiérrez Velasco**
MADRID: **D. Zacarías García Andrés.**
MELILLA: Sin Delegado Provincial.
MURCIA: Sin Delegado Provincial.
ORENSE: **D. Elisardo Bralo Rego.**
OVIEDO: Sin Delegado Provincial.
PALENCIA: **D. Damián Porro Villarroel.**
PALMA DE MALLORCA: **Juan Bta. Brines Rubio.**
PAMPLONA: **D. Javier Sarasa.**
SALAMANCA: **D. Antonio Basas Encinas.**
SANTANDER: Sin Delegado Provincial.
SAN SEBASTIAN: **D.ª Pilar Gómez Eizaguirre.**
STA. CRUZ DE TENERIFE: **D. Armenio Méndez Martín.**
SEGOVIA: **D. Francisco García Rodríguez.**
SEVILLA: **D. Francisco J. Alvarez Gandulfo**
SORIA: Sin Delegado Provincial.
TARRAGONA: Sin Delegado Provincial.
TERUEL: Sin Delegado Provincial.
TOLEDO: Sin Delegado Provincial.
VALENCIA: **D. Manuel Campo Rodríguez.**
VALLADOLID: **D. Alfonso Domínguez Milán.**
VIGO: Sin Delegado Provincial.
ZAMORA: **D. Juan J. Miguel Barrios.**
ZARAGOZA: **D. José Antonio Calvo García.**

¡NUEVA FORMULA!



# Pentoderm®

## Crema dermoprotectora cutánea

**Tubo con 50g de crema** (62,80 ptas.).

DESDE 1880 CERA

**Laboratorios Cera, S. A.** –Aptado. 9001 - Barcelona

# EDITORIAL

Una vez más, con cronometrada regularidad se abre ante nosotros la estación veraniega. Todos y cada uno, en sus hogares, con sus familias, hacen y deshacen proyectos y más proyectos sobre las vacaciones. Es la estación propicia al solaz y descanso, fruto y recompensa del esfuerzo de todo el año.

Pero para un nutrido grupo de personas, esta perspectiva de las vacaciones viene ensombrecida por los exámenes de final de curso. Todos hemos sido estudiantes y, a pesar de estar en tiempo pasado, nos acordamos con nostalgia —la nostalgia es ahora— de aquellos momentos de angustia, de nerviosismo, de temor, de incertidumbre ante la duda de un «cate». Yo que he sido testigo en la Escuela de Podólogos de Barcelona, del enorme despliegue de los alumnos ávidos de recuperar las horas perdidas y de asimilar al máximo las enseñanzas que en la misma se profesan, ante la proximidad de estos exámenes finales, he comprendido que, antes del descanso veraniego, les falta superar esa prueba, ese examen. Tan sólo, superado, podrán disfrutar plenamente del sol y del reposo.

Y ello trae a colación la enorme satisfacción de ver a estas nuevas promociones de podólogos, preparándose, estudiando, trabajando, para, una vez conseguido el preciado galardón del Diploma, dedicarse a la Especialidad que han escogido. Si los Cirujanos-Callistas de antaño —nuestros antecesores— girán la vista atrás y se fijan en esa pléyade de compañeros, se han de sentir hechidos de orgullo y satisfacción pues, a fin de cuentas, ellos han sido los que han colocado la primera piedra de este edificio, grande, alto, magnífico que es la Podología.

Por que en honor a la verdad hemos de reconocer que hoy, los estudios que se vienen realizando en las Escuelas de Podólogos, son muy superiores a los que en su día realizaron los Cirujanos-Callistas. Se ha modificado el sistema, se han modificado las materias, el campo de acción, pudiendo decir que es una nueva ciencia dedicada al estudio, prevención, alivio y corrección de las innumerables afecciones que asientan en el pie. Cada día es más importante el estar plenamente documentado para el feliz desempeño de tal profesión y a fuera de sinceros que, sin lugar a dudas, lo están así realizando en las Escuelas de Podólogos, donde, en forma exhaustiva, se enseña a los futuros profesionales, toda la gama de conocimientos básicos y precisos para realizar a la plena perfección su cometido. Nuevas técnicas, nuevos materiales, nuevos sistemas, nuevos conocimientos. Todo es nuevo y actual. Tan sólo así se pue-

de desempeñar una profesión dándole categoría y realce, haciéndola más digna si cabe y queriéndola mucho más, al ser mucho más el esfuerzo a realizar.

Esta época viene a señalar un hito para todos. Los que, por su tesón y perseverancia, consigan superar los exámenes tendrán la satisfacción de haber terminado una fase de su vida y disfrutarán del merecido descanso de las vacaciones. Los que por múltiples circunstancias no puedan superar los exámenes, estoy seguro que perseverarán en su cometido y en septiembre, contentos, después de haber aprovechado esa época de vacaciones para dedicar más tiempo al estudio, podrán superar las pruebas y unirse a la gran familia de podólogos. Tanto en un caso como en el otro, de lo que si podemos estar seguros es de que a esa juventud que estudia y que se supera constantemente, no le falta la ilusión y el deseo de llegar a ser lo que se han propuesto. Y por su deseo, por su esfuerzo por su buena disposición, se merecen conseguirlo.

Todos los podólogos reunidos, agrupados en la Agrupación de Podólogos de España, esperan con los brazos abiertos a las nuevas promociones, confiando en esa nueva savia, llena de empuje, de vida, de juventud e ilusión para, juntamente con la experiencia de los veteranos, aunar en reuniones, charlas, congresos, conferencias, todo el saber de unos y otros, toda la ciencia y la experiencia de cada uno y, en sólido bloque, apretado, compacto, fuerte, vigoroso, seguir adelante por la senda trazada a cuyo final todos los que a esta profesión se dedican, ven la satisfacción del deber cumplido y la satisfacción de haber contribuido al alivio de determinadas dolencias de nuestros hermanos.

Vayan pues estas líneas como testimonio de felicitación para los nuevos podólogos a los que esperamos contar muy pronto entre nosotros.


Scholl

ORGANIZACION MUNDIAL PARA EL CONFORT DE LOS PIES

FABRICAS Y GABINETES DE APLICACION EN LAS PRINCIPALES POBLACIONES DEL MUNDO

**Se honra en colaborar con los Sres. Podólogos, poniendo a su servicio su larga experiencia en la especialidad y las reconocidas, calidad y eficiencia técnicas de sus preparados, remedios y aparatos para la higiene de los pies, la corrección de sus defectos y el alivio de sus molestias.**

**Amplia información técnica de carácter general o sobre cualquier caso particular. Visítenos.**

- **Plantillas ortopédicas a medida y pre-fabricadas, en cualquier tipo o medida; de metal, plástico, goma, etc., para pie plano, metatarsalgia, pes-cavus, espolón de calcáneo y otras anormalidades del pie.**
- **Medias para varices, tobilleras y rodilleras.**
- **Taloneras - Protectores de juanetes - Separadores de dedos.**
- **Almohadillas y plantillas de latex espumoso para plantas sensibles.**
- **Sales, Polvos y Crema Pédico para la higiene de los pies.**
- **Polvos Bromidrosil para excesiva transpiración maloliente.**
- **Parches y discos protectores (SIN CALLICIDA).**
- **Crema SOLVEX para pie-atleta.**
- **Vendaje elástico ARCH BINDER para pie abierto.**
- **Vendaje elástico con elevación para apoyo de arco metatarsiano.**
- **Almohadillado adhesivo PROTECTO PAD para proteger cualquier punto sensible del pie.**
- **Reductor de hallux-valgus BUNION SPRING.**
- **Reductor de dedo en martillo HAMMER TOE SPRING.**
- **Vendajes tubulares patentados GASATUB (Tubegauz).**
- **Sandalias fisiológicas PESCURA con diseño especial patentado.**

Central en ESPAÑA: Rodríguez San Pedro, 5 - MADRID (15) - Tel. 224 75 66

# La osteotomía del espolón calcáneo

Por el Podólogo de Madrid LUIS AYCART

*AGRADECIMIENTO*

*Al Maestro de la Cirugía Vascular Dr. D. José María Zaldúa Alberdi, Presidente de la Sociedad Española de Angiología, que con su buen hacer y consideraciones, ha permitido a un Podólogo recuperar esposa, madre y auxiliar de clínica en una misma persona.*
*Sirva este testimonio, como agradecimiento de toda la Familia Podológica expresada por esta muestra de cariño hacia nuestra profesión, en la persona de la Sra. Aycart.*

El espolón calcáneo es una excrecencia ósea que aparece en la tuberosidad plantar del calcáneo. Puede desarrollarse como resultado de un traumatismo violento o como respuesta a un microtraumatismo múltiple y continuado sobre esta zona (como ocurre en la artritis traumática). También puede desarrollarse a partir de un desgarro del periostio por una tensión crónica de la fascia plantar con fibrosis degenerativa y degeneración calcánea. Cuando la lesión no responde a un tratamiento conservativo, hay que tomar en consideración la escisión quirúrgica del espolón.

Las técnicas corrientemente en uso para la intervención quirúrgica abierta no han sido satisfactorias. El Dr. Casagrande, hablando ante un grupo de cirujanos del pie, dijo: «La experiencia sobre la exostectomía del espolón calcáneo ha sido desalentadora, así, pues, este método sólo debería utilizarse como último recurso. El traumatismo quirúrgico producido durante esta clase de operaciones, obliga al paciente a largos períodos de incapacidad para el trabajo, y dolores postoperatorios continuados.»

La mayoría de las técnicas quirúrgicas de corrección del espolón calcáneo requieren largos períodos de reposo de la zona operada sin carga, y no menos períodos de incapacidad para el trabajo. Los Doctores Mercado, Perrone y Kenneth M. Fischer, de la Asociación de Pediatras Norteamericanos, han desarrollado una simple y segura técnica que reduce marcadamente el largo período de incapacidad laboral y el dolor postoperatorio, que está dando muy buenos resultados. Esta técnica consiste en introducir una línea pequeña en un sitio cuidadosamente calculado de la cara del talón, para reducir el espolón por limado.

Esta técnica quirúrgica (que los Podólogos españoles podríamos rebautizar como minicirujía del espolón), reduce marcadamente el tiempo de recuperación y de dolor postoperatorio, es la que vamos a describir a continuación.

Utilizando una lima de las utilizadas en cirujía plástica para las rinoplastias, introducida por una incisión practicada en la cara medial del talón, reducir el espolón por osteotripsis, con ello se ocasiona un mínimo traumatismo quirúrgico en los tejidos vecinos.

El quitar una exostosis por medio de limado no es una cosa nueva. En Pediatría se utiliza frecuentemente para suprimir el heloma molle por destrucción de la exostosis interdigital causante.

La técnica consta de cuatro fases a saber:

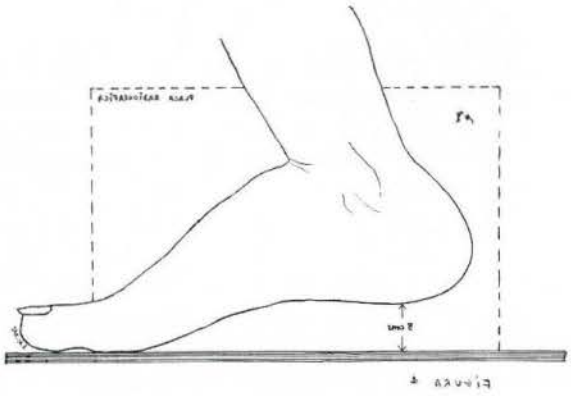
1.ª Determinación del sitio exacto para la incisión.

2.ª Anestesia troncular y local.

3.ª Inserción y situación de la lima.

4.ª Limado, limpieza y sutura de la herida.

Para la primera fase, se necesita una radiografía lateral con el pie en carga, elevando el talón cinco centímetros sobre el plano de apoyo de la articulación metatarsofalángica como indica en la figura número 1, conservando perfectamente visible al contorno del talón. (Figura 1).

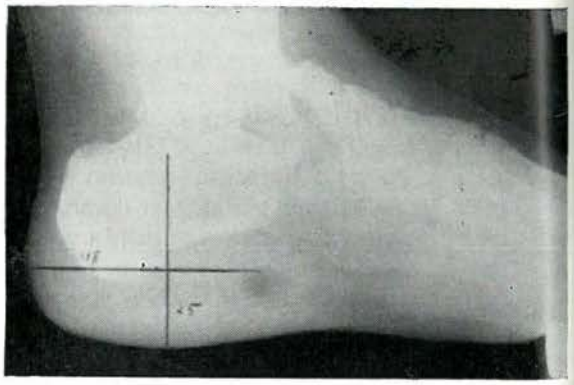


Esta radiografía deberá tener el punto focal tan distante como sea posible, y permitir una imagen radiográfica sin ninguna ampliación. De esta placa se obtendrán dos medidas en milímetros, la primera desde el borde posterior del talón a la punta misma del espolón. La otra desde la superficie plantar del talón a la misma punta del espolón. Como aparece en la radiografía (figura 2). Para averiguar el sitio exacto de la inserción de la línea, se reproducirá en el pie las dos líneas de intersección. Justamente antes de la preparación para la operación, se dibuja con un bolígrafo una línea perpendicular a la superficie plantar a tantos milímetros del contorno posterior del talón como mide en la placa. La segunda medida de la radiografía, se utiliza para dibujar una línea paralela a la superficie plantar y que

(fig. 3) · INERVACION CUTANEA DEL NERVIO TIBIAL POSTERIOR

se cruzará con la perpendicular trazada en primer término. Hay que resaltar que la intersección de ambas líneas quedará más posteriormente dorsal que fuera de esperar por la exploración clínica. Por nuestra experiencia es esencial creer en las medidas, bastante más que en la impresión clínica o en las orientaciones que nos dé el paciente.

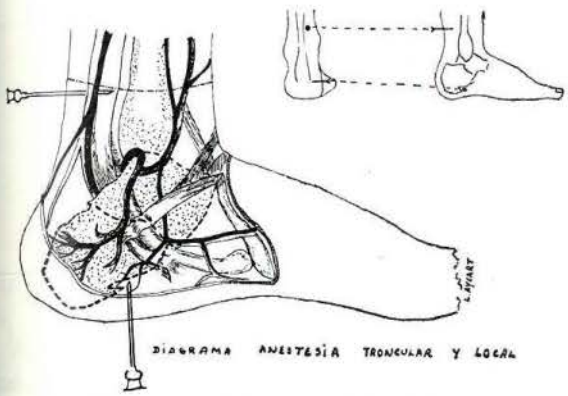
Segunda fase. — Anestesia troncular y local (figuras 3 y 4).



El nervio tibial posterior, se encuentra por fuera de la arteria del mismo nombre, recorre la cara postero interna del tobillo y hay que atravesar la aponeurosis superficial para alcanzarlo.

Colocar al paciente sobre el sillón en posición horizontal ,con el tobillo y el pie sobresaliendo del reposapié, de manera que se pueda trazar libremente con mercromina, una lí-

nea circular alrededor del tobillo a un centímetro del punto de unión entre el maleolo interno y el cuerpo de la tibia. Después con la pierna cruzada sobre la otra pierna palpan-

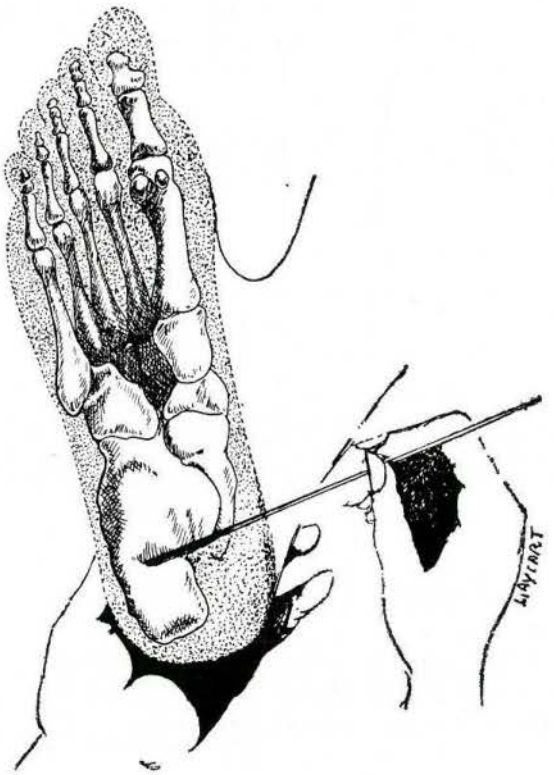



do el borde interno del tendón de Aquiles y precisamente sobre la línea circular trazada con mercromina, se hace una pápula intradérmica de anestésico, a continuación con una aguja de 5 cm. de largo atravesando la pápula en dirección perpendicular a la tibia, atravesaremos dos planos aponeuróticos, cuando la aguja se aproxime al nervio tibial posterior o cuando entre en contacto con el mismo, el enfermo empieza a sentir parestesias digitales. Cumpliendo la precaución fundamental de aspirar repetidamente para comprobar que no estamos en la luz de un vaso, se inyecta lentamente 3 c.c. en el fondo y el resto hasta cinco en pequeñas porciones mientras retiramos la aguja, el pie anestesiado adquiere un tinte más rojizo en comparación con el otro y aumenta ligeramente la temperatura. Se cubre el punto de la inyección con una tirita y se procede a la anestesia local del espolón (figura 4).

Provisto de una jeringuilla de 5 c.c. con una aguja de 3 cm. del calibre 25, se introduce en el punto de intersección de las dos líneas (trazado anteriormente) en dirección perpendicular a la piel, se hace penetrar la aguja lentamente infiltrando a cada avance unas gotas de anestésico, antes de que la aguja haya penetrado en toda su longitud ya habrá tocado el hueso. Si todo está bien calculado, estaremos en la cara interna del espolón, entonces se inyectan 0,50 c.c. y se retira la aguja parcialmente sin sacar la punta. Dirigimos entonces la aguja hasta la parte anterior, haciendo siempre penetrar unas décimas de c.c. e impulsando la aguja hasta el pabellón en toda su longitud sin tocar hueso. Entonces nos encontramos en la parte anterior del espolón, donde inyectaremos 1 c.c. Una vez completada la anestesia, se recubre el campo operatorio con los paños correspondientes.

Tercera fase. — Inserción y colocación de la lima (figura 5).

En el punto de intersección de ambas líneas se practica una incisión con una hoja del número 15 del mango Martín, paralelamente a la planta del talón. Inmediatamente se introduce una lima cuyo ancho no es mayor de 5 milímetros y con una superficie de limado de 5 cm.



en la misma dirección del hueso. A continuación la lima es introducida y extraída parcialmente en diferentes ángulos para obtener una correcta orientación.

Los puntos más importantes de referencia son:

1.° Al mover la lima en dirección posterior, contactamos con el espolón.

2.° Al mover la lima en sentido plantar, se pueden tocar y percibir claramente las fibras de la fascia plantar.

3.° Dasplazando la lima en sentido superior o dorsal se reconoce la mullida panza de la primera capa de los músculos plantares.

4.° Dirigiendo la lima en sentido anterior o distal encontramos tejido blando y mullido, formado por tejido graso y la bolsa adventicia.

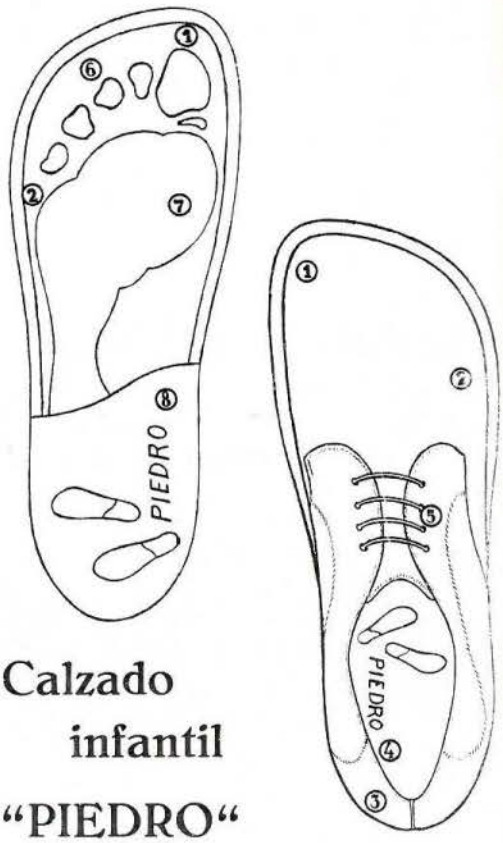
CUARTA FASE. — Limado, nivelado, limpieza y sutura.

Una vez orientada la lima convenientemente se procede a un limado vigoroso. Los fragmentos del espolón son movidos por cada golpe de lima y arrastrados por la misma sangre que fluye y escapa por la herida, ya que como no hemos practicado hemostasia, la hemorragia contribuye a facilitar la salida de los pequeñísimos secuestros, continuando la operación hasta que el espolón ha quedado completamente aplanado, circunstancia que podemos comprobar si disponemos de radioscopia. A continuación y con ayuda de una jeringuilla de 10 c.c. con su correspondiente aguja y cargada de suero fisiológico, la introducimos por la herida hasta el fondo, de manera que al inyectar el suero, se produzca una corriente de dentro a fuera, que arrastre el resto del espolón que pudiera quedar. Después con una jeringa en la que se ha mezclado un centímetro cúbico de acetato de prednisolona (25 mg.) y un centímetro cúbico de lidocaína con epinefrina al 1 %, con su aguja correspondiente, limpiamos la herida de dentro a fuera.

La pequeña herida es suturada con seda del 000 cubierta con su apósito estéril y vendaje compresivo correspondiente. El período postoperatorio de recuperación es de 24 horas, después de las cuales se efectúa la primera cura. El paciente se puede reincorporar al trabajo entre el 7.° y el 10.° día de su operación. Durante el período postoperatorio y por espacio de 6 a 8 semanas se suele aplicar una plantilla de descarga.

CONCLUSION. — Se ha presentado una técnica quirúrgica para la corrección del espolón calcáneo, técnica simple, que no inhabilita durante largo tiempo, que es segura, y que produce muy buenos resultados. Como con cualquier nueva técnica, en manos de un hábil cirujano con experiencia y práctica puede hacer mucho para incrementar las posibilidades de curación de los pacientes aquejados de estas exostosis.




Calzado infantil "PIEDRO"

Hormas, control y garantía de
**PIEDRO INTERNATIONAL -**
**Berkel, Holland**

Si no tiene aún información completa consulte a "PIEDRO"

PIEDRO

Apartado 7053 — Barcelona

# ultrasonidos

FELIX ALONSO ROYANO
*Podólogo.* BILBAO

*FUNDAMENTOS FISICOS:*

A las compresiones y dilataciones periódicas de la materia que se propagan a su través con una velocidad determinada, partiendo de un generador, se las denomina ondas sónicas o sonidos. Dependiendo del número de oscilaciones por segundo los tonos pueden ser más altos o más bajos, y por tanto se dice que tienen una frecuencia. El oído humano percibe un número determinado de oscilaciones por segundo, estando éstas comprendidas entre 16 y 16.000. Todas aquellas que no sobrepasen las 16 oscilaciones/segundo se dice que son una frecuencia infrasónica, y aquellas que sobrepasen las 16.000 oscilaciones/segundo se dice que son una frecuencia ultrasónica. Hay, por tanto, dos clases de sonidos: Los audibles por el oído humano y los inaudibles (infra, menos de 16, y ultra, más de 16.000).

Hay dos hechos fundamentales en las ondas sónicas:

1.° *Que pueden ser dirigidas.*

2.° *Que el medio irradiado oscila ritaricamente.*

1.° Pueden ser dirigidas desde el medio gravador al punto que se desea gracias al medio de transmisión.

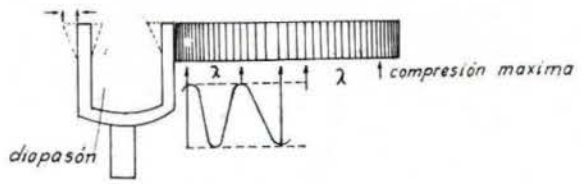
En efecto, estamos en condiciones de producir oscilaciones muy diversas: Desde un ciclo = una inhalación/segundo, hasta 1 Kilociclo = 1.000 inhalaciones/segundo y 1 Megaciclo = 100.000 inhalaciones/segundo, tomando estas medidas como patrones.

La orden sónica necesita para transmitirse, además del generador que la produzca, un medio, tal el aire o una sustancia líquida, que hacen posibles la dilatación y contracción de la materia.

2.° El medio irradiado oscila nituricamente, ya que las inhalaciones de una determinada longitud de onda a la materia respectiva, vibrando ésta con la misma oscilación.

De estos dos hechos fundamentales se deduce que las ondas sónicas se diferencian de los otros agentes físicos en que aquéllas hacen vibrar en campo irradiado y éstos lo dejan inmóvil.

Las ondas sónicas, y concretamente refiriéndonos a los V.S., que es nuestro tema de estudio, representan una oscilación puramente mecánica en sentido longitudinal en forma de pistón, en la que vibra el medio y que por la intensidad de energía generada, debido a esa alta frecuencia, se produce un calentamiento considerable.

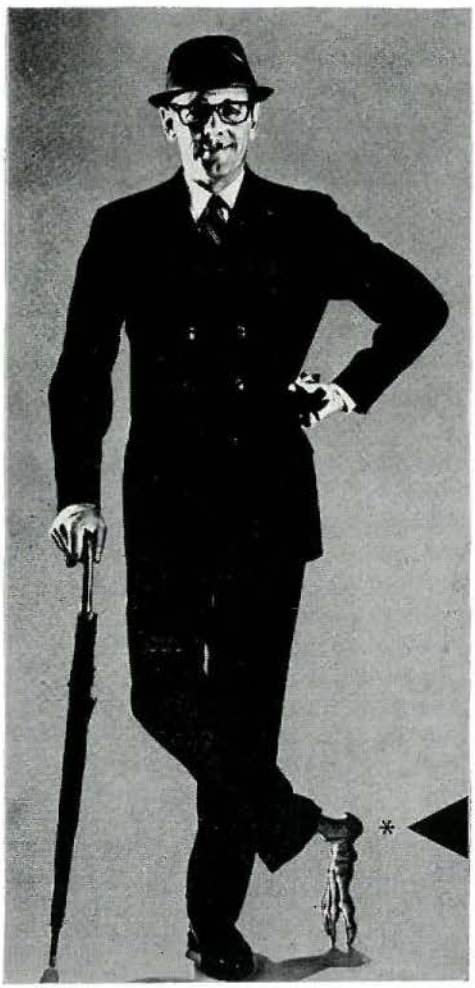



La longitud de onda ( ) es aquella distribución de presión comprendida entre dos compresiones máximas.

CUADRO ESQUEMATICO DE LOEWE para la compresión de la generación de una onda sónica.

Hemos visto, pues, que para la propagación de los V.S. se necesita un medio elás-

# Algesal Activado



**POMADA ANTIRREUMATICA Y ANALGESICA ULTRAPENETRANTE PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR LOCAL**

FORMULA:

| | |
|---|---|
| SALICILATO DE DIETILAMINA | 10 g. |
| NOPOXAMINA | 1 g. |
| EXCIPIENTE | c.s.p. 100 g. |

POSEE UN OLOR AGRADABLE
GRASA
NO ENGRASA
TOLERANCIA EXCELENTE

**gran poder de penetración**

TUBO CON 50 g. DE POMADA - P.V.P. 94,90 Ptas.

KALI-CHEMIE
ARZNEIMITTEL

KALI-CHEMIE IBERIA, S.A.
Apartado 12068, Barcelona
Tel. Barcelona 2392327
Tel. Madrid 2769276
Tel. Sevilla 213922
Tel. Valencia 228923
Fabricación y venta: Orfi Farma, S.A.

tico, sea éste líquido, sólido o gaseoso, contra el cual puede chocar el generador y al vibrar transmitir las compresiones y dilataciones que se propagan dependiendo de la elasticidad de la materia irradiada y que, naturalmente, es muy diferente, dependiendo de su estado. A esto, en física, se le llama propiedad acústica.

*Producción de V.S.:* Como generadores de V.S. podemos utilizar principalmente los siguientes sistemas:

A) V.S. producidos por silbatos con una gama de frecuencia de hasta 30 Kc.

B) V.S. producidos por generadores magnetoestrictivos con una frecuencia de hasta 250 Kc.

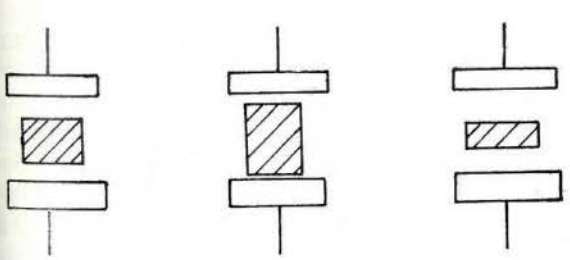
C) V.S. producidos por generadores piezoeléctricos con una frecuencia de 250 Kc. o mayor.

Estos últimos son los que se emplean en terapéuticas y representan las potencias sónicas más elevadas.

*Generadores piezoeléctricos:* Son los empleados actualmente en podología al presentar las más elevadas potencias sónicas.

La propiedad que tienen determinados cristales de poseer cargas eléctricas en cuantas superficies de los mismos y producidas por tracciones mecánicas que se ejercen perpendicularmente sobre su eje principal de simetría, recibe el nombre de efecto piezoeléctrico.

Dentro de los varios cristales, que son los generadores piezoeléctricos, el más adecuado para una intensa carga eléctrica es el cuarzo. Así pues, el cuarzo es el generador de los V.S. empleados en la práctica terapéutica.



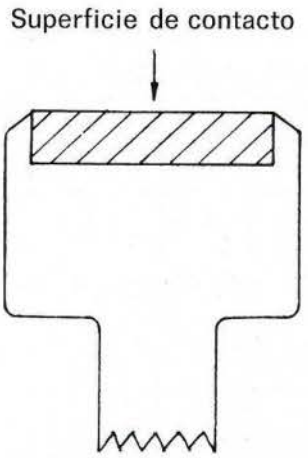
*Generador Ultrasónico.* — Es el aparato que empleamos en la práctica y consta de dos partes separadas: El generador en sí, compuesto por las manetas de mando y velajes de control y el aplicador, dentro del cual está el cristal de cuarzo que convierte, por medio de sus vibraciones, en energía ultrasónica la energía de alta frecuencia formada por el generador.

VARIACIONES EN EL GROSOR DEL CUARZO por el paso de un campo eléctrico alternante.

A) Fase inicial.

B) Aumento de espesor por aplicación de una tensión eléctrica.

C) Disminución del grosor por aplicación de una tensión contraria.




CABEZA APLICADOR

*Cabeza aplicador: Propiedades que debe poseer:*

A) Adecuado aislamiento de alta frecuencia, evitando de ese modo las descargas eléctricas durante su utilización, especialmente en la subacuática.

B) Aplicación de la cara frontal, ya que el cuarzo transmite sus ondas acústicas en ese punto y de ahí se proyectan los haces acústicos.

C) Forma cilíndrica del mazo que contiene la placa emisora, configuración lisa y mango para la sujeción, así como poco peso y no emitir V.S. en otro punto que la placa.

Potencia Media: Es la medida en vatios por cm. (W/cm.) y se considera suficiente para todas las indicaciones terapéuticas. En los

aparatos en el comercio el vatímetro tiene una indicación máxima de 3. La frecuencia más empleada es de 1.000 Kc. (Kilociclos).

*Cómo se detectan en la práctica los V.S.:* Se pone en marcha el aparato y se coloca una gota de agua sobre el disco del aplicador, encontrándonos con que la intensidad V.S. disgrega la gota en forma de fina niebla. Es por tanto la prueba de la nebulización de la gota de agua la que siempre, antes de hacer un tratamiento terapéutico, deberemos emplear.

*Mecanismo de acción de los V.S sobre los tejidos:*

1.° Movimiento mecánico, a modo de masaje, de los complejos celulares.
2.° Debido a este razonamiento hístico se produce calor.
3.° Debido a este calor se da una vasodilatación arterial de capilares, por lo que se produce una hiperemia en la zona de aplicación.
4.° Por todo lo anterior, la membrana celular se hace más permeable y aumenta y mejora el metabolismo celular.

*Uso de los V.S.*

*El acoplamiento* ha de ser perfecto, ya que si las ondas V.S. chocan contra un medio elástico, como el aire, no encuentran continuación para propagarse y el efecto se pierde. Por ello el agua es el más perfecto acoplamiento.

COMPAÑERO:

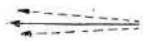
Sabemos que no nos falta tu ayuda al Portavoz profesional, pero no olvides que su renovación y superación es obra de todos.

Redactando tus experiencias profesionales prestarás un apoyo y una gran ayuda a los colegas que ejercen en poblaciones alejadas de las urbes más importantes.

Otras sustancias empleadas son la parafina líquida y la glicerina, además de sustancias tópicas medicamentosas, como las pomadas.

*El movimiento de deslizamiento* sobre la zona a tratar con el aplicador puede ser:

A) Por vaivén. De arriba hacia abajo en un territorio más o menos largo.



B) En dirección única repetida. Lateral de arriba hacia abajo, etc.

C) En una zona muy restringida y circular.

Las técnicas pueden ser directas o indirectas.

*Técnicas directas:* Es la aplicación de los V.S. por contacto directo sobre la piel o a través de una capa de parafina líquida o glicerina.

La experiencia demuestra que esta última es más práctica y limpia.

Esa capa de glicerina es, al fin y al cabo, el líquido de acoplamiento que se extiende por toda la zona a tratar, dependiendo del proceso patológico. El aplicador se colocará perpendicular al líquido de acoplamiento, es decir, la placa o superficie de contacto sensiblemente plana sobre la piel, deslizándola a muy poca velocidad. Tal como un máximo de 20 cm/minuto. De igual modo una irmonilización del aplicador sobre un punto de la superficie de la piel, produce en el paciente sen-

sación de pinchazo y quemadura, cesando éstos en el momento que se comienza a mover el aplicador. Esas sensaciones no son otra cosa que el inicio del *dolor periótico*, que se produce antes de que haya lesiones irreversibles. A este dolor perióstico se procurará no llegar pero desde luego es importante no superarlo a fin de no provocar accidentes comprometidos.

*Técnicas indirectas:* Es la aplicación V.S. por contacto indirecto, tal como subacuáticos o con interposición de una vejiga de líquido (normalmente agua) que transmite las ondas ultrasónicas.

Los V.S. subacuáticos es la aplicación más perfecta que sus ideales propietarios como medio de acoplamiento. El pie, en nuestro caso, se introduce en una caja de cristal lo suficientemente resistente y llena de agua hervida para evitar la formación de burbujas de aire y estando a una temperatura de 37°C. colocando el aplicador a 2 cm. de la superficie de la zona a tratar y moviéndolo despacio de forma paralela a esa superficie.

*Indicaciones generales de los V.S. en Podologia:*

A) Contusiones.
B) Distensiones ligamentosas y capsulares.
C) Mialgias y miogelosis.
D) Neuralgias.
E) Paraniguias.
F) Piodermias.
G) Ulceras vericosas.
H) Atrofias musculares.
I) Anquilosis y rigideces.
J) Bursitis.
K) Artropatías degenerativas.
L) Enfermedad de Lederhousse.
LL) Algias postfracturas.
M) Papilomas y verrugas.
N) Calambres.
Ñ) Acrocianosis.
O) Claudicación interintente.
P) Enfermedad de Reynand.
Q) Flebitis y linfangitis.
R) Sabañones.
S) Esguinces.

A) *Contusiones:* Los V.S. tienen una acción sumamente favorable en estos casos, aun en los crónicos.

Dosificación. Se comienza por 0,5 W/cm.$^2$; técnica de deslizamiento.

Diario con una duración de 6 a 10 minutos y un total de 3 a 10 sesiones. Se aumenta la dosificación hasta 2 W/cm.$^2$. En los casos crónicos se precisan hasta 18 sesiones.

Lo mismo podemos decir para S) Esguinces, B) Distensiones ligamentosas y capsulares y C) Mialgias y miogelosis.

D) *Neuralgias:* Irradiar el trayecto doloroso con un deslizamiento circular del aplicador. En los casos agudos comenzar una dosificación de 1 W/cm.$^2$ hasta 1,5 W/cm.$^2$ durante 8 ó 10 minutos diariamente y hasta 2,5 W/cm.$^2$ durante 15 minutos, entre 5 y 7 días. En los casos crónicos es mejor alternar los días y la dosificación.

E) *Paraniguias:* En técnica subacuática o por vejiga de líquido. Empezar por 0,5 W/cm.$^2$ hasta llegar a 1,5 W/cm.$^2$. Suelen ser bastantes de 4 a 10 sesiones. El tiempo por sesión oscilará entre 6 y 10 minutos. Lo mismo se puede decir de F) Piodermias.

G) *Ulceras varicosas:* En técnica subacuática e irradiando los bordes de la ulceración y el tejido sano de su alrededor. La ulceración se irradiará un tiempo mínimo y en dosis de 0,2 W/cm.$^2$ a 0,5 W/cm.$^2$. El número de sesiones que se precisan oscilan entre 12 y 24.

H) *Atrofias musculares:* Se tratan bajo agua, empezando por 1 W/cm.$^2$, aumentando a 1,5 W/cm.$^2$ como máximo en un tiempo de 5 a 10 minutos. Las primeras aplicaciones se hacen a diario y después cada 3 días. El número de sesiones que precisan oscila alrededor de 15. Lo mismo podemos decir de I) Anquilosis y rigideces; LL) Algias postfracturas.

I) *Bursitis:* Sin dejar el tratamiento medicamentoso, los V.S. nos servirán de coadyuvantes. La dosis es pequeña, 0,5 W/cm.$^2$, técnica giratoria o circular y se puede llegar a 1,5 W/cm.$^2$. En casos agudos son suficientes 6 a 10 sesiones y en los crónicos de 12 a 18.

K) *Artropatías degenerativas:* Dosis de 2 W/cm.$^2$ sobre las raíces nerviosas. Concretamente en la articulación del tobillo se irradiará de la S1 a la S4 (de la primera a la cuarta vértebra sacra) durante 5 minutos en 10 a 12 sesiones. Si se han producido lesiones radiográficas claras, se harán 2 ó 3 series de 12 a 15 sesiones con períodos de descanso.

L) *Enfermedad de Lederhousse:* Podemos identificarla con la refracción de la fascia plantar en el pie cavo. Se irradiará la fascia de forma deslizante por vaivén y circular, comenzando por 1 W/cm.$^2$ durante 10 minutos hasta un total de 30 y en 10 sesiones que puedan repetirse después de un período igual de descanso. En N) Calambres, se irradiarán las inserciones tendinosas del músculo afecto, generalmente el tríceps sural, además de su voluminoso vientre (compuesto por los gemelos y el soleo) en 6 a 10 sesiones de 5 minutos.

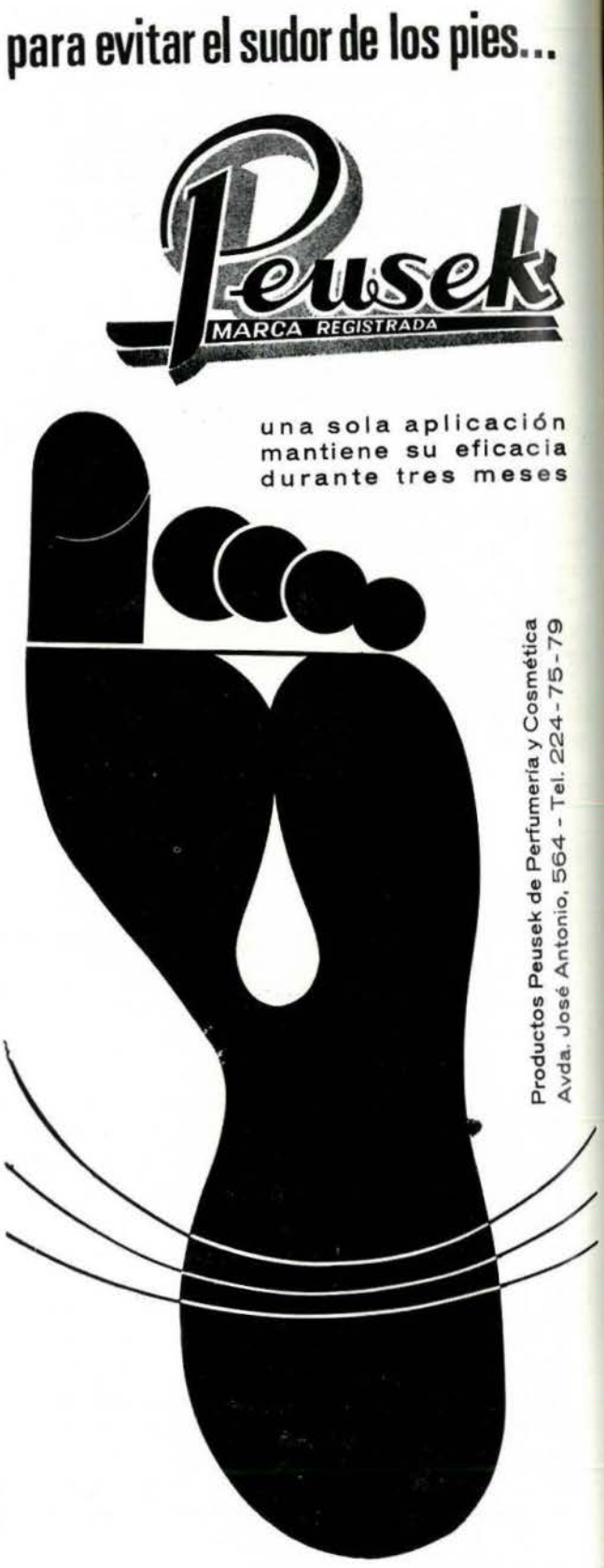
M) *Papilomas y verrugas:* En estos casos y debido a la pequeñez de la zona a tratar, se emplea como medio de acoplamiento la cera virgen, colocando un pequeño cono de cera en la cúspide de 1,5 cm. de altura, sobre la lesión y la base sobre el aplicador. Se inicia con la dosis de 2,5 a 3 W/cm.$^2$ hasta que se funde la cera y forma un surtidor cuya punta cae sobre la lesión, manteniéndola así unos 40 segundos.

Notaremos cómo se forma una vesícula que más tarde se vacía y seca, cayendo al cabo de 8 a 15 días espontáneamente la verruga.

Ñ) *Acrocianosis:* Sesiones en días alternos con 1 W/cm.$^2$ durante 5 minutos en irradiación local, siguiendo el curso de las arterias importantes de la pierna. Se precisan de 12 a 18 sesiones.

O) *Claudicación intermitente:* No siempre da los resultados apetecidos, pero merece la pena el ensayo de semejante método terapéutico en conexión con la medicación adecuada y en colaboración con el angiólogo.

P) *Enfermedad de Reynand:* Parece ser que desaparece la asfixia local y por tanto la exigencia angioespasmódica y desaparece la

cianosis y el dolor local, recuperando la extremidad su dolor y temperatura. El tratamiento realiza a nivel de los ganglios simpáticos y parasimpáticos, así como la región sacra, durante 8 minutos, con una intensidad de 1,5 a 2 W/cm.$^2$ durante 10 a 15 sesiones.

Q) *Flebitis y Linfangitis:* La desaparición de las molestias es espectacular. La técnica es de 6 a 10 minutos de irradiación sobre la región dolorosa, siguiendo el trayecto del vaso o vasos afectos con dosis de 0,5 W/cm.$^2$. El número de sesiones no será inferior a 15.

R) *Sabañones:* Se aconseja la simultaneidad con rayos ultravioleta. La técnica y dosificación es idéntica para E) Paraniguias.

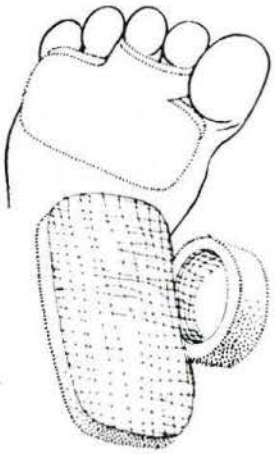
*Modelo de ficha V.S.* Explicación de sus apartados.

| Paciente: | Diagnósticos: | | | N.° |
|---|---|---|---|---|
| Fecha | Tiempo | Frecuencia | W/cm.$^2$ | Aplicación |
| | | | | |
| Región | Area | Reacción | Observaciones | |
| | | | | |

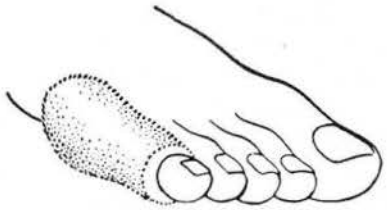
En el apartado Paciente se pondrá nombre y dos apellidos. En el Diagnóstico, aquél que hayamos estimado después de las exploraciones pertinentes. En el Número, aquel que hayamos otorgado a la ficha del paciente. Fecha, la del comienzo del tratamiento, anotando en cada apartado con este epígrafe aquellas fechas en que se le trata. En el Tiempo, aquel que dure cada aplicación diaria o alterna. En Frecuencia, aquella que en cada aplicación se utilice, es decir, 1.000 Kilociclos por segundo (1.000 kc/s.). En W/cm.$^2$ se indicará la potencia que de 0,2 W. en 0,2 W. podrá irse aumentando durante el tratamiento. En Aplicación, si la técnica empleada es directa o indirecta, y si es esta última, si es subacuática o con interposición de vejiga. En Región, dorsal (D) o plantal (P), según se trate de una u otra y siempre, claro está, refiriéndonos al pie. En Area, la dividiremos de la siguiente manera: dedos, metatarso, tarsal, retropié, maleolar, interna, maleolar externa. En Reacción, se anotará si la hay o no. En ausencia de reacción se anotará el signo —; si la hay ligera se pondrá +; si la reacción es media se pondrá + +; si es fuerte + + + y si es dolorosa y ha de suspenderse + + + +. En el apartado Observaciones, se pondrán aquellas que se consideren en cada caso.

# Seton® S.A.

**Al iniciar sus actividades en Podología, saluda a los especialistas españoles poniendo a su disposición su nueva gama de productos específicos.**



**TUBITON**
**TUBIGRIP**
**DALZOFOAM**
**TUBIFOAM**
**PLANCHA DE LATEX ADHESIVA**
**TUBIPLAST - Adhesivo líquido estéril**
**PLANCHA DE FIELTRO**



**C/. Madoz, s/n.** **MATARO** **T. 390 38 78**

# El Papiloma y su tratamiento

D. SEVERINO SANCHEZ-
FAJARDO *Podólogo.* MADRID

Al Papiloma Neuro-vascular, se le dan dos nombres, el de verruga plantar y el de Papiloma Neuro-vascular. Los dos nombres constituyen la misma enfermedad, pero quisiera dejar sentado que su nombre debe ser sola exclusivamente el de Papiloma Neuro-vascular, pues si bien es verdad que sale generalmente en la planta del pie, también se prolifera, aunque con menos frecuencia, en las distintas partes del cuerpo. Los sitios de preferencia son: planta del pie, palma de la mano y menos en todo el cuerpo.

Su desarrollo y tamaño, varía con la zona de localización, en sitios como la planta del pie, suelen ser profundos; esto se debe a que por el sitio que ocupa se le está constantemente hundiendo por el peso del mismo cuerpo, por lo tanto no se le deja desarrollo al exterior; al mismo tiempo, la piel del pie es más gruesa que en el resto del organismo. Su dolor va en consonancia con el traumatismo que recibe, por eso en el resto del cuerpo son menos dolorosos.

La formación del Papiloma Neuro-vascular, se efectúa entre la dermis y la epidermis. En su desarrollo desplaza al tejido celular subcutáneo, pero nunca lo perfora. Por esta razón es por la que en el pie es más profundo que en el resto del cuerpo. Hasta en el mismo pie hay una gran diferencia de profundidad, si está localizada en el talón es mucho más profundo que en el antepié.

Aparte de su localización en la piel o parte externa del cuerpo, también se forman los Papilomas en el interior, si bien para ello es necesario que existan mucosas, por ejemplo, boca, lengua, faringe vejiga, etc., etc.

Siguiendo fielmente el tema que vamos a tratar, nos ocuparemos únicamente de la anatomía externa que es la piel.

La formación de los Papilomas Neurovasculares, es compleja, aunque por regla general su primer síntoma es el de un pinchazo. Por eso todos o casi todos los afectados, creen que se han clavado un cuerpo extraño. Todos sabemos que el agente que produce el Papiloma, es un virus filtrable y contagioso. La piel, que es la protectora del organismo, evita que los gérmenes pasen a ocupar un lugar en su interior, pero no lo evita cuando se trata de un virus; la piel no es un cuerpo herméticamente cerrado, tiene su ventilación por medio de unos poros que contienne las glándulas. Estas son: glandulas sudoríparas, glándulas pilosas y glándulas sebáceas.

Las glándulas sebáceas y sudoríparas, tienen la propiedad de cerrarse o abrirse según la temperatura a que estén sometidas. De ahí viene que el contagio se produzca principalmente en verano que es cuando dichas glándulas sudoríparas están más relajadas. No es necesario que se presente el fenómeno de sudoración para adquirir un contagio, pues bajo mi punto de vista el contagio cuando se suda no se adquiere, ya que en ese momento el mismo sudor no le permite en-

trar, pero cuando hay una temperatura agradable, las glándulas sudoríparas y sebáceas quedan dilatadas; éste es el momento adecuado para que el virus penetre. Una forma de transmisión, es el calzado, la piscina, la playa, casa de baños, etc.

Ya dijimos antes que el sitio más frecuente para la formación del Papiloma es la cara plantar del pie y la cara palmar de la mano.

El diagnóstico es fácil, sus características suelen ser: de tamaño irregular, según el tiempo que haga que salió, de forma redonda y siempre lisa en el plano de la piel, tiene un círculo de color amarillo pálido y en el centro tiene unos puntitos oscuros y blancos. Estas características se deben a lo siguiente:

1.° Lisa en el plano de la piel, porque el Papiloma, como dije en principio, se asienta entre la dermis y la epidermis y su tendencia es a profundizarse.

2.° El color amarillo claro se debe a que las células circundantes mueren aglutinadas, dándole ese color característico.

3.° Los puntos oscuros son los terminales de las venulas y arteriolas, que se rompen al tiempo que se va produciendo el Papiloma, por eso os daréis cuenta que al cortar un Papiloma, se produce una hemorragia en sábana. Esto es debido a que pierden la continuidad y el trasvase, por lo que no pasa la sangre de arteriolas a venulas.

4.° Los puntos blancos son los terminales de los nervios formando pequeños neuromas.

El dolor del Papiloma es bien característico. Empieza con un pinchazo, va aumentando progresivamente hasta llegar a un dolor grande casi inaguantable. Cuando el Papiloma está insertado en la cara plantar del pie, da la sensación al andar de que el pie pesa mucho, como si fuera colgando, en la marcha duele más para adelantarlo que cuando el mismo recibe el peso del cuerpo.

El Papiloma, en su principio, suele aparecer solo pero con frecuencia se puede ver que hay varios a su alrededor e incluso a larga distancia, como puede ser de un pie a una mano o de un pie al pie opuesto.

El Papiloma Neuro-vascular tiene una evolución aislada, aunque con el tiempo se multiplique. Hay veces que sale un Papiloma y aunque tarde en tratarse varios meses, no se multiplica, y por el contrario hay otro fenómeno que al poco tiempo de aparecer se multiplica. Estas dos formas son debidas al fenómeno de reproducción.

Para su tratamiento es conveniente averiguar cuál fue el primero en manifestarse, pues en términos generales cuando se trata el primero, suelen curarse los demás.

Quiero explicarles dos casos muy curiosos que me han ocurrido en mi consulta. Cierto día se presenta en mi consulta el Sr. P. I., domiciliado en Madrid, de 50 años de edad, con un callo en el talón del pie según él, teniendo unos dolores irresisitibles. Le vi y resultó ser un Papiloma Neuro-vascular del tamaño de media avellana.

Empecó el tratamiento y le mandé volver a los dos días. Cuando volvió, al ser preguntado cómo iba, me dijo: «Bien; pero tengo mucho dolor en la planta del otro pié.» Yo no le hice mucho caso y seguí el tratamiento de dicho papiloma; cuando volvió y me volvió a repetir lo mismo referente a sus dolores en la planta del otro pie, le indiqué que se descalzara. Mi sorpresa fue cuando vi que tenía otro papiloma tan o más grande que el que estaba tratando, pero con un proceso de curación más avanzado que el tratado. Consecuencia: El primero que solamente dolía mucho a la marcha y no dolía al tratamiento, el segundo no dolía a la marcha y sí dolía mucho al tratamiento del opuesto. Resultado: Los papilomas de ambos pies, fueron curados al mismo tiempo que el tratamiento de uno solo.

El otro caso ha sido una señora de 56 años con domicilio en Madrid. Acudió a la consulta y tenía dos papilomas juntos en el pie

izquierdo. Me puse a tratarla y el segundo día me dijo que qué podría ser una cosa que tenía en la mano derecha que se le había secado. La vi y era un pequeño papiloma. Otro caso como el anterior, con el tratamiento del pie, se cura el de la mano.

El tratamiento de los papilomas es complejo y variado. Hay múltiples. Unos más eficaces que otros. Uno de los más conocidos es con cáusticos, nitrato de plata, nieve carbónica, ácido nítrico, ácido diacético y otros muchos. Los cáusticos son de acción muy lenta, por lo tanto el tratamiento se hace interminable, de una duración de varios meses. Su aplicación no es fácil hacerla correctamente, pues se extienden con gran facilidad al tejido vivo que circunda al papiloma produciendo unas quemaduras que son más molestas que el papiloma en sí. Algunos autores como Braun y Rhea han utilizado el tatuaje esclerosante bajo anestesia local. El bisturí eléctrico, galvanocauterio, onda corta y la radioterapia, también son usados.

Estos tratamientos que yo no dudo pueden ser eficaces, tienen también varios inconvenientes, a saber: el bisturí eléctrico y el galvanocauterio, producen unas escaras, que generalmente son peores que la misma enfermedad, ya que con estos aparatos se producen quemaduras de segundo grado.

La radioterapia es difícil de manejar, aunque en nuestras consultas no tenemos estos aparatos y al paciente no le podemos tratar nosotros directamente, y aparte de sus inconvenientes, el tratamiento sería de un elevado coste. No es éste el problema más acuciante. Con la radioterapia suele producirse una radiodermitis, que por regla general curan muy mal y a veces queda la piel muy frágil.

Al tratamiento que aconsejan Braun y Rhea le veo el inconveniente de que, para su realización, es necesario anestesiar primero y después manipular, y lo que no dicen es en cuántas sesiones se realiza la curación.

La intervención quirúrgica, que también se usa con frecuencia, tiene varios inconvenientes; tiene los problemas de toda intervención más el riesgo de las recidivas.

Cuando sale un solo papiloma, y está en un sitio de la piel deslizante, puede estar indicada la intervención, aun con el riesgo de ser recidivante, pero cuando está inserto en la planta del pie, y principalmente en el talón, por mi parte no es aconsejable, así cuando en vez de un papiloma en la misma planta del pie, existen varios, como se da el caso frecuentemente. Si a todos hubiese que operarles, no tendríamos campo suficiente.

En mis ficheros tengo registrados 150 tratamientos de Papilomas Neuro-vasculares, mas puedo decir que en el S.O.E. también he hecho algunos, éstos quirúrgicamente.

Los tratamientos los he hecho con todos los medios conocidos: con cáusticos, intervenciones quirúrgicas e infiltraciones.

Cuando yo empecé a trabajar el tratamiento de papilomas lo hacía con cáusticos (uno cualquiera de los conocidos) nitrato de plata, nitroína, etc. El tratamiento lo hacía de la siguiente forma: con el bisturí quitaba las capas de callosidad hasta llegar a producir una hemorragia en sábana; al producirse dicha hemorragia, aplicaba unos toques del cáustico elegido, ponía un apósito y le mandaba volver a los 2 ó 3 días; este tratamiento se hacía interminable hasta el extremo de que algunos de los pacientes se aburrían y se marchaban sin ser curados. Como yo veía que su acción cáustica era muy baja, cambié por ácido nítrico. Este nuevo tratamiento no era tan largo pero de todas formas, no bajaba del mes y medio o dos meses (mucho tiempo). Pero he aquí que cuando curaba el papiloma en algunos casos quedaba una herida por quemadura, que duraba varios días más. Yo no estaba conforme con este tratamiento, pues al igual que con los otros cáusticos, me parecía demasiado largo, pero no sabía otro, así que tenía que conformarme. Por lo expuesto, los cáusticos deben desecharse.

Al presentarse en una oacsión una paciente que llevaba, aproximadamente, un mes de tratamiento de su papiloma con ácido nítrico sin haber obtenido la curación, ensayé

el procedimiento de infiltración de anestésico en la tumoración, empleando en este caso novocaína, obteniendo desde el primer momento la remisión del dolor. Repetí las infiltraciones dos o tres sesiones más, consiguiendo la curación de la verruga, que se hizo visible al virar a color oscuro, extirpando posteriormente la tumoración ya necrosada según la técnica acostumbrada.

Desde este momento, viendo el resultado, no he vuelto a usar los cáusticos, procediendo a las infiltraciones.

Para las infiltraciones usé Xilocaína, Novocaína, Percaína y algunos otros.

Este nuevo procedimiento no me iba mal, pero notaba que algunos pacientes sufrían unas pequeñas lipotimias acompañadas de náuseas. Esto me preocupó mucho, y pensé que estos mareos serían de la anestesia, porque irían a la luz de un vaso.

Como en traumatología (donde yo estuve entonces de ayudante )poníamos para algunos tratamientos así como queloides infiltraciones de Impletol y no producía ningún síntoma, pensé que podría ser bueno para infiltraciones en papilomas.

Cuando esto hice me encontré con varias ventajas: con el Impletol se curaban en tres o cuatro infiltraciones y no tenía que preocuparme si podía o no inyectar en vaso, pues el Impletol se puede poner directamente en vena, mientras que los demás productos (Novo, Xilocaína, etc), tenía que dar más sesiones, corriendo el riesgo de inyectar en vaso.

El tratamiento con infiltraciones de Impletol se hace de las siguiente manera: Una vez asegurado que es un Papiloma Neuro-vascular, se procede a clavar la aguja, guardando entre el cono de ésta y el plano de la piel un ángulo de 15 grados. Se introducirá la aguja unos cuatro milímetros. En este momento se siente dolor, pero se inyecta una pequeña cantidad y el dolor cede. Se procederá a clavar la aguja un poco más, hasta que creamos que con el bisel de la aguja tocamos la base del papiloma. En este momento se procede a inyectar el resto del líquido, que suele ser entre uno y dos centímetros cúbicos, según criterio del operador.

Para estas infiltraciones se debe usar la aguja hipodérmica.

Hay que tener en cuenta que en las infiltraciones no se puede dar más de un pinchazo por sesión, ya que si se hicieran dos, al hacer una ligera presión, saldría el líquido por el orificio opuesto.

Como también he tenido ocasión de hacer algunas quirúrgicamente, —de las cuales no recuerdo el número— quiero explicar cómo las hacía y los resultados obtenidos. Yo calculo que de estas intervenciones habré hecho 10 ó 15, y he tenido tres recidivas.

La técnica de la intervención quirúrgica es la siguiente: Una vez esterilizado el campo como para cualquier otra intervención, se procede a bloquear la zona con anestesia local; una vez anestesiada, se procede a dar unas embrocaciones con el antiséptico elegido; se cubre con paños estériles y se empieza la intervención propiamente dicha. Se dará corte desde un ángulo del papiloma y se irá bordeando la zona del mismo; se dará un segundo corte, que empezará en el mismo sitio que el anterior y terminará, igualmente, bifurcándose todo lo que sea necesario para bordear todo el papiloma. Se cogerá por un extremo con unas pinzas de Cocher con dientes, y con unas tijeras romas y curvas se va cortando y profundizando hasta sacar todo el papiloma. Se debe sacar entero. Una vez hecho esto, se dan unos puntos de seda, que se quitarán a los ocho días.

Como habrán visto, el tratamiento más cómodo y más eficaz, de los que yo conozco y he practicado, el que mejor me ha ido, es el tratamiento de infiltraciones con Impletol, por ello me permito recomendárselo.

Para terminar, vuelvo a repetirles lo que les dije antes: el tratamiento, en mi forma de ver, debe tener tres partes esenciales: de poca duración, eficaz y que el tratamiento lo haga el mismo Podólogo.

# Podología infantil

D. F. SANTOME RODRIGUEZ
*Podólogo.* VIGO

Pocas veces hemos tenido la oportunidad de ver unidos dos términos médicos que tanto dicen, sin añadir ninguna otra palabra, tema tan interesante que en este momento sirve para encontrarnos aquí reunidos en la Ciudad Condal con motivo del V Congreso Nacional de Podología.

Para el Podólogo el pie del niño resulta la obra más bella y perfecta de la naturaleza. Cuando alguien me dice que los pies son feos, siempre contesto con la misma frase: «No se fije en los suyos, observe los pies de un niño». Y en efecto, en el acto reconocen su equivocación, escuchando a veces frases elogiosas como éstas: «Tiene usted razón, los pies de los pequeños dan ganas de comérselos.»

Estamos hablando del pie normal, pero el pie del niño puede ser patológico antes de nacer la criatura. En el claustro materno el pie puede adquirir deformaciones por posiciones defectuosas que más tarde van a dificultar su normalidad, necesitando los cuidados del Podólogo o del Cirujano Ortopeda. También la genética deja huellas muy patentes en los pies del niño. Todos sabéis la gran influencia que tiene la herencia en los pies. Muchos trastornos se discuten, se hablan, si el pie plano, el hallus valgus, cavo, etc., es o no hereditario. Sin querer rebatir lo que algunos han sentenciado, pongo a vuestra disposición casos de herencia tan palpables en todas estas anormalidades que me permiten afirmaros que el pie en su constitución y morfologia se parece más al de nuestros progenitores, muchísimas veces, que la cara.

En estos casos que expongo, podéis ver que mis afirmaciones no carecen de fundamento.

Las características de este Congreso obligan a puntualizar sobre los temas a tratar, ofreciendo a los compañeros congresistas la oportunidad de discutir las teorías que presenta el conferenciante; hago mención de esta salvedad para que sepáis los puntos que voy a exponer, sometiéndolos a vuestro criterio, que va a ser, en definitiva, el que juzgue mis apreciaciones. Estas se van a basar en el concepto siguiente: *Presente y futuro de una insuficiencia en el pie infantil, y actualidad morbosa.*

El pie del niño, con la evolución de los tiempos, va perdiendo fortaleza, perjudicándole grandemente la civilización. El pie del recién nacido falto de madurez o potencia para caminar y sostenerse erguido, característica exclusiva del hombre. En los demás animales sus extremidades sirven para defender su actitud bípeda o cuadrúpeda al venir a este mundo. Hago mención de este detalle por cuanto el hombre empieza su vida con inferioridad de sostén y traslado. Pero sucede que cuando el niño quiere iniciar los primeros pasos sus padres tienen prisa para que ande cuanto antes; aquí empieza el primer problema, pues prematuramente nada puede conseguirse, únicamente se provocará un esfuerzo nocivo para el pie y pierna del niño. Al mismo tiempo se

inicia la protección del pie con calzado. Todos sabemos la dificultad con que se tropieza para proteger ese pie tan delicado que va evolucionando y creciendo sin prestarle la atención necesaria, comenzándose las primeras deformaciones mecánicas por esfuerzo, provocando lesiones que nos van a ser difíciles de hacer desaparecer.

Vivimos en la época tecnológica del motor; del motor pasamos a la energía termo-nuclear, la prisa nos oprime, para la velocidad que pretendemos, los pies sólo van a servir de acelerador. El futuro que nos espera después de ir a la luna, será, dentro de unos años, dar vueltas por el espacio como si fuéramos una pompa de jabón. ¿Qué misión les será reservada a los pies? Todos sabemos que la función hace el órgano; si este no trabaja se atrofia. Cada vez son más los casos de pies débiles, vamos poco a poco herendando las condiciones del medio ambiente. La herencia y el aumento demográfico adquieren caracteres alarmantes; cuando manda la genética, hay que resignarse haciendo frente a su peligro y consecuencias. Existen muchas enfermedades consideradas hereditarias, que con sólo padecerla uno de los cónyuges, si éstos tienen descendencia, los hijos heredan la enfermedad, el color del pelo o del iris de sus ojos, y yo me atrevo a decir ¿por qué no de sus pies defectuosos (planos, cavos, uñas, etc.)? Al resultar esto cierto, de un matrimonio que padezca algunos de estos males del pie, lógicamente ha de ir multiplicándose, merced a esas normas o leyes de Mendel aplicadas al cuadro hereditario. Al nacer a veces no aparecen las deformidades pero más tarde se presenta, «fecha de manifestación tardía». Así vemos evolucionar muchos pies que al ir creciendo, cada vez se parecen más al de sus padres o abuelos. Otros trastornos de la época actual son las infecciones micóticas y viriásicas. En la ciudad donde ejerzo, hace unos años veíamos algunos procesos de micosis en los niños, si teníamos algunos casos de papilomas, pero ahora las cifras tanto de un padecimiento como de otro van resultando una preocupación. Comentando con algún compañero sobre estas infecciones, me confirman el aumento exagerado de estas afecciones. Las causas creemos se deben a la reciente instalación de piscinas y complejos deportivos, pues existe dificultad de una higiene bien dirigida para eliminar el peligro de estos males.

Con lo que llevo expuesto creo tener base suficiente para afirmar que el pie del niño actual padece más que el de generaciones pasadas, caso paradójico, pues hoy se le presta más atención y se le cuida más.

Mi opinión se centra en una cuestión y es que la civilización resta naturalidad a las cosas; al organismo humano también le alcanza este fenómeno. El hombre está demostrado que dura más años, la media es más alta, pero ha de ser a costa de no separarse de una línea de cuidados, desde que nace hasta que muere. Necesita, para alcanzar esta meta, la colaboración del médico y sus especialidades.

Ante esta preocupación de cuidar nuestro organismo, siguen olvidándose los pies, sobre todo los del niño. Esta labor cuya responsabilidad recae sobre los padres, la vemos reflejada diariamente en los numerosos casos de personas adultas que presentan anormalidades que, tratadas en su iniciación, lograrían recuperar o disminuir su estado morboso. Resulta necesario empezar los cuidados desde que el niño nace. Lo primero que hace el lactante es hacer movimientos de pies y piernas retorciendo sus deditos. Más adelante comienza por andar a gatas para empezar a desarrollar sus músculos, que le permitan sostenerse y echar a andar. Hasta este momento el niño no necesita zapatos, le bastarán unos patucos que lo preserven del frío, sin ceñirlo, permitiendo su rápido crecimiento. Al comenzar a andar, el pequeño necesita proteger sus pies contra la lureza del suelo, se elegirá calzado de piso de suela, con materiales flexibles que nunca estorben su normal alongamiento, cambiándolos siempre que sea preciso; es recomendable que ande descalzo, sobre todo por superficies blandas. No conviene apresurar la bipedestación ni la marcha mientras el niño no esté en aptitud de hacerlo por sí solo. El uso de los taca-tas y otros utensilios no son recomendables, pues pueden ser causa de esfuerzos y

sobrecargas nocivas. Los primeros pasos son instintivos, no necesitando preparación. Al principio dará unos pasos, temeroso de caerse, descansando para volver a repetir la hazaña; tratará de no caerse y si se cae, busca hacerlo sentado, pues si tiene la desgracia de darse un golpe, la experiencia le será más difícil, retardando un poco la seguridad en la marcha. Al principio, caminará con pasos vacilantes, con las piernas muy abiertas para ampliar la base de sustentación con los pies evertidos, generalmente sobre los dos años, suelen presentar un ligero *genu valgum* y *valgus* en el tobillo, casi siempre asociado a pronaicón del pie. Es aquí donde conviene establecer la diferenciación de lo que es normal, o trastornos que pueden considerarse por deformidades, hay que valorar una serie de detalles, tales como peso, esfuerzo, sexo y enfermedades, pues pueden producir cierto retraso. Los regímenes antirraquíticos (Vitaminas, Sol y Calcio) son un valioso coadyuvante en el desequilibrio funcional de los niños. Si los trastornos a que hacemos mención no son alarmantes, puede esperarse hasta los cinco años; a esta edad los miembros deben de estar derechos, de lo contrario es necesario iniciar el tratamiento correspondiente.

Así es como evoluciona el pie normal hasta los cinco años, con pequeñas diferencias según caso y sexo.

Sería interminable si pretendiera traer aquí la serie de trastornos que pueden presentarse en el pie del niño, a vosotros os cansaría y además saldría fuera de mi propósito.

Uno de los defectos más acusados en los pequeños que han cumplido los cinco años, en el pie plano valgo estático infantil que, como sabéis, se presenta en la infancia por retraso en el desarrollo, pero que es más frecuente como resultado de desequilibrio funcional. Cada vez que observo casos de pie plano en los niños, pregunto siempre la edad en que el niño empezó a caminar, y antecedentes hereditarios. La edad de comienzo, no me indica más que por las manifestaciones de sus padres, considerar y valorar la potencia y esfuerzo que realizó para dar los primeros pasos. Es frecuentítismo observar el orgullo de padre y madre: «Este niño anduvo muy pronto; a los seis meses, con un dedito se tenía de pie.» Es la vanidad humana que en este caso va a crear pequeñas dificultades en la marcha de su hijo, por querer antes de tiempo fuera más listo que el del vecino. A la pregunta sobre antecedentes hereditarios (aquí ruego me prestéis atención) casi siempre existe un poquillo de rivalidad, si es de papá o de mamá, el defecto, o de los abuelos, o también puede darse el caso que no halla a nadie en la familia. Yo, cuando veo titubeos, esta pregunta la centro de la forma siguiente: «Estos pies tienen que parecerse a algún familiar». Pues sí, los tiene igualitos que fulanito, que resulta ser padre, tío o abuelo de la criatura.

El deporte influye actualmente muchísimo en los pies del niño, pero según como lo ejercite, puede ser favorable o perjudicarle notablemente. El presente y futuro del pie de nuestros hijos se va debilitando. La técnica y el progreso quieren olvidarse de los pies imponiendo costumbres y modas perjudiciales a su fisiología. Todos nosotros sabemos que va aumentando el padecimiento del pie, y que el Podólogo cada vez se hace más necesario a la sociedad. Nuestra especialidad, cada vez goza de más amplios horizontes, pero hay quien no quiere enterarse, pues han transcurrido varios años de nuestro reconocimiento oficial, y es la única especialidad a la cual no tienen derecho los beneficiarios de la Seguridad Social. De corazón, y sin temor, manifiesto que a nosotros los Podólogos no nos reportaría ninguna ventaja, pero sí sería de gran utilidad para remediar los males de gran número de españoles que padecen de los pies, y no pueden acercarse a nuestras clínicas, unas veces por desconocimiento y otras por falta de medios.

Y nada más, queridos compañeros, si algo he dicho que creáis equivocado, aquí estoy para rectificar. Vosotros tenéis la palabra.

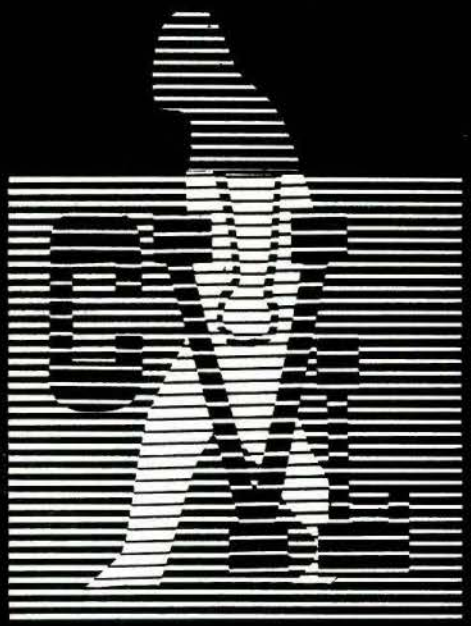
# constantino velasco laínz

*y*

# BERKEMANN

*en*
*colaboracion*
*con*
*la revista española de*

## PODOLOGIA



*ofrece a los podólogos*

*una gama completa*
*de*
*artículos para los pies*

CENTRAL (Oficinas). — Santiago Bernabéu, n.º 4.
Tels. 261 98 75 y 261 44 15. — MADRID-16

ALMACEN. — General Franco, n.º 42.
Tel. 208 98 36. — MADRID-19

DELEGACION CATALUÑA Calle Mallorca, n.º 336 (esq. Avda. Grmo.).
Tel. 257 76 05. — BARCELONA-9

Prótesis de plástico, corcho, cuero, cuero y metal. — Protectores de Hallux Valgus. — Separadores de dedos. — Protectores planta del pie. — Cuñas y almohadillas metatarsales. — Accesorios para la aplicación de plantillas. — Sandalias fisiológicas de madera. — Soportes de cazoleta de Ortholen. — Planchas de PLEXIDUR. — Planchas de ORTHOLEN. — Planchas de PRENYL. — Planchas de HYDROLANYON, etc.

# Epidermomicosis y verruga plantar en el niño

D. RODRIGO CONTRERAS
*Podólogo.* VIGO

Distinguidas señoras: A vosotras os dedico esta comunicación, porque tenéis la férrea voluntad de acompañarnos en nuestras asambleas.

Hace justamente quince meses era la meiga Galicia que nos brindaba sus paisajes, sus rías ,sus monumentos y el cariño que en aquellas jornadas pasadas dispensamos a nuestros buenos compañeros.

De antemano presumo que este congreso tiene que ir forzosamente en cabeza de todos los celebrados; justamente, y esto no tiene duda, porque nos encontramos ante la fuente del saber podológico: una escuela modelo europeo y una dirección que, pese a quien lo dude, nos orienta en nuestra profesión.

En cierto artículo decía un día refiriéndome a los catalanes, y esto es muy cierto, los consideraba como pioneros infatigables, constantes trabajadores que siempre demostraron con su técnica que la comunicación es el factor que nos conduce a una hermandad y a un fin seguro. Demostraron la rotura de viejos moldes, abandono de viejos tópicos.

Antes de empezar mi sencilla comunicación deseo dedicar un recuerdo a los amigos Calvo, Ramírez, Fano y Vidan, promotores todos estos de magnas concentraciones de la especialidad.

No pretendo conferenciar sino, como siempre, presentar una sencilla comunicación.

Mi tema es el niño, que siempre fue el gran personaje de mi vida profesional, al cual creo que todos nosotros tenemos obligación de vigilar y cuidar sus bases, pensando en construir la sólida piedra para su futuro, y para esto tenemos que intentar una profilaxis prematura. Todos en general recomendamos a nuestros pequeños pacientes ejercicios recuperativos en playas, campos llanos, piscinas, etc., para mejoramientos de nuestro tratamiento protésico. Pero justamente aquí nos encontramos con piedra de tope: la contaminación.

De esta contaminación, de este mal, quiero empezar por definir someramente la Epidermomicosis.

La Epidermomicosis hoy día es una enfermedad frecuente. Se observa en ambos sexos y a cualquier edad, aunque su mayor frecuencia recae en varones adultos. Los pies sudorosos, los calcetines de lana, los pies planos, los zapatos mal adaptados, las salas de de-

porte, piscinas, etc., son factores importantes que favorecen la adquisición de la enfermedad.

La mayoría de los casos se presentan en verano, pero son de tipo agudo, con grandes molestias en muchas ocasiones; los crónicos, en cualquier época del año. Cualquier maceración disminuye la acidez de la superficie de la piel y predispone a la infección.

Los agentes más habituales son: el Trichphyton interditale, el Epidermophyton inguinale y Monilias.

Los tipos clínicos que dependen sobre todo del agente causal y de cómo reaccionan los tejidos ante la infección se dividen en tres grupos: 1.° Agudo vesiculoso y exudativo; 2.° Crónico intertriginoso y escamoso o hiperqueratósico.

Pueden acompañarse de infecciones secundarias, de fisuras, principalmente la localización interdigital, eczematización y linfagitis de repetición.

Habitualmente existen hongos en latencia en el cuarto espacio interdigital del pie. La bóveda de la superficie plantar y el empeine son también lugares de elección.

El prurito es frecuente pero en casos puede faltar.

Todas las afecciones de los pies de tipo deshidrosiforme o eczematiforme deben de despertar la sospecha de una microsis y tratar de demostrarla. Al identificar el hongo causal es cuando podemos con seguridad afirmar que se trata de una epidermomicosis.

Esto se logra con el examen microscópico directo de las escamas del borde de la lesión o del techo de una vesícula, que permite observar numerosos filamentos micelianos. Pero un examen negativo, no autoriza a excluir esta etiología que a veces sólo puede ser demostrada por medio de un cultivo del material sospechoso.

Clínicamente se diferenciará de las dermatosis producidas por el cuero de los zapatos y por el tinte de los calcetines.

Entre las epidermomicosis tenemos las debidas a levaduras. Estas, producidas por razas diversas de hongos inferiores, llamados levaduras. La Cándida albicans es, con mucho, la más frecuente en estos cuadros.

En los pies las lesiones invaden todos los espacios interdigitales y la cara plantar de los dedos. Las lesiones son muy exudativas, en el fondo de los pliegues interdigitales se forman fisuras muy dolorosas de bordes blanquecinos y superficie muy macerada, de bordes policíclicos; fuera del borde abundan lesiones postulosas y pequeñas placas erosivas limitadas por un fino collarete epidérmico.

Clínicamente sospecharemos que una dermitis es causada por levaduras cuando esté localizada en pliegues cutáneos, desbordando sus límites, y se presente en forma de placas eritematosas de superficie brillante y algo húmeda, con bordes blanquecinos, formados por epidermis despegada y con lesiones vexiculosas y placas erosivas en la periferia.

La demostración del parásito por examen directo o cultivo, pero es de más seguridad diagnóstica la prueba de la intradermorreacción con levurina.

Aunque es lógico que con esta superación profesional debemos conocer y diagnosticar esta enfermedad, también es cierto que por ética y obligación para su tratamiento es recomendable poner al enfermo en manos de un Dermatólogo.

Paso de este mal a exponer también brevemente otro quizás de más trascendencia para el Podólogo, como es la verruga plantar. Mal que desde hace unos cinco años a esta parte nos trae preocupados por su gran desarrollo.

Antiguamente, concurriendo gente a nuestras consultas con la misma frecuencia que en la actualidad, no se observaban la cantidad inmensa de afectados, tanto individuales como generalizados y transmisores en toda la familia.

*Verruga plantar*

Las verrugas son tumoraciones epiteliales inestables, caracterizadas por una proliferación interpapilar (acantosis) y causadas por un virus filtrable. Son autoinoculables. Seguramente los distintos tipos de verrugas proceden de un mismo virus, que origina una u otra forma clínica, según su virulencia y la localización anatómica. Su contagiosidad demostrada experimentalmente hace ya muchos años por las inoculaciones de Variot y Jadasson, ha sido confirmada más tarde por las investigaciones de Serra, que con un filtrado de una papilla de verrugas ha conseguido reproducir éstas después de una incubación de 3 a 9 meses. Wallsch ha demostrado la identidad entre verrugas y papilomas, ya que la inoculación en una mucosa produce un papiloma y en el dorso de una mano u otra zona con epidermis queratinizada, una verruga.

El término *papiloma* es clínicamente poco preciso y no debe usarse para designar una verruga, ya que los papilomas son proliferaciones mucosas, principalmente genital masculina y femenina.

La verruga se origina de un estímulo del virus, el cual excita a su vez las mitosis de las células de la capa espinosa. Ello causa una proliferación difusa y ramificada que de este modo da origen a las excrecencias de la verruga. El diagnóstico es relativamente fácil y sólo en casos raros hará falta biopsiarla para su estudio histológico.

Las verrugas plantares son frecuentes en clínica ya que las denuncia lo doloroso y penoso de la marcha a causa de la presión del cuerpo. Asientan preferentemente en los puntos de apoyo del pie y parecen a primera vista callos. Pero examinadas de cerca, se ve que ordinariamente están constituidas por vegetaciones filiformes en ramillete, cercadas por un ribete. Son únicas o múltiples y del tamaño entre una cabeza de alfiler y una moneda de 50 céntimos (actual). Son achatadas y están recubiertas por una superficie engrosada, producida por la compresión que sobre la verruga ejerce el peso del cuerpo. El dolor tan acusado proviene de la compresión que la verruga ejerce sobre las ricas terminaciones nerviosas que posee.

La histología de las verrugas y papilomas es la misma: el epitelio aumenta de espesor y se dispone en gruesos cordones, alrededor de las papilas que crecen secundariamente. Como el espesor de los cordones epiteliales es excesivo para una perfecta nutrición de las células que ocupan las porciones centrales, presentan éstas ciertas perturbaciones: el protoplasma se hace claro y vacuolado, el núcleo pincnótico y retraído en un extremo de la célula. En la superficie de la verruga existe una gruesa masa de hiperqueratosis que falta en los verdaderos papilomas.

*Tratamiento:* Son numerosos.

*1.° Quirúrgico:*

Se efectúa una extirpación amplia y profunda de la formación mediante el bisturí, suturando los bordes posteriormente. Con este método son frecuentes las recidivas.

*2.° Fisioterápico:*

Radioterapia es la técnica que más frecuentemente se aplica ,sobre todo en las de tamaño apreciable y en las recidivas.

*3.° Químico-tópico:*

Actualmente se obtienen en ocasiones buenos resultados con diversas sustancias aplicadas en pomadas. Es de fácil aplicación y no produce molestias al paciente. Uno de los preparados más en uso es el formado por lanolina y polvo de resina de podofilino y aceite de linaza al 20 % a partes iguales. La pomada se aplica en cura oclusiva, renovando la cura cada 24 horas. A las 3 ó 4 semanas de tratamiento se desprende la capa queratica, pudiendo enuclearse fácilmente con cucharilla la lesión residual.

No quiero molestar más ni restar tiempo a otra conferencia que con seguridad tendrá mayor importancia informativa.

# Ergonomía de los genus

D. JOSE FERNANDEZ MITJANS

Profesor de la Escuela de Podólogos de la Facultad de Medicina de Barcelona

Desde hace dos cursos estamos enseñando en la Escuela de Podólogos de Barcelona una teoría personal sobre la ergonomía de los genus, o sea, el aprovechamiento de las fuerzas pesantes o propias de la masa inerte del cuerpo humano, ante el desplazamiento de las líneas de gravitación, planos y triángulos de apoyo, y, por ende, su resolución conjugada en el desplazamiento.

Ante todo hemos de considerar que no he pretendido nunca la adopción de rectificaciones nominativas a unas definiciones que están exhaustivamente recogidas en la patología, aunque yo las considere personalmente erróneas en cuanto a la tipificación comparativa y que inducen a error, pero que yo no comparto. Bien, en principio dejaré bien sentado que para la explicación de todas las expresiones geométricas y físicas de mi teoría o de mi planeamiento docente, he de hacer la mención de las expresiones que para ello uso.

Generalmente se nos presentan, bien congénitamente o bien adquirido por accidentes, enfermedades, etc. cuatro clases de genus: el varo, el valgo, el recurvatum y el flexus, aparte de sus combinaciones y variedades arquitectónicas. Para no caer en disquisiciones, yo he variado demostrativamente, no sustancialmente, alguna expresión. Por ejemplo, explicaremos que es necesario que didácticamente «veamos» la definición, no la engullamos porque sí. Genu varo será «in arque cruris», o sea, piernas en arco, por así presentarse a la visión postural; genu valgo, «in decusso cruris», por aparecer arquitectónicamente las piernas en cruz. Y estas son las únicas expresiones en que me fundamentaré. Las restantes ,el recurvatum o el flexus, las admitimos como tales ya que lo son a simple vista sin ningún género de dudas.

En la estática todo elemento ha de figurar con un equilibrio definido, y máxime en los vivientes que deben recoger su masa y movilizarla. Ese equilibrio es, sin duda, el estable. Si el viviente no tuviera más que eso, estar, podríamos colocarle sentadito y no nos preocuparía ni la dirección de sus pies, ni la forma de sus piernas. Pero ha de utilizar sus

pies y sus piernas para relacionarse volitivamente consigo mismo y con los demás, por lo que hemos de considerar la economía de su trabajo hasta el máximo para poder arrastrar la mole, la masa de su cuerpo y sus bagajes.

En las proyecciones verán ustedes claramente la facilidad con que se vale el organismo humano para aprovechar el máximo rendimiento con el mínimo esfuerzo, y ello se realiza por razones y por leyes puramente matemáticas, pero dentro de una física natural y muy sencilla, la de la distribución de fuerzas y su resolución por las RESULTANTES.

Voy a poner un ejemplo, quizá muy infantil, pero muy expresivo. Todos conocemos cómo se construye una tienda de campaña, que generalmente adopta la forma piramidal, y en lo elemental se compone de una lona que cubre un volumen prismático cuadrangular si consideramos el nicol, o prismático triangular, si consideramos las bases, la puerta y el testero y descansando sobre una de sus caras. Es igual; para la explicación sólo consideraremos el ángulo que forman los dos tirantes que se clavan en el suelo con dirección divergente; son las fuerzas principales o de tensión. Pero si dejamos éstas solas, el techo se hunde, porque toda la masa será arrastrada por un punto central de donde parten originariamente las dos en sentido, como hemos dicho, divergenete, o sea que, en realidad, si no consideramos más que esto no hemos conseguido nada y la tienda de campaña no nos sirve. ¿Qué hacemos, pues? Colocamos un mástil en el punto de origen de aquellas fuerzas y lo hacemos recaer perpendicularmente hacia el suelo, en un punto que equidista de cada uno de los extremos de aquellas fuerzas originarias, o sea, será la mediana del triángulo que se forma por las aristas de la embocadura de la tienda y el suelo. Y ésta será la única fuerza conjugada que nos servirá y será aprovechada. Esa es la resultante.

Este es el origen de valorar la economía de las desviaciones posturales de los genus que nos ocupa.

Partiremos, en general, de que si consideramos al cuerpo entero como una masa rectangular en su proyección, la fuerza gravitatoria del individuo se proyecta siguiendo el plano sagital del cuerpo y tendrá dirección definida hacia el interior del área del triángulo de sustentación, pero hemos de repartirla hacia dos lugares equidistantes, hacia las articulaciones coxofemorales, de forma que sea repartida equitativamente, y anatómicamente se disponen todos los órganos de reparto de tal forma que aproximadamente diverge en un punto cuya altura es, aproximadamente, dentro de la pelvis, delante del promontorio, dos o tres traveses arriba o abajo, que será el punto O de nuestros esquemas. De aquí derivan las fuerzas principales o pesantes, que van a llegar ,como hemos dicho, a la altura de la articulación coxofemoral, puntos X y Z, donde racionalmente, y siguiendo el ejemplo de la tienda de campaña, deben proseguir hacia el suelo abriéndose y marcar allá los puntos q y r. Con ello conseguiríamos el aprovechamiento total con la resultante que seguiría el plano sagital, punto final B' del vector O-B'. Pero realmente no es así, puesto que la articulación refleja esa fuerza y la deriva, siguiendo todo el sistema trabecular del miembro inferior, por lo que esquemáticamente a través de la pierna, muslo y pie, se transmitirán de forma, para el cálculo, rectilínea, y para ese aprovechamiento rectilíneo se nos construyen otros dos ángulos, cuyos lados estarán compuestos, para cada sector, por aquella fuerza que divergía, la pesante causal y la refleja incidente que irá a parar desde el punto X o Z hacia el centro de gravedad del pie opuesto, y en la construcción de estos dos ángulos tendremos las resultantes aprovechadas X-Z' y Z-X', que pasarán a todo lo largo de cada columna de sustentación. Pero atendamos también que al llegar cualesquiera fuerzas a la meseta tibial, sufre un reflejo y ese reflejo se comporta de igual manera, dando unas desviaciones rectilíneas abductoras las unas, o- y o- , y aductoras las otras, que convergerán las de los dos lados en el punto o. Esto nos da una constante de equilibrio por ser ambas fuerzas opuestas y de igual potencia, lo que anulará la reflexión de la meseta tibial, formando un rombo defi-

nido X-o-Z'- y Z-o-X- , y totalmente los tres puntos del trípode constituidos por el punto B', X' y Z'. Este es el individuo normal.

Ahora, en cada elemento anormal, hay que calcularlo particularmente, pero siempre hemos de partir de este ejemplo racional de la constitución normativa. Nada de esto es ilusorio, es una pura realidad, todo camina bajo unos cauces matemáticos a los que responden todos los funcionalismos y nuestros pies son unos elementos que constituyen las bases de unas columnas, pero que esas columnas, aun en la oblicuidad del más puro estilo gaudiniano, obedece a unas ergonomías exactas.

Sobre los esquemas que proyectamos, ustedes verán claramente las nociones de nuestra teoría, pero tengan en cuenta que considero que la comprensión absoluta tiene que ser más lenta. Yo, para los alumnos, necesito cerca de diez días de clase para la explicación total.

# Asociación Argentina de Podólogos

*Señor Director de la*

*REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA*

Tenemos el agrado de dirigirnos a Vd. a fin de hacerle saber que, a raíz del correspondiente acto eleccionario, recientemente realizado, la Comisión Directiva de esta ASOCIACION ARGENTINA DE PODOLOGOS, ha quedado así constituida para el período 1972-1973:

| | |
|---|---|
| Presidente | MANUEL J. MATO |
| Vice-Presidente | FRANCISCO DEL POZO |
| Secretario | JOSE ALFREDO RAMOS |
| Pro-Secretario | DIONISIO F. ARANDIA |
| Secretario de Actas | DANILO A. BALDANZA |
| Tesorero | JOSE MARIA LOPEZ |
| Pro-Tesorero | MATEO OBRADOR |
| Vocales Titulares: | RICARDO A. BASSO |
| | FRANCISCO P. PRACK |
| | FRANCISCO MASEDA |
| Vocales Suplentes: | JOSE MANUEL MOLEIRO |
| | RAFAEL C. CABALLERO |
| | CESAR J. LABOMBARDA |
| Revisores de Cuentas: | ALBERTO MELGAREJO |
| | RINALDO COMPOSTO |

Saludamos a Vd. con nuestra consideración más distinguida.

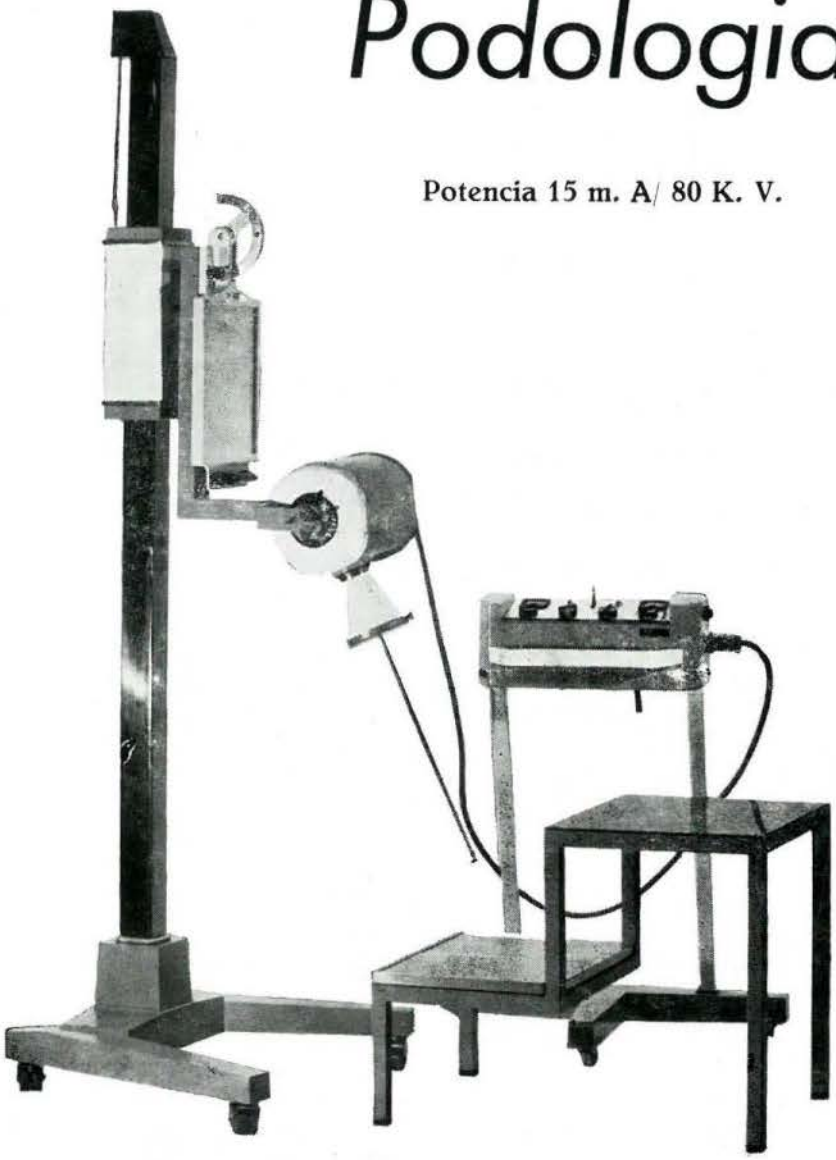
JOSE ALFREDO RAMOS
SECRETARIO

MANUEL J. MATO
PRESIDENTE

# MODERNO EQUIPO RADIOLOGICO PARA

# *Podologia*

**Potencia 15 m. A/ 80 K. V.**

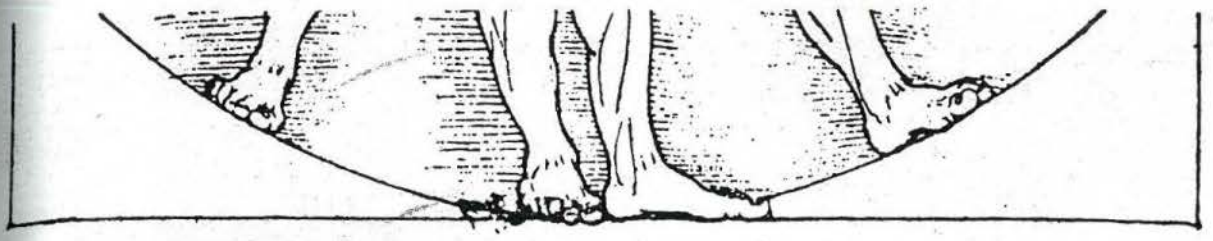


- Versatibilidad óptima para obtención de radioscopias y radiografías en todas posiciones y ángulos.
- Características eléctricas regulables para obtener un verdadero radioagnóstico.

**EMISA RÖNTGEN**

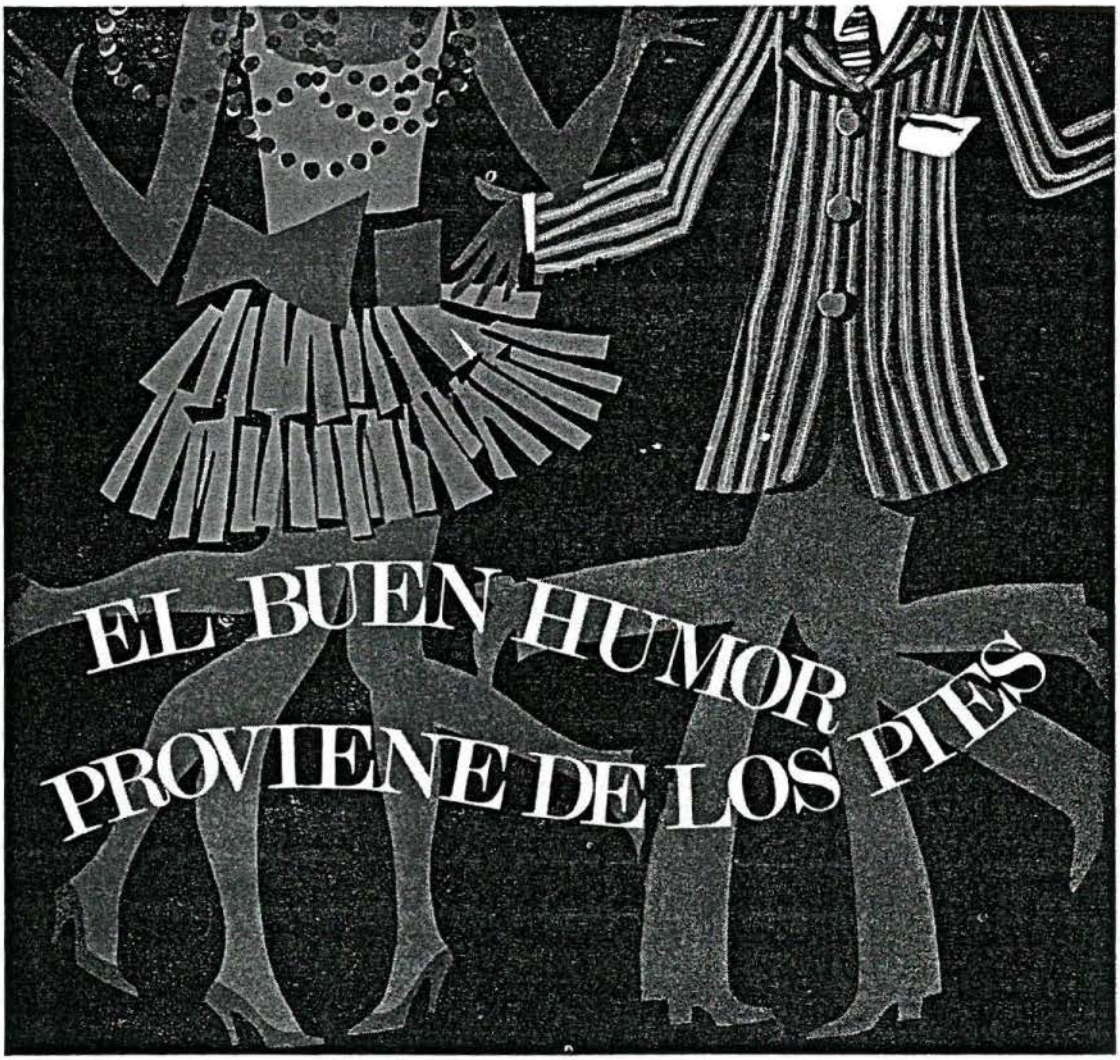
VERDI, 169 - Barcelona-12
Tels. 228 84 98 - 227 76 32

ESPAÑA



# REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

A.P.E. Julio - Agosto
n.º 28 1972




**podólogo:** **¿quién mejor que Ud. puede asegurar la veracidad de este slogan...?**

**¿quién mejor que Ud. para liberar a sus pacientes del enemigo que ataca "la raiz" de la persona...?**

**...¿y quién mejor que Ud. para dar vigor y tranquilidad a esa raiz, con la ayuda de...**

**AKILEINE** que **descongestiona** los pies haciendo desaparecer el ardor en las plantas, a la vez que **desodoriza** y modera la transpiración ya que no contiene formol u otros productos nocivos, que puedan provocar inflamaciones o irritaciones en la piel.

**AKILTROPIC** que **neutraliza los efectos de la transpiración** y elimina la enfermedad de las piscinas.

Pida muestras a Lab. Inibsa - Loreto, 8 - BARCELONA-15

# REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

ORGANO DE LA AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

A. P. E.

Redacción y Administración:
Urgel, 47/51 - Barcelona (11)

**Director:**
Leonardo Escachs Clariana

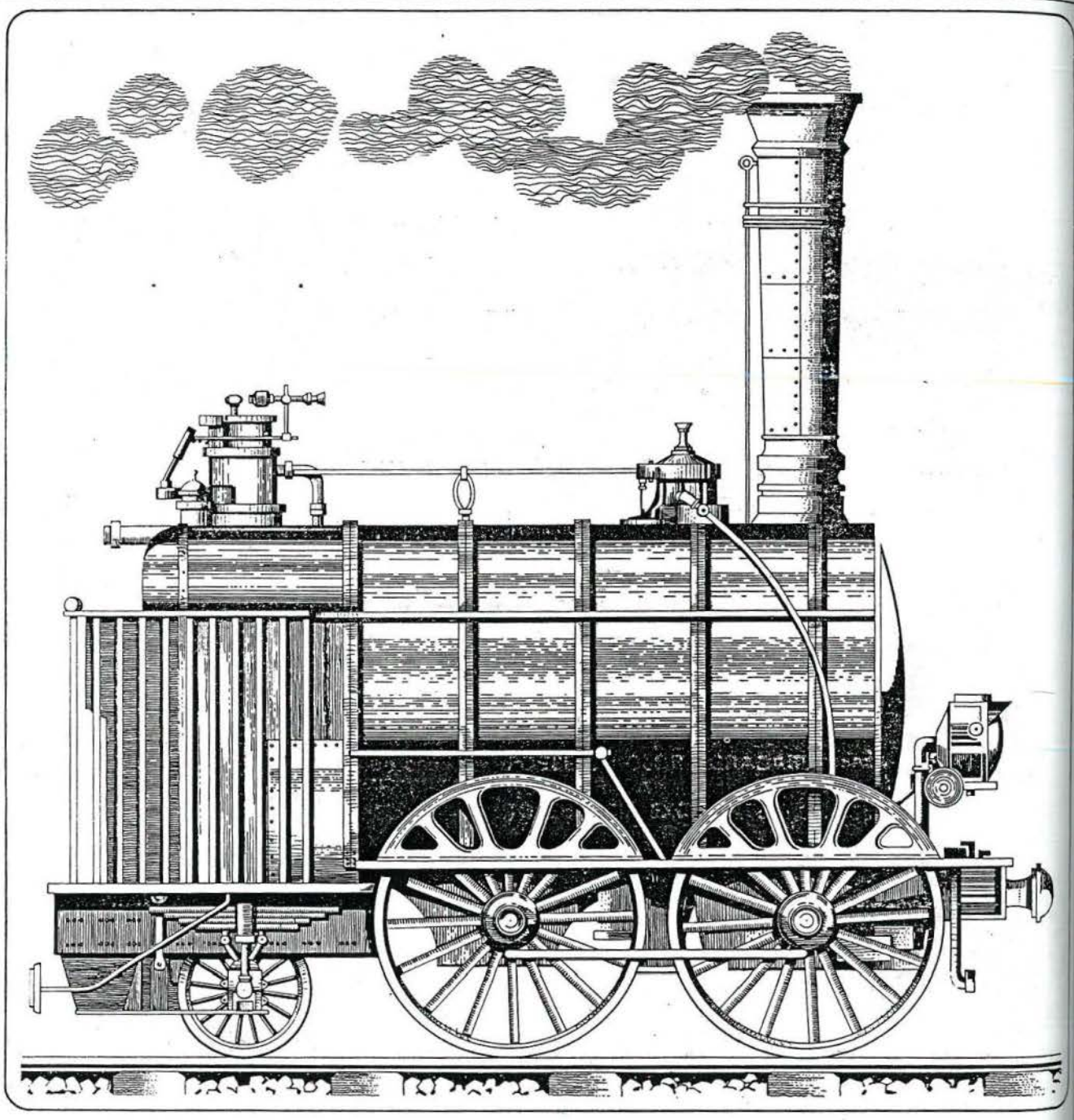
**Sub-director:**
Pablo Vilató Ruiz

**Redactor jefe:**
Francisco Mañé Domingo

Manualizaciones ESCUELA NORMAL - Deposito Legal: B. - 13484 - 196

## SUMARIO

3 Junta de Gobierno
5 Editorial
7 Consideraciones podo-profilácticas en la infancia
11 Frecuencia de la patología del pie entre la juventud española
15 Papilomas plantares, distintos tratamientos
21 El Mensurograma, su técnica e interpretación
28 Leído para Vd.
29 Congreso internacional de Podología



en procesos reumáticos...

**ditrone** cápsulas 100 y 200 mg (envases con 20 cápsulas)
supositorios 200 y 500 mg (envases con 16 y 10 sup. respec.)

**delta ditrone** envase con 50 cápsulas

HOSBON S.L.

# AGRUPACIÓN DE PODÓLOGOS DE ESPAÑA

## JUNTA DE GOBIERNO

| | | |
|---|---|---|
| Presidente Nacional | D. LEONARDO ESCACHS CLARIANA | Barcelona |
| Vice-Presidente 1.º | D. JUAN PEREZ LAZARO | Madrid |
| Vice-Presidente 2.º | D. ISAIAS DEL MORAL CEJALVO | Valencia |
| Secretario General | D. JOSE A. CALVO GARCIA | Zaragoza |
| Vice-Secretario | D. FRANCISCO MAÑE DOMINGO | Barcelona |
| Tesorero | D. M. GAVIN BARCELO | Barcelona |
| Contador | D. LUIS AYCART VIJUESA | Madrid |
| Vocal 1.º | D. FCO. MORAN VENTURA | Las Palmas G. Canaria |
| Vocal | D. JUAN VIDAN TORRES | S. Compostela |
| Vocal | D. LUIS INCHAURRONDO | Irún |
| Vocal | D. JOSE M.ª BAEZ BASAURI | Bilbao |
| Vocal nato | D. ZACARIAS GARCIA ANDRES | Madrid |
| Vocal nato | D. JAIME SALA PICH | Barcelona |

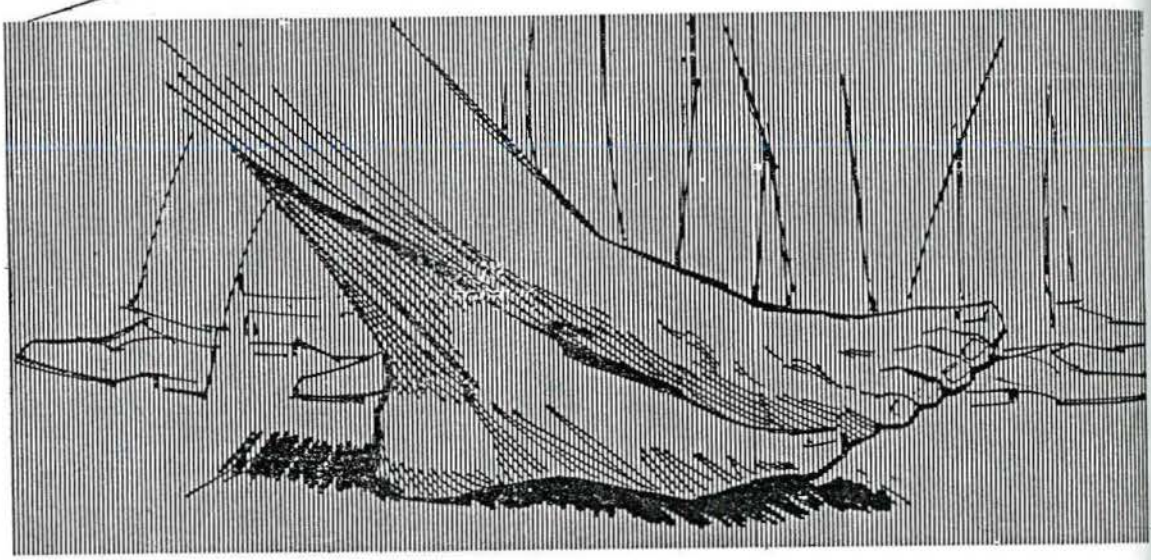
## DELEGADOS DE ZONA

D. **José M.ª Báez Basauri.** Mayor, 27, 6.º. Las Arenas. BILBAO.
D. **José Luis Inchaurrondo.** Paseo de Colón, 65. IRUN.
D. **Juan Vidán Torres.** Preguntoiro, 10. SANTIAGO DE COMPOSTELA.
D. **Antonio Báez Prieto.** Alcalá, 313. MADRID.
D. **José Antonio Calvo García.** Coso, 77, 5.º. ZARAGOZA.
D. **Jaime Sala Pich.** Muntaner, 142. BARCELONA-11.
D. **Isaías del Moral Cejalvo.** Moratín, 6. VALENCIA - 2.
D. **Francisco Bernedo García.** Príncipe, 12. GRANADA.
D. **Francisco Morán Ventura.** León y Castillo, 8. LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

## DELEGADOS PROVINCIALES

ALAVA: Sin Delegado Provincial.
ALBACETE: **D. Luis Juan Navarro.**
ALICANTE: **D. José Olcina Morales.**
ALMERIA: **D. Luis Pascua San Miguel**
AVILA: Sin Delegado Provincial.
BADAJOZ: **D. José Villafaina de la Cruz.**
BARCELONA: **D. Jaime Sala Pich.**
BILBAO: **D. Víctor Fano Ugarriza.**
BURGOS: **D. Elías Hernando Tamayo.**
CACERES: **D. Timoteo Fernández Gil.**
CADIZ: **D. Manuel Albalá Valle.**
CASTELLON: **D. Nicolás Prats Moreno.**
CIUDAD REAL: **D. Luis Barba Vázquez.**
CORDOBA: Sin Delegado Provincial.
CUENCA: **D. Gerardo Bollo de la Peña.**
GERONA: **D. José M.ª Bosch Doménech.**
GRANADA: **D. Manuel Ruiz Morales**
GUADALAJARA: Sin Delegado Provincial.
HUELVA: Sin Delegado Provincial.
HUESCA: Sin Delegado Provincial.
JAEN: **D. Leandro Rodríguez Revuelta.**
LA CORUÑA: **D. Francisco de la Cruz Agustí.**
LAS PALMAS DE GRAN CANARIA: **D. Francisco Morán Ventura.**
LEON: Sin Delegado Provincial.
LERIDA: Sin Delegado Provincial.
LOGROÑO: **D. Vicente Alvarez Pipaon.**
LUGO: Sin Delegado Provincial.
MALAGA: **D. Antonio Gutiérrez Velasco**
MADRID: **D. Zacarías García Andrés.**
MELILLA: Sin Delegado Provincial.
MURCIA: Sin Delegado Provincial.
ORENSE: **D. Elisardo Bralo Rego.**
OVIEDO: Sin Delegado Provincial.
PALENCIA: **D. Damián Porro Villarroel.**
PALMA DE MALLORCA: **Juan Bta. Brines Rubio.**
PAMPLONA: **D. Javier Sarasa.**
SALAMANCA: **D. Antonio Basas Encinas.**
SANTANDER: Sin Delegado Provincial.
SAN SEBASTIAN: **D.ª Pilar Gómez Eizaguirre.**
STA. CRUZ DE TENERIFE: **D. Armenio Méndez Martín.**
SEGOVIA: **D. Francisco García Rodríguez.**
SEVILLA: **D. Francisco J. Alvarez Gandulfo**
SORIA: Sin Delegado Provincial.
TARRAGONA: Sin Delegado Provincial.
TERUEL: Sin Delegado Provincial.
TOLEDO: Sin Delegado Provincial.
VALENCIA: **D. Manuel Campo Rodríguez.**
VALLADOLID: **D. Alfonso Domínguez Milán.**
VIGO: Sin Delegado Provincial.
ZAMORA: **D. Juan J. Miguel Barrios.**
ZARAGOZA: **D. José Antonio Calvo García.**

¡NUEVA FORMULA!



# Pentoderm®

## Crema dermoprotectora cutánea

Tubo con 50g de crema (62,80 ptas.).

DESDE 1880 CERA

Laboratorios Cera, S. A. –Aptado. 9001 - Barcelona

# EDITORIAL

Posiblemente en razón al desempeño de su profesión, los podólogos vienen demostrando tener unas fuertes extremidades inferiores, asentadas sobre unos pies preparados perfectamente para la marcha. No se cansan. Sus pasos se extienden por todas las latitudes. Es igual Bilbao, que Valencia, Badajoz, que Santiago. No hay sitio al que no se desplacen para reunirse y hablar de «sus cosas». Los problemas podológicos que afectan a un tanto por ciento elevadísimo de personas, son la constante preocupación de estos profesionales. Y así, en forma fehaciente, dan buenas pruebas de ello en Congresos y Manifestaciones.

Año tras año se van sucediendo los Congresos que bajo las directrices de la Agrupación de Podólogos de España celebran los podólogos. Cada dos años, uno de carácter internacional que se celebra —hasta ahora así ha sido— cada vez en una nación distinta. Sin hablar de los realizados en el suelo Patrio, en todos los que se han venido desarroando en el extrangero, los podólogos españoles han estado presentes y, además, han dejado plena constancia de su presencia. El papel de los podólogos españoles tiene un alto precio. Han sabido demostrar que son unos profesionales capacitados y aptos y se han granjeado las simpatías generales, llegando incluso en algunos casos, a ser solicitados sus consejos dentro siempre del campo profesional.

Para el próximo año de 1973, hay dos grandes hechos previstos. Primero el Congreso Nacional de Podología que se va a celebrar en la maravillosa tierra canaria en donde, ya se tiene conocimiento de ello, están trabajando a marchas forzadas para que los que allí asistan, guarden imperecedero recuerdo de su estancia. Lo paradisíaco de las Islas y la natural sipatía de los canarios nos hacen suponer el más rotundo éxito a su favor. Otro de los hechos previstos, es el Congreso Internacional de Podología que se celebrara en la ciudad de Salzburg, en el mes de octubre. Como si se lo hubiesen propuesto, son dos grandes acontecimientos dignos de ser vividos. Primero por que, profesionalmente, vale la pena. Segundo, por que sin lugar a dudas, son dos regiones distintas, lejanas, diferentes por completo una de otra, pero, en el fondo iguales en belleza, en maravillas, en dulzura, en grato recuerdo para el visitante. CANARIAS y SALZBURG. ¡Maravilloso! Tan pronto se vayan recibiendo noticias de estos Congresos, en las páginas de esta Revista se iran divulgando para conocimiento de todos.

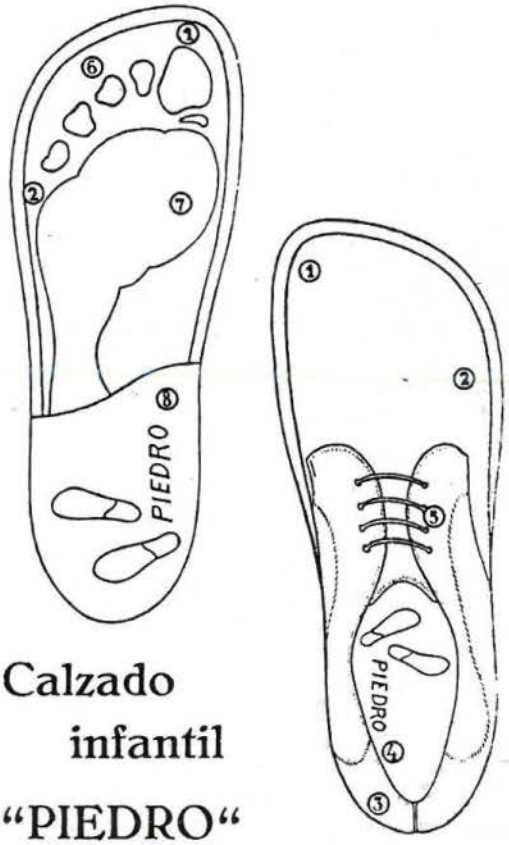
Ahora sólo queda esperar que los podólogos españoles, haciendo gala una vez más de esa su innata forma de ser, comprendan la gran importancia de estos actos y en una u otra forma, a pesar de que ha de costar un poco de esfuerzo, se tracen el plan a seguir y se apresten a formar parte de los asitesntes. Ya se ha repetido en unas de una ocasión, pero por estar situados los podólogos españoles a un alto nivel dentro de la podología internacional, quieran o no, han de dar constante fe de su presencia en los congresos y no defraudar en modo alguno a los organizadores de los mismos. Son ya muchos años —desde 1957— los que dejan huella de sus pasos y cada vez es más preciso, es más necesario, no romper esa tradición. Todo lo que se quiere se hace. «Querer es poder» dice el refrán y es una gran verdad. Si queremos, podemos ir. Si queremos, podemos estar presentes. Si queremos, podemos dejar nueva constancia de nuestra presencia y con ello, dejar una prueba palpable de que, a pesar del esfuerzo y del sacrificio, los podólogos españoles que sienten un inmenso cariño a su profesión, no vacilan en correr con ese esfuerzo y con ese sacrificio.

Si por el contrario, a pesar de los pesares, hay quien, cansado, se queda en casa, estoy seguro de que no podrá mirar a los ojos de las nuevas generaciones de profesionales que con un gran empuje y con mucha ilusión intentan seguir los pasos de sus antecesores. Y no podrán mirarles a los ojos por que, sentado en un sillón, comodamente, no se crea. Quizás, podríamos decir que se destruye.

Y si por apatía destruímos una obra tan maravillosa como es la que hasta ahora hemos conseguido. Si por cansancio, dejamos pasar las ocasiones que se nos brindan, y desentendiéndonos de todo sólo conservamos nuestro «yo», no podremos en modo alguno sentirnos dichosos y felices corriendo el peligro de que alguien mañana o cualquier día, nos pida cuentas de nuestra forma de proceder.

Pensemos detalladamente en la responsabilidad que afecta a todos y cada uno. Pensad, pensad y luego... alla cada cual con su conciencia.




Calzado infantil "PIEDRO"

Hormas, control y garantía de
**PIEDRO INTERNATIONAL -**
**Berkel, Holland**

Si no tiene aún información completa consulte a "PIEDRO"

Apartado 7053 — Barcelona

# Consideraciones podo-profilácticas en la infancia

*por FRANCISCO FARRERAS*
*Podólogo*
*Hospitalet (Barcelona)*

ORIENTAR podológicamente a las madres mediante campañas a nivel nacional y promover la revisión sistemática de los pies de los niños en los CENTROS DE ENSEÑANZA a partir de los dos años de edad, fueron importantes conclusiones adoptadas en el V CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA celebrado en Barcelona, que me indujeron a memorizar estos simples conceptos podológicos que ahora les pretendo exponer.

EL TEMA vale la pena por su gran valor PREVENTIVO, dentro de los 6 primeros meses de vida y REEDUCATIVO, a partir de esta edad, cuando empieza a instaurarse la DEFORMIDAD POSTURAL que suele ir acompañada, algunas veces, de cojeras transitorias y hasta los 6-7 años en que los huesos de la pierna y del pie fijan, definitivamente, su posición.

ME REFERIRE solamnte a los casos más frecuentes de etiología mecánica, como afección PODO-PARTICULAR del niño en esa época puesto que, en definitiva, preventivamente y a nivel podológico, es cuando nuestra intervención podrá ser más notable ya que, como es de todos sabido, en las malformaciones tales como el EQUINO-VARO, uno de los casos más frecuentes en la PATOLOGIA CONGENITA DEL PIE debido al bloqueo de éste y la pierna, por mala posición intrauterina, nuestra actuación quedará reducida a meros intentos sin resultados positivos.

DE ACUERDO con esto, centraremos el TEMA a unas simples CONSIDERACIONES PODO-PROFILACTICAS para evitar estas deformidades posturales, buscando su causas en las IMPERFECCIONES EN LOS HABITOS POSTULARES DE LAS DISTNTAS SITUACIONE Y ACTITUDES EN LA VIDA MOTORA DEL NIÑO, hasta la edad referida.

LA MAYORIA de estas deformidades se producen dentro de los seis primeros meses de vida, siendo LA CUNA Y EL REGAZO DE LA MADRE, los principales vectores de estas anomalías. La CUNA al serle del todo imposible al niño el variar la posición en la que lo han dejado en la misma. EL REGAZO, por la frecuente posición «de rana» que adopta al estar en brazos de la madre o de cualquier otra persona.

SI A TODO ESTO tenemos, además, en cuenta que el niño ha estado flotando en líquido amniótico durante parte de la gestación y que inmediatamente después de su nacimiento, se le coloca en una posición incorecta en la CUNA, amarrado en pañales nuevos y colchón firme, dejándolo, con frecuencia, en la posición de DECUBITO PRONO —por que el niño es llorón o regurgita—, pronto nos daremos cuenta de que, esta actitud, constituye la de «reposo» del niño y que instintivamente, rechaza cualquier otra posición que no sea esta. Por todo ello, podemos deducir fácilmente, la serie de consecuencias que podrán derivarse con sólo recordar los elementales principios fisiológicos de la LEY DE LOS LIGAMENTOS, que nos

demuestra que, los MUSCULOS Y TENDONES, están supeditados a sus necesidades, viniendo con ello a decir que el músculo extendido se alarga y el flexionado se acorta.

SI OBSERVAMOS la actitud que adopta el niño en DECUBITO VENTRAL o agazapado en los brazos de su madre —actitud DE RANA— apreciaremos como coloca sus miembros en rotación externa y extensión, retrayendo, parcialmente el TRICEPS SURAL. Esta actitud que, sin duda, constituye «la posición más cómoda y segura para las mamás», junto con el porte obligado del «paquete», los andadores, las correas de sujeción en los pre-andantes, las cestas canguro, etc., etc., demuestra palpablemente la mayoría de las veces, que es la misma que adopta el niño que lleva una ALMOHADA DE FREJKA para la corrección de una luxación congénita de cadera y que puede condicionar, inexorablemente, una gama de deformidades posturales, cuyos factores condicionantes, con frecuencia pasan desapercibidos a padres y podólogos.

ASIMISMO, no debería pasarnos por alto el que pasados los 6 primeros meses de vida, ya fuera de la CUNA, el niño adquiere una variedad de posturas viciosas en los HABITOS DEL DORMIR, en el JUEGO y en el MODO DE SENTARSE, no siendo muy aventurado el decir que un 85 % de los niños, adoptan tales posturas.

NO DEBEMOS OLVIDAR que nos encontramos ante un sistema óseo en evolución y que estas actitudes posturales, de ser persistentes, podrán condicionar deformidades. Por todo ello, para prevenirlas y reeducarlas, deberemos contra con la colaboración de la madre quien está en mejor situación de observar y luego indicarnos las ACTITUDES QUE CON MAS FRECUENCIA ADOPTA EL NIÑO ya sea en el juego o en otras situaciones posturales.

CON FRECUENCIA el niño SE SIENTA ENTRE SUS TALONES, extendiendo los pies. Tal postura puede derivar en una retracción del TRICEPS SURAL, con las consiguientes deformidades.

CON FRECUENCIA el niño SE SIENTA SOBRE SUS TALONES. Las consecuencias serán también, a la larga, perniciosas ya que, esta actitud, determina una rotación interna de los muslos y una abducción de las piernas con extensión y rotación externa de los pies.

CON FRECUENCINA el niño SE SIENTA SOBRE SUS PIES COLOCADOS EN ROTACION INTERNA, de lo que podrá derivarse un GENOVARO o METATARSO-VARO.

LOGRADA la colaboración de la madre se orientará a la misma para que coloque siempre al niño en la CUNA en DECUBITO LATERAL, rompiendo con los hábitos de dormir, siempre, en POSICION DE RANA. Tal objeto se logra colocando un soporte en la espalda —que muy bien puede ser una almohada— para evitar que el niño se vuelva. En esta posición las superficies anteriores del muslo y del abdomen se hallan en un mismo plano y las piernas adoptan una posición neutral. Se pueden alternar los lados después de cada tetada.

EL DECUBITO SUPINO no es nocivo, pero se puede desechar, en el lactante, por la posibilidad de asfixia —que siempre existe—, sobre todo si el niño regurgita.

PASADOS LOS PRIMEROS MESES y en los casos en que se prevea una deformidad inicial —ya sean piernas en X, en (), ROTACION EXTERNA DE PIERNAS o PIES VALGOS, etc., etc.— se impondrá la inmediata rehabilitación mediante sencillas maniobras que, bajo nuestro asesoramiento, pondremos al alcance de las madres siempre y cuando los pies del niño sean flexibles y con objeto de accionar el trabajo muscular, venciendo la resistencia que ofrezca en estos casos las piernas del niño, teniendo siempre en cuenta que a una acción hacia fuera opondremos una resistencia hacia dentro y viceversa.

ENSEÑAREMOS A LAS MADRES a COGER LAS RODILLAS estando el niño sentado en su regazo o bien encima de una cama o mesa, girando las piernas hacia el eje del cuerpo, forzándolas al máximo, sin lastimar al niño y sosteniéndolas en esta posición durante

1/2 minuto, contando hasta 30, como orientación. Después de este 1/2 minuto de hipercorrección se pasa a la relajación durante unos segundos para volver a repetir el ejercicio. Si el niño se defiende y hace resistencia, debe indicarse a la madre que no lo libere, sino que siga sosteniendo las piernas ya que el niño pronto comprenderá que con ello no se le lastima y dejará de forcejear.

INSTAURADA LA DEFORMIDAD DE MANERA CLARA, las maniobras serán exclusivamente a cargo del Podólogo y naturalmente no consistirán en simples masajes, sino en ACTIVOS EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO que podremos consultar en «PRACTICA DE LA REEDUCACION DEL PIE», de Ceccaldi, que actualmente ya se halla traducido al español, o bien, tener «in mente» uno simple, consistente en colocar el talón del niño en la palma de nuestra mano izquierda, efectuando una fuerte sujección del tretropié, de manera que el talón que está en valgo sea girado suavemente a la posición de varo haciendo una presión con el índice de la mano derecha, a la altura del ecafoides a la vez que se lleva el antepié en aducción hacia el centro del cuerpo, doblándolo.

SI SE HACEN estrictamente estos ejercicios durante unas semanas, sin duda se logrará invertir el pie:

TENDREMOS EN CUENTA que esta maniobra sólo tendrá validez hasta los 18 meses de edad, pues a partir de esta edad deberá combinarse el tratamiento con la aplicación, severamente controlada, de prótesis CORRECTORA.

FINALMENTE, diremos que a menudo estas deformidades posturales suelen ir acompañadas de cojeras transitorias o cuando menos de una cierta alteración de la marcha. Ante estos casos será fundamental tener en cuenta la EDAD y EL LUGAR DONDE ASIENTA la causa que motiva el transtorno sometiendo al paciente a minuciosa exploración podológica recurriendo al PODOPHOT con POLAROID de revelado inmediato, acoplado para el estudio morfológico y funcional del pie y a los TEST de valoración muscular que estén a nuestro alcance, sin olvidar que tanto puede producir una cojera o una alteración de la marcha un simple UÑERO, porque mamá ha acantonado excesivamente las uñas o porque el zapato es irracional o estrecho, un ERITEMA PERMIO como puede tratarse de un proceso OSTEO-ARTIVULAR o más frecuentemente de una alteración biomecánica de la estética del pie, sobre todo en niños poco comedores que muestran un desarrollo precario a los que sin poderlos catalogar de enfermos, porque la exploración no muestra ningún síntoma alarmante, pero lo cierto es que el pequeño tiene alterada la estética y la marcha y como no podemos quedarnos con el DIAGNOSTICO AMBIGUO de FENOMENOS DE CRECIMIENTO, las cojeras que aparezcan en estos casos, siempre que se hayan descartado las causas más simples descritas se considerarán como una manifestación grave para librarnos de una posible culpabilidad de cualquier cojera irreversible.

LA EXPERIENCIA en los 11 años de ejercicio, me ha demostrado que ante uno de estos cuadros que no podamos relacionarlos con ninguno de los 50 males encuadrados en la PATOLOGIA del pie, si el proceso es agudo y va acompañado de fiebre alta, será inexcusable la terapéutica con antibióticos, VITAMINA D y calcio y si después de una semana con este tratamiento el enfermo no mejora lo remitiremos al RADIOLOGO, ANALISTA o ESPECIALISTA QUE CREAMOS OPORTUNO.

**COMPAÑERO:**

Sabemos que no nos falta tu ayuda al Portavoz profesional, pero no olvides que su renovación y superación es obra de todos.

Redactando tus experiencias profesionales prestarás un apoyo y una gran ayuda a los colegas que ejercen en poblaciones alejadas de las urbes más importantes.

# Algesal Activado

**POMADA ANTIRREUMATICA Y ANALGESICA ULTRAPENETRANTE PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR LOCAL**

FORMULA:

| | |
|---|---|
| SALICILATO DE DIETILAMINA | 10 g. |
| NOPOXAMINA | 1 g. |
| EXCIPIENTE | c.s.p. 100 g. |

POSEE UN OLOR AGRADABLE
GRASA
NO ENGRASA
TOLERANCIA EXCELENTE

gran poder de penetración

TUBO CON 50 g. DE POMADA - P.V.P. 94,90 Ptas.

KALI-CHEMIE ARZNEIMITTEL

KALI-CHEMIE IBERIA, S.A.
Apartado 12068, Barcelona
Tel. Barcelona 2392327
Tel. Madrid 2769276
Tel. Sevilla 213922
Tel. Valencia 228923
Fabricación y venta: Orfi Farma, S.A.

# Frecuencia de la patología del pie entre la juventud española en una edad determinada

*J. Alonso Guillamón*
*Podólogo de la Escuela de Podología del Hospital Clinico de Barcelona*

Prestando mis servicios en el Departamento de Cirugía y Traumatología del Hospital Militar de Barcelona, que dirijía el Ilmo. Sr. Tte. Coronel Médico Dr. A. DIEZ CASCON, tubo a bien indicarme la conveniencia, de poder reflejar la variable patología de todos los mozos (jóvenes de 20 años de edad, que deben incorporarse en breve espacio a cumplir el servicio militar), que alegando una alteración orgánica pasaban por el Servicio, para valorar su compatibilidad o no, al servicio activo de la vida militar.

Repasando los expedientes de 1.422 casos, correspondientes a los mozos que han sido visitados en los últimos cinco años, se han ido desglosando por las diferentes afecciones osteoarticulares que han condicionado la inutilidad total, o bien la de servicios auxiliares (este último grupo ha sido eliminado recientemente quedando en la actualidad el vigentes cuadro de Inutilidades los siguientes grupos: Inútil total, I, temporal y útil para todo servicio), en ambos casos, no tenían que incorporarse a filas.

*Relación de las afecciones osteoarticulares, que han motivado la inutilidad para el servicio militar, entre los 1.422 mozos observados:*

*HUESOS Y ARTICULACIONES DE LOS PIES:*

*Lesiones congénitas o adquiridas:*

| | |
|---|---|
| Pies planos | 436 |
| Pies cavos | 56 |
| Pie equino varo congénito | 12 |
| Dismorfismos pie | 9 |
| Necrosis aséptica 2° metatarsio | 3 |
| Acortamiento 4° segmento digito metatarsio | 2 |
| Osteomielitis tarso | 2 |
| Necrosis aséptica escafroides | 2 |
| Quiste óseo astrágalo | 1 |
| Hipoplasia pie | 1 |
| | 524 |

*Lesiones traumáticas:*

| | |
|---|---|
| Fractura calcáneo | 9 |
| Rigideces del tarso | 5 |
| Fracturas del tarso (mediotarsianas) | 3 |
| Sección del tendón de Aquiles | 3 |
| Fractura astrágalo | 2 |
| | 22 |

*HUESOS Y ARTICULACIONES DE LAS EXTREMIDADES:*

*Lesiones congénitas y adquiridas:*

| | |
|---|---|
| Poliomielitis | 31 |
| Enf. de Perthes (osteocondritis juvenil) | 30 |
| Osteomielitis tibia | 28 |
| Osteomielitis fémur | 11 |
| Osteomielitis húmero | 11 |
| Osteomielitis rótula | 1 |
| Varices y síndromes posflebíticos | 20 |
| Genu valgum y genu varus | 19 |
| Coxa vara | 11 |
| Luxación congénitas de cadera | 7 |
| Dismorfismos cadera | 4 |
| Amiotrofias de las extremidades inferiores | 10 |
| Ostedartritis fímica rodilla | 5 |
| Ostedartritis fímica cadera | 6 |
| Ostedartritis fímica tobillo | 2 |
| Exostosis de crecimiento voluminosas | 8 |
| Parexias musculares | 8 |
| Paraplejias espásticas (por lesiones medulares degenerativas) | 6 |
| Necrosis semilunar aséptica | 3 |
| Necrosis cuello fémur | 1 |
| Tumor de mieloplasias tibia | 2 |
| Osteosarcoma fémur | 1 |
| Acondroplasia | 2 |
| Sinostosis codo | 2 |
| Rótula luxable | 1 |
| | 230 |

*Lesiones traumáticas:*

| | |
|---|---|
| Rigideces y anquilosis manos y dedos | 43 |
| Rigideces y anquilosis Art. coxofemoral | 24 |
| Rigideces y anquilosis Art. tobillo | 28 |
| Rigideces y anquilosis Art. rodilla | 27 |
| Rigideces y anquilosis Art. codo | 17 |
| Rigideces y anquilosis Art. hombro | 2 |
| Fracturas codo, con valgo o varo | 40 |
| Fracturas fémur con defecto consolidación | 37 |
| Fracturas tibia y peroné con defecto consolidación | 35 |
| Fracturas de antebrazo con defecto deco nsolidación | 18 |
| Fracturas de húmero con defecto de consolidación | 2 |
| Osteoartrosis de rodilla | 26 |
| Pérdida de dedos de la mano | 29 |
| Coxa varas o valgas | 6 |
| Luxaciones de hombro recidivantes | 15 |
| Osteodistrofia por lesión obstétrica | 14 |
| Sección de nervios ciático popliteo externo | 2 |
| Sección de nervio cubital | 7 |
| Sección de nervio mediano | 1 |
| Sección de tendones flexores dedos de la mano | 4 |
| Pseudartrosis escafoides muñecas | 5 |
| Hemiplejias postraumáticas | 4 |
| Paraplejias postraumáticas | 4 |
| | 390 |

*HUESOS Y ARTICULACIONES DE LA COLUMNA VERTEBRAL:*

*Lesiones congénitas o adquiridas:*

| | |
|---|---|
| Trastornos posturales de la columna vertebral | 117 |
| Dismorfismos lumbosacros | 32 |
| Hernias discales | 6 |
| Mal de Pott | 16 |
| Pechos en quilla | 2 |
| Costillas cervicales con síndrome doloroso | 2 |
| | 175 |

*Lesiones traumáticas:*

| | |
|---|---|
| Artrodesis quirúrgica columna vertebral | 33 |
| Fracturas columna vertebral con defecto consolidación | 30 |
| Rigideces columna vertebral | 11 |
| | 74 |

*CRANEO:*

| | |
|---|---|
| Pérdida de sustancia craneal traumática | 7 |

De los 1.422 casos coresponden el 35% a lesiones traumáticas y el 65 % a afecciones congénitas o adquiridas.

*Del 35 % de las lesiones traumáticas,* hay que reseñar un mayor número a las extremidades, el 80 %. Estando muy niveladas las lesiones que se localizan en la extremidad superior, a las que se encuentran en la extremidad inferior.

En la extremidad superior, son condicionadas, en la gran mayoría a accidentes laborales ya traumatismos sufridos en la infancia, especialmente en la edad escolar. En cambio en la extremidad inferior, son más frecuentes los accidentes de circulación.

La mano, es la parte del cuerpo humano, más vulnerable, entre las lesiones traumáticas (18 % aproximadamente de las 1. traumáticas).

*Del 65 % de las afecciones congénitas o adquiridas,* corresponde más de la mitad a los tarastornos posturales de los pies y de la columna vertebral.

Cabe reseñar como más destacable, bajo el punto de vista de nuestra profesión, la frecuencia de los trastornos posturales de los pies, entre los jóvenes españoles observados, en una edad determinada. Los 436 casos de pies planos, con todos sus variantes, alcanzan el 30 % de la totalidad de los casos observados, y si añadimos los pies cavos y demás patología encontrada en el pie alcanzamos el 38 % de la totalidad. Así, tenemos, que un mozo de cada tres observados en el servicio, y cuyas lesiones se hallan incluidas en el cuadro de inutilidades, son dados inútiles para el servicio activo militar por sus pies.

Siguiendo en importancia, entre las lesiones no traumáticas, están los trastornos posturales de la columna vertebral, destacando en este grupo las cifoescoliosis no monstrusas, Tan sólo en siete casos han adquirido una jibosidad acentuada.

En tercer lugar, apreciamos los pies con aumento del abovedado plantar, con sus variantes de retropié: varo, valgo y del antepié: dedos en garra, hallux, flexus, etc...

La poliomielitis es una de las afecciones que condiciona un número considerable de inútiles, para el servicio militar.

La Osteocondritis juvenil o enfermedad de Perthes, le sigue en importancia, por la frecuencia en que aparece y que pasa desapercibida en sus inicios en la mayoría de los casos.

Observando nuevamente la estadística, y entre las afecciones congénitas o adquiridas, apreciamos que los pies, la columna vertebral, la polio y las caderas, alcanzan los primeros puestos de la relación. La polio, es una de las plagas de la juventud, que quedará borrada gracias a las vacunaciones masivas, que el gobierno efectúa en todo el país; en cambio, se deben aunar muchos esfuerzos para conseguir descender las otras afecciones. La profilaxis, debe ser el arma para poder borrar con el tiempo muchas de estas lesiones, aumentando el conocimiento de los padres, en lo que deben y no deben de hacer, con un control periódico desde la más tierna infancia, por los pediatras, traumatólogos y podólogos, la propagación de las revisiones médicas en la edad escolar, deben ser los medios para poder determinar en sus inicios estas afecciones.

Entre las afecciones traumáticas, nos consta el esfuerzo que está desarrollando el Gobierno, para poder descender los accidentes laborales, lo difícil será conseguir descender las lesiones condicionadas por los accidentes de circulación, dado el incremento, en los últimos años de nuestro parque móvil.

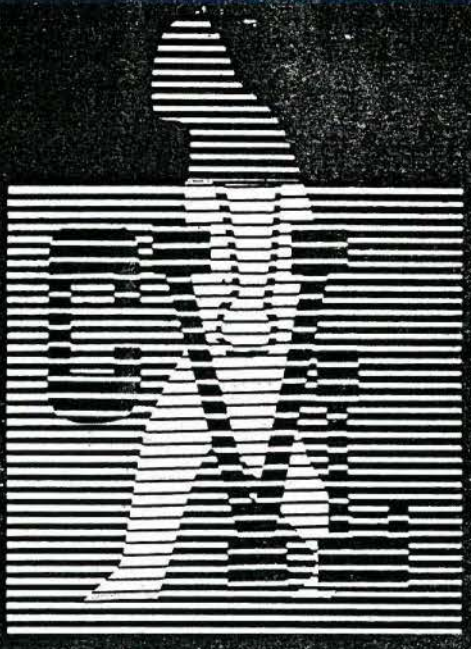
# constantino velasco laínz

y

# BERKEMANN

en
colaboracion
con
la revista española de

# PODOLOGIA



ofrece a los podólogos
una gama completa
de
artículos para los pies

CENTRAL (Oficinas). — Santiago Bernabéu, n.° 4.
Tels. 261 98 75 y 261 44 15. — MADRID-16

ALMACEN. — General Franco, n.° 42.
Tel. 208 98 36. — MADRID-19

DELEGACION CATALUÑA Calle Mallorca, n.° 336 (esq. Avda. Grmo.).
Tel. 257 76 05. — BARCELONA-9

Prótesis de plástico, corcho, cuero, cuero y metal. — Protectores de Hallux Valgus. — Separadores de dedos. — Protectores planta del pie. — Cuñas y almohadillas metatarsales. — Accesorios para la aplicación de plantillas. — Sandalias fisiológicas de madera. — Soportes de cazoleta de Ortholen. — Planchas de PLEXIDUR. — Planchas de ORTHOLEN. — Planchas de PRENYL. — Planchas de HYDROLANYON, etc.

# Papilomas plantares, distintos tratamientos

D. JOSE LUIS NAVARRO
*Podólogo.* ALBACETE

Al elegir este tema, tengo muy en cuenta el motivo principal de este Congreso, que es «La Podología en la infancia», pues si bien es cierto que los papilomas se encuentran en todas las edades, también lo es que son muchísimo más frecuentes en los niños y jóvenes de ambos sexos, particularmente en la adolescencia, o sea, entre los catorce y veinte años. La frecuencia predominante en los niños, indica que la edad constituye un factor predisponente; sin embargo, la susceptibilidad aumentada en los individuos jóvenes, a todas las infecciones cutánea puede ser la razón principal de la diferencia. Es más frecuente en la mujer que en el hombre, y la mayor predilección se muestra en los individuos de piel fina y húmeda. En estos individuo se acusa al tacto un ligero sudor frío. La humedad, al dilatar los poros de la piel, facilita sin duda la penetración del virus.

El nombre de papiloma se adjudica indistintamente a toda clase de neoplasias papilomatosas benignas, de naturaleza conjuntivo-epitelial, consecutivos a una hiperplasia de las capas que forman la epidermis. Se debe a un virus filtrante altamente contagioso y autoinoculable. Majocchi descubrió una bacteria que inoculada a otro sujeto, produjo contagio y que denominó «bacterium porri».

De todas formas, el problema de localización y aislamiento de los virus no está resuelto todavía (J. Leliévre).

Los cortes histológicos, muestran una hiperplasia con hipertrofia considerable de las papilas y de sus vasos, el engrosamiento de todas las capas de la epidermis y la ausencia de reacción dérmica inflamatoria.

Según Degos «son extremadamente polimorfos, con zonas de ortoqueratosis y de paraqueratosis compactos o disociados, según los puntos, acidófilos en unos lugares y basiófilos en otros».

Están encapsulados por un lecho de tejido fibroso que normalmente limita su extensión.

Su diagnóstico es difícil, confundiéndose frecuentemente con los callos. Para distinguir la anatomía de un callo o heloma, de un papiloma, tendremos presente que el callo es una hipertrofia de la capa córnea de la piel y el papiloma es una hiperplasia de la epidermis y cuerpo papilar. *Hipertrofia* se denomina al aumento de nutrición y volumen de un órgano por distintas alteraciones anatómicas. *Hiperplasia* significa formación de tejido patológico a expensas de tejido sano. El callo es una masa córnea vascular, lisa y homogénea, que puede poseer en el centro uno o varios puntos más profundos, confundiéndose con la piel vecina; las callosidades sólo aparecen en los puntos de presión o roce.

El papiloma se presenta como una masa redondeada u ovalada, siempre limitada; tiene aspecto de mosaico y los *bordes completamente visibles* y en potencia *poseen una hendidura* entre él y la piel que los rodea. A menudo un halo claro bordea la periferia; es *blando* y blancuzco, formando una masa semejante a la estopa mojada sobre fondo blanco y unos puntos negros que corresponden a las papilas hipertrofiadas, que sangran fácilmente.

El dolor es más lacinante, más neurálgico y más preciso que en un callo. Generalmente se encuentra recubierto de una formación córnea, que al extirparla, deja al descubierto uno o varios papilomas.

El papiloma se hunde en los tejidos plan-

tares como un clavo, comprimiendo las terminaciones nerviosas y provocando dolor.

Un signo de gran valor para distinguirlos de las callosidades, es el dolor que se provoca al *comprimirlos lateralmente* entre dos dedos. En algunas ocasiones el dolor no se acusa hasta que el pie *deja de ser comprimido*, por aumento de afluencia de sangre, que produce una sensación muy desagradable. Por esta razón no es raro observar que los niños prefieren andar y correr, antes que estar en reposo, ya que el retorno de sangre les causa más molestias que la presión sobre la neoformación.

Un callo puede ser tratado por equivocación como un papiloma sin consecuencias; pero, por el contrario, si un papiloma lo tratamos como los callos, hay el peligro de producir unas complicaciones yatrógenas más graves que el papiloma. Interesa incluso, en los casos dudosos, recurrir a la biopsia.

Los papilomas casi siempre se localizan en la planta, en sitios lisos, lejos de articulaciones, prominencias y roces, con preferencia en el talón, metatarso y en el hueco del arco interno; los peringueales son menos frecuentes y, generalmente, los vemos en el dedo gordo; los interdigitales son muy raros.

Habitualmente solitarios, pueden ser dobles o triples, asentando en un solo pie o en ambos.

El sistema nervioso parece tener una gran importancia en su formación, ya que generalmente aparecen después de haber sufrido algún choque psíquico, no habiendo observado nunca su aparición en personas perfectamente equilibradas o niveladas, pero sí en aquellas otras de temperamento nervioso exacerbado, bien congénito o circunstancial. Recuerdo un caso excepcional de una joven de 18 años, C. L. T., que fue tratada en mi consulta de un papiloma plantar, que confesó haber comenzado a notar las molestias después de un período de alteración nerviosa. Otro caso curioso que traté: M. G. S., una joven de 17 años que padecía un papiloma en el talón, que comenzó tras una crisis de alucinaciones que le obligaron a ser tratada por un psiquiatra. «Es frecuente encontrar lesiones cutáneas de la índole más variada, coincidiendo con traumas psíquicos. Si analizamos la historia de enfermos de psoriasis, liquem rubis, verrugas, etc., veremos que coinciden la exacerbación de los síntomas con choques emocionales o situaciones psicológicas de conflicto.» (Prof. Rof Carballo).

Es difícil sospechar cuál es el mecanismo biológico por el que se realiza esta influencia.

Desde las experiencias de Bloch, es bien conocida la influencia que la sugestión puede ejercer sobre la involución de las verrugas vulgares, lo cual nos demuestra la estrecha relación que existe entre el sistema nervioso y esta dolencia.

También pueden desaparecer espontáneamente. No es raro oír explicar al paciente que le han desaparecido súbitamente o se le han desprendido, al quitar el vendaje adhesivo. También llegan a desaparecer después de ciertas enfermedades de naturaleza febril.

Ya hemos dicho que son contagiosas y autoinoculables, por ello su frecuencia en individuos expuestos al contagio por frecuentar salas de baño, gimnasios, duchas públicas, etc. Ciertos gérmenes, no precisamente de carácter ultramicroscópico, son considerados como causantes de determinados tipos de papilomas.

Algunos agentes físicos y químicos, tales como derivados de la hulla y el calor, influyen también en su formación. Personalmente he comprobado *infinidad* de casos producidos por el uso en verano de chanclas de goma en contacto directo con la piel del pie. También los rayos X y el radium son considerados como productores de neoformaciones verrugosas. Es muy frecuente observar la aparición de papilomas en zonas que han sufrido pinchazos o compresiones prolongadas, lo que viene a demostrarnos que también pueden desarrollarse a consecuencia de un factor traumático, en cuyo caso la neoformación es el producto de la dilatación de los capilares a consecuencia de la irritación constante de los vasos cutáneos.

La incubación es variable y a menudo larga, de uno a ocho meses e incluso más.

En ciertos pies se pueden ver 20 ó 30 papilomas. A veces, después de la ablación del mayor desaparecen los otros espontáneamente. Un caso de éstos sucedió al atender en mi consulta a un joven A. M. G. de 20 años: Había sido tratado por un cirujano de un pa-

piloma en la cabeza del 5.° metatarsiano en su cara plantar, extirpándoselo quirúrgicamente. A los quince o veinte días, en cada punto de infiltración de la anestesia local, aparecieron diversos papilomas más pequeños, que le indujeron a visitarnos, desconfiando del sistema empleado anteriormente que le aumentó de una manera exagerada su padecimiento. Llegué a contarle unos 26 ó 28 papilomas.

En el pie, *no surgen* corrientemente *transformaciones malignas.*

Su extirpación total garantiza su desaparición para *toda la vida.*

*Tratamientos*

Pueden ser: generales y locales; entre éstos: físicos, químicos y quirúrgicos.

Entre los tratamientos generales se encuentran:

*La magnesia calcinada:* Se administra a razón de uno o dos gramos diarios. *El licor arsenical de Foüler, inyecciones de sales mercuriales, vitamina A, autohemoterapia,* etcétera, pero todos ellos son resultados inconstantes.

La *autosugestión,* iniciada por Bonjour y bien estudiado por Bloch, es capaz de curar un 75 % de los papilomas. lo cual está corroborado por mil prácticas populares, que demuestran la eficacia de este método. Bruno Bloch consideraba necesario para que la actuación fuera eficaz, el convencimiento del propio sujeto, que la sugestión ejerce y para probarlo, estudió la actitud terapéutica de los distintos ayudantes de su clínica, demostrando que era diferente en cada uno de ellos. Para su mayor eficacia, se pretende despertar en el enfermo un choque emocional fuerte, fijándole la atención del modo más persistente posible sobre su padecimiento. Para este fin se emplea el procedimiento siguiente: «Se dan pincelaciones con fusina (inofensiva) pero en varias sesiones, con los ojos del enfermo tapados y poniendo en marcha un multostato» (Profesor Gay Prieto).

Actualmente es muy empleada la Lisozima. descubierta por Fleming como un poderoso agente que aumenta las defensas del organismo frente a toda clase de infecciones producidas por virus. «Es un enzima lítico, contenido en la secreción lagrimal, en la sangre, en la bilis, en la saliva, en el moco nasal, en la leche de mujer, etc., creado por la naturaleza para proteger el organismo humano contra las infecciones bacterianas y víricas, siendo uno de los elementos primordiales para la protección individual de las células» (Fleming). Cuando por diversas circunstancias el organismo sufre una baja de la tasa fisiológica de la Lisozima, este descenso produce una disminución o pérdida considerable de los poderes inmunitarios del organismo.

La Lisozima para ser eficaz debe administrarse en dosis adecuadamente elevadas en relación con la etiología y la gravedad del caso. En cuanto a la forma de administración se incurrió inicialmente en el error de postergar la vía oral, habiéndose demostrado en la actualidad su gran eficacia y la principal vía de elección. La Lisozima ha dado lugar a numerosas convenciones, congresos, simposiums, etc., y muchos investigadores y profesores han publicado infinidad de trabajos sobre ella. Los doctores Zanni Giberti y Mario Sannino han relatado varios casos de curación de verrugas plantares con ella, publicados en la revista Podología por gentileza de los laboratorios Wasserman. La dosis adecuada para los papilomas es de un comprimido de 100 ó 250 mgr. cada seis horas durante diez días. Personalmente he empleado la Lisozima en diversos casos, conjuntamente con extirpación y cauterización química, con resultados francamente buenos y rápidos. Este tratamiento lo empleo cuando los papilomas son grandes, profundos, antiguos y en zonas de roces.

Los tratamientos con cáusticos, cuando son manejados con prudencia y manos expertas, tienen en su haber gran número de curaciones aunque su acción es muy lenta. Entre los múltiples cáusticos empleados se encuentran: el nitrato de plata, ácido nitroso-nítrico, ácido salicílico, ácido tricloroacético saturado, hidróxido sódico, fenor, formol, pez de Borgoña, resina de Podofilino, etc.

La *Crioterapia* se emplea hace años con resultados brillantes en algunos casos y en otros inútiles. Antes de la aplicación de la

nieve carbónica y cuando el espesor del papiloma es grande, es preciso aplicar durante diez días una pomada de ácido salicílico al 10 % en cura oclusiva, con el fin de ablandar lo más posible la capa dura, que facilite después la penetración de la nieve carbónica. Donde los porcentajes de curación son más altos con este tratamiento, es en los papilomas recientes y superficiales, como en los niños en los que la queratinización y conocidad son mínimos y la penetración de la quemadura con la nieve carbónica es mayor.

Desde hace varios años vengo empleando el tratamiento de *excisión* y *cauterización* química en sesiones cada cinco días, con un porcentaje de curaciones bastante bueno a las cinco o seis semanas. Hay que tener en cuenta que este sistema lo empleo sólo en aquellos papilomas superficiales que se encuentran en zonas sin roce o presión y si son recientes mejor todavía. Se extirpan las capas córneas por medio de cortes superficiales a capas muy finas, y cuando comienzan a sangrar los capilares, se cauterizan con toques de nitrato de plata, cubriéndolo con un apósito estéril y esparadrapo. A la segunda o tercera sesión disminuyen las molestias y se logra la curación a las ocho o diez sesiones.

Para el tratamiento por *infiltración,* Branson se limita a inyectar en la base del papiloma tres centímetros cúbicos de Procaína, pero los resultados son de un porcentaje elevado de fracasos.

Otros tratamientos son: la extirpación quirúrgica, la diatermia y finalmente la radio y radiumterapia y Betaterapia.

Para la *extirpación quirúrgica* existen diversas técnicas, encaminadas todas ellas para evitar la producción de escaras. De todos es bien conocido el sistema empleado por ESCACHS, con estupendos resultados.

En la Universidad de Cleveland (Estados Unidos), se viene empleando este sistema, con algunas variedades, como son: a) Cuando la localización del papiloma se presta a ello, el área de la verruga es infiltrada con anestesia local, con aguja muy fina, conducida desde la piel dorsal, mucho menos sensible que el tegumento plantar (WALET). b) Una vez incidido con el bisturí en la unión del papiloma con la piel sana, se introduce una cucharilla fina por dicha incisión, legrándose (despegando sin cortar) dándole la vuelta al mismo, cuidando de extraer en profundidad la totalidad, pues a veces es más profundo que la piel. La experiencia demuestra que con una presión suave, la cucharilla encuentra el plano justo que separa la lesión de la piel sana. La celda debe ser bien limpiada y para disminuir la profundidad de la cavidad, se regularizan los bordes, extirpando la callosidad que exista. Por lo demás la técnica es común en cuanto a la colocación de apósitos grasos, hemostasia y vendaje compresivo.

Las recidivas, aun con las mejores técnicas, son frecuentes en un 5 %.

La *fulguración,* mediante la cual el papiloma se coagula por una chispa de elevada frecuencia a alta tensión, producida por el resonador de Oudin. Si no cae por sí mismo al cabo de una semana, será preciso enuclearlo quirúrgicamente.

*Electrocoagulación:* se utiliza también la corriente de alta frecuencia a baja tensión y por ser ideado este sistema por el profesor D'Arsonval se le denomina arsonvalización. Está basado este procedimiento en que la excitabilidad neuromuscular disminuye cuando se le aplican un número elevado de corrientes eléctricas. Según el tipo de corriente de alta frecuencia, se denominan: arsonvalización, diatermia y onda corta. Dichas corrientes producen en el cuerpo humano una acción térmica profunda, aumento de la circulación, sedante de los nervios motores y sensitivos y bactericida. Se emplean para su producción unos aparatos denominados Vayolet, que van provistos de unos electrodos para distintos usos. Cuando el electrodo se separa un poco de la piel, se produce un chisporroteo azulado y su acción es más intensa que cuando toca la piel, de aquí que se le denomine «rayos violeta». Estas chispas son ricas en oxígeno y favorecen la nutrición celular.

Para la extirpación del papiloma, se aplica el electrodo a distancia, de forma que la chispa coincida con él, hasta que observemos que éste cambia a un color blancuzco

y su duración es de unos minutos Hay que extremar los cuidados respetando la integridad de la dermis y zonas contiguas, ya que con facilidad se lesionan y esclerosan los pequeños vasos, siendo frecuente una cicatriz córnea dolorosa que tiende a infectarse. Si se formara un edema hay que aplicar alguna crema de cortisona. Caso de no ceder, se repite otra sesión más corta a los ocho días.

La *radioterapia* es considerada por muchos como el tratamiento de elección de los papilomas plantares. No obstante, la frecuencia de radionecrosis en el pie no ha de asombrarnos. Unas veces la causa será la falta de administración de las dosis o del filtraje. Otras la acumulación de dosis por engaño del enfermo. En numerosas ocasiones sin error en técnica ni dosis, por especial sensibilidad, por ello se pueden observar muchas veces papilomas intactos en medio de una radiodermitis o radionecrosis. También el roce del calzado produce en ocasiones una necrosis isquémica, aumentada ésta por la radiación, que provoca una esclerosis vascular. Por ello los radiólogos advierten que debe permanecer en reposo la zona irradiada largo tiempo.

Yo acostumbro a enviar gran número de enfermos con papilomas al radiólogo, sobre todo aquellos más sensibles y excitables, los dolorosos, los profundos, así como aquellos casos que se encuentran varios acumulados o diseminados, hasta la fecha con resultados maravillosos. Suelo aconsejarles volver antes de las dos sesiones últimas, o sea, que si el radiólogo al verlo indica diez sesiones, a la octava vienen a mi consulta; les quito las capas superficiales, ya atenuadas por las radiaciones, por escisión y procurando no hacer sangre, para que las dos sesiones últimas actúen sobre el papiloma más limpio y sobre su porción más profunda. Los resultados son definitivos en un 90 % de los casos. Dicho radiólogo emplea el siguiente procedimiento:

Se localiza el papiloma con una lámina de plomo de un milímetro de espesor, haciéndole un orificio del mismo diámetro.

Las características de radiación, dependen del espesor y del grado de congestión o hiperemia. En los papilomas situados en el dorso de los dedos y en las plantas, como norma general suele usarse radiación blanda de 85 a 100 kilovoltios filtrados con 1 ó 2 milímetros de aluminio. Usar un localizador cónico de metal o vidrio plomado. Aislar el papiloma con lámina de plomo o caucho plomado con orificio de igual diámetro.

Si el papiloma aparece caliente o congestivo, debe empezarse por dosis de 50 r. espaciadas cada cinco o siete días, subiendo hasta 100 r. y completando hasta 1.000 ó 1.200 r.

La distancia del foco del tubo de rayos X a la piel, debe ser de 20 a 40 centímetros.

Después de irradiar debe evitarse todo roce o presión en la zona irradiada.

La curación suele lograrse a las cuatro u ocho semanas después de terminar de irradiar

Debe asegurarse de que el enfermo no ha sido irradiado anteriormente, mediante la lámpara de *Wood*.

La dosis con *radioterapia* de contacto (más intensa) sería de 2.000 a 3.000 r. filtradas con 0,5 mm. de aluminio, 50 kilovoltios de tensión distribuidos en tres sesiones separadas por una semana de intervalo.

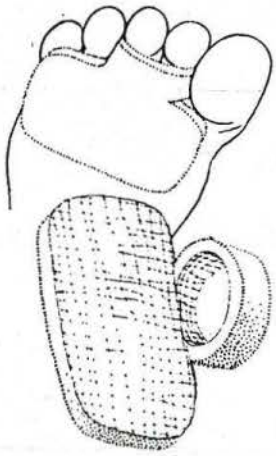
También se emplea la *Betaterapia* mediante aplicador de Etroncio radioactivo (Sr 90) en una sola o dos aplicaciones completando de 5.000 a 7.000 r., según su espesor, que suele oscilar de 1 a 4 mm. Se logra la curación en un plazo de cuatro a ocho semanas.

La *radiumterapia* es considerada todavía más peligrosa que la radioterapia, por cuyo motivo es injustificable su empleo en toda clase de tumores benignos del pie.

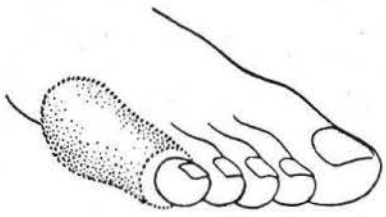
Hasta aquí llegan todos mis conocimientos sobre esta frecuente y molesta enfermedad, con el deseo de que les haya servido para una mayor formación y posteriores éxitos personales.

# Seton® S.A.

**Al iniciar sus actividades en Podología, saluda a los especialistas españoles poniendo a su disposición su nueva gama de productos específicos.**



**TUBITON**
**TUBIGRIP**
**DALZOFOAM**
**TUBIFOAM**
**PLANCHA DE LATEX ADHESIVA**
**TUBIPLAST - Adhesivo líquido estéril**
**PLANCHA DE FIELTRO**



**C/. Madoz, s/n. MATARO T. 390 38 78**

# El Mensurograma, su técnica e interpretación

Por FELIX ALONSO ROYANO
PODOLOGO

*Necesidad de un método de exploración plantar*

Dentro del campo de la Podología se hacía precisa, al iniciarse una era científica de la misma, una técnica de exploración gráfica de la huella plantar que unida a los diversos métodos exploratorios ya en uso, nos diese una imagen evolutiva y matemática de ciertos tipos de anomalías y de la bondad o inutilidad de un tratamiento impuesto.

En mis años de estudio y exploración podológica, empleé métodos como el podograma, fotopodograma, estatograma, fotopodoradiograma, moldes ,escopias, radiografías, etc., viendo cómo, si en algunas afecciones podológicas los métodos expresados tenían una perfecta validez descriptiva, informadora y de expresión evolutiva, en determinadas malformaciones concretas, como el Hallux valgus y las deformaciones estructurales de la bóveda y sus arcos, no se podía seguir la evolución de un tratamiento podológico. Podríamos, eso sí, hacer un cálculo grosero que se hacía evidente en las alteraciones profundas, amplias, del apoyo, pero no había evidencia palpable, demostrativa, cuando después de un determinado período de tratamiento en un cavo de primer grado, en un valgus calcáneo o en un plano longitudinal, practicábamos una radiografía, un fotopodograma o un molde: La comparación era más subjetiva que otra cosa. El paciente nos decía encontrarse mejor o igual. Nosotros comparábamos la prueba y sospechábamos también subjetivamente la mejoría o la nulidad ortopédica. Sólo cuando teníamos conciencia de que eso es insuficiente, sólo cuando, en esos casos de duda, por su indemostrabilidad palpable y matemática, nos sentíamos un tanto decepcionados, se hace necesario un método rigurosamente exacto; algo que, comparado con lo anterior, nos traduzca esa posible mejoría en milímetros, es cuando el mensurograma hace su aparición. Y ésa será una prueba concluyente para nosotros, para el paciente y para cualquier otro especialista que, viendo al enfermo con posterioridad, necesita una prueba irrefutable de la evolución de la afección.

*Historia de los diversos métodos de exploración plantar*

*El fotopodograma:*

El fotodoprograma es un método de exploración podográfica de gran valor diagnóstico si sabemos hacer la correcta interpretación.

El pie tiene la propiedad de dejar una impronta cuando es humedecido. Bajo esa propiedad fue descubierto todo un complejo interpretativo por el que podíamos definir y diferenciar un pie plano de un cavo y un valgus de un varus, entre otros diagnóstiocs. Por ello se ideó la tinción con diversas sustancias y así producir sobre un elemento durable, como el papel, una huella plantar que pudiera ser estudiada y comparada con otra tomada como normal.

Freiberg, Schulze y Hohmann fueron los pri-

meros en idear diversos métodos podográficos. El primero tincionaba la planta con una solución alcohólica de tanino que una vez seca pincelaba con perclorura de hierro. El segundo lo hacía de un modo elemental con tinta roja. Y el tercero hacía apoyar el pie sobre un papel ahumado a la lámpara. Fácil es comprobar lo engorroso y sucio de estos métodos, así como lo difuso de las huellas.

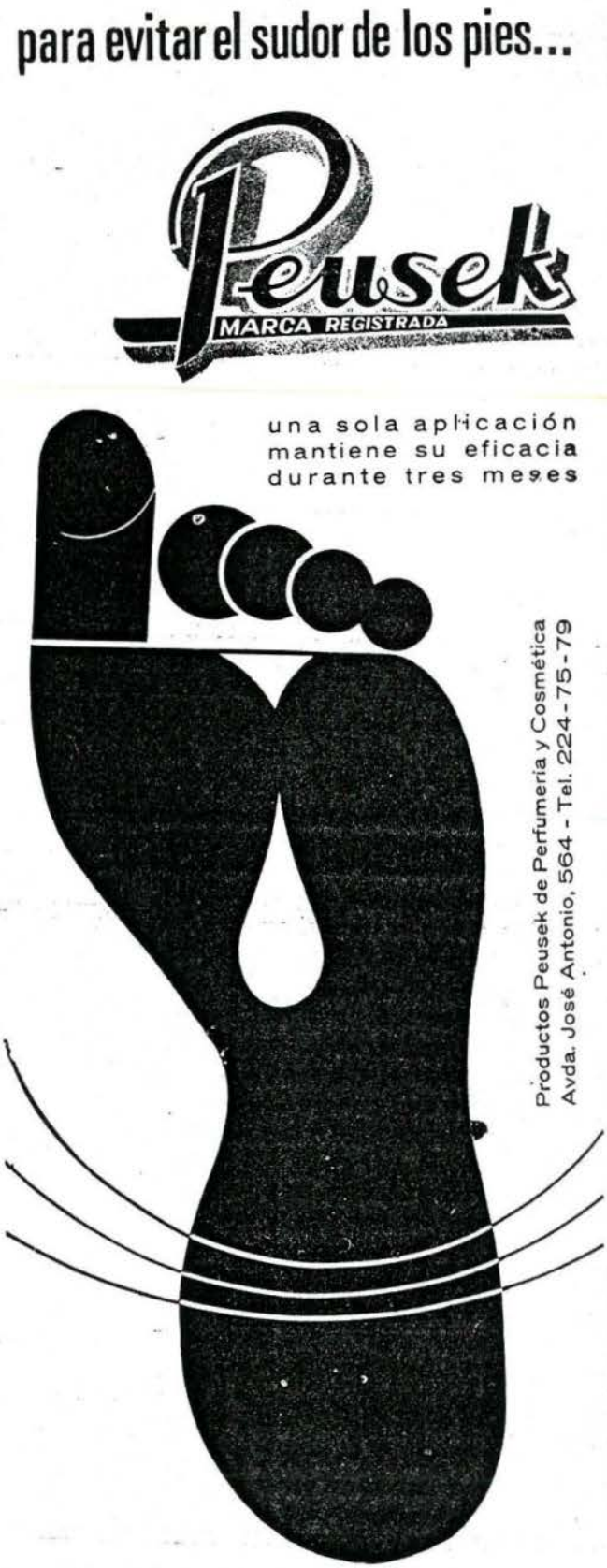
En la actualidad tenemos el gran honor de decir que nuestro querido colega Vilató emplea un método ideado por él y hasta el momento no superado en su validez demostrativa. Se trata del fotopodograma, que todos seguimos, con ligeras variantes por mi parte. Roig Puerta, asimilando esta magnífica técnica ha añadido la grafía dorsoplantar en carga y nuestro querido colega Fernández Mijans, con haces luminosos de infrarrojos, ha inventadc el fotopodomiograma. Todos estos métodos son muy importantes para el correcto diagnóstico y posterior evolución de diversas afecciones pédicas. Vamos a definir, en síntesis, cada una de ellas.

*Fotopodograma de Vilató:*

*Material:* Papel fotográfico por contacto, líquido revelador, líquido fijador, bateas adecuadas, fotopodogramascopio, secador fotográfico.

*Técnica:* Se tinciona la planta del pie enfermo, de modo que sea humedecida en su totalidad, con líquido fijador rebajado a 1/4 de su pureza, con una torunda de algodón. Se tratará de que la tinción no sea excesiva a fin de que al ser impresionada la planta no queden borradas las huellas cutáneas, dato muy importante para su posterior interpretación. Se invita al paciente a que apoye el pie sobre el papel fotográfico, que se encontrará sobre un plano duro y en su cara de contacto, es decir, sobre la cara brillante. Hecho esto, el paciente se pondrá de pie y apoyará con fuerza, durante unos diez segundos, dependiendo el tiempo del papel fotográfico empleado, ya que incluso se aconseja el apoyo hasta de un minuto de duración. Se sienta entonces el paciente y retira el pie con rapidez, para despegarlo.

Existen variantes a este método. Una de

ellas, la que yo hice, y que se publicó en la revista de Podología número ... en .....: de ..... Esta variante es la que empleo desde entonces.

*Fotopodoradiograma de Roig-Puerta:*

Basándose en el fotopodograma de Vilató y en la radiografía ortodinámica de Gamble, Roig Puerta, de Barcelona ,ideó una variante consistente en apoyar el pie en una placa radiográfica y disparar en proyección dorsoplantar. El asunto está en hacer un disparo bifocal tipo Séze, es decir, por delante del metatarso y por encima unos 15 grados y sin mover la planta, y por detrás del retropie y encima unos 25 grados, naturalmente sin mover la planta. Es elemental hacerlo con luz inactínica, cosa que no especifica Roig Puerta en su trabajo original. Esta técnica es muy interesante, ya que puede verse la relación óseo-cutánea.

*Fotopodiograma de Fernández Mitjans:*

Es idéntica a las anteriores, produciendo destellos de infrarrojos, con lo que se consigue una imagen de la silueta de la imagen muscular. Personalmente no tengo aún experiencia con esa técnica.

*Otros métodos exploratorios:*

No vamos a enumerar los otros métodos exploratorios, ya de todos conocidos, desde el podograma, ya en desuso, hasta la radiografía, en sus diversas y muy variadas proyecciones, de todos empleada.

*Fundamentos y teoría del mensurograma*

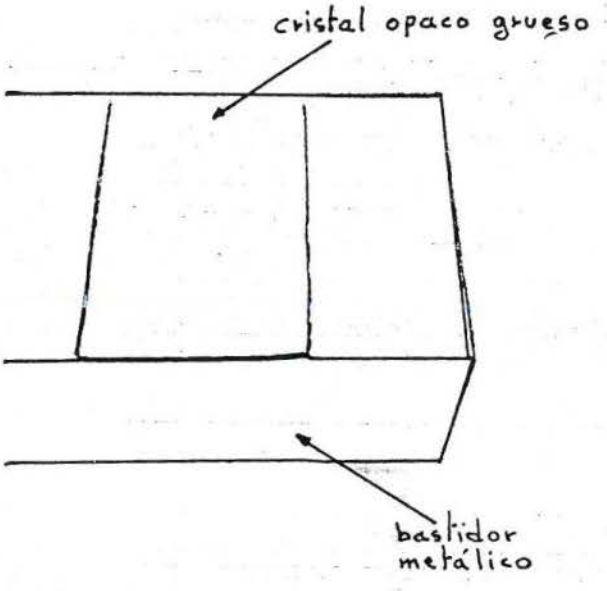
La radioscopia nos facilita la visión de conjunto y parcial de la estructura ósea del pie. Para fijarla y apreciar las anomalías o variaciones dadas se hace precisa la radiografía. El fotopodograma nos traduce las anomalías y variaciones estructurales osteoarticulares a través de la huella plantar, teniendo que hacer una «serie» en un período de tiempo largo para comparar la evolución «de visu», con lo que las mejorías mínimas o incluso pequeñas no pueden valorarse. El molde es necesario para trabajar la ortopedia sobre él, ya corregido, pero no nos dice nada en cuanto a evolución positiva.

Mi pretensión es la creación de un método que, fundado en el fotopodograma, haga a éste aún más completo y que traduzca la evolución terapéutica en aquella patología del pie que hasta el presente, por su torpidez, impide una demostración clara y contundente. En terapéutica podológica es tórpida la patología del Hallux valgus, el pie cavo en sus variedades y la patología de situación del talón.

Hecho un fotopodograma de tal modo que milimetrado nos dé una huella patológica, al hacer una «serie» a lo largo del tratamiento, podamos compararlo y medirlo con rigurosa exactitud, apreciando la mejoría o la nulidad en la terapéutica instaurada. El mensurograma es, pues, un fotopodograma con mi variante ya citada y milimetrado, que sigue unas reglas fijadas por unos conceptos. La variación de esas reglas constantes en un pie considerado ideal nos facilita la interpretación del diagnóstico y del tratamiento más adecuado.

*Técnica del mensurograma*

*Material:* Papel fotográfico de reproducción de documentos R.D. de 21 × 32 cm., líquido




revelador a 1/4 de su pureza, líquido fijador a 1/4 de su pureza, Agua de 12 a 18 grados

de temperatura, fotopodogramascopio de mi invención, según fig. 1 y 2, papel milimetrado «Exaktor» número 304.Din A.4, bastidor especial donde va montado el papel milimetrado, y consistente en un recuadro de madera de 18 × 30 cm., cubierto con un cristal transparente y resistente.

*Técnica:* Actuaremos como si fuéramos a realizar un fotopodograma, según mi técnica, y que ya expliqué en la revista nacional de

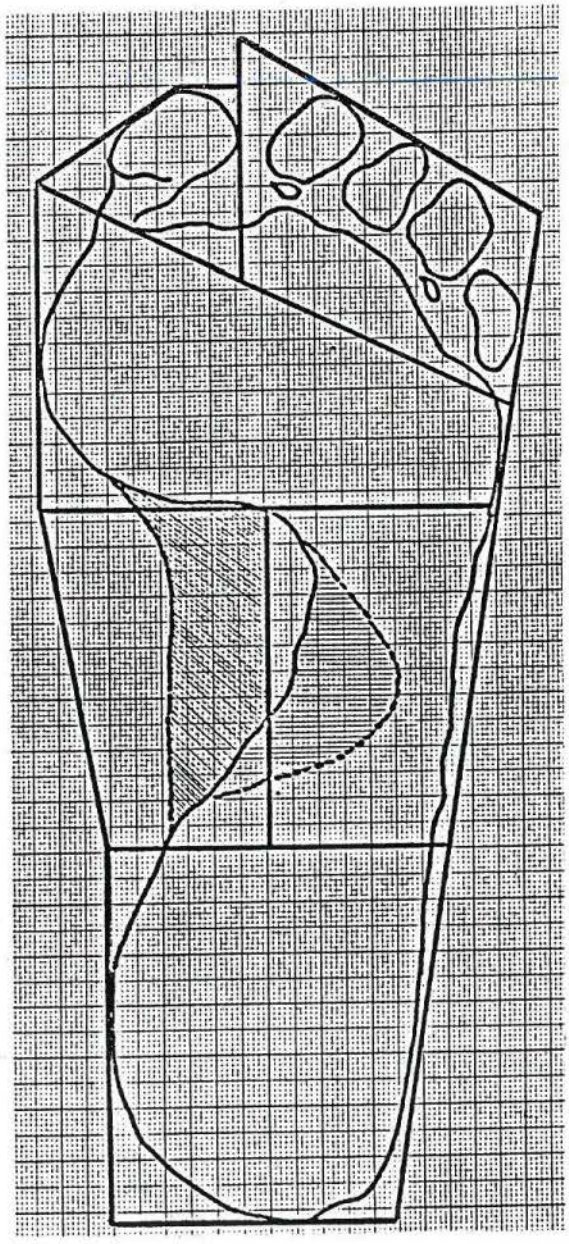


Fig. 3

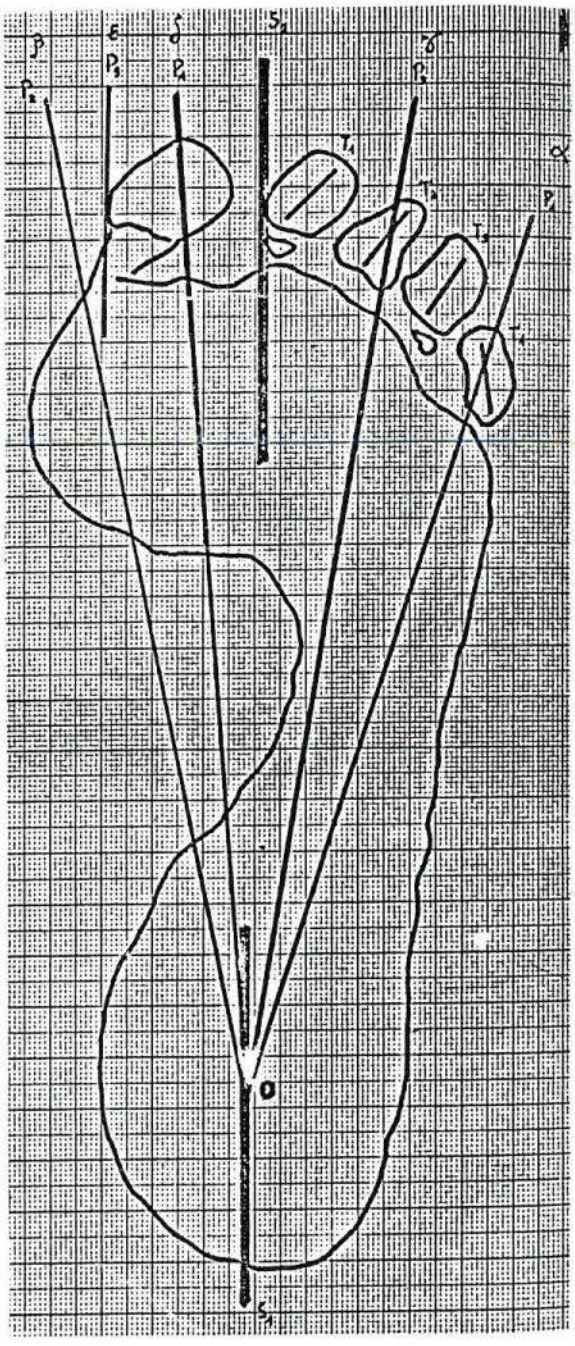


Fig. 4

Podología, anteriormente citada, y con la variante de interponer entre el diafragma del fotopodogramascopio y el pie del paciente, y siguiendo ese orden: primero, el bastidor citado más arriba con el «Exaktor», y segundo el papel fotográfico citado R.D. por su cara brillante bajo el pie del paciente. Se dan los

destellos de luz blanca de unos 10-12 segundos de duración y ya tenemos el negativo que, una vez revelado y seco, nos sirve para hacer el positivo.

Sobre el negativo haremos una serie de trazados, que pasamos a describir gráficamente con las figuras 3, 4, 5 y 6.

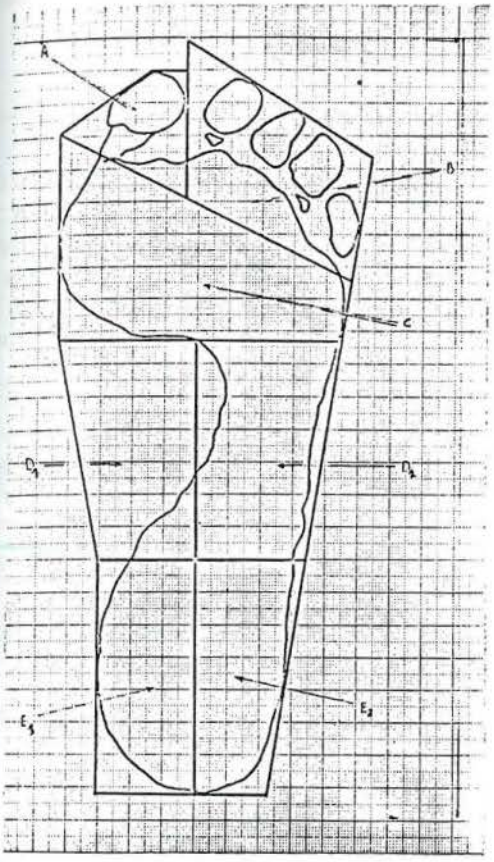



Fig. 5

*Interpretación:* ZONAS BASALES. Doy el nombre de zonas basales al trazado lineal que divide la huella plantar en 7 partes (fig. 3): A, dedo gordo; B, resto de los dedos; C, antepie; D1, homipie interno; D2, homipie externo; E1, retropie interno; E2, Retropie externo.

TRAZOS BASALES:

Doy el nombre de trazos basales al trazo lineal de la huella plantar que sigue los ejes primarios P1, P2, P3, P4 y P5 y cuyo punto de

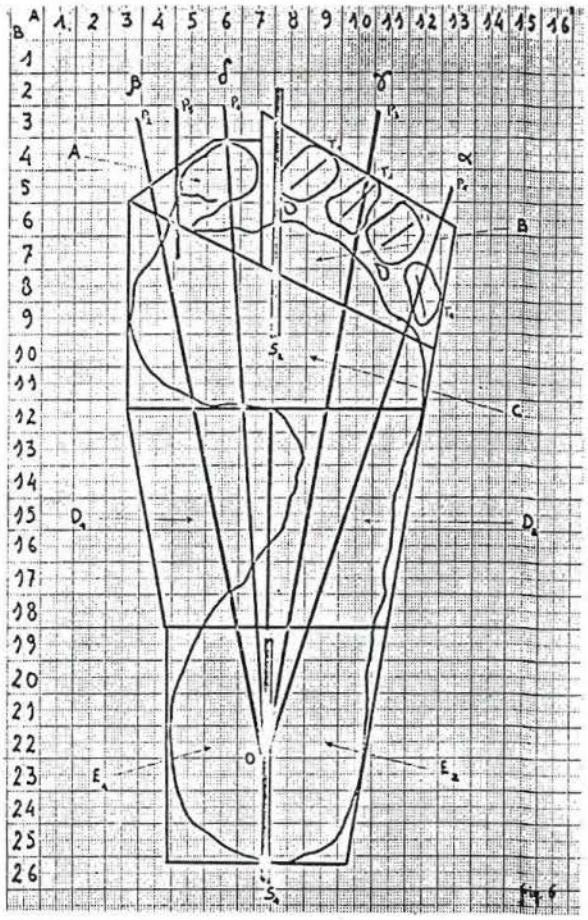
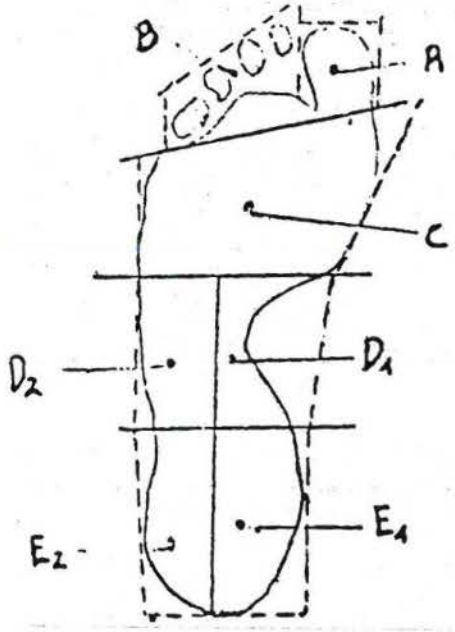
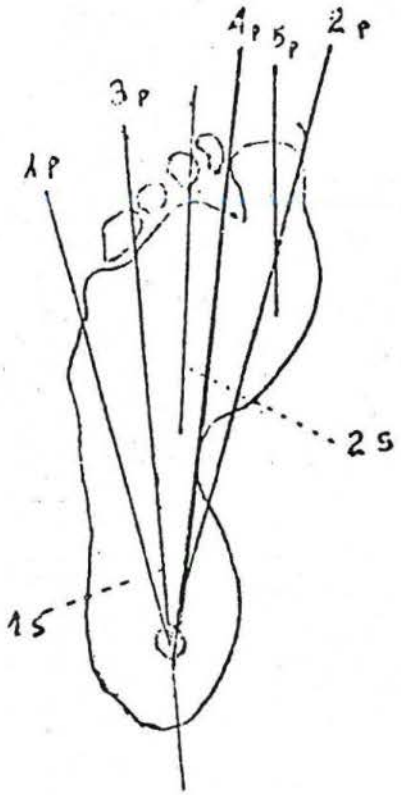



Fig. 6



convergencia es el centro cutáneo del talón considerado como normal. (Fig. 4.)

Eje primario P1: Es aquel que partiendo del centro cutáneo del talón sigue al eje metadiafisario quinto.




Eje primario P2: Es aquel que partiendo del eje cutáneo del talón sigue el eje metatarsiano primero.

Eje primario P3: Es aquel que partiendo del cabezas del tercero y cuarto metas, en sus centro cutáneo del talón pasa por entre las eminencias cutáneas.

Eje primario P4: Es aquel que partiendo del centro cutáneo del talón pasa por entre las cabezas primera y segunda metas, en sus equivalencias cutáneas.

Eje primario P5: Es aquel que sigue el eje longitudinal del primer dedo.

Eje secundario S1: Es aquel que divide la huella cutánea del talón en dos partes iguales.

Eje secundario S2: Es aquel que divide la huella cutánea del antepié en 2 partes iguales.

Los ejes secundario serán normales cuando trazados en el fotopodograma sean cocin-

cidentes y formen un ángulo llano de 180 grados.

Cuando los ojos secundarios formen un ángulo de vértice interno nos encontramos ante un apoyo valgus.

Cuando el vértice es externo nos encontramos ante un apoyo varus. Estos ángulos se acercarán más al llano cuanto menos acentuado sea el defecto.

FALLAS DE TINCION:

Doy el nombre de falla a aquella falta de tinción plantar que por ello no refleja en el fotopodograma la zona de huella que debiera. Es muy importante el conocer esas fallas y para ello nada mejor que la costumbre en el análisis e interpretación de fotopodogramas normales y patológicos.

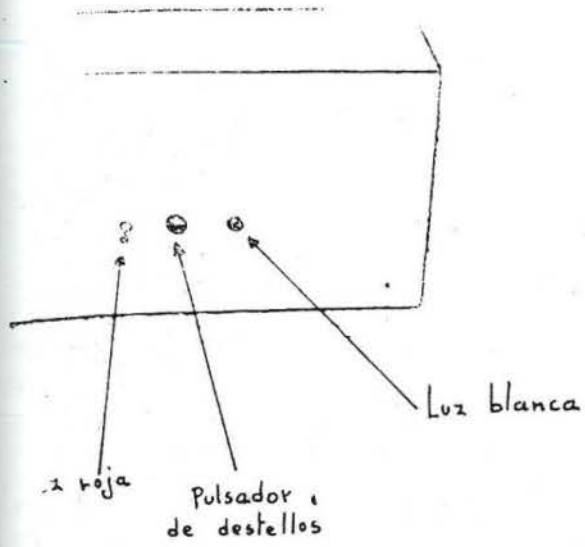
Dentro de la huella plantar es importante diferenciar una falla de tinción de una duricia plantar o de un heloma. También es importante diferenciar las zonas de mayor o menor presión y que, cuando se ha tincionado perfectamente, se demuestra por una mayor blancura en la huella. Tengan siempre bien presente que la huella plantar donde no se conserven las líneas epidérmicas en gran mayoría del territorio plantar, no está bien tincionada.

*Concepto de porciones:*

Son aquellas partes de la huella plantar susceptibles de, al ser rayadas, darnos una imagen más o menos extensa que refleje un apoyo anómalo. Consideramos que existen porciones en el Hemipié (zonas basales D1 y D2).

Toda aquella porción en el Hemipié D1 indica una tendencia a la planicie. Si esa porción encierra al eje P4 se trata de un plano de segundo grado y si encierra el eje P2 se trata de un plano de 3 grado.

Toda aquella porción en el Hemipié D2 cuya altura desde su vértice a la base sea mayor que la misma línea prolongada en la anchura de la huella, indica un grado de cavismo, más acentuado cuanto mayor sea la altura de la porción (fig. 5).




*Coordenadas biomecánicas:*

Son aquellas líneas que trazadas sobre una huella plantar impresa en cuadrículas milimétricas, sirven para determinar la posición de un punto cualquiera de esa huella. El mensurograma es el conjunto de esas coordenadas impresas en un fotopodograma, según mi variante (fig. 6).

*Concepto de vacío:*

Tengo el concepto de vacío sobre aquella zona interpuesta entre dos porciones teóricas del Hemipié (zonas basales D1 y D2) que podemos considerar como variantes de un apoyo normal. Por una parte no deberá sobrepasar una línea imaginaria y racional que divida longitudinalmente al Hemipié en su zona basal D2 en dos partes idénticas.

NOTA IMPORTANTE:

Fácil es imaginar que pueden darse casos en la práctica de esta teoría de interpretación del mensurograma donde la huella plantar evidentemente patológica sea, sin embargo, asintomática. También algunas variantes anatomo-

Scholl

ORGANIZACION MUNDIAL PARA EL CONFORT DE LOS PIES

FABRICAS Y GABINETES DE APLICACION EN LAS PRINCIPALES POBLACIONES DEL MUNDO

**Se honra en colaborar con los Sres. Podólogos, poniendo a su servicio su larga experiencia en la especialidad y las reconocidas, calidad y eficiencia técnicas de sus preparados, remedios y aparatos para la higiene de los pies, la corrección de sus defectos y el alivio de sus molestias.**

Amplia información técnica de carácter general o sobre cualquier caso particular. Visítenos.

- Plantillas ortopédicas a medida y pre-fabricadas, en cualquier tipo o medida; de metal, plástico, goma, etc., para pie plano, metatarsalgia, pes-cavus, espolón de calcáneo y otras anormalidades del pie.
- Medias para varices, tobilleras y rodilleras.
- Taloneras - Protectores de juanetes - Separadores de dedos.
- Almohadillas y plantillas de latex espumoso para plantas sensibles.
- Sales, Polvos y Crema Pédico para la higiene de los pies.
- Polvos Bromidrosil para excesiva transpiración maloliente.
- Parches y discos protectores (SIN CALLICIDA).
- Crema SOLVEX para pie-atleta.
- Vendaje elástico ARCH BINDER para pie abierto.
- Vendaje elástico con elevación para apoyo de arco metatarsiano.
- Almohadillado adhesivo PROTECTO PAD para proteger cualquier punto sensible del pie.
- Reductor de hallux-valgus BUNION SPRING.
- Reductor de dedo en martillo HAMMER TOE SPRING.
- Vendajes tubulares patentados GASATUB (Tubegauz).
- Sandalias fisiológicas PESCURA con diseño especial patentado.

Central en ESPAÑA: Rodríguez San Pedro, 5 · MADRID (15) - Tel. 224 75 66

## Leído para Ud.

Lector: Félix Alonso Royano
Podólogo
VIZCAYA

Suscriptor del «Journal of the American Podiatry Association.

# Osteotomía metatarsal para la corrección en la aducción del antepie infantil

Berman, A. and Garland, J. J. J. Bone Joint Surg. 53 A: 498-506. 1971

La osteotomía metatarsal es un método satisfactorio para corregir las permanentes adducciones en el antepié, en los niños de 6 o más años. La fijación intramedular por una Pinza de Steimann, entre el I y V metatarsiano se combina con un vendaje de yeso que llegue hasta debajo de la rodilla, manteniéndolo por seis semanas en la forma preferida de inmovilización postoperatoria. En un tratamiento a 44 pies con adducciones resistentes debidas a malformaciones congénitas, produce excelentes resultados en 37. De aquellos que reaparecieron o se resistieron, 17 ó 18 intervenidos de nuevo, produjeron excelentes resultados. Y de los 53 corregidos por adducción acentuada debido a poliomielitis cerebral paralítica, cavo adductus idiopático, mielodisplasia y otro grupo de causas múltiples, 43 mostraron excelentes resultados. La osteotomía metatarsal puede ser combinada con otros procedimientos quirúrgicos además de otros métodos, ya sean para corregir el valgus o el varus del retropié.

*(Viene de la pág. anterior)*

fisiológicas que si bien semejan una huella no ideal, no pueden tampoco etiquetarse de patológicas evidentes. La mucha práctica interpretativa y el buen juicio del podólogo observador facilitarán el diagnóstico mensurográfico. Tal vez una de las evidencias más interesantes del valor del mensurograma se de en la evolución correctora de los dedos y sobre todo del Hallux Valgus después de un tratamiento no cruento, ortopédico, y también quirúrgico. Así mismo la evolución en el tratamiento ortopédico y fisioterápico del pie plano, pie cavo, pie valgus, varus y todas sus variantes, se puede seguir y demostrar matemáticamente con el mensurograma (fig. 6).



Compañero:

**Lee y propaga nuestra revista**

# CONGRESO INTERNACIONAL DE PODOLOGIA

SALZBURG (Austria) del 29 de septiembre al 4 de octubre de 1973

Conforme ya se ha anunciado en algún número de nuestra Revista, repetimos, para recordatorio de todos los agrupados, la celebración del VII CONGRESO INTERNACIONAL DE PODOLOGIA en la bella ciudad de Salzburg (Austria) durante los días del 29 de septiembre al 4 de octubre de 1973.

Se ha recibido ya información sobre el tema básico del Congreso. Este versará sobre: *«Tratamiento del pie durante la juventud para prevenir males futuros»*. Consideramos de la máxima importancia este tema que viene a reafirmar nuestra idea sobre la necesidad de una bien orientada profilaxis del pie del niño y del joven para evitar que en edades más avanzadas se deban sufrir las consecuencias de un lamentable descuido. Hoy que la Medicina tiende por encima de todo a prevenir cualquier tipo de trastorno o enfermedad antes de que haga su aparición, es de suma importancia y consideramos muy adecuado el tema que se va a debatir en este Congreso Internacional.

Estamos plenamente convencidos de que los podólogos españoles, con esa inquietud que les anima constantemente tendrán ocasión de poder ofrecer a los asistentes al Congreso, sus trabajos, estudios y conocimientos adquiridos, así como los resultados obtenidos en esta importante faceta de la prevención de trastornos podológicos.

Una vez más estamos al frente de ese numeroso ejército de podólogos de todo el mundo. Por nuestras inquietudes, por nuestra capacitación profesional y por nuestro grado de preparación en los problemas podológicos nuestro papel ha de subir muchos enteros. Y para ello es vital que al lado de los conferenciantes se halle una nutrida representación de compañeros, razón por la cual deseamos de todo corazón que al leer las presentes líneas recapacitéis y os dispongáis —ahora disponemos de tiempo para ello por faltar más de un año aún para este Congreso— a realizar este viaje y a dejar plena constancia de nuestra presencia en tan importante acontecimiento.

La constante evolución de técnicas, métodos, sistemas, materiales, conceptos, etc., nos obliga, más que nunca, a no desperdiciar ninguna ocasión que se nos presente de aumentar nuestros conocimientos compartiendo con el resto de profesionales de todo el mundo, los adelantos conseguidos.

No es momento —no lo es nunca— de dormirnos satisfechos de la labor realizada. No está en mucho, acabada. Casi podríamos decir que se halla todavía en sus albores, pues el campo de la Podología es tan amplio que no podemos esperar ni desear quedarnos en mitad del camino. Adelante, hemos de seguir siempre adelante si en verdad estimamos nuestra profesión y, orgullosos de pertenecer a ella, queremos hacer honor a lo que la misma espera de nosotros. Es una constante superación y entrega. Constante sacrificio y buena disposición para todo cuanto haga referencia a la Especialidad que, queramos o no, forma parte de nuestra propia vida. Animo dispuesto a colaborar extensamente en todo cuanto haga referencia a ella y, por qué no, a los profesionales que la ejercen. Tan sólo así, con una muy buena voluntad y dispuestos

siempre a la noble lucha podremos sentirnos orgullosos y satisfechos de nosotros mismos.

Cada día surgen nuevos problemas. Cada día la lucha es más titánica, precisando de un mayor esfuerzo de TODOS para conseguir los resultados apetecidos. Nadie puede darse a engaño. Nadie puede decir... «no lo sabía». Por ello hemos de estar constantemente en contacto todos los que formamos esa gran familia de Podólogos españoles. Hemos de sentirnos responsables de nuestra misión y de nuestro sitio dentro de esa familia a la que pertenecemos y no dejar «para los demás», que realicen el trabajo. Hay un sitio y una colaboración para todos y cada uno de nosotros en beneficio de la comunidad.

Si aunamos esfuerzos, si nos constituimos en un sólido bloque el trabajo será, sin lugar a dudas, más sencillo, más fácil de realizar. Pero si por el contrario nos quedamos encerrados en nuestro caparazón esperando cómodamente «que me lo digan» o esperando «que me lo traigan», entonces...

Seamos conscientes de nuestra responsabilidad. Veamos en todos estos actos científicos que se van desarrollando una prueba palpable del auge y prestigio que va tomando cada día la Podología y, siendo conscientes de ello, comprendamos la necesidad que hay de estar presentes, de dar fe de vida, de colaborar con nuestra presencia a un mayor realce de tales actos. Aparte, hemos de comprender que los compañeros que organizan un Congreso o cualquier otro tipo de reunión, se merecen, por su esfuerzo, el aplauso de todos. Y, para poder aplaudir, HEMOS DE ESTAR EN PERSONA.

---

# *LA POLAROID EN PODOLOGIA*

En mi deseo de que el mayor número posible de Podólogos españoles tengan un claro conocimiento de los nuevos métodos empleados por nuestros colegas extranjeros y, sobre todo, los norteamericanos, comenzaré la traducción de una serie de trabajos de Podología aparecidos en la revista norteamericana a la que estoy suscrito, a fin de poder ayudar de alguna manera práctica a mis colegas españoles y así poder comparar o en su caso utilizar esas prácticas en beneficio de nuestros enfermos de los pies.

---

«Se han dirigido a las oficinas centrales numerosas indagaciones concernientes al uso del film Land 4 x 5 Polaroid para hacer radiografías instantáneas de las estructuras de los pies.

En un esfuerzo para promocionar información corriente, la Revista de la Asociación Americana de Pediatría está publicando sobre dicho asunto extractos de una carta recibida de la Corporación Polaroid.

Ha llamado nuestra atención que los podiatras usan Film Polaroid Land 4 x 5 para efectuar radiografías instantáneas de las estructuras de los pies.

A fin de asegurar un mínimo o «ninguna necesidad de exceso» de los niveles de exposición de radiación X y obtener de esta manera impresiones radiográficas aceptables, nosotros deseamos se tomen en consideración las siguientes líneas como modelo que habrán de observarse.

FILM. — Hasta el momento recomendamos

el uso solamente del Film Polaroid del tipo 57.

EXPOSICION. — A fin de evitar la exposición a las radiaciones X y mantenerlas en un mínimo absoluto, se debe usar film tipo 57 junto con una pantalla de intensificación.

NOTA. — Un casette de exposición de 4 x 5 con pantalla de intensificación es muy útil comercialmente.

En general, la combinación del film tipo 57 y la pantalla de intensificación representan factores tiempo de 3-4 a 7-8 menos que los valores asociados con films con proceso de placa de dolodión.

PROCESO. — Se requiere un modelo Holder Film Land 545 - 4 x 5, para exponer propiamente un proceso con Film Land Polaroid de 4 x 5.

Esperamos ofrecer una hoja de datos técnicos especificados para uso de Film Polaroid de 4 x 5 que se puede utilizar en Podología con los rayos X en un futuro próximo.

Entretanto, nos contentamos con manejar algunos materiales pertenecientes al proceso del Film y exposición técnica directamente desde Cambridge.»

Como se verá, esto es un método de investigación que los Podiatras norteamericanos (equivalentes a los Podólogos españoles) están comenzando con inquietud a fin de mejorar los diagnósticos de las radiografías que realizan en consulta.

Algunos de nosotros podríamos intentar de alguna manera con estos y otros datos que nos vayan publicando los Podiatras USA, comenzar las mismas investigaciones y revalorizar así nuestra querida especialidad.

---

# Cuando el consejo es la mejor prescripción

Todo individuo necesita, para conservar su salud, o recuperarla, si es que está enfermo, seguir un camino en el que hay tres puntos muy importantes a considerar:

Uno se refiere a lo que podría denominarse el régimen de vida; el otro, lo que al régimen alimenticio hace referencia y, finalmente, un tercero, que atañe a la medicación, ya sea preventiva o curativa.

Mas lo cierto es que si bien puede faltar esta última, los otros dos puntos hay que tenerlos muy en cuenta, ya que serán los que permitirán al individuo vivir bien y aminorar sus achaques.

¿Qué es lo que entendemos por régimen de vida? Sencillamente, LA ORDENACION DE LAS ACTIVIDADES DE UN INDIVIDUO EN CUANTO A LO BIOLOGICO Y SOCIAL SE REFIERA, DE FORMA TAL QUE, SIN OLVIDAR NI DAÑAR SU BIOLOGIA, PUEDA VIVIR ENTRE LA SOCIEDAD QUE LE RODEA.

Si el lector, volviendo sobre lo escrito, repasa nuevamente la anterior definición, se dará cuenta que no es más que un compendio de un vivir armónico entre el yo y el ambiente. Así, un buen régimen de vida será el beber mesuradamente sin caer en el alcoholismo, comer de manera sencilla, sin caer en el ascetismo; convivir ordenadamente, sin que podamos ser tachados de ermitaños.

Y así en todo. Sobre el orden se ha escrito mucho, muchísimo; lo que tal vez implique pensar que se ha hecho ¡desordenadamente!

Este orden biológico con repercusión social es el que debe seguir un individuo que ha de ser, por él mismo, la salvaguardia de su hígado, de su cerebro, de su riñón, de su corazón. ¿Cómo podremos hacernos entender? Tal vez a través de simples retranes: «Cada cosa a su tiempo», puede ser el resumen de ello. Cada edad precisa lo suyo, y lo que se consigue fuera de su tiempo es fruta inmadura o pasada.

El individuo, sano o enfermo, debe reglamentar todas, absolutamente todas sus funciones, y en el ambiente rural es muy fácil hacerse comprender si, previamente, hemos comprendido el modo de pensar de los habitantes de este medio.

## REGIMEN ALIMENTICIO

He aquí algo sobre lo que hoy es preciso insistir una y otra vez. Es menester enseñar —más que los reyes godos— a comer de una

manera lógica y más que obligar a saberse de memoria los golfos o los cabos de países que es posible no visitemos jamás, conocer el funcionamiento de esta máquina perfecta y armoniosa que es el organismo. Conocer la clase, calidad y cantidad de alimentos que se precisan, habida cuenta de que ellos son el carburante que mueve este pequeño universo.

Se habla siempre de una dieta, de un régimen. Y esta dieta o este régimen son de exclusión. Exclusión en los diabéticos de los hidratos de carbono, de las grasas en los obesos, de los alimentos ricos en purinas en los gotosos; pero en muy pocas ocasiones se habla a un enfermo —o un simple individuo que no lo está— de la manera de ordenar su alimentación, de la proporción en la que deben entrar estos tres grupos de principios fundamentales que son: las grasas, las proteínas y los hidratos de carbono.

El individuo adulto no puede comer de todo sin que exista una proporción entre estos principios fundamentales. Así, las proteínas deben estar en la dieta en la proporción de un 11 a un 13 %. Las grasas deben ocupar de un 18 al 30 %, según el clima, trabajo y las características biológicas del individuo, pero no deben jamás bajar de este 18 % que podemos considerar mínimo graso.

El resto han de ocuparlo los hidratos de carbono.

En el niño, estas necesidades se modifican. El porcentaje de proteínas se eleva del 15 al 20 %, debiendo ocupar las grasas del 30 al 35 %, para completar la ración los hidratos de carbono.

Se habla con mucha frecuencia de los regímenes hipocalóricos, hipercalóricos o normocalóricos. A este respecto, debemos decir que los hombres no son todos iguales y que querer encasillar su alimentación en estas tres palabras sería lo mismo que quererlos vestir uniformadamente.

Un régimen no debe ser hi hiper, ni hipo, ni normocalórico. Ha de ser aquel que PERMITA ALMACENAR UNAS RESERVAS QUE, CLINICAMENTE, PUEDEN VALORARSE EN UN CINCO POR CIENTO DEL PESO TEORICO. Es decir, supongamos un individuo adulto que tenga una talla de 1,70. El peso teórico sería de 70 Kg. Este es el peso ideal. Sobre él debe añadirse —en forma de reserva— un cinco por ciento, por lo que el peso debe ser de SETENTA Y TRES QUILOS Y MEDIO.

# *Neuropatía periférica unida a diabetes en 22 pacientes*

El curso clínico y las radiografías del pie de 22 pacientes con una prolongada historia de diabetes y grave neuropatía periférica, reconocidos en el Peripheral Vascular Service del Coney Island Hospital y el Maimonides Medical Center, Brooklyn, han sido revisados por el doctor Sandor Friedman y por Robert Rakow, podólogo, de Nueva York.

Los pacientes eran de edades comprendidas entre los cuarenta y los setenta y dos años (promedio: cincuenta y cuatro años). Todos los pacientes, menos uno, presentaban afección cutánea con circulación arterial adecuada. La mayoría de las lesiones cutáneas curaron en el término de un mes, a pesar de una amplia destrucción ósea. En 17 pacientes existían lesiones óseas múltiples que tendían a ser bilaterales y a seguir la distribución periférica de la neuropatía.

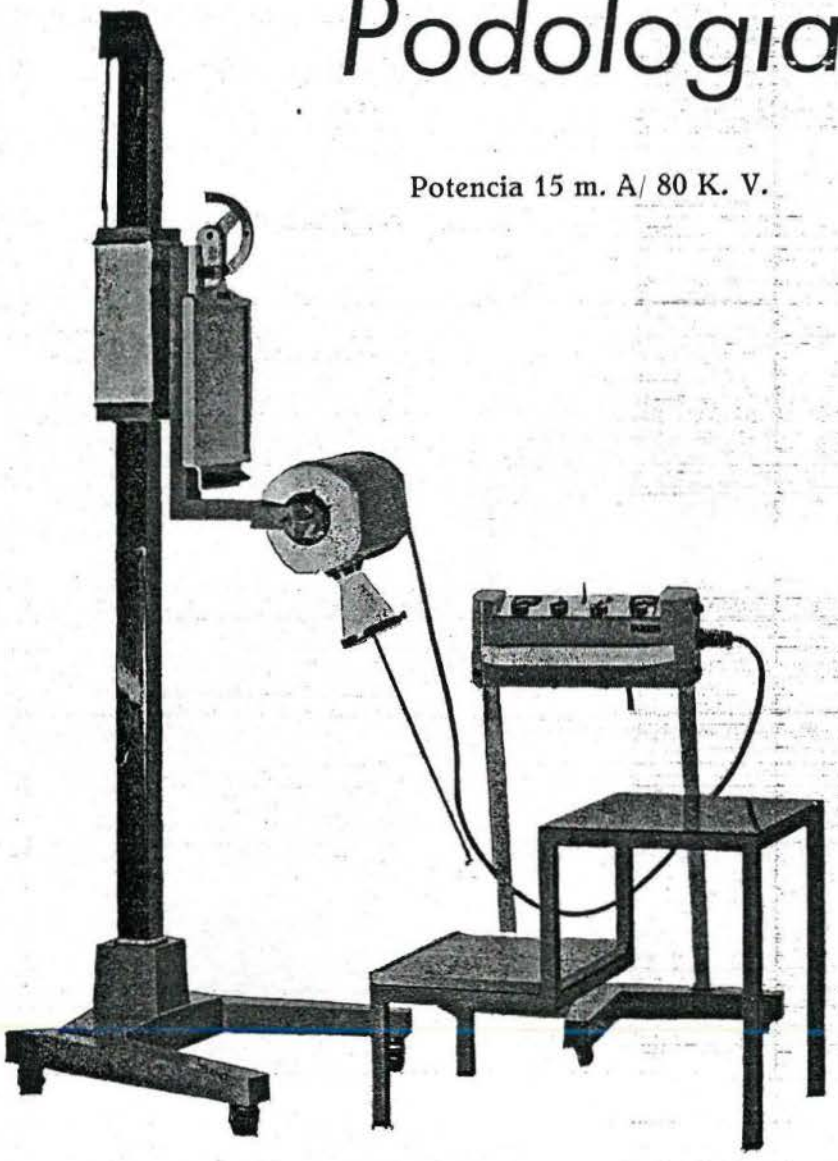
Los investigadores destacan que en la neuropatía periférica diabética grave se da con frecuencia una extensa osteopatía del pie, la cual posee mejor pronóstico que la osteomielitis, de la cual ha de ser clínicamente diferenciada.

(«M. T.», 12-1 72.)

# MODERNO EQUIPO RADIOLOGICO PARA

# *Podologia*

Potencia 15 m. A/ 80 K. V.



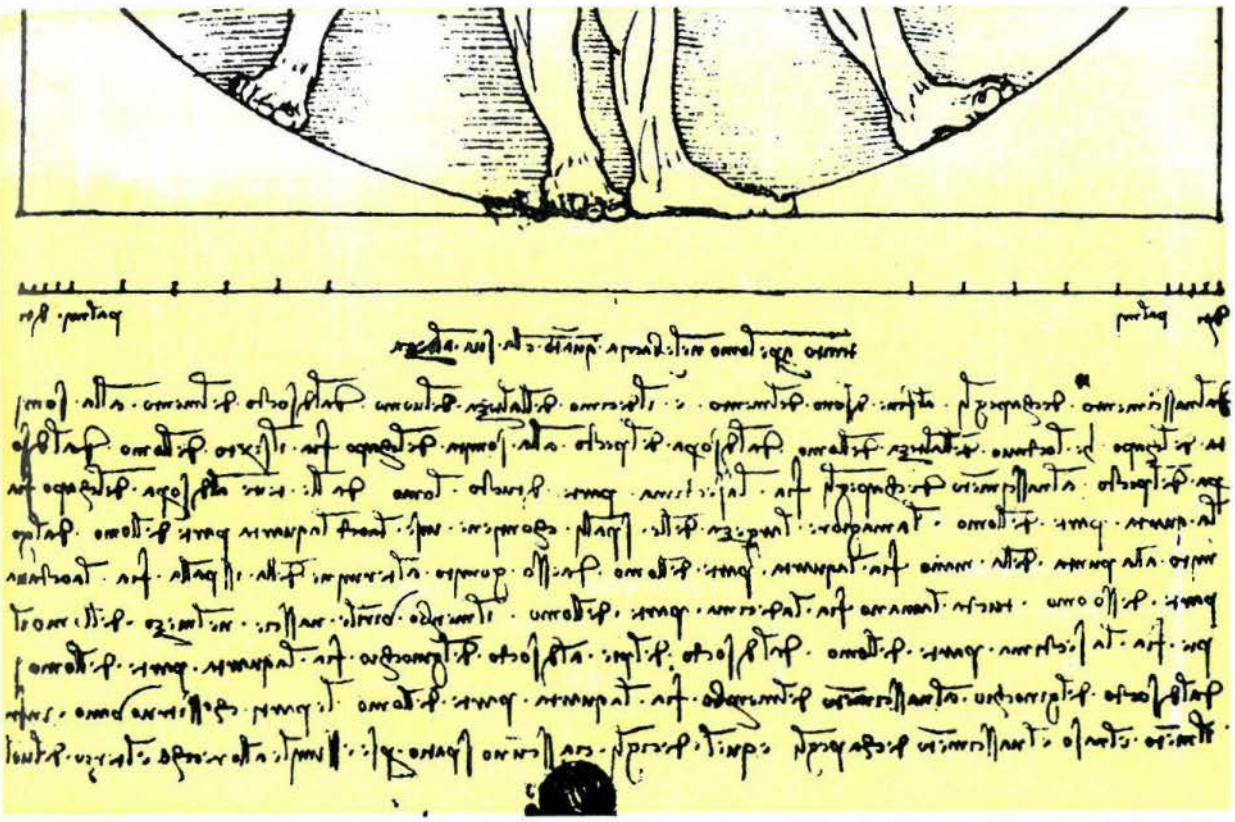
- Versabilidad óptima para obtención de radioscopias y radiografías en todas posiciones y ángulos.
- Características eléctricas regulables para obtener un verdadero radioagnóstico.

**J. M. Marimón**

Aparatos de Rayos X

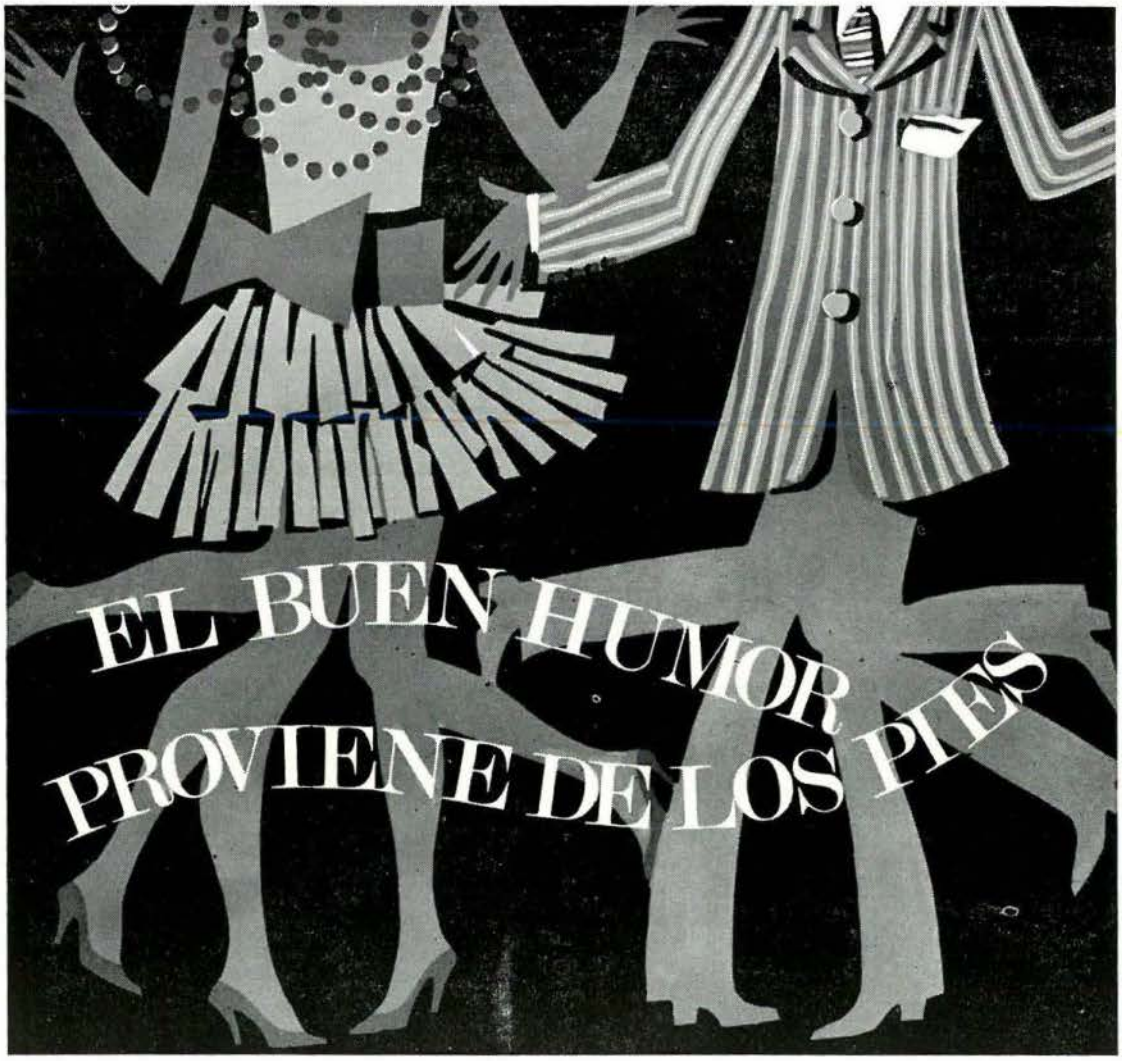
C . Talleres, 63 - Tel, 2315637

BARCELONA (1)



# REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

A.P.E. Sep. - Octubre
n.º 29 1972




# podologo:

**¿quién mejor que Ud. puede asegurar la veracidad de este slogan...?**

**¿quién mejor que Ud. para liberar a sus pacientes del enemigo que ataca "la raiz" de la persona...?**

**...¿y quién mejor que Ud. para dar vigor y tranquilidad a esa raiz, con la ayuda de...**

## AKILEINE

que **descongestiona** los pies haciendo desaparecer el ardor en las plantas, a la vez que **desodoriza** y modera la transpiración ya que no contiene formol u otros productos nocivos, que puedan provocar inflamaciones o irritaciones en la piel.

## AKILTROPIC

que **neutraliza los efectos de la transpiración** y elimina la enfermedad de las piscinas.

Pida muestras a Lab. Inibsa - Loreto, 8 - BARCELONA-15

# REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

ORGANO DE LA AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

A. P. E.

Redacción y Administración:
Urgel, 47/51 - Barcelona (11)

**Director:**
Leonardo Escachs Clariana

**Sub-director:**
Pablo Vilató Ruiz

**Redactor jefe:**
Francisco Mañé Domingo

Manualizaciones ESCUELA NORMAL - Deposito Legal: B. - 13484 - 19[illegible]


## SUMARIO


3 **Junta de Gobierno**

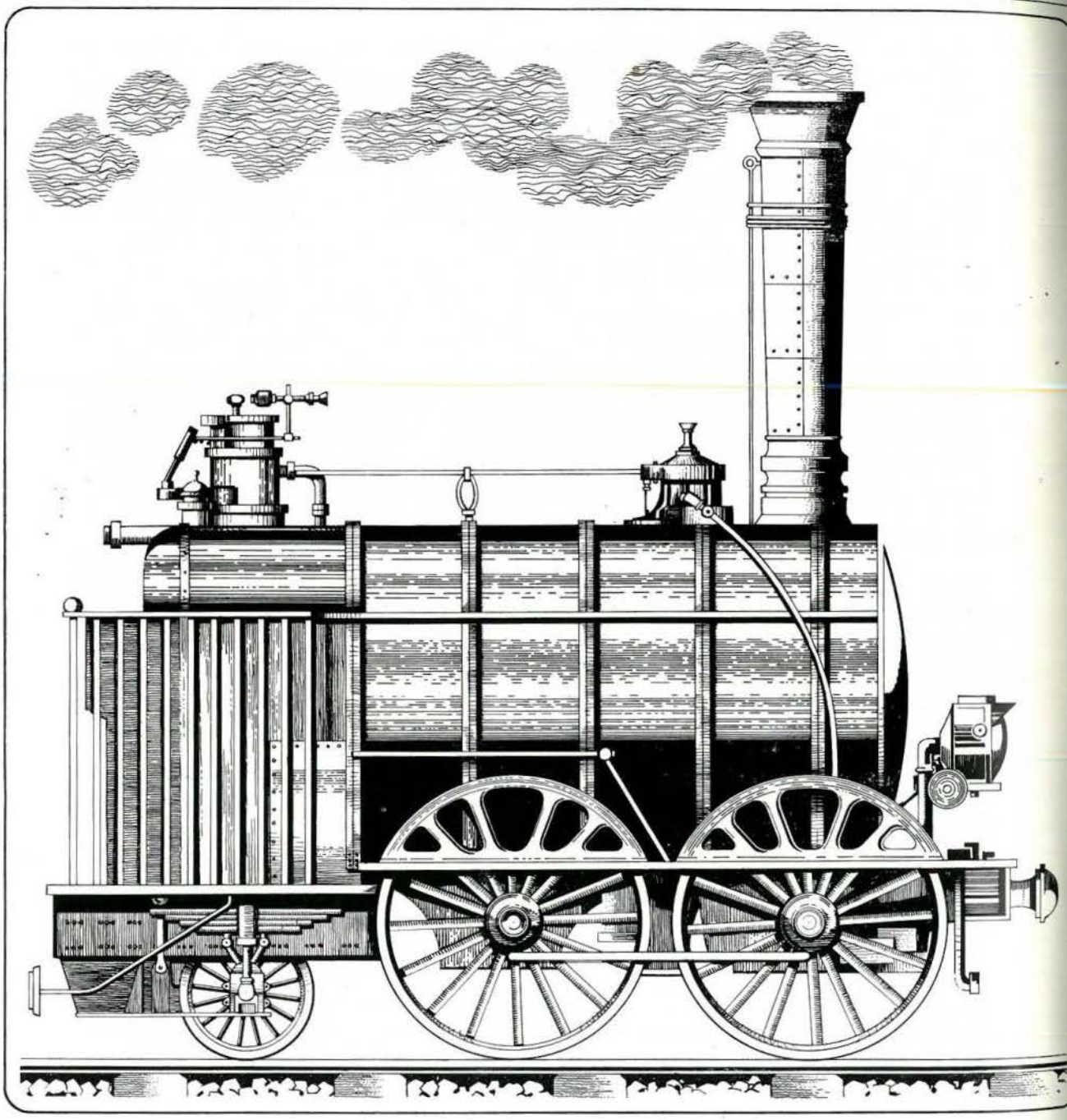
5 **Editorial**

7 **Cuidados podológicos en la infancia**

19 **Exploración funcional muscular del pie**

28 **Bursitis y su instauración pédica**

31 **Carta abierta**



en procesos reumáticos...

**ditrone** cápsulas 100 y 200 mg (envases con 20 cápsulas)
supositorios 200 y 500 mg (envases con 16 y 10 sup. respec.)

**delta ditrone** envase con 50 cápsulas

HOSBON

# AGRUPACIÓN DE PODÓLOGOS DE ESPAÑA

## JUNTA DE GOBIERNO

| | | |
|---|---|---|
| Presidente Nacional | D. LEONARDO ESCACHS CLARIANA | Barcelona |
| Vice-Presidente 1.º | D. JUAN PEREZ LAZARO | Madrid |
| Vice-Presidente 2.º | D. ISAIAS DEL MORAL CEJALVO | Valencia |
| Secretario General | D. JOSE A. CALVO GARCIA | Zaragoza |
| Vice-Secretario | D. FRANCISCO MAÑE DOMINGO | Barcelona |
| Tesorero | D. M. GAVIN BARCELO | Barcelona |
| Contador | D. LUIS AYCART VIJUESA | Madrid |
| Vocal 1.º | D. FCO. MORAN VENTURA | Las Palmas G. Canaria |
| Vocal | D. JUAN VIDAN TORRES | S. Compostela |
| Vocal | D. LUIS INCHAURRONDO | Irún |
| Vocal | D. JOSE M.ª BAEZ BASAURI | Bilbao |
| Vocal nato | D. ZACARIAS GARCIA ANDRES | Madrid |
| Vocal nato | D. JAIME SALA PICH | Barcelona |

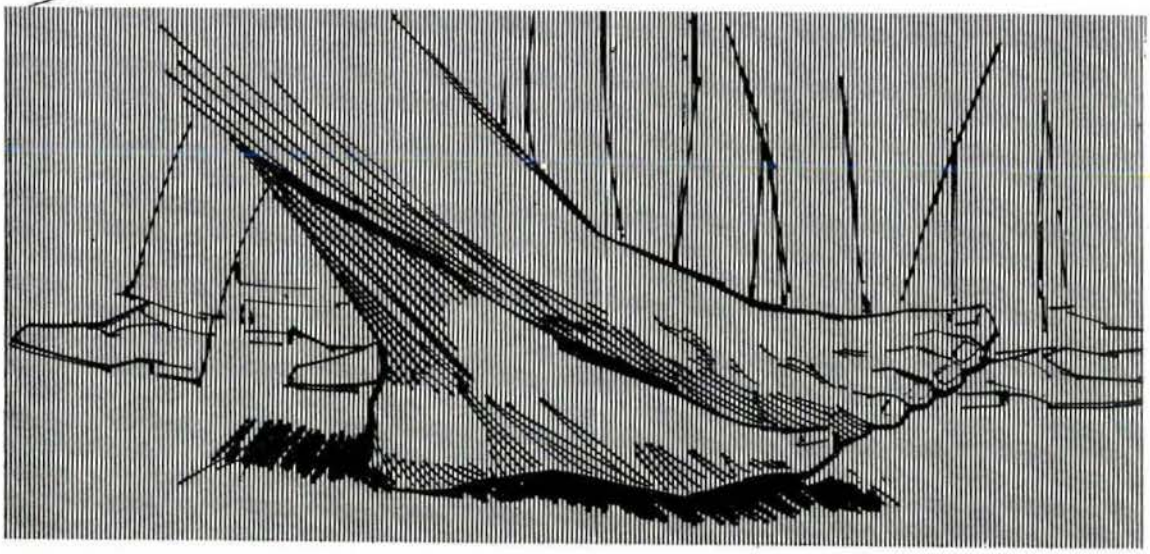
## DELEGADOS DE ZONA

**D. José M.ª Báez Basauri.** Mayor, 27, 6.º. Las Arenas. BILBAO.
**D. José Luis Inchaurrondo.** Paseo de Colón, 65. IRUN.
**D. Juan Vidán Torres.** Preguntoiro, 10. SANTIAGO DE COMPOSTELA.
**D. Antonio Báez Prieto.** Alcalá, 313. MADRID.
**D. José Antonio Calvo García.** Coso, 77, 5.º. ZARAGOZA.
**D. Jaime Sala Pich.** Muntaner, 142. BARCELONA-11.
**D. Isaías del Moral Cejalvo.** Moratín, 6. VALENCIA - 2.
**D. Francisco Bernedo García.** Príncipe, 12. GRANADA.
**D. Francisco Morán Ventura.** León y Castillo, 8. LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

## DELEGADOS PROVINCIALES

ALAVA: **D. Julio Crespo.**
ALBACETE: **D. Luis Juan Navarro.**
ALICANTE: **D. José Olcina Morales.**
ALMERIA: **D. Luis Pascua San Miguel.**
AVILA: Sin Delegado Provincial.
BADAJOZ: **D. José Villafaina de la Cruz.**
BARCELONA: **D. Jaime Sala Pichs.**
BILBAO: **D. Víctor Fano Ugarriza.**
BURGOS: **D. Elías Hernando Tamayo.**
CACERES: Sin Delegado Provincial.
CADIZ: **D. Manuel Albala Valle.**
CASTELLON: **D. José Aguilar Beltrán.**
CIUDAD REAL: **D. Luis Barba Vázquez.**
CORDOBA: Sin Delegado Provincial.
GERONA: **D. José M.ª Bosch Doménech.**
GRANADA: **D. Manuel Ruiz Morales.**
GUADALAJARA: Sin Delegado Provincial.
HUELVA: Sin Delegado Provincial.
HUESCA: Sin Delegado Provincial.
JAEN: **D. Leonardo Rodríguez Revuelta.**
LA CORUÑA: **D. Francisco de la Cruz.**
LAS PALMAS: **D. Francisco Morán.**
LEON: Sin Delegado Provincial.
LERIDA: **D. Alfredo Puchol.**
LOGROÑO: **D. Vicente Alvarez.**
LUGO: Sin Delegado Provincial.
MALAGA: **D. Antonio Gutiérrez.**
MADRID: **D. Zacarías García Andrés.**
MURCIA: Sin Delegado Provincial.
ORENSE: **D. Elisardo Bralo Rego.**
PALENCIA: **D. Damián Porro Villarroel.**
PALMA DE MALLORCA: **D. Juan B. Brines.**
PAMPLONA: Sin Delegado Provincial.
SALAMANCA: **D. Antonio Basas Encinas.**
SANTANDER: Sin Delegado Provincial.
SAN SEBASTIAN: **D.ª M.ª Pilar Gómez.**
STA. CRUZ DE TENERIFE: **D. Armenio Méndez.**
SEGOVIA: **D. Francisco García.**
SEVILLA: **D. Francisco Alvarez Gandulfo.**
SORIA: Sin Delegado Provincial.
TARRAGONA: Sin Delegado Provincial.
TERUEL: Sin Delegado Provincial.
TOLEDO: Sin Delegado Provincial.
VALENCIA: **D. Angel Sanchiz Cortina.**
VALLADOLID: **D. Alfonso Domínguez Milán.**
VIGO: **D. Angel Medina Herrero.**
ZAMORA: **D. Juan J. Miguel Barrios.**
ZARAGOZA: **D. José Calvo García.**

¡NUEVA FORMULA!



# Pentoderm®

## Crema dermoprotectora cutánea

Tubo con 50g de crema (62,80 ptas.).

DESDE 1880 CERA

Laboratorios Cera, S. A. – Aptado. 9001 - Barcelona

# EDITORIAL

El «por qué» del grato placer que produce el ayudar a nuestros semejantes es algo difícil de explicar. Tan sólo, quizás, se podría comparar a la satisfacción del deber cumplido; al placer experimentado ante la culminación de una obra; a la taquicardia emocional ante el abrazo de nuestro hijo. Difícil, muy difícil de explicar.

Ahora bien. Para llegar a conseguir este placer, esta satisfacción, es condición indispensable realizar una perfecta labor. No podemos aspirar a sentirnos satisfechos de nuestro trabajo, si los resultados no van de acuerdo con lo que de nosotros se esperaba. Quiere ello decir que, para conseguir tales placeres, hemos de estar debidamente capacitados, técnica y prácticamente. De no ser así, nuestra labor para con nuestros pacientes, no podría ofrecer los frutos apetecidos.

El porcentaje elevadísimo de personas dolientes de sus pies hace que nos veamos obligados a superarnos constantemente en nuestra labor, aumentando constantemente nuestros conocimientos, nuestros estudios y con las más modernas técnicas ya sean exploratorias, de prótesis, de recuperación, de cirugía, etc., poder ofrecer a los pacientes el caudal de conocimientos adquiridos en beneficio de su mal.

La ruta que arrancando de los antiguos cirujanos-callistas vienen siguiendo los actuales podólogos, les obliga a ese constante batallar en busca de la mayor superación, tanto como homenaje a sus antecesores, como para ser dignos del nombre que ostentan, concedido por Decreto 727/62. Esa legión de profesionales que han hecho un símbolo de la Podología han de estar en todo momento aptos, en todo momento dispuestos, a dar fe de sus conocimientos, de su presencia, de su ser, para no defraudar a quienes cimentaron las primeras piedras ni a quienes por ser Organismos rectores, confiaron en ellos ofreciéndoles un camino legal.

Y sin lugar a dudas así lo hacen. Si bien hemos de reconocer que no siempre la totalidad de sus miembros— ello sería imposible— se entrega con ese afán, sí que hemos de reconocer el crecido número de los

que, con tesón, con voluntad, con entrega, con cariño, con desinterés, laboran constantemente en pro de esta Especialidad tan maravillosa. LA PODOLOGIA.

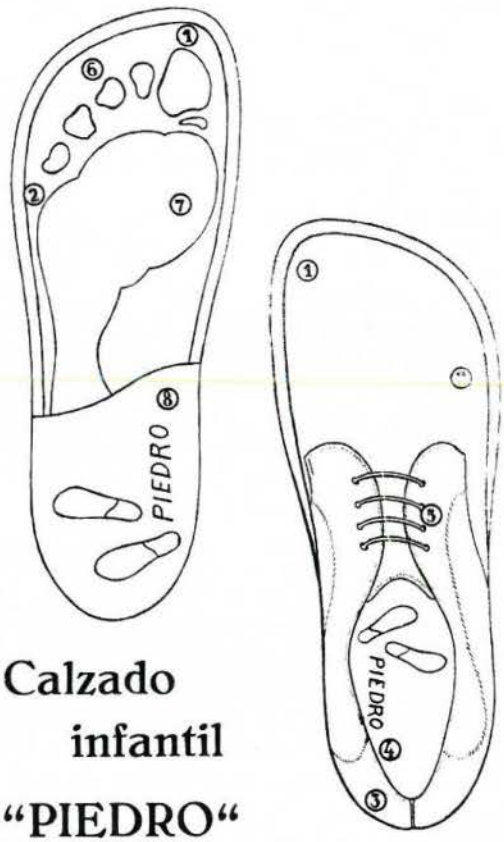
La divulgación que se ha hecho y se viene haciendo de la Podología. El conocimiento cada día más amplio por parte del público, de nuestro habitual quehacer y por ende, el normal aumento en la consulta de pacientes afectados de problemas podológicos nos hace suponer, sin lugar a dudas, que todos y cada uno de los podólogos conscientes de su deber profesional, procurara en todo momento estar al día en su trabajo de lo cual ha de resultar el maravilloso fruto de aliviar siempre y a veces, incluso, curar, a los que en nosotros confían.

No debemos olvidar nunca que la posición más triste en el hombre, es la de la apatia. Esta no conduce más que al adormecimiento de los sentidos en perjuicio del buen nombre que todo profesional digno, ha de saber defender. El estudio y el trabajo dignifican al hombre. Procuremos ser de ese grupo y nuestra especialidad, LA PODOLOGIA, nos devolverá con creces el esfuerzo realizado.

**COMPAÑERO:**

Sabemos que no nos falta tu ayuda al Portavoz profesional, pero no olvides que su renovación y superación es obra de todos.

Redactando tus experiencias profesionales prestarás un apoyo y una gran ayuda a los colegas que ejercen en poblaciones alejadas de las urbes más importantes.


**Calzado infantil "PIEDRO"**

Hormas, control y garantía de
**PIEDRO INTERNATIONAL -**
**Berkel, Holland**

Si no tiene aún información completa consulte a **"PIEDRO"**

PIEDRO

Apartado 7053 — Barcelona

# Cuidados podológicos en la infancia

Por MANUEL GAVIN BARCELO
Podólogo

En el último Congreso Nacional de Podología celebrado en Barcelona por la Agrupación de Podólogos de España, tuvimos como ponencia la *«Prevención y Tratamiento de los pies de los niños»*.

En la misma se acordó que cada uno de los miembros de esta Agrupación divulgaríamos al máximo la profilaxis o conservación del pie del niño para evitar que nuestro tros niños y los que nuestros semejantes, en la edad adulta, formen parte de este numeroso grupo de personas que, en nuestros días, sufren de los pies. En España las estadísticas nos dicen que un ochenta y cinco por ciento de la población sufre o tiene problemas podológicos.

Esto me ha movido a romper el hielo y presentarme ante Uds. sin pretensiones de conferenciante, pero sí con la ilusión de dar a conocer mi profesión y al mismo tiempo verter una serie de experiencias que espero redunden en bien de los niños de hoy, hombres del mañana.

El pie, como toda parte del cuerpo humano, está compuesto por huesos, músculos, ligamentos, articulaciones, etc. La misión del mismo es de sostén y traslado o hablando técnicamente, de sustentación y deambulación, debiendo soportar el peso de nuestro cuerpo y trasladarlo de un lugar a otro. Sirve para estar de pie; sirve para saltar; sirve para frenar y para una infinidad de cosas más, que no las explico porque Uds., las viven constantemente.

Para cumplir con todas estas obligaciones, posee veintiséis huesos por lo que es la parte del cuerpo humano que presenta más cantidad de huesos pequeños juntos. (1)

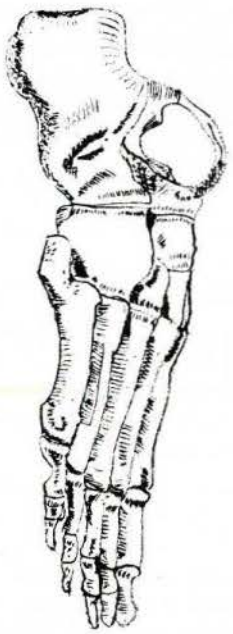


Fig. 1

En términos generales y con palabras sencillas, no científicas, he querido explicar en

qué consiste y para qué sirve esta parte de nuestro organismo.

El problema más grave que se le presenta, es que habiendo sido creado para andar descalzo y sobre terreno blando, la civilización ha ido trabajando en contra de sus intereses hasta llegar al tiempo actual en que ha desaparecido casi por completo todo piso blando. Así tenemos el asfalto o empedrado de las calles, las baldosas de los pisos, siéndole también factor en contra los calcetines, medias, los zapatos y por añadidura algunas modas, a todas luces incomprensibles, en distintos estilos o modelos de calzados.

Para contrarrestrar estos efectos tan perjudiciales introducidos por la civilización, hoy más que nunca, es preciso proporcionar al niño la ocasión de poder realizar ejercicio, ya sea practicando natación, ciclismo, excursionismo, andar descalzo sobre la arena, por yerba, etc., siendo estos enumerados los más efectivos aunque no por ello haya que despreciar el fútbol y demás deportes.

Afortunadamente, a pesar de estos contratiempos para la perfecta salud del pie que la civilización ha ido imponiendo, hoy los diversos aspectos de la salud corporal se van estudiando mucho más que años atrás y entre ellos también lo concerniente a los pies y así vemos que para estudiar y cuidar que un pie pueda cumplir plenamente con todas las funciones que la naturaleza le ha asignado y tratar si así conviene todas aquellas deficiencias que puedan dificultar el perfecto funcionamiento del mismo, ha surgido dentro de la medicina una nueva especialidad: LA PODOLOGIA.

Por esto, hoy, muchos defectos que años atrás en la infancia no se les daba importancia, empiezan ya a corregirse gracias también a que los padres prestan mucha más atención, se dejan aconsejar, etc., al dar sus hijos los primeros pasos, pero aún siendo verdad que se va consiguiendo mucho en este sentido, es no obstante muy largo el camino que falta recorrer para poder llegar a la cima.

Con muchísima frecuencia nos encontramos los podólogos con casos de defectos de pies (fig. 2, 3 y 4) o piernas muy considerables que habiéndose podido arreglar o por lo menos mejorar en un tanto por ciento elevado, por ignorancia o quizás algo de negligencia de los padres no se hizo a su debido tiempo y cuando se ha querido poner remedio porque personas ajenas a la familia se

Fig. 2

Fig 3

Fig. 4

lo han indicado y nos lo han presentado a nuestras consultas, ha sido ya demasiado tarde porque los huesos del niño han cogido demasiada consistencia y su corrección ha sido muy difícil quedando como resultado de todo ello unos defectos más o menos notorios y perjudiciales para su deambulación que tendrá que afrontarlos toda la vida.

Por tanto, mi charla de esta noche va orien-

tada a ello y si con estos pequeños consejos puedo ser útil a contribuir al mejor andar por los caminos de la vida, de un infante, para que después en la edad adulta pueda vivir feliz sin tener que preocuparese de sus piernas ni de los pies, me daré con ello por muy satisfecho.

De la buena o mala conformación de unos pies debemos esperar un rendimiento muy distinto que puede repercutir en muy diversas facetas en el organismo, sobre todo, al llegar después a la edad adulta, tal como son cojeras, desviaciones de columna, etc. Por ejemplo, decía el Dr. Boisklein, gran ginecólogo americano, que del gran número de cesáreas que durante su vida profesional había practicado, a un buen número de las mismas le daba la culpa ocasional a la mala conformación del pie de la paciente que con su manera irregular de andar había ocasionado desniveles pélvicos que en el momento del parto habían jugado un papel muy importante. Así pues, vale la pena que desde el mismo momento de nacer el nuevo ser, prestemos mucha atención.

Afortunadamente, hoy, un tanto por ciento muy elevado de mujeres, sobre todo en zonas urbanizadas (no me refiero a las agrícolas en las que todavía por desgracia se realizan partos muy rudimentarios), dan a luz en establecimiento sanitarios, lo cual supone que automáticamente tanto la madre como el recién nacido, quedan ella desde el momento de su ingreso y él desde el mismo nacimiento, bajo un control médico prestado por personal profesional especializado y por tanto competente en la materia.

Algún padre alguna vez me ha preguntado: ¿Desde cuándo hay que empezar a vigilar los pies de un niño? Yo diría: Desde el mismo momento de nacer.

El niño desde los primeros días de su existencia debe ser reconocido detenidamente en cuanto a piernas y pies se refire ya que son muchos los defectos congénitos que de tenerlos en cuenta a los pocos días de nacer, con poco trabajo puede corregirse ya que de lo contrario a medida que va pasando el tiempo son defectos que pueden pasar a crónicos haciéndose cuanto más tiempo pasa, más difícil su corrección.

Ahora bien: Supongamos que el bebé ha venido al mundo completamente normal y por tanto de momento no hay preocupación ninguna, ya que después de un detenido reconocimiento médico se dan sus extremidades como perfectas o por lo menos sin defecto alguno que sea notorio.

Muchas madres ya con esto se sienten felices y creen que al niño sólo le falta ir siguiendo el ritmo normal de la vida, o sea, dormir, tomar alimento y esperar el tiempo para que el pequeño vaya creciendo y más adelante poder tener un día la gran ilusión de verlo dar sus primeros pasos. Todo esto está muy bien pero no basta.

El niño necesita en la cuna unos cuidados que por desgracia a veces no se tienen en cuenta y a pesar de no darles importancia, para el crecimiento y perfecto desarrollo de las extremidades inferiores son de sumo interés.

Son la mayoría de las madres que al tener un bebé en la cuna, dejándose llevar de un afán exagerado de conseguir un perfecto abrigo, les arropan de tal manera, introduciendo las mantas debajo de la colchoneta de una manera tan rígida que la pobre criatura queda aprisionada no quedándole espacio para la libertad de movimientos de sus piernas, pues tengan siempre presente que les es necesario para el perfecto desarrollo de sus músculos patear lo más posible. También los he visto aprisionados por sus vestidos o ropas de abrigo, siendo esta costumbre fatal para la criatura pues muchas veces este exceso de presión llega a influir considerablemente en la postura de sus pies haciendo con ello el niño adquiera una malformación o postura falsa.

No olviden que al estudiar una radiografía del pie de un recién nacido se puede apreciar que únicamente presentan núcleos osificados el calcáneo, el estrágalo, diafísis de los metatarsianos y falanges y también pequeños núcleos de escafoides y cuboides. El resto de lo que con el tiempo será el esqueleto del pie es totalmente de tejido cartilaginoso que con relativa facilidad acepta y acomoda a las presiones o correcciones externas, a que sea sometido.

Al procurar el abrigo del niño se debe tener presente abrigarlo lo necesario, pero siempre teniendo en cuenta estas normas.

# Algesal Activado

**POMADA ANTIRREUMATICA Y ANALGESICA ULTRAPENETRANTE PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR LOCAL**

FORMULA:

| | |
|---|---|
| SALICILATO DE DIETILAMINA | 10 g. |
| NOPOXAMINA | 1 g. |
| EXCIPIENTE | c.s.p. 100 g. |

POSEE UN OLOR AGRADABLE
GRASA
NO ENGRASA
TOLERANCIA EXCELENTE

**gran poder de penetración**

TUBO CON 50 g. DE POMADA - P.V.P. 94,90 Ptas.

KALI-CHEMIE
ARZNEIMITTEL

KALI-CHEMIE IBERIA, S.A.
Apartado 12068, Barcelona
Tel. Barcelona 2392327
Tel. Madrid 2769276
Tel. Sevilla 213922
Tel. Valencia 228923
Fabricación y venta: Orfi Farma, S.A.

Por esto es muy aconsejable el uso de la «nana», o sea, la manta con cremallera que además de abrigarlo le permite cierta libertad en los movimientos de las piernas.

Otra de las cosas que tampoco se presta la debida atención y es muy digno de tenerlo en cuenta por la importancia que tiene para los pies de la criatura es el uso de botines que no sean lo sobradamente holgados y que de ninguna manera delimite los movimientos del pie y de una manera especial de sus dedos, pues a veces los usan tan gruesos y rígidos, sobre todo en épocas de frío que inconscientemente los libran de la baja temperatura, pero les produce trastornos enormes en el funcionamiento y crecimiento del mismo teniéndolo de una manera especial en los botines de lana que una vez lavados unas cuantas veces si por la acción del lavado se han encogido un poco es preferible comprar unos nuevos aunque esto produzca unos pequeños dispendios, mirando la cosa desde el punto de vista económico, que

no por querer ahorrar unas pesetas le produzca un mal en el pie que puede repercutir después durante toda la vida.

Nunca olvidemos que la salud y la actividad de unos pies sanos son tan importantes para nosotros como es nuestro trabajo para el desarrollo de nuestra vida y el bienestar de nuestra futura familia. Está comprobado más cada día, y de ello nos damos todos perfecta cuenta que muchas personas que padecen molestias en los pies, les transforma en persona de carácter amargo, sin ilusiones y con repercusiones, por tanto, en toda su vida familiar, social, etc., y no olvidemos que una gran parte de la salud de nuestros pies se debe a la forma de como fueron cuidados en nuestra infancia.

Pensemos que desgraciadamente, un tanto por ciento muy elevado de las personas de mediana edad en adelante, caminamos bastante mal y nos encontramos continuamente que muchos a quienes se les tiene que confeccionar plantillas, son adultos de 40 a 50 años de edad que al llegar en el momento de la vida en que sus tejidos musculares van perdiendo aquella elasticidad propia de la juventud, vienen presentando problemas a veces muy importantes que les dificulta grandemente el andar, dándoles un cansancio fuera de lo corriente a parte de otras muchas molestias que debido a su edad con dificultad se intentan más o menos corregir.

De ello no podemos dar directamente la culpa a nuestros padres, porque los conocimientos podológicos de aquellos tiempos eran muy distintos de los de ahora, pero nuestros hijos sí que lo harán, porque ahora con los medios actuales y muchos más conocimientos que entonces, no tendremos excusa.

Sabemos que todos los pies no son iguales. En esto estamos, creo, todos de acuerdo. Puede darse perfectamente el caso que debido al defecto recibido ya desde el momento de nacer, unos pies que durante toda su infancia hayan sido cuidados escrupulosamente no se pueda llegar a esperar de los mismos un rendimiento perfecto y en cambio otros mucho peor cuidados salgan a la perfección, pero esto en general constituirá una excepción. El pie que ha sido bien cuidado es de suponer se conocerá el fruto de todas sus atenciones y los pies olvidados sufrirán sus consecuencias.

El niño va creciendo y al par del desarrollo

empieza a surgir a la madre el problema de las micciones, en términos más vulgares los pipís. Ahora han encontrado en este sentido un sistema bastante práctico para que el niño no se moje, éste es del paquete de gasas. Ahora bien: Lo que es provechoso para una parte puede algunas veces ser muy perjudicial para otra, pues yo he visto niños con un paquete tan exagerado que es una verdadera obstrucción cuando empiezan a andar, pues teniendo en cuenta la fragilidad de sus huesos pueden a veces incluso adquirir una desviación de sus piernas debido al excesivo volumen de gasa que les impide poder juntar las piernas, adquiriendo con ello malformaciones considerables que pueden repercutir después durante toda su vida.

Otro de los errores en que se incurre, es el cierto orgullo de poder comentar con las madres, vecinas o amigas, sobre lo prematuro que su hijo ha empezado a andar. Es verdad que a la mayoría de las mamás les hace mucha ilusión ver a su hijo dar los primeros pasos. Si queremos bien al pequeño hay que prescindir de esta ilusión y no se debe forzar al pequeño para que ande. Cuando el niño se encuentre con las debidas fuerzas musculares y sus huesos tengan la debida resistencia, él mismo será quien por propio impulso empezará a tenerse en pie y querer dar los primeros pasos. No deben de tener ninguna prisa para ello, sólo hay que permitir libertad de movimientos dentro de su parque donde pueda gatear libremente y por supuesto tan pronto como él se sienta seguro empezará a tenerse largos ratos de pie hasta que quiera caminar sin apoyo. Tengan en cuenta que el gatear (fig. 5) es un ejercicio

Fig. 5

saludable y no hay que avergonzarse si a los catorce o quince meses todavía gatea.

No aconsejo a nadie el uso de los caminadores (fig. 6), ya que con ello se priva al

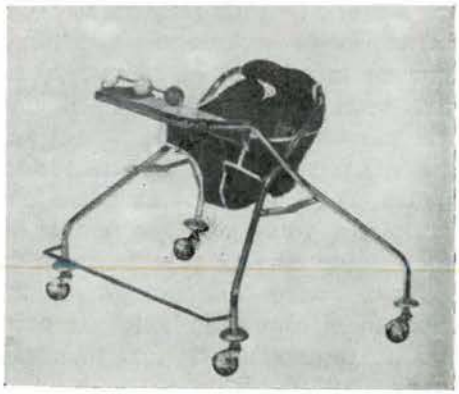


Fig. 6

niño de la gimnasia muscular que precisa y por tanto tardarán mucho más tiempo sus músculos en tener la consistencia necesaria.

Son muchos los casos en los que se pueden apreciar piernas anormales cuya culpa consiste en haber forzado prematuramente al pequeño para que andara. Siempre hay un tiempo prudencial dentro de la normalidad, pues desde los que empiezan a los nueve o diez meses hasta los que lo hacen a los trece, catorce y hasta los quince meses pueden ser considerados de tipo corriente. Si pasada esta edad el niño no hace mención de andar es entonces conveniente consultar con un podólogo para que el pequeño sea examinado con detención a fin de averiguar si existe algún fallo muscular o nervioso.

Nos encontramos que el pequeño ya anda solo, con cierta soltura y los papás sumamente felices al ver los grandes adelantos que el niño va haciendo de día en día. A partir del momento que ha empezado a andar el año que le sigue es de suma importancia, debiendo tener muy en cuenta la observación de los movimientos, posturas, manera de andar, etc. Durante el primer año de andar es muy corriente la manifestación de lo que técnicamente llamaremos «genu valgus» (fig. 7), es decir, las típicas rodillas que se tocan y los pies más abiertos de lo normal por lo que a simple vista pueden observarse las piernas en forma de X más o menos acen-

Fig. 7

tuado según el grado de valguismo de rodilla que presente. En caso de existir este defecto sería una manera de pensar muy equivocada el creer que cuando sea mayor ya se le corregirán, siguiendo a ello la decepción al ver que va pasando el tiempo y en vez de corregirse más bien tiende a aumentar y el remordimiento de ver que dejaron pasar el momento más oportuno para coregirlo y que en la mayoría de las veces después ha llegado tarde.

Tal como ya insinué al principio, anormalidades en los pies pueden presentarse de muy diversas maneras dejando aparte las congénitas, aquellas que ya desde el momento de nacer se han podido apreciar por ser notorias, es decir, de un volumen considerable tal como sería, por ejemplo, unos pies zambos (fig. 8), defecto que no hay que esperar a que el niño sea mayor, sino que inmediatamente se deben poner los oportunos remedios, y por tanto al referirse a las anormalidades del pie me refiero a las de segundo orden como sería, por ejemplo, un pie plano, el excavado, etc., que suelen ser defectos que se presentan con mucha frecuen-

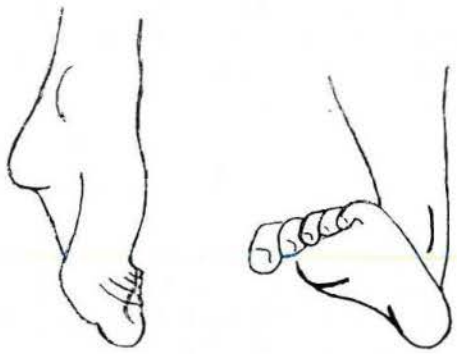
Fig. 8

cia en la edad infantil. Sólo como a título de curiosidad les diré que el profesor Bohen dice haber encontrado en niños de primera edad escolar hasta un setenta y dos por ciento de pies anormales. Colestok, entre doscientos niños estudiados, halló un ochenta por ciento con pies planos o planos valgos. Kleen y Thomas sobre 1.708 escolares y Cook sobre 1.393, encuentran el mismo tanto por ciento. Ruiz Moreno, de 1.870 niños, el 79,20 %, y así cuantas estadísticas han pasado por mis manos oscilan entre el 70 y el 80 %. Por tanto, recomiendo a los padres que al llegar el niño a la edad de dos años a dos años y medio como máximo, cualquier duda que tengan sobre la forma, funcionamiento, etc., de los pies de su hijo, vayan sin demora a consultar a un podólogo, teniendo en cuenta que si hay que corregir algún defecto es el momento en que todavía los huesos se pueden moldear, más tarde será difícil, pues la conformación de los huesos del pequeño en esta edad va rápidamente consolidándose de mes en mes.

Los podólogos estamos cansados de ver niños con deformidades bastante (figs. 9 y 10) acentuadas y que debido a la temprana edad que se les ha podido tratar, hoy van andando estupendamente, cosa que seguramente no hubiera ocurrido así si nos hubieran venido a visitar dos o tres años más tarde.

Son muchos los casos de niños que se les ha tenido que confeccionar plantillas porque

presentaban un pie plano descomunal, totalmente de pato, tal como llamaríamos en términos vulgares y que al cabo de un tiempo de llevarlas se han podido suprimir por ha-



Figs. 9 y 10

berle quedado un pie normal, cosa que de haber sido asistidos, tal como ya acabo de decir en otras anormalidades, un año o dos más tarde las hubieran tenido que llevar siempre, es decir, casi seguro toda su vida.

Y hablando de plantillas debo de advertirles una cosa muy importante. Si un día su hijo les viene del colegio con la nota del reconocimiento médico en la que indica alguna anormalidad en sus pies y por tanto precisa corrección, diríjanse sin vacilar a un especialista y digo esto porque con mucha frecuencia debido a no tener un juicio claro en esta materia, se cometen errores tal como es el dejarse influenciar por la propaganda de ciertos establecimientos comerciales en los que dejando aparte los escrúpulos de conciencia y prescindiendo totalmente del sentido técnico que merece la cosa anuncian zapatos para pies infantiles defectuosos con plantilla fija, fabricadas tipo standar.

Por un momento fíjense Uds. en el contrasentido que tendría el que la esposa se empeñara en querer usar la dentadura de su marido o viceversa, a él de puede ir formidable, pues para eso se la hicieron a mediada, pero a ella seguro no le ajustaría, caería o en el último de los supuestos lo más fácil es que le provocara un fuerte dolor. O si quieren otro ejemplo, el de las gafas graduadas para ciertos ojos y otra persona con distintas diotrías quiera usarlas, seguro sería un grave perjuicio para su vista. Esto mismo ocurre con los pies. Las plantillas, si es que tiene que usarlas deben ser hechas totalmente a medida, es decir, una a una según los defectos de cada pie pues de lo contrario en vez de buscar un beneficio al mismo ocasionarían un perjuicio dándole una estructura falsa al esqueleto del pie, que a la corta o a la larga podría ser muy perjudicial.

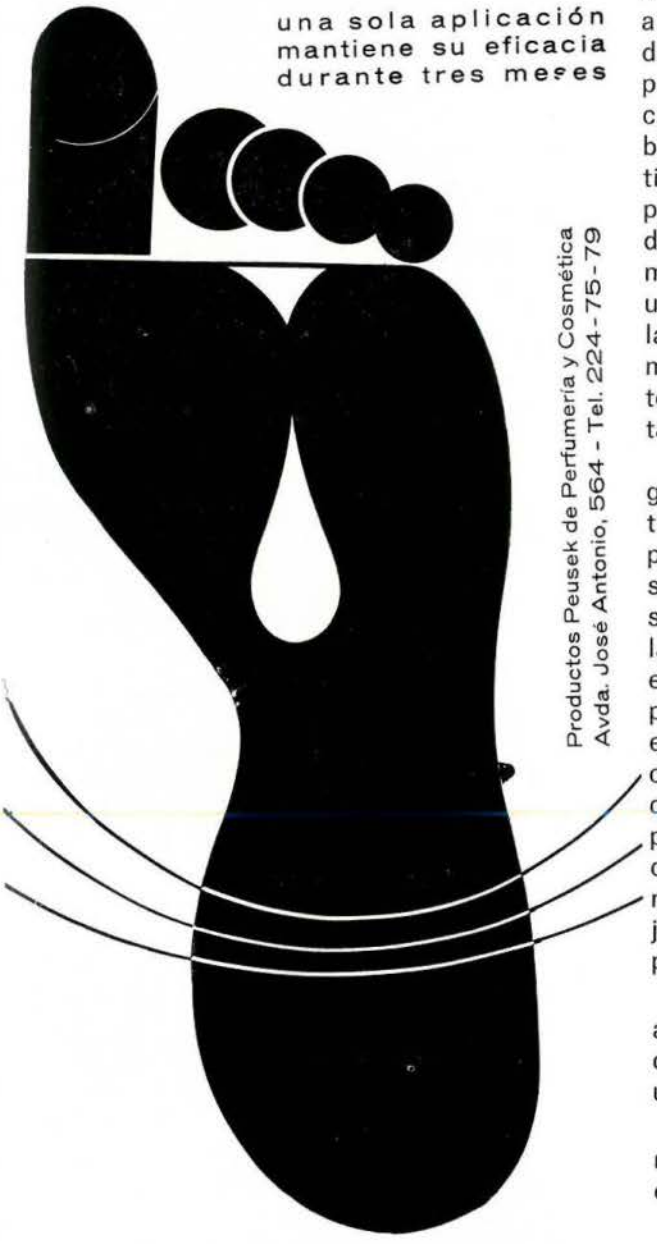
El pie, tanto del niño como del adulto, tiene unos apoyos vitales que son en la parte trasera el talón en el que recae todo su apoyo sobre el calcáneo y en el antepié las cabezas de los metatarianos y entre estas de una manera especial de 1.ª y la 5.ª por sufrir más presión, estando unidos por una bóveda formada en la parte interna por el cuerpo de los metartarsianos, cunas, escafoides y calcáneo. Esta bóveda no la tienen todos los humanos colocada en el mismo sitio, ya que puede depender mucho de la longitud de sus huesos. Así vemos que en una persona que tenga, por ejemplo, el n.º 37 de pie, puede tener un calcáneo corto y unos metatarsianos más largos o viceversa, unos metatarsianos más cortos y un calcáneo un poco más largo o puede tener un escafoides más ancho o más estrecho pudiendo existir infinidad de personas que calzando un mismo número, tengan el máximo de la bóveda plantar en sitio distinto, detalle este muy digno de tenerlo en cuenta, cuando se trata de intentar conseguir una corrección de la estructura del pie por medio de una prótesis.

Nos encontramos alguna vez con quienes acuden a nuestras consultas exponiendo que el médico de infancia, revisión del colegio, etc., han indicado que el niño precisa plantillas. Como que su hermano, su primo, vecino, etc., también llevaba y las últimas por habérseles hecho pequeñas las hacia dejado casi nuevas, las habían aprovechado para él. Esto todos Uds. comprenderan que es un grave error y estamos en el mismo caso de la dentadura o las gafas. Vemos por desgracia niños que las plantillas que llevaban estaban provocando un verdadero desastre a sus pies. Siempre tengan presente lo que les he dicho antes: Toda plantillas que no sea hecha totalmente a medida puede ser muy perjudicial para los pies del paciente. No compren nunca plantillas en un estableci-

para evitar el sudor de los pies...

Peusek
MARCA REGISTRADA

una sola aplicación
mantiene su eficacia
durante tres meses



Productos Peusek de Perfumería y Cosmética
Avda. José Antonio, 564 - Tel. 224-75-79

miento comercial tipo standar. No olviden nunca que las plantillas se deben hacer a medida y jamás se deben de vender aunque desgraciadamente hayan muchos desaprensivos que así lo hagan por el simple afán del lucro.

Otro de los problemas que quiero llamar a la atención de los padres es el capítulo calzado.

Es de suma importancia que el calzado y calcetines sean totalmente adecuados al pie del niño. Nunca se deben comprar zapatos demasiados justos ni llevar calcetines cortos, es decir, que vayan demasiado ajustados al pie. Los dedos tienen que tener libertad de movimientos y tener espacio suficiente para el crecimiento. No vayamos nosotros a caer en el mismo error que en algunos pueblos orientales que para embellecer la estética de los pies del niño les hacían usar zapatos más pequeños de lo que les correspondía a fin de frenar el crecimiento de los mismos, pues tal como pueden comprender es una gran aberración que en en la mayoría de las veces al llegar a la edad adulta costaba muchos disgustos y preocupaciones constantes por el déficit de funcionamiento que estas costumbres a la larga producían.

El zapato no tiene que ser demasiado holgado, pues dice un refrán que todos los extremos se tocan, pero sí, bien acomodado al pie del niño siendo a ser posible muy aconsejable que así como en la primera infancia sea zapato blando, en la edad escolar la suela sea de cuero, no de goma ni crepé, aunque esto tiene el inconveniente, visto desde el punto económico de ser más caro. Tengan en cuenta que un zapato con suela de goma o crepé a los pocos días de usarlo habrá adquirido todos los defectos posturales que presente el pie, en cambio, el de suela de cuero aunque también pueda adquirirlos es mucho más difícil, ya que su material no deja dominarse tan fácilmente como los otros por tener éste más rigidez.

A fin de que puedan tener Uds. una idea aproximada en lo que se refiere al número de calzado que corresponde al niño, les daré unas breves normas.

En el niño la longitud del pie está en plena relación con la talla estatuaria sin diferencia de sexo en el lactante, hasta llegar éste a

la primera infancia. A partir de la adolescencia es de todos sabido que existe una notable diferencia entre el pie del hombre y el de la mujer.

En el adulto, los números más frecuentes del calzado para el hombre son: 40, 41 y 42, siendo de ellos el más normal el 41. En la mujer el 36, 37 y 38, siendo el 37 el más usado.

El pie del recién nacido mide aproximadamente siete centímetros llegando a doblar esta longitud hacia los siete años, en que si observamos el mismo nos dará entre los catorce y quince centímetros de largo.

La rapidez con que crece el pie durante la infancia deben de tenerlo muy en cuenta llevando sistemáticamente un control estricto en el calzado, pues de lo contrario se exponen en caer en el error cometido por algunos familiares que al llevar a la consulta del podólogo al niño por haberle observado que cojeaba quejándose al mismo tiempo de dolor en los pies, habiéndolo examinado atentamente resulta que todo el mal no es otro que el haberle quedado corto sus zapatos.

Si los pies siguen un desarrollo normal, o sea, relacionado con la edad que tienen, el número de calzado tiene que ser aproximadamente según el siguiente escalado:

| *Edad* | *N.°* |
|---|---|
| 6 meses | 15 |
| 8 » | 16 |
| 10 » | 18 |
| 1 año | 19 |
| 1 » y medio | 20 |
| 2 » | 21-22 |
| 2 » y medio | 23 |
| 3 » | 24 |
| 3 » y medio | 25 |
| 4 » | 26 |
| 4 » y medio | 27 |
| 5 » | 28 |
| 5 » y medio | 29 |
| 6 » | 30 |

Hablando de calzado debo de advertirles de un peligro. A fin de dar mayor prestigio comercial y al mismo tiempo propaganda al establecimiento en algunos comercios se han instalado aparatos de RX a fin de poder comprobar si el pie del niño cae bien o no, dentro del zapato. Si los pies se miran una sola vez y por espacio de breves segundos, no hay nada que decir en contra, pero el mal consiste en que la mayor parte de las veces la mamá no va sola a la compra y como que el procedimiento no deja de ser curioso, van desfilando por el mismo uno tras otro, los demás hermanitos, la abuela, la tía o la vecina, etc., que a fin de poderlo ver mejor no se limitan cada uno a unos breves segundos sino que algunas veces la sesión tiene bastante más duración que la precisa y mientras tanto quien lo paga es el niño, que va recibiendo a sus pies infantiles una serie de radiaciones que hubiera podido muy bien ahorrárselas muy en beneficio suyo, ya que no favorecen nada a la estructura de sus huesos todavía en plena consolidación. Por tanto señores, mucha prudencia en el manejo de dichos aparatos.

Otra cosa muy digna de tener en cuenta y que es muy frecuente ver por la calle, es el típico casi del niño que ya ha aprendido a andar y sale a paseo con una persona mayor.

Todos hemos visto muchas veces niños pequeños que apenas alcanzan a dar la mano de su acompañante (fig. 11 y 12), sobre todo,

Fig. 11

si éste es un poco alto de estatura. La manera de andar del niño esforzándose para ello, aunque muchas personas no le dan importancia, puede ser muy perjudicial, ya que

Fig. 12

con esta postura pueden devenirle desviaciones óseas de columna y cadera principalmente y como consecuencia de las mismas, desviaciones en sus extremidades inferiores siendo grave la repercusión que para la deambulación puede tener no sólo para el momento actual, sino que incluso muchas veces para el futuro. Por tanto facilitemos al máximo su punto de apoyo, evitando que el niño tenga que realizar esfuerzoso para alcanzar nuestras manos haciendo que a pesar de la diferencia de estaturas su deambulación resulte totalmente normal evitando toda postura falsa.

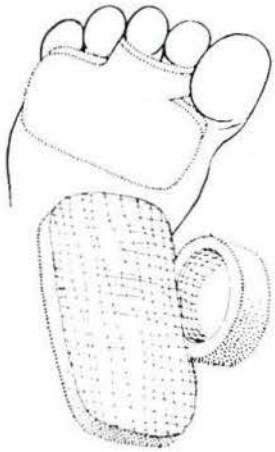
Y finalmente, tratando de vicios posturales en la deambulación de los niños otra incorrección postural que también se incurre muy frecuentemente en la edad escolar, es la manera de llevar la cartera al ir o venir del colegio.

Todos Uds. lo ven cada día por la calle. Vemos niños que llevan la cartera ya sea de mano ya en forma de bandolera cuyo peso es excesivo relacionado con su edad, siendo de una manera especial la más perjudicial la de mano ya que si observamos al alumno por delante o por detrás veremos que la mayoría de las veces la línea de su cuerpo se inclina de una manera desigual a fin de hacer espontáneamente contrapeso repitiéndose lo mismo en cuanto a postura de lo dicho sobre los niños que no llegan a dar la mano del acompañante. Por tanto el peso a llevar en dichas carteras debe ser sumamente controlado por los padres, ya que son muchas las veces que por el afán de lucir llevan en las mismas muchas más cosas que las necesarias pudiéndose evitar en parte este peso excesivo y por tanto regular fácilmente su postura, pero si por un motivo justificado es preciso llevar exceso de carga, se le debe de inculcar sea ésta repartida lo mejor posible aunque para ello haga falta ocupar las dos manos.

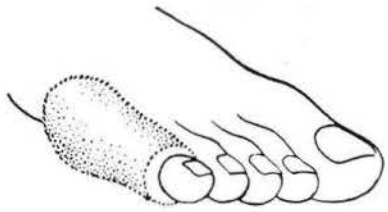
Y nada más señores. Muchas gracias por su atención y si ahora alguno de Uds. al salir quiere consultar alguna duda, puede hacerlo libremente pues no será para mi molestia alguna, antes al contrario, les contestaré con mucho gusto, poniéndome siempre a su disposición.

# Seton® S.A.

**Al iniciar sus actividades en Podología, saluda a los especialistas españoles poniendo a su disposición su nueva gama de productos específicos.**



**TUBITON**
**TUBIGRIP**
**DALZOFOAM**
**TUBIFOAM**
**PLANCHA DE LATEX ADHESIVA**
**TUBIPLAST - Adhesivo líquido estéril**
**PLANCHA DE FIELTRO**



**C/. Madoz, s/n.** **MATARO** **T. 390 38 78**

# Exploración funcional del pie

*Por José Cámara de la Hoz*
Podólogo
BARCELONA

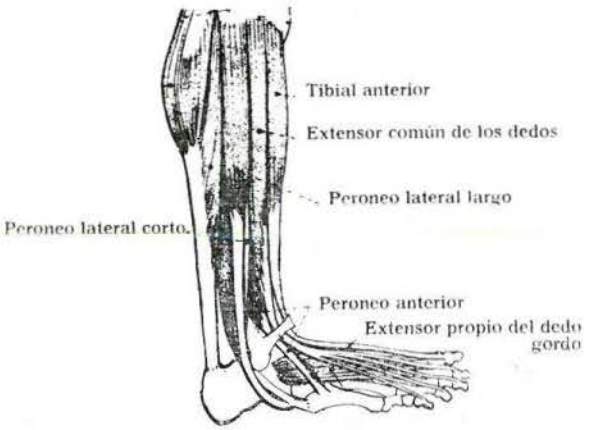
El desequilibrio de la fuerza o potencia muscular, es, en muchas ocasiones, la causa de alteraciones posturales de los movimientos de las articulaciones del pie y la dinámica.

Para poder hacer una correcta exploración funcional muscular del pie es necesario:

CONOCER LA TOPOGRAFIA DEL MUSCULO
DONDE SUS INSERCIONES: PROXIMAL Y DISTAL
MOVIMIENTO QUE EJECUTA EL PIE, CUANDO SE CONTRAE UN MUSCULO DETERMINADO
ES IMPRESCINDIBLE CONOCER TODOS LOS MOVIMIENTOS DEL PIE
QUE ES EL TONO MUSCULAR, HIPOTONIA, HIPERTONIA, CONTRACTURA, PARALISIS FLACIDA
LOS GRADOS DE VALORACION DE LA POTENCIA O FUERZA MUSCULAR

## TOPOGRAFIA, INSERCIONES Y MOVIMIENTOS DE LOS MUSCULOS

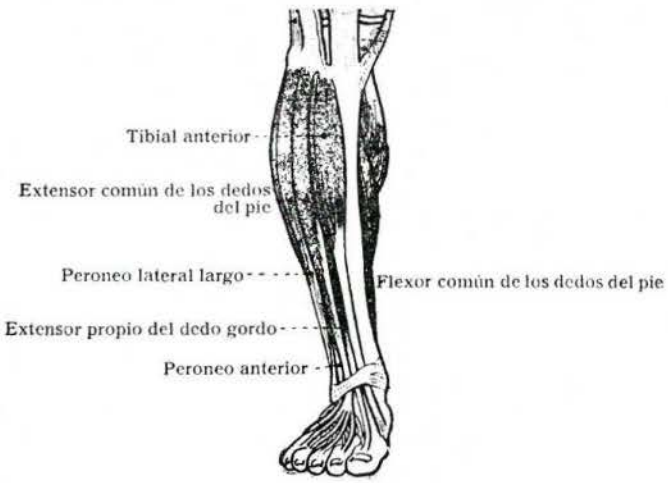
*Tibial anterior,* se inserta por su inserción proximal: 1.°, en la tuberosidad anterior y en la tuberosidad externa de la tibia, principalmente en el tubérculo, por lo común muy voluminoso, que está situado entre ambas, el cual, por este motivo, lleva el nombre de tubérculo del tibial anterior; 2.°, en la cara externa de la tibia, en sus dos tercios superiores; 3.°, en la parte interna del ligamento interóseo; 4.°, en la cara profunda de la aponeurosis tibial que lo cubre; 5.°, en el tabique fibroso que lo separa del extensor común de los dedos. De estas numerosas superficies de inserción, los haces constitutivos del músculo se dirigen verticalmente hacia abajo y se insertan, en la parte inferior de la pierna, en un tendón resistente, el cual pasa por debajo del ligamento anular anterior del tarso y viene a insertarse a la vez en *el primer cuneiforme (primera cuña) y en la extremidad proximal (por su parte superior) del primer metatarsiano.*




El tibial anterior, tomando por punto fijo la tibia, actúa sobre el pie, al cual imprime tres movimientos: 1.°, lo dobla sobre la pierna (flexión dorsal); 2.°, lo aproxima a la línea media (adducción); 3.°, le comunica un movi-

miento de rotación hacia dentro (supinación). Es, pues, *flexor dorsal, adductor y supinador.*

*Extensor propio o largo del dedo gordo,* está situado profundamente entre el tibial anterior y el extensor común de los dedos. Cubierto por ellos en su origen, se separa de los mismos en la parte inferior de la pierna. Se inserta por su parte proximal: 1.°, en la cara interna del peroné, en su tercio medio; 2.°, en la porción contigua del ligamento interóseo. Recibe además, cerca del tarso, un pequeño haz de la cara interna de la tibia. Por abajo o parte distal, su tendón terminal pasa primeramente, como el del tibial anterior, por debajo del ligamento anular, llegando de este modo a la cara dorsal del pie. Se hace oblicuo entonces un poco hacia adentro, a lo largo del borde interno del pie, y finalmente, viene a insertarse a la vez en *la falange metatarsiana y en la falange ungueal del dedo gordo.* Esta inserción terminal o distal se efectúa, ya por medio de un tendón, ya por una expansión fibrosa, en la parte superior y proximal de la falange.




Ante todo, este músculo extiende las falanges del dedo gordo sobre el primer metatarsiano (el metatarso). Actuando luego sobre el pie: 1.°, dobla el dedo gordo sobre el dorso del pie; 2.°, forzando la extensión del dedo gordo, flexiona el dorso del pie. Por tanto, el extensor del dedo gordo es auxiliar del tibial anterior.

*Extensor común de los dedos,* situado en la parte externa del tibial anterior, es un músculo aplanado de fuera a dentro, extendido desde la extremidad superior de la pierna a los cuatro últimos dedos. Se inserta, por su parte proximal: 1.°, en la tuberosidad externa de la tibia; 2.°, en los dos tercios superiores de la cara interna del peroné; 3.°, en la parte externa del ligamento interóseo; 4.°, en la cara profunda de la aponeurosis tibial; 5.°, en los tabiques fibrosos que lo separan del tibial anterior por dentro, y del peroneo lateral largo por detrás. De estas numerosas superficies de inserción, los distintos haces constitutivos del extensor común se dirigen hacia abajo y terminan en un tendón resistente, el cual aparece primeramente en el borde anterior del músculo. Este tendón situado por debajo del ligamento anular anterior del tarso, se divide inmediatamente en cuatro ramas o tendones secundarios, los cuales se dirigen divergiendo hacia los cuatro dedos últimos. Cada uno de ellos, al llegar a nivel de la articulación metatarso-falángica correspondiente, se divide en tres lengüetas, una media y dos laterales. La lengüeta media, deslizándose sobre la cara dorsal de la primera falange, viene a insertarse en la extremidad proximal de la segunda falange o falangina. En cuanto a las dos lengüetas laterales, ambas se unen en la cara dorsal de esta segunda falange, para venir a terminar en la parte proximal de la tercera falange o falangita.

El extensor común de los dedos ejerce primero su acción sobre *los cuatro últimos dedos, que los inclina (extensión) sobre el dorso del pie. Actuando secundariamente sobre el pie:* 1.°, *flexión dorsal;* 2.°, *lo sitúa un poco en abducción;* 3.°, *le imprime un ligero movimiento de pronación.*

*El peroneo anterior,* es un músculo aplanado transversalmente y por lo general muy delgado, el cual ocupa la parte inferior y externa de la región. Está situado inmediatamente por fuera del extensor común de los dedos, con el que está íntimamente unido en su origen. Se inserta, por su parte proximal, en la cara anterior del peroné, en su mitad inferior. Desde aquí, sus fibras se dirigen hacia abajo y adelante, extendiéndose a manera de las barbas de una pluma sobre el borde posterior de un tendón, el cual pasa por debajo del ligamento anular anterior del tarso y viene a fijarse, por una extremidad prolon-

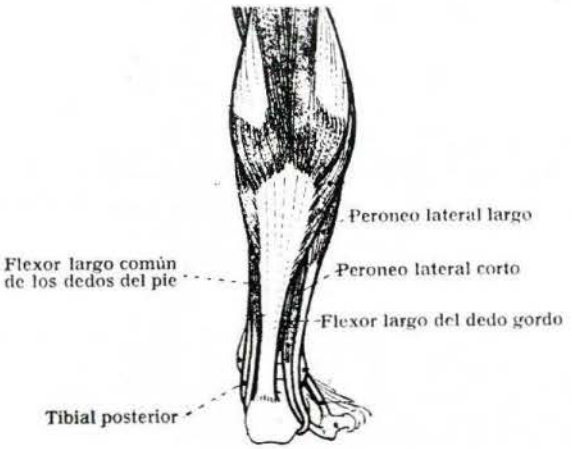
gada, en *la apófisis estiloides del quinto metatarsiano.*

El peroneo anterior es auxiliar poderoso del extensor común de los dedos (cuando éste actúa sobre el pie), el cual no es, por decirlo así, más que un simple haz, reforzando o acentuando los movimientos de: *flexión dorsal, abducción y pronación.*

*Peroneo lateral corto,* situado por debajo del peroneo lateral largo, pero mucho menos largo que él, el peroneo lateral corto se extiende desde la parte media de la pierna hasta el borde externo del pie. Se inserta, por su parte proximal: 1.°, en el tercio medio y algunas veces en los dos tercios inferiores de la cara externa del peroné; 2.°, en el borde anterior y externo del mismo hueso; 3.°, en los dos tabiques aponeuróticos anterior y posterior, que lo separan de los músculos vecinos. Desde aquí, sus fibras se dirigen hacia abajo y se insertan en la parte inferior de la pierna, alrededor de un tendón redondeado, el cual desciende hacia la parte posterior del maleolo externo, cruza la cara externa del calcáneo y termina en *la apófisis proximal del quinto metatarsiano* (prácticamente en el mismo sitio que el peroneo anterior, sólo un poco más externamente).

El peroneo lateral corto es abductor del pie, al cual imprime al mismo tiempo un ligero movimiento de pronación.

*El peroneo lateral largo,* el más largo y superficial de los dos, el peroneo lateral largo, se extiende de a parte superior y externa de la pierna al primer matatarsiano. Se inserta, por su parte proximal: 1.°, en la parte anterior y externa de la cabeza (epífisis proximal) del peroné; 2.°, en el tercio superior de la cara externa de este hueso; 3.°, en la cara profunda de la aponeurosis tibial; 4.°, en los dos tabiques fibrosos que lo separan de los músculos vecinos, el extensor común de los dedos, por delante y por detrás, los músculos de la región posterior de la pierna. De estas múltiples superficies de inserción, todas las fibras musculares se dirigen verticalmente hacia abajo. Un tendón largo y voluminoso, aplanado primeramente, después cilíndrico, las recoge, y continuando el trayecto del cuerpo muscular, desciende por detrás del maleolo externo. Rodea en seguida de atrás a adelante esta eminencia ósea, se desliza oblicuamente por la cara externa del calcáneo, se coloca en el canal del cuboides, atraviesa diagonalmente la cara inferior (la planta) del pie, y finalmente viene a insertarse en *el tubérculo externo de la extremidad posterior (epifisis proximal) del primer metatarsiano,* enviando, en la mayor parte de los




casos, una expansión bastante resistente a la cara inferior *del primer cuneiforme (primera cuña)* y una expansión más delgada *al primer músculo interóseo dorsal.* Durante este trayecto, como se ve tan complejo, el tendón del peroneo lateral largo se dobla dos veces y por consiguiente presenta dos codos: un primer codo, cuya concavidad dirigida hacia adelante, abraza al maleolo externo; un segundo codo, cuya concavidad, dirigida hacia arriba y adentro, está en relación con el borde externo del pie.

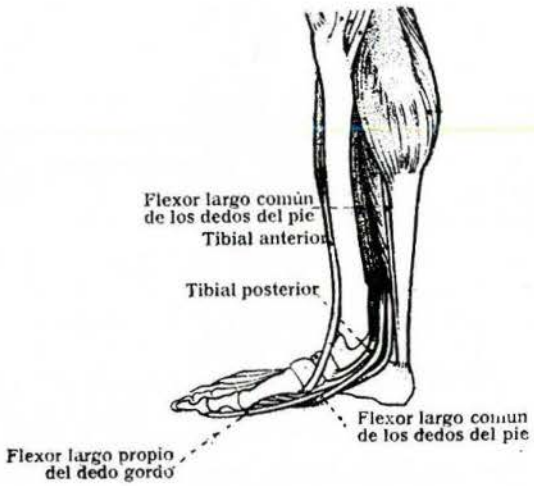
En el momento de meterse en el canal cuboideo, este tendón presenta comúnmente un abultamiento fibro-cartilaginoso, de forma ovoidea, susceptible de osificarse y de constituir de este modo un hueso sesamoideo.

Considerado desde el punto de vista de su acción, el músculo peroneo lateral largo es auxiliar del tendón de Aquiles (tendón resultante de la unión de los dos gemelos y el sóleo), pero el movimiento real del peroneo lateral largo, es el del pronador del antepie, este movimiento no se puede realizar si el tríceps sural no ha situado el pie en extensión, además, al pronar al antepie, lo sitúa ligeramente en abducción.

Por tanto, podemos decir: que el peroneo

lateral largo facilita *la extensión del pie, lo prona y favorece la abducción.*

*El gemelo externo, el gemelo interno y el sóleo,* estos tres músculos se reúnen por sus respectivas partes inferiores en un tendón común, *el tendón de Aquiles,* constituyendo, pues, un músculo tríceps, al que se designa con el nombre de tríceps *sural.*




Los gemelos son dos músculos voluminosos, aplanados, de forma oval, que nacen aisladamente en la extremidad infero-posterior del fémur, fusionándose algo más abajo de su origen y viniendo a insertarse, por un tendón común, en la parte posterior del talón. Forman, pues, un conjunto, un verdadero músculo bíceps. Se les designa además con el nombre de gastrocnemios (de vientre y pierna), porque a su presencia se debe el abultamiento posterior de la pierna (vientre de la pierna) o pantorrilla.

Los gemelos se distinguen, según su situación, en externo e interno.

*El gemelo externo* es comúnmente un ppco menos largo y menos grueso que el interno, pero presenta análogas inserciones. Como él, se inserta en la parte posterior del cóndilo externo del fémur: 1.°, por un tendón resistente, que se ensancha sobre la cara posterior del músculo y representa la porción principal; 2.°, por medio de fibras carnosas situadas por dentro de este último, las cuales se insertan directamente en el hueso. El tendón de origen del gemelo externo contiene con frecuencia un núcleo fibro-cartilaginoso, cuyo desarrollo es muy variable y es susceptible de osificarse, formando así un verdadero sesamoideo intra-tendinoso. Pfitzner lo ha encontrado 26 veces en 278 sujetos.

*El gemelo interno* se inserta en su mayor parte en el lado póstero-superior del cóndilo interno del fémur, un poco por detrás y debajo del tubérculo óseo, donde viene a terminar el abductor mayor: esta inserción se hace por medio de un tendón muy grueso y muy resistente, el cual es relativamente estrecho en su origen, extendiéndose en seguida sobre la parte posterior e interna del músculo, en una ancha aponeurosis, a la que se puede seguir hasta el cuarto inferior. Este haz, haz principal del gemelo interno, está reforzado en su parte externa, por consiguiente del lado del hueco poplíteo, por una serie de haces carnosos que se implantan directamente en el cóndilo.

Las fibras constitutivas de los dos gemelos, cualquiera que sea su origen, ya se desprendan del fémur por medio de un tendón o ya se implanten directamente en el hueso, todas se dirigen hacia abajo y adelante y vienen a terminar en la cara posterior de una ancha aponeurosis, que ocupa la mayor parte de la cara anterior del cuerpo muscular; tiene, en efecto, una altura sensiblemente igual a la del músculo mismo, y por otra parte hacia arriba hasta cerca de los cóndilos. Esta aponeurosis, verdadero tendón terminal de los gemelos, se estrecha a medida que desciende. Se separa enteramente de la porción carnosa de los gemelos en la parte media de la pierna y se une, un poco más abajo, con el tendón terminal del músculo sóleo.

*El sóleo,* llamado así a causa de su forma, que se compara a la suela de un zapato, es un músculo a la vez muy ancho y grueso, situado debajo de los dos gemelos.

Se inserta, por su parte proximal, en el peroné, en la tibia y, entre estos dos huesos, en un arco fibroso que los une entre sí. Las inserciones peroneas se verifican: 1.°, en la parte postero-interna de la cabeza del peroné; 2.°, en la mitad posterior de su borde externo; 3.°, en el tercio posterior de su cara posterior. Las fibras carnosas se insertan en el hueso por medio de una aponeurosis a la vez muy ancha, muy gruesa y muy resistente, la cual se extiende sobre la cara anterior del

cuerpo muscular. Las inserciones tibiales tienen lugar: 1.°, en la línea oblicua de la tibia, inmediatamente por debajo del poplíteo; 2.°, en el tercio medio de su borde interno. Aquí también los haces carnosos se insertan en el hueso por medio de una ancha aponeurosis, la cual, como la anterior, corresponde al plano anterior del músculo. Las inserciones intermediarias al peroné y a la tibia se efectúan en una cinta fibrosa dispuesta en arco y llamada arco del sóleo, que nace por fuera, en la cabeza del peroné. Desde aquí se dirige oblicuamente hacia abajo y a dentro, viniendo a terminar a nivel de la línea oblicua de la tibia, en parte en esta línea oblicua y en parte en la aponeurosis del poplíteo.

En resumen, abstracción hecha de la inserción en el arco, inserción que, por decirlo así, es accesoria, el sóleo se inserta en el peroné y en la tibia por medio de dos láminas fibrosas, ambas muy largas y muy anchas, las cuales están en relación con el plano anterior del músculo, y, aunque primitivamente distintas, no tardan en reunirse por sus bordes correspondientes para formar una sola lámina. Pero hay que advertir que, si la mayor parte de las fibras constitutivas del sóleo nacen en la cara posterior de esta lámina fibrosa, existen, sin embargo, cierto número que se desprenden de su cara anterior. Resulta de ello que la línea en cuestión, a pesar de estar más cerca de su cara anterior del músculo que de su cara anterior del músculo que de su cara posterior, en realidad se encuentra situada en su espesor; es la aponeurosis intra-muscular del sóleo de los cirujanos, punto de referencia muy importante para la ligadura de la tibial posterior.

Cualquiera que sea su origen, las fibras del sóleo se dirigen todas hacia abajo: las fibras medias, verticalmente; las fibras externas, oblicuamente hacia abajo y adentro; las fibras internas, oblicuamente hacia abajo y afuera. Finalmente, se inserta en la cara anterior y en los bordes de una nueva aponeurosis de terminación que, extendiéndose por la cara posterior del cuerpo muscular, sube hasta el tercio superior de la pierna. Esta aponeurosis, muy ancha por arriba, muy ancha también en su parte media, se estrecha a medida que desciende, y al llegar a 4 ó 5 centímetros por encima del calcáneo, se une con la aponeurosis de los gemelos para formar el tendón de Aquiles. Esta unión de las dos láminas aponeuróticas o tendinosas se hace siguiendo una línea que es oblicua de arriba abajo y de fuera a dentro. Por medio del tendón de Aquiles, el sóleo se inserta en *el calcáneo.*

El tendón de Aquiles es, pues, el tendón común de los gemelos y el sóleo. Continuando la dirección de los músculos de los cuales emana, se dirige verticalmente hacia abajo, pasa por detrás de la articulación tibio-tarsiana, gana la cara posterior del calcáneo y viene a insertarse, por una extremidad ligeramente ensanchada, en la mitad inferior de esta cara. El tendón de Aquiles es, sin duda alguna, el más voluminoso y el más fuerte del cuerpo humano, su longitud es de 5 ó 6 centímetros, su anchura media por detrás de la articulación tibio-tarsiana, en cuyo punto es mínima, es de 12 a 15 milímetros; su espesor, al mismo nivel, tiene 5 ó 6 milímetros.

Los gemelos y el sóleo, actuando a través del tendón de Aquiles sobre el talón (calcáneo), eleva esta eminencia ósea y así extiende el pie sobre la pierna. Si el pie descansa en el suelo, los gemelos y el sóleo levantan el talón, levantando al mismo tiempo el miembro inferior y el tronco entero. Son, pues, los músculos esenciales de la marcha y del salto.

*El tibial posterior* está situado profundamente entre los dos flexores de los dedos del pie, que le son paralelos.

Se inserta por su parte proximal: 1.°, en la línea oblicua y en la cara posterior de la tibia, por debajo y por fuera del flexor tibial; 2.°, en la porción de la cada interna del peroné que está situada por detrás del ligamento interóseo; 3.°, en los tercios superiores de este ligamento interóseo; 4.°, en los tabiques fibrosos que lo separan de los dos flexores largos.

Desde estas numerosas y extensas superficies de inserción, las fibras carnosas del tibial posterior se dirigen hacia abajo alrededor de un tendón largo, el cual aparece en la parte superior del músculo, bajo la forma de una aponeurosis dirigida de delante atrás. Este tendón, situado primeramente por fuera del flexor común de los dedos, cruza este último en la parte inferior de la pierna, ocu-

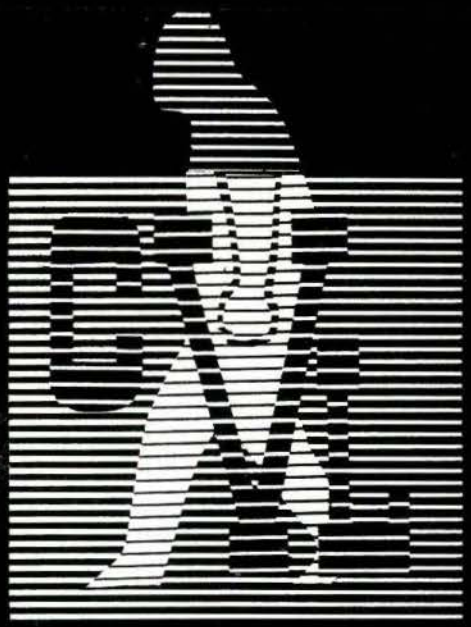
# constantino velasco laínz

*y*

# BERKEMANN

*en*
*colaboracion*
*con*
*la revista española de*

## PODOLOGIA



*ofrece a los podólogos*
*una gama completa*
*de*
*artículos para los pies*

CENTRAL (Oficinas). — Santiago Bernabéu, n.° 4.
Tels. 261 98 75 y 261 44 15. — MADRID-16

ALMACEN. — General Franco, n.° 42.
Tel. 208 98 36. — MADRID-19

DELEGACION CATALUÑA Calle Mallorca, n.° 336 (esq. Avda. Grmo.).
Tel. 257 76 05. — BARCELONA-9

Prótesis de plástico, corcho, cuero, cuero y metal. — Protectores de Hallux Valgus. — Separadores de dedos. — Protectores planta del pie. — Cuñas y almohadillas metatarsales. — Accesorios para la aplicación de plantillas. — Sandalias fisiológicas de madera. — Soportes de cazoleta de Ortholen. — Planchas de PLEXIDUR. — Planchas de ORTHOLEN. — Planchas de PRENYL. — Planchas de HYDROLANYON, etc.

pando sucesivamente la parte anterior y la interna. Colocándose en seguida detrás del maleolo interno, lo rodea de arriba abajo y de atrás adelante para dirigirse hacia el tubérculo del escafoides. Termina en este tubérculo, enviando expansiones a las tres cuñas y a los tres metatarsianos medios.

El tendón terminal del tibial posterior presenta, a nivel de su inserción escafoidea o un poco por detrás de esta inserción, un núcleo fibro-cartilaginoso, cuya existencia es bastante común. Este núcleo es susceptible de osificarse, constituyendo de este modo un verdadero sesamoideo intra-tendinoso.

La acción del tibial posterior es la de supinar el pie en extensión, imprimiéndole al mismo tiempo un movimiento de adducción. En razón de su oblicuidad, este músculo podemos considerarlo auxiliar del tríceps sural, puesto que contribuye a la extensión del pie.

*Flexor largo del dedo gordo,* el más externo de los músculos de la capa profunda, se extiende del peroné al dedo gordo.

Se inserta por su parte proximal: 1.°, en los dos tercios inferiores de la cara posterior del peroné; 2.°, en el tabique fibroso que lo separa del grupo de los peroneos laterales; 3.°, en la parte inferior del ligamento interóseo.

De estas numerosas superficies de inserción, las fibras musculares se dirigen hacia abajo y un poco hacia adentro y terminan alrededor de un largo tendón, que ocupa casi toda la altura del músculo. Este tendón terminal corre sucesivamente: 1.°, sobre la cara posterior de la extremidad inferior de la tibia dentro de un canal especial; 2.°, dentro de la corredera oblicua (en la cara posterior del astrágalo); 3.°, dentro de la corredera calcánea interna. Llegando a la región plantar, cruza la cara profunda del tendón del flexor común, entonces se coloca entre los músculos de la cápsula interna y los músculos de la cápsula media y llega al dedo gordo, donde termina en la extremidad proximal de la segunda falange.

Al penetrar en la región plantar, el flexor propio del dedo gordo envía una rama de bifurcación, a menudo muy voluminosa, a los tendones del flexor común; esta rama, que ha sido estudiada por varios autores, termina comúnmente en los dedos segundo y tercero. Es, por lo demás, constante, y algún autor considera que la denominación del flexor propio, dada al músculo que nos ocupa, es un error.

Este músculo dobla primeramente las falanges del dedo gordo y las de los otros dedos en los cuales se inserta. Secundariamente, extiende el pie sobre la pierna.

*Flexor largo común o flexor tibial de los dedos,* el más interno de los músculos de la capa profunda, el flexor común de los dedos, se extiende de la parte media de la tibia a los cuatro últimos dedos.

Se inserta en su parte proximal: 1.°, en el labio inferior de la línea oblicua de la tibia, inmediatamente por debajo del sóleo; 2.°, en el tercio medio de la cara posterior de la tibia; 3.°, en el tabique fibroso que lo separa del músculo tibial posterior.

De estas diferentes superficies de inserción, las fibras carnosas se dirigen verticalmente hacia abajo y viene a reunirse en la cara anterior de un tendón resistente, el cual sube muy arriba en el interior del músculo. Este tendón terminal pasa primeramente por detrás del maléolo interno, colocado en una corredera que le es común con el tendón del tibial posterior. Después cambia de dirección, se dirige adelante y abajo, y atraviesa la corredera calcánea interna, pasando por debajo de la apófisis menor del calcáneo. Llega a la región plantar, cruza en X al tendón del flexor del dedo gordo, que está situado más profundamente, tiene a su lado externo el músculo accesorio o cuadrado y, finalmente, se divide en cuatro tendones terminales. Estos tendones se dirigen divergentes hacia sus dedos respectivos y, llegados a las falanges, se comportan del mismo modo que los tendones del flexor profundo o perforante de los dedos, sus homólogos del miembro superior. Se insertan, por consiguiente, en *la extremidad proximal de la tercera falange.*

Este músculo dobla ante todo los cuatro últimos dedos sobre el pie (flexión plantar), y luego colabora con el tríceps sural en la extensión del pie.

## TONO MUSCULAR

El tono muscular es el estado de tensión elástica, o sea, de leve contracción, que presenta el músculo en reposo; de esta forma, el músculo está siempre dispuesto a entrar en contracción cuando apenas llegue el impulso de los centros nerviosos, sin tener que perder un tiempo precioso que sería necesario superar para iniciar la contracción si el músculo estuviera en un estado de relajación completa, es decir, sin tono. (Podríamos comparar el tono muscular —haciendo un parangón deportivo— con la actitud tensional y vibrante de un portero de fútbol dispuesto a lanzarse cuando está preparado para impedir un gol.)

Hipotonía e hipertonía son los estados anormales de disminución y aumento del tono; atonía es la pérdida completa del mismo.

*Hipotonia o atrofia.* Se la reconocerá:

A la palpación: por una blandura, o incluso por una flacidez anormal de la masas musculares.

Funcionalmente: por la posibilidad de un juego articular anormalmente extenso; y en una «hiperpasividad» muscular, que se traduce por una amplitud exagerada de los movimientos de bamboleo imprimidos al pie del sujeto.

La interpretación será distinta según que la hipotonía se acompañe o no de parálisis.

Sin parálisis o paresia asociada evocará:

En primer lugar, una lesión de las vías de la sensibilidad: nervios, raíces sensitivas o cordones posteriores (E. de Friedreich, y sobre todo tabes, en el curso de la cual la hipotonía permitirá en ocasiones verdaderas dislocaciones).

Puede igualmente traducir una lesión cerebelosa.

Finalmente puede observarse a veces, de modo unilateral, en el curso de las lesiones vestibulares periféricas.


Scholl

ORGANIZACION MUNDIAL PARA EL CONFORT DE LOS PIES

FABRICAS Y GABINETES DE APLICACION EN LAS PRINCIPALES POBLACIONES DEL MUNDO

**Se honra en colaborar con los Sres. Podólogos, poniendo a su servicio su larga experiencia en la especialidad y las reconocidas, calidad y eficiencia técnicas de sus preparados, remedios y aparatos para la higiene de los pies, la corrección de sus defectos y el alivio de sus molestias.**

Amplia información técnica de carácter general o sobre cualquier caso particular. Visítenos.

- Plantillas ortopédicas a medida y pre-fabricadas, en cualquier tipo o medida; de metal, plástico, goma, etc., para pie plano, metatarsalgia, pes-cavus, espolón de calcáneo y otras anormalidades del pie.
- Medias para varices, tobilleras y rodilleras.
- Taloneras - Protectores de juanetes - Separadores de dedos.
- Almohadillas y plantillas de latex espumoso para plantas sensibles.
- Sales, Polvos y Crema Pédico para la higiene de los pies.
- Polvos Bromidrosil para excesiva transpiración maloliente.
- Parches y discos protectores (SIN CALLICIDA).
- Crema SOLVEX para pie-atleta.
- Vendaje elástico ARCH BINDER para pie abierto.
- Vendaje elástico con elevación para apoyo de arco metatarsiano.
- Almohadillado adhesivo PROTECTO PAD para proteger cualquier punto sensible del pie.
- Reductor de hallux-valgus BUNION SPRING.
- Reductor de dedo en martillo HAMMER TOE SPRING.
- Vendajes tubulares patentados GASATUB (Tubegauz).
- Sandalias fisiológicas PESCURA con diseño especial patentado.

Central en ESPAÑA: Rodríguez San Pedro, 5 - MADRID (15) - Tel. 224 75 66

La hipotonía con parálisis asociada produce el tipo llamado «Parálisis flácida» que se observará:

Sea en el curso de las lesiones de la neurona periférica (poliomielitis, radiculitis, neuritis).

Sea a veces en el curso de lesiones particularmente graves de la neurona central, basándose entonces el diagnóstico diferencial de las parálisis flácidas por afectaciones periféricas en la demostración de un signo de Babinski, en la existencia de trastornos esfinterianos y en la cualidad de las reacciones eléctricas.

*Hipertonía o hipertrofia.*

Es cuando el desarrollo del músculo supera su volumen normal, no se debe al aumento de las fibras que lo forma, sino a un aumento del volumen de éstas. La hipertonía puede ser de naturaleza funcional (o sea, por el trabajo, deportes, etc.), inflamatoria y por estancamiento (estasis local) de sangre venosa o de linfa.

*Contractura muscular.*

Estado de contracción persistentes e involuntaria de uno o más músculos provocado por el exceso de tono muscular. Inmoviliza la extremidad en posición viciosa y precisamente en extensión o en flexión, según participen en la contractura los músculos extensores o flexores. En relación con su origen, las contracturas pueden ser miopáticas (afección muscular en general) y neuropáticas (enfermedad nerviosa en general, tanto de naturaleza orgánica como funcional), provocadas por causas patógenas que inciden directamente o bien sobre los músculos que se contraen o bien sobre los centros nerviosos centrales y los nervios periféricos motores que inervan dichos músculos, respectivamente.

Las contracturas pueden ser, o no ser, dolorosas, depende de la acción refleja que la motive, la cual determinará al mismo tiempo que los movimientos posturales estén más o menos limitados.

Cuando dura mucho tiempo la contractura, el fenómeno postural provoca el acortamiento muscular y tendinoso, con el consiguiente defecto para la deambulación.

*Los músculos pueden estar total o parcialmente paralizados.*

Esto ocurre cuando, por causa (afección en el sistema nervioso cental o periférico) determinada o indeterminada, quedan afectadas las respuestas motoras de la voluntad.

Para la valoración de la potencia o fuerza de los músculos, se han estudiado muchas técnicas. Yo, expongo la que a mi juicio es más práctica y concreta.

*La valoración muscular la haremos del cero grado al quinto, o sea, seis grados.*

Estos seis grados de valoración los dividiremos en dos grupos:

El primer grupo lo formarían los grados cero, uno y dos, por estar su potencia funcional por debajo de la resistencia que le opone al pie la acción de la gravedad.

El segundo grupo lo formarían los grados tres, cuatro y cinco, pues estos tres grados están por encima de la acción de la gravedad.

*Cero.* — Cuando no se percibe contracción muscular ni tendinosa.

*Uno.* — Notamos contracción perceptible por la palpación del músculo o del tendón, pero no puede efectuarse ninguna clase de movimiento activo.

*Dos.* — La contracción del músculo es perceptible en toda su extensión, el músculo puede realizar movimientos activos, siempre que lo desgravemos, lo que podemos conseguir sumergiéndolo en agua o bien buscando una posición en la cual quede eliminada la acción de la gravedad.

*Tres.* — Esta fuerza le permite al músculo realizar su movimiento activo, venciendo al mismo tiempo: el peso específico del pie, más la acción de la gravedad.

*Cuatro.* — El músculo, además del peso del pie y de la acción de la gravedad, puede vencer una resistencia prudencial que se le oponga.

*Cinco.* — Es cuando el músculo está totalmente en condiciones de realizar toda su función con normalidad.

# BURSITIS Y SU INSTAURACION PEDICA

Por VICTOR FANO
Podólogo
BILBAO

Esta afección es una de las más frecuentes complicaciones que se nos suelen dar en nuestras cotidianas tareas profesionales, y considero que es un tema muy interesante, ya que de él se ocuparon en el II Congreso Internacional de Podología celebrado en París en el año 1961, como una afección que pueden padecer los tejidos del pie sobre los que recaigan grandes o pequeños traumatismos pero repetidos.

Antes de pasar de lleno al proceso, diré que en el cuerpo existen muchas bolsas que están destinadas generalmente a resistir la fricción entre dos superficies, y el tamaño y fase de desarrollo dependen de las fricciones o traumas que se producen en las zonas afectadas; estas bolsas pueden ser *congénitas* (hereditarias), que no son interesantes más que en lo referente al calcáneo, y *adquiridas*, y en todos los casos se pueden considerar como la respuesta beneficiosa a la presión y a la fricción, pero a veces se convierten en bolsas patológicas, por ejemplo, la de los juanetes.

El verdadero valor de la bolsa radica en que se acomoda al movimiento de vaivén o roce; sin embargo, la presión contribuye a que la fricción sea más intensa. Una bolsa normal no está completamente llena de líquido y está destinada para permitir el movimiento de deslizamiento.

Aunque existen muchas bolsas localizadas en los pies, solamente nos vamos a referir a las verdaderamente importantes para nosotros los Podólogos.

Existen dos bolsas localizadas en la parte posterior del talón que, a menudo, son propensas a la irritación. La primera de ellas, verdadera bolsa congénita, reside como estructura irregular entre el calcáneo y el tendón de Aquiles. Se forma en la parte rugosa, a un centímetro aproximadamente por encima del calcáneo, y sobresale algo a ambos lados del tendón de Aquiles. Esta bolsa, muy voluminosa y con numerosas involuciones, actúa como mecanismo contra la fricción entre las superficie rugosa del hueso y el tendón. Una bolsa, también prácticamente constante, se desarrolla en el tejido subcutáneo entre el tendón y la piel.

Sobre la primera articulación metatarsofalángica se forma comúnmente una bolsa adquirida. Es la bolsa que tan a menudo se asocia con el Hallux-Valgus. Esta bolsa se produce en el tejido subcutáneo situado por encima de la articulación, igual que la que se forma sobre la cabeza del quinto metatarsiano. Estas bolsas son las de más frecuente localización, pueden producirse otras como las formadas en la superficie plantar de la primera y quinta articulación metatarsofalángica, interdigitales y sobre las articulaciones interfalángicas de los dedos, pero a estas últimas se las puede considerar como estructuras fisiológicas y se irritan pocas veces.

Las bolsas, como se observa, se forman generalmente sobre las prominencias óseas.

Tal proceso se observa frecuentemente en el dorso del pie; donde la prominencia a nivel de las uñas se halla constantemente irritada por las hebillas o cordones de los zapatos.

## ETIOPATOGENIA BURSAL EN EL PIE

La formación es a menudo tan sutil en su origen que es difícil determinar su comienzo. El espacio que primeramente se produce a consecuencia de la separación de las células se llena simplemente con linfa. Si persiste el movimiento originario, el espacio se organizará como una verdadera capa funcional y el líquido segregado gradualmente va perdiendo su carácter semejante a la linfa, se hará más viscoso y mostrará una consistencia sinovial normal. Cuando llega a esta fase de desarrollo, la bolsa se hallará sujeta a los mismos procesos inflamatorios que pueden producirse en las bolsas congénitas.

Muchas bolsas suelen ser indoloras aun cuando están distendidas por líquido, actuando como almohada eficiente contra la fricción.

En la mayoría de los casos la inflamación de la bolsa se produce por dos mecanismos: el traumatismo y la fricción.

El movimiento oscilante o fricción es el que debería ser neutralizado por la bolsa, adquiere mayor intensidad que la capacidad protectora del saco, el cual responde, con un aumento del aporte sanguíneo y una mayor actividad de las células secretoras. Esta hipersecreción es causa del aumento del líquido contenido en el saco que actuará de amortiguador eficaz ante el trabajo extraordinario que se ve obligado a realizar.

Si se produce una excesiva colección de líquido, éste tenderá a buscar salida. Habrá, pues, la posibilidad de que se forme un trayecto hacia la superficie cuando se fragua una salida por la extirpación de un heloma. En estos casos, se hará una delgada membrana fibrosa interpuesta entre el heloma y el saco de la bolsa, que podrá romperse con facilidad, permitiendo la salida de la sinovia que contiene. Cuando esta fístula se halla bien constituida, el orificio se fibrosa y mantiene un canal permanente de desagüe, es decir, se fistuliza. La exudación de sinovia tiende a producir un tapón coagulado en la superficie, que pueden presentar el aspecto de un heloma, pero que, si se examina atentamente, se observará que consta de una substancia mucho más blanda que el tejido queratinizado. La secreción de la bolsa puede también abrirse camino hacia la cápsula articular por un canal fistuloso.

La fase aguda se caracteriza por procesos inflamatorios más acusados, presentándose la zona enrojecida, tumefacta y dolorosa.

La infección generalmente se produce por la entrada de gérmenes nocivos a través de un contacto con el exterior. Cuando se abre la bolsa, una gran zona de superficie mucosa se halla en contacto con posibles fuentes de infección; esta infección se revelará por una zona de inflamación que se extenderá más allá de la zona inmediata de la bolsa, la cual si es discreta se podrá resolver muchas veces sin que forme pus, ya que pueden reabsorber por la propia resistencia orgánica. Muchos casos llegan a la supuración de pus, que pueden esparcirse a los tejidos adyacentes, como las cápsulas articulares o las vainas tendinosas. La infección estreptocócica o estafilocócica pueden mostrar una tendencia a producir una infección generalizada a todo el dorso del pie.

Este grave proceso es de más fácil presentación si no existe el adecuado drenaje mediante un orificio fistuloso.

La fase crónica de la bursitis no es, estrictamente hablando, de tipo inflamatorio; es más bien el producto de la inflamación, es decir, un proceso post-inflamatorio.

La bursitis crónica puede ser el efecto tardío de un proceso agudo a producirse simplemente como resultado de traumatismos repetidos. Generalmente no existe dolor, a menos que se produzca una irritación posterior.

Estas bursitis crónicas o subagudas son asiento de depósitos de fibrina que se forman en el interior y alrededor del saco y en muchas ocasiones llegan a adherirse, mediante estructuras fibrosas, a tejidos como la cápsula articular y entonces dejan de ejercer la función de movilidad lateral y se convierten en simples amortiguadores que absorberán la presión directa, solamente perdiendo su acción protectora al deslizamiento o fricción.

## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Existen solamente tres afecciones que pueden confundirse con la bursitis: el ganglión, la gota y la sinovitis.

EL GANGLION. — Es un quiste lleno de una sustancia espesa y gelatinosa y se origina en las estructuras ligamentosas o tendinosas, siendo realmente una hernia de la vaina tendinosa, eventualmente también puede ser por una comunicación de una cápsula articular.

A menudo se presentan como una bolsa muy distendida, pero no se forman sobre la prominencia de la articulación, sino en posiciones adyacentes, a veces por delante pero generalmente por detrás de la prominencia ósea.

Los gangliones, por regla general, son totalmente indoloros a menos que realicen alguna comprensión sobre estructuras nerviosas.

LA GOTA. — A menudo muestra una tumefacción, particularmente en la vecindad del dedo gordo, pero no se presenta tan localizada como el engrosamiento de la bolsa. La zona afectada se presenta congestionada con fluctuación discreta o nula. El aspecto nodular típico del gotoso basta generalmente para diferenciar ambas afecciones, además la región muestra un color rojo oscuro y el movimiento es extremadamente doloroso en cualquier dirección.

LA SINOVITIS. — En fase aguda es un proceso muy doloroso que crepita al tacto e impide apoyar el pie en el suelo. Toda la zona de la articulación es de un color rojo brillante y se produce un dolor intenso al menor movimiento de la articulación. No existe fluctuación, y una zona bastante amplia alejada de los límites de la bolsa, se muestra tensa y con signos evidentes de inflamación.

En la forma subaguda los síntomas son menos acentuados, pero en la exploración se apreciará dolor en toda la articulación a poco que se presione sobre ella.

## TRATAMIENTO

Tanto en la bursitis traumática (crónica) como infectiva, el objeto principal del tratamiento debe ir encaminado a restablecer el estado fisiológico de la bolsa.

Por consiguiente, en términos generales, el tratamiento debe intentar combatir la inflamación y acelerar lo más rápidamente posible la reabsorción del exceso de líquido contenido en el saco. Cuando se produce como consecuencia de traumatismo, el tratamiento debe encaminarse a combatirlo proporcionándole el suficiente reposo a la articulación para que la inflamación remita lo más rápidamente posible.

El tratamiento se realiza generalmente por medios mecánicos y por acción medicamentosa. La acción medicamentosa no debe considerarse como método primordial, ya que aunque la inflamación puede combatirse eficazmente con este procedimiento, es fácil que recidive el proceso si persiste el traumatismo causante.

El reposo adicional puede conseguirse por medio de pequeñas prótesis (modificables según cada caso particular) y han de ser blandas o a lo sumo de fieltro para que sean perfectamente toleradas.

De todos es bien conocida la terapéutica medicamentosa, así que solamente voy a enumerar los medicamentos de más frecuente uso.

En el tipo infectivo son muy útiles las fomentaciones calientes, así como el baño del pie con agua salada para ejercer una acción limpiadora sobre los tejidos; asimismo es muy útil el baño de pies con una solución débil de permanganato potásico, por ejemplo, al 1/4.000, debido a su favorable acción por la liberación de oxígeno. En las clases subagudas es importante la aplicación con las debidas reservas (contraindicaciones) el uso del DEMSODROX, la que el objeto principal es estimular la reabsorción de la secreción excesiva y disminuir la inflamación. Mediante esta acción la presión del interior del saco disminuirá y por tanto remitirá rápidamente el dolor. La presencia de cualquier erosión o fístula debe considerarse como una contraindicación a este procedimiento. El yodo cumple a la perfección este cometido empleándolo en solución rebajada (1/40).

# No sabemos si es mucho pedir

A título informativo para todos los compañeros agrupados, nos permitimos dar cuenta de la composición de la Junta o Comisión que forma el cuadro de la REVISTA PANA-

Director
**Manuel J. Mato**

Administrador
**Mateo Obrador**

Periodista-Editor
**Andrés Beltrán**

**COLABORAN EN ESTE NUMERO:**

| | |
|---|---|
| **Redacción:** | Catalina Zlachevsky<br>Francisco P. Prack |
| **Arte:** | Horacio Merel |
| **Corrector:** | Enrique A. Christmann |
| **Fotografías:** | Antonio Obrador |
| **Traducción:** | Paulina Zlachevsky |
| **Archivo:** | Rafael C. Caballero |
| **Expedición:** | Ana Alvarez<br>M. Elba Nacher |

MERICANA DE PODOLOGIA órgano de la Asociación Argentina de Podólogos. Quizás a la vista de las personas que en una u otra forma ayudan con su personal esfuerzo a la confección y divulgación ordenada de dicha Revista, quizás nos demos cuenta todos de que, a nosotros, desgraciadamente, nos hace falta un equipo similar. Nos hace falta encontrar a las personas, a los compañeros, a los amigos que, sintiendo en su ser la Especialidad, brinden esa ayuda y esa colaboración que tan necesaria nos es.

No basta con criticar. No basta con buscar defectos. Lo mejor, lo verdaderamente eficaz, es dar soluciones. ¿Las hay? Sí. Sin dudarlo muchas hay y todas a nuestro alcance. Entonces, si es así, ¿por qué no llevarlas a la práctica? ¿Qué es lo que falla? ¿El sistema. No. Lo que falla es el individuo. ¡Ahí está el problema!

Hace ya cinco años que tomé bajo mi responsabilidad la por aquel entonces agradable tarea de confeccionar, ordenar, clasificar, repartir nuestra Revista Española de Podología. Desde un principio no confié solamente en mi mejor buena voluntad. Confiaba ciegamente en la colaboración de ese numeroso grupo de compañeros de profesión repartidos por toda España creyendo que ellos, al igual que yo, aportarían su granito de arena en pro de los demás. Creía en ese agradecimiento que todos y cada uno de nosotros debemos sentir por la Podología que tanto nos ha dado en una u otra forma. Pero desgraciadamente no es así. Parece mentira, pero no es así. La Redacción de la Revista se ve en la necesidad de luchar denodadamente en contra de un sinnúmero de dificultades ajenas por completo a su mejor buena voluntad y disposición. Y así, cada dos meses, avergonzada, no puede dar puntual cumplimiento a sus propósitos por carencia del adecuado material con el que poder rellenar las 32 páginas de que consta nuestra Revista.

Si la Revista Española de Podología es de todos y para todos hemos de reconocer que a todos y cada uno de nosotros nos corresponde una parte de esa responsabilidad. Si esta nuestra Revista es el medio de divulgación y de relación del cual disponemos. Si

esta nuestra Revista es el medio de dar fe y conocimiento tanto a nosotros mismos como al resto de compañeros de todo el mundo que la vienen recibiendo a través de su respectivas Asociaciones, no podemos ni debemos consentir —ni mucho menos esperar tranquilamente— que desaparezca. No es lógico. No es justo. ¿Solución? Fácil. Si somos aproximadamente unos 700 compañeros agrupados en la Agrupación de Podólogos de España no es mucho pedir ni esperar que un 10 % de ellos —70 aproximadamente—, en forma sistemática cada DOS MESES, tengan interés en hacer llegar hasta esta Redacción un caso vivido, una experiencia, un estudio, un trabajo, un proyecto; cualquier cosa que en una u otra forma tenga directa repercusión con la Especialidad. Sin lugar a dudas todo ello ha de tener cabida en nuestras páginas dando conocimiento general.

¿Otra solución? Si todas las Comisiones Organizadoras de los varios Congresos Nacionales celebrados, hicieran llegar hasta nosotros las charlas, conferencias, etc., dadas en los mismos, dispondríamos de un ingente caudal de material aprovechable para su publicación y con ello, cumpliríamos con un deber para con todos aquellos compañeros que por cualquier motivo, no han podido estar presentes en tales manifestaciones. ¿No es así?

¿Otra solución? Es la de que todas las Delegaciones Provinciales hagan llegar hasta nosotros, las actas, resúmenes, notas, de las reuniones que, lógicamente, deben de celebrar de vez en cuando. Pero en honor a la verdad, hasta la hora presente, se pueden contar con los dedos de una mano —y desgraciadamente aún sobran dedos— las Delegaciones que así lo han hecho.

Por todas las razones expuestas y muchas más que se podrían enumerar, infinitas veces nos preguntamos. ¿Cómo piensan nuestros compañeros que se confecciona una Revista? ¿Acaso no les importa? Las preguntas se formulan atropelladamente en nuestras mentes, pero nos resistimos a darles respuestas concretas. Lo que sí es cierto es que no se puede andar por el mundo con esa apatía y total indiferencia hacia algo que nos incumbe a todos tan directamente. ¿Qué podemos esperar de todos aquellos a los que pedimos colaboración, si nosotros mismos no somos capaces de ayudarnos?

Ni sabemos si es mucho pedir, pero la ilusión nos anima a suponer que esa carencia de trabajos y material para ser publicado, es causa simplemente de esas «horas bajas» que todo mortal sufre en algún momento y nos atrevemos a suponer tambinén que entre todos los compañeros que hayan tenido la paciencia de leer estas líneas, habrá alguno mejor algunos— que se sentirá inclinado a aportar su colaboración. Tan sólo así, con la ayuda masiva, con la ayuda cariñosa, con la entrega de una pequeña parte de esfuerzo como compensación de lo mucho que nos ha dado a todos la nueva estructuración de la Especialidad con su tan bien delimitado campo de acción; con su mayor nivel cultural, científico y social; con su mayor prestigio, tan sólo así, podremos seguir publicando en forma regular nuestra querida:

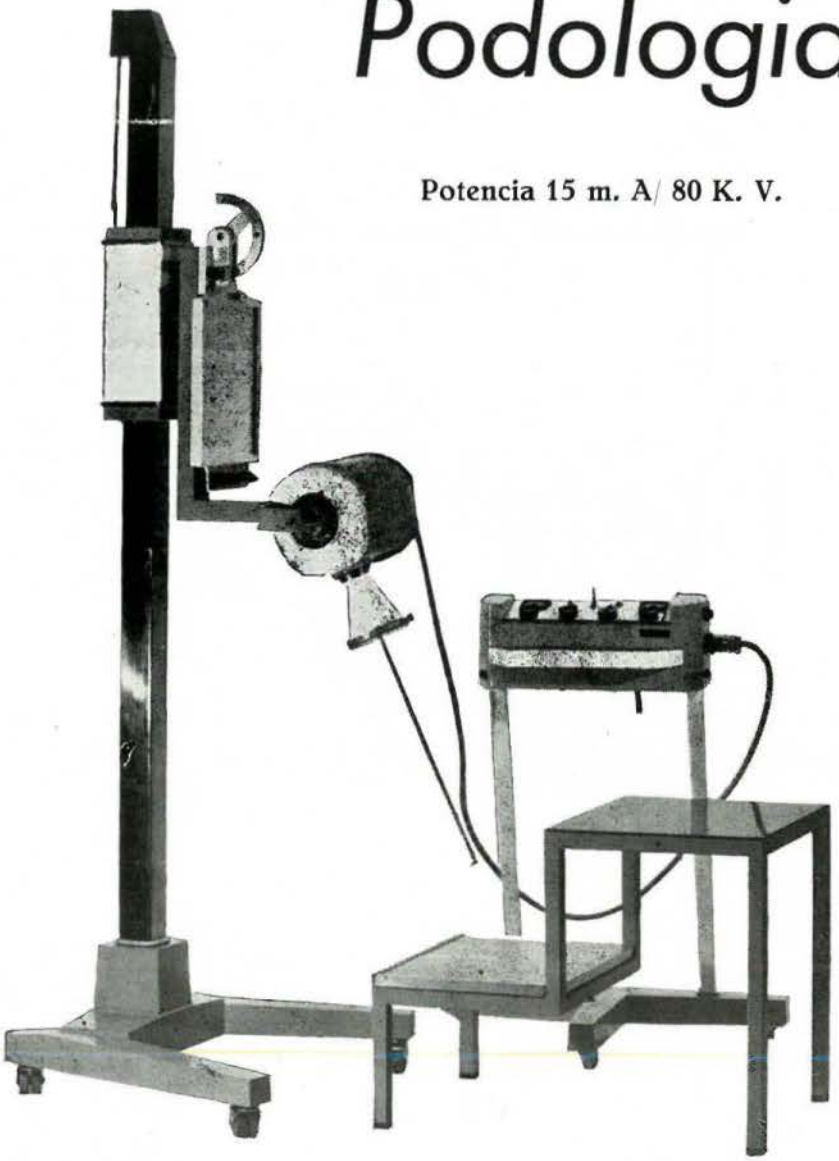
REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

*La Redacción*

# MODERNO EQUIPO RADIOLOGICO PARA

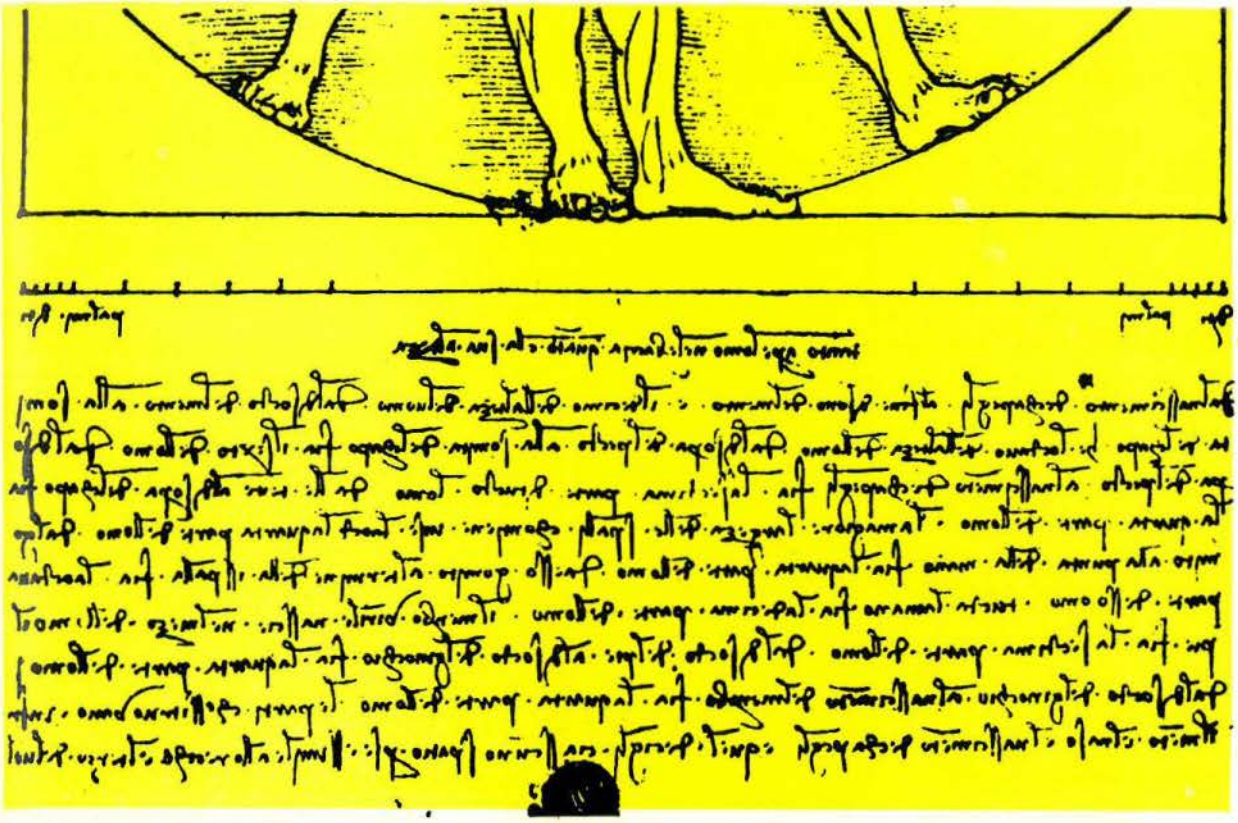
# *Podologia*

**Potencia 15 m. A/ 80 K. V.**



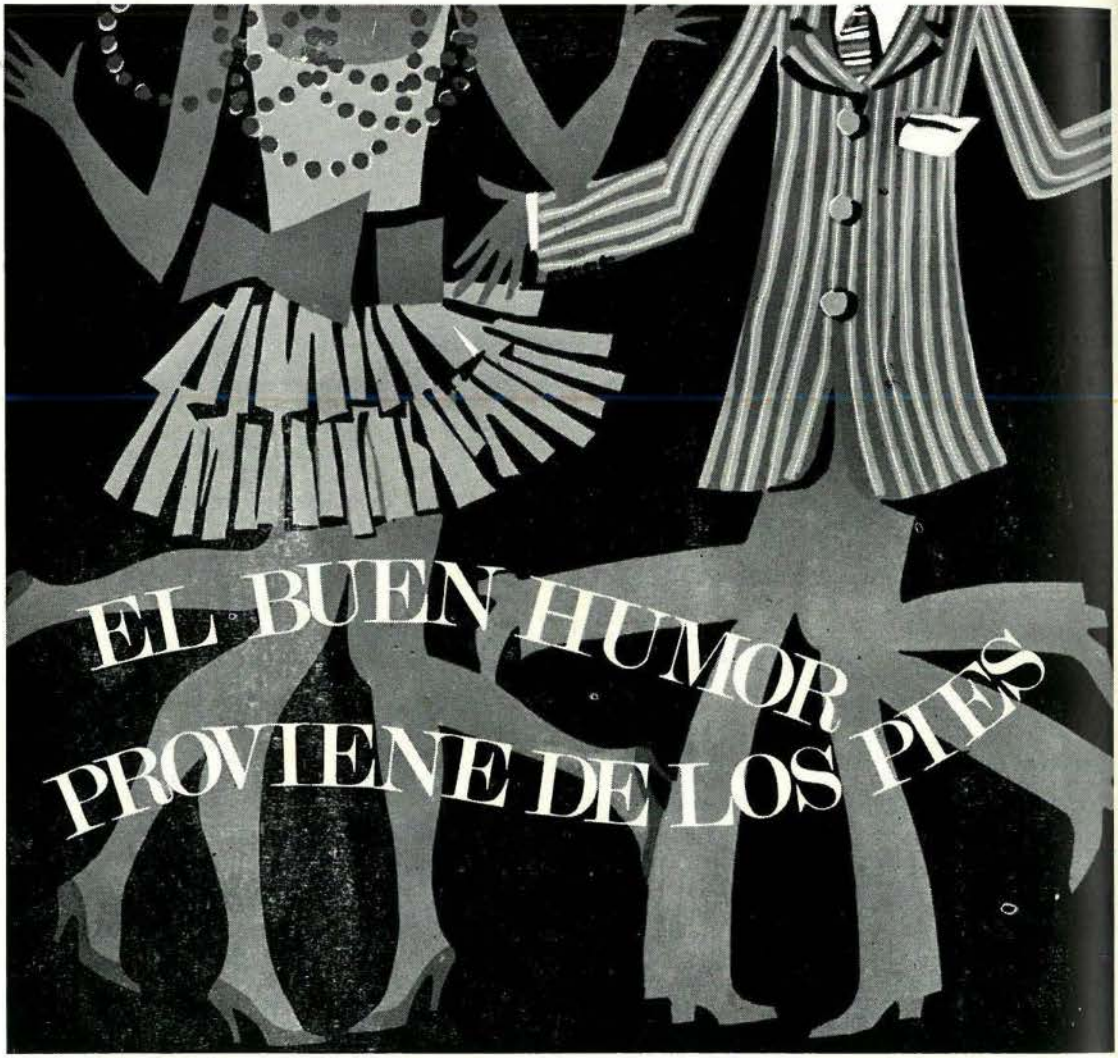
- Versabilidad óptima para obtención de radioscopias y radiografías en todas posiciones y ángulos.
- Características eléctricas regulables para obtener un verdadero radioagnóstico.

**J. M. Marimón**
**Aparatos de Rayos X**
C/. Talleres, 63 - Tel. 2315637
BARCELONA (1)



# REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

A.P.E. Nov. - Diciembre
n.º 30 1972




# podólogo:

**¿quién mejor que Ud. puede asegurar la veracidad de este slogan...?**

**¿quién mejor que Ud. para liberar a sus pacientes del enemigo que ataca "la raiz" de la persona...?**

**...¿y quién mejor que Ud. para dar vigor y tranquilidad a esa raiz, con la ayuda de...**

## AKILEINE

que **descongestiona** los pies haciendo desaparecer el ardor en las plantas, a la vez que **desodoriza** y modera la transpiración ya que no contiene formol u otros productos nocivos, que puedan provocar inflamaciones o irritaciones en la piel.

## AKILTROPIC

que **neutraliza los efectos de la transpiración** y elimina la enfermedad de las piscinas.

Pida muestras a Lab. Inibsa - Loreto, 8 - BARCELONA-15

# REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

ORGANO DE LA AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

A. P. E.

Redacción y Administración:
Urgel, 47/51 - Barcelona (11)

**Director:**
Leonardo Escachs Clariana

**Sub-director:**
Pablo Vilató Ruiz

**Redactor jefe:**
Francisco Mañé Domingo

Manualizaciones ESCUELA NORMAL - Deposito Legal: B. - 13484 - 19[illegible]


## SUMARIO


3 **Junta de Gobierno**

5 **Editorial**

7 **Felicitación**

9 **Hipertrofia labio ungueal del primer dedo con granuloma**

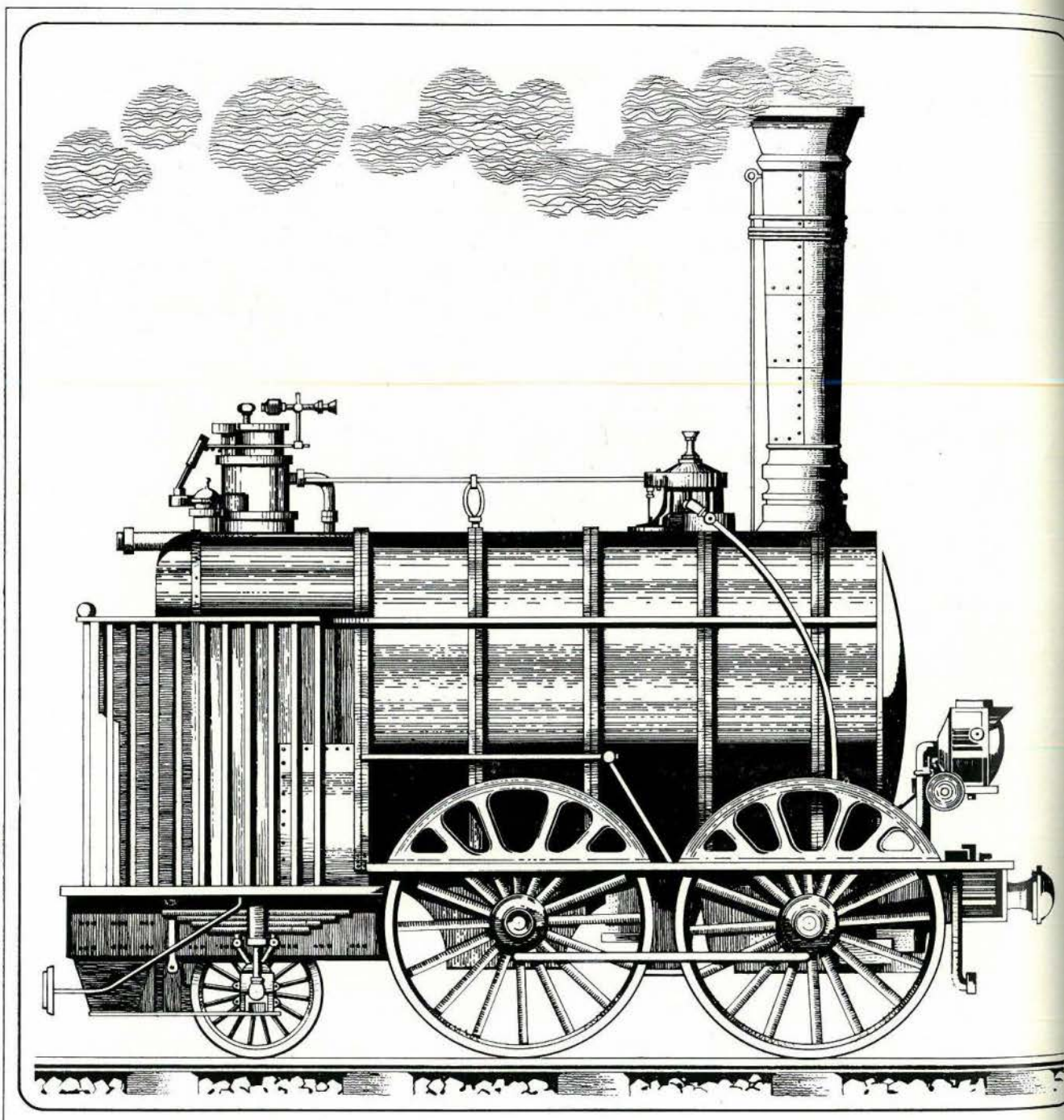
11 **Las varices**

17 **Yo, el pie**

20 **El Podólogo ante las enfermedades vasculares periféricas**

25 **Patología del mal perforante plantar**

31 **Congreso Nacional de Podología**



en procesos reumáticos...

**ditrone** **cápsulas 100 y 200 mg** (envases con 20 cápsulas)
**supositorios 200 y 500 mg** (envases con 16 y 10 sup. respec.)

**delta ditrone** **envase con 50 cápsulas**

HOSBON

# AGRUPACIÓN DE PODÓLOGOS DE ESPAÑA

## JUNTA DE GOBIERNO

| | | |
|---|---|---|
| Presidente Nacional | D. LEONARDO ESCACHS CLARIANA | Barcelona |
| Vice-Preste. 1.º (Accid.) | D. ZACARIAS GARCIA ANDRES | Madrid |
| Vice-Presidente 2.º | D. ISAIAS DEL MORAL CEJALVO | Valencia |
| Secretario General | D. JOSE A. CALVO GARCIA | Zaragoza |
| Vice-Secretario | D. FRANCISCO MAÑE DOMINGO | Barcelona |
| Tesorero | D. MANUEL GAVIN BARCELO | Barcelona |
| Contador | D. LUIS AYCART VIJUESA | Madrid |
| Vocal 1.º | D. FCO. MORAN VENTURA | Las Palmas G. Canaria |
| Vocal | D. JUAN VIDAN TORRES | S. Compostela |
| Vocal | D. LUIS INCHAURRONDO | Irún |
| Vocal | D. JOSE M.ª BAEZ BASAURI | Bilbao |
| Vocal nato | D. ZACARIAS GARCIA ANDRES | Madrid |
| Vocal nato | D. JAIME SALA PICH | Barcelona |

## DELEGADOS DE ZONA

**D. José M.ª Báez Basauri.** Mayor, 27, 6.º. Las Arenas. BILBAO.

**D. José Luis Inchaurrondo.** Paseo de Colón, 65. IRUN.

**D. Juan Vidán Torres.** Preguntoiro, 10. SANTIAGO DE COMPOSTELA.

**D. Antonio Báez Prieto.** Alcalá, 313. MADRID.

**D. José Antonio Calvo García.** Coso, 77, 5.º. ZARAGOZA.

**D. Jaime Sala Pich.** Muntaner, 142. BARCELONA-11.

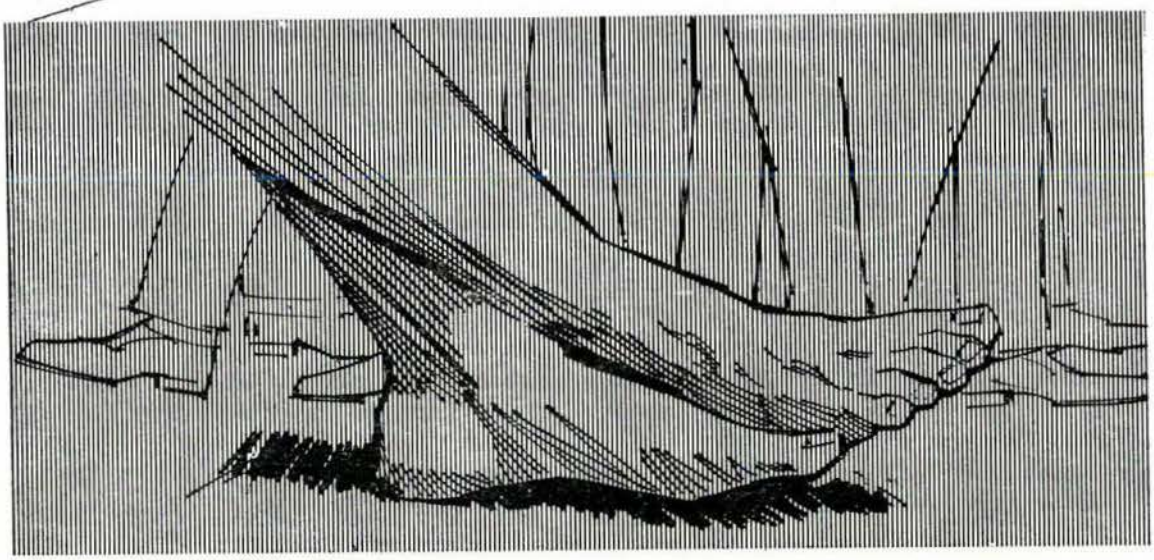
**D. Isaías del Moral Cejalvo.** Moratín, 6. VALENCIA - 2.

**D. Francisco Morán Ventura.** León y Castillo, 8. LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

## DELEGADOS PROVINCIALES

ALAVA: **D. Julio Crespo.**
ALBACETE: **D. Luis Juan Navarro.**
ALICANTE: **D. José Olcina Morales.**
ALMERIA: **D. Luis Pascua San Miguel.**
AVILA: Sin Delegado Provincial.
BADAJOZ: **D. José Villafaina de la Cruz.**
BARCELONA: **D. Jaime Sala Pichs.**
BILBAO: **D. Víctor Fano Ugarriza.**
BURGOS: **D. Elías Hernando Tamayo.**
CACERES: Sin Delegado Provincial.
CADIZ: **D. Manuel Albala Valle.**
CASTELLON: **D. José Aguilar Beltrán.**
CIUDAD REAL: **D. Luis Barba Vázquez.**
CORDOBA: Sin Delegado Provincial.
GERONA: **D. José M.ª Bosch Doménech.**
GRANADA: **D. Manuel Ruiz Morales.**
GUADALAJARA: Sin Delegado Provincial.
HUELVA: Sin Delegado Provincial.
HUESCA: Sin Delegado Provincial.
JAEN: **D. Leonardo Rodríguez Revuelta.**
LA CORUÑA: **D. Francisco de la Cruz.**
LAS PALMAS: **D. Francisco Morán.**
LEON: Sin Delegado Provincial.
LERIDA: **D. Alfredo Puchol.**
LOGROÑO: **D. Vicente Alvarez.**
LUGO: Sin Delegado Provincial.
MALAGA: **D. Antonio Gutiérrez.**
MADRID: **D. Zacarías García Andrés.**
MURCIA: Sin Delegado Provincial.
ORENSE: **D. Elisardo Bralo Rego.**
PALENCIA: **D. Damián Porro Villarroel.**
PALMA DE MALLORCA: **D. Juan B. Brines.**
PAMPLONA: Sin Delegado Provincial.
SALAMANCA: **D. Antonio Basas Encinas.**
SANTANDER: Sin Delegado Provincial.
SAN SEBASTIAN: **D.ª M.ª Pilar Gómez.**
STA. CRUZ DE TENERIFE: **D. Armenio Méndez.**
SEGOVIA: **D. Francisco García.**
SEVILLA: **D. Francisco Alvarez Gandulfo.**
SORIA: Sin Delegado Provincial.
TARRAGONA: Sin Delegado Provincial.
TERUEL: Sin Delegado Provincial.
TOLEDO: Sin Delegado Provincial.
VALENCIA: **D. Angel Sanchiz Cortina.**
VALLADOLID: **D. Alfonso Domínguez Milán.**
VIGO: **D. Angel Medina Herrero.**
ZAMORA: **D. Juan J. Miguel Barrios.**
ZARAGOZA: **D. José Calvo García.**

¡NUEVA FORMULA!



# Pentoderm®

## Crema dermoprotectora cutánea

Tubo con 50g de crema (62,80 ptas.).

DESDE 1880 CERA

Laboratorios Cera, S. A. – Aptado. 9001 - Barcelona

# EDITORIAL

La paz del Señor llegue a todos los hogares de los podólogos españoles. Este es el sincero deseo de la Redacción de la Revista, en las señaladas fechas de la Navidad y como anticipo de un venturoso Año Nuevo. Son días de amor, de cariño. Son días en que, en todos los hogares se revive la venida al mundo del Mesías. Son días de amor y de paz. «Paz en la tierra a los hombres de buena voluntad».

Por ese amor y esa paz que hace a todos los hombres hermanos ante el Señor; por ese amor y esa paz que a todos ha de alcanzar debe procurarse en todo momento ser dignos de ese maravilloso don de sentirnos y ser hermanos, participando, viviendo, colaborando en paz y amor con esa gran familia de los Podólogos.

Santiago Apóstol, embajador del Altísimo, es el Patrón de los peregrinos. Peregrinar es caminar y, para ello, hacen falta esos pies que los podólogos con amor, con cariño, con pleno conocimiento de su deber profesional, procuran cuidar y mimar para que puedan peregrinar en buenas condiciones por la senda de la vida. Y así se lo pidieron a Santiago Apóstol cuando, bajo su advocación, celebraron un Congreso Nacional de Podología en Santiago de Compostela.

Los podólogos que, libremente, han escogido esa maravillosa especialidad para aliviar las dolencias pédicas de sus semejantes, tienen sobre ellos la responsabilidad enorme de estar preparados adecuadamente, tanto técnica como prácticamente. Y al agradecer en todo momento a Dios, el don de su mortal inteligencia, poner de su parte amor, cariño y un ferviente deseo de ser aptos en el ejercicio de su profesión en bien de sus hermanos dolientes. Si no fuese así, muy difícil resultaría que se pudieran sentir hermanos de sus semejantes y la labor profesional, en vez de proporcionar el alivio adecuado, quizás se convertiría en un peligro para la integridad, el bienestar y la salud de tan importantes extremidades.

Conocedores de ello, todos los podólogos vienen trabajando con tesón y constancia en su superación profesional. Y de ello da buena fe la proliferación de Manifestaciones, Congresos, Cursos de Perfeccionamiento, etc. que durante todo el año que ahora finaliza, se han venido celebrando. Y aún no contentos con todo ello, aún aspiran a realizar una divulgación masiva de los más modernos conceptos profilácticos para que así, al conocerse ya sea en puestos de trabajo, colegios, e incluso, en el propio hogar, se puedan evitar en todos los aspectos, las desagrada-

bles molestias de los pies ya sean en su parte más sencilla cual es los «helomas» e «hiperqueratosis», como en sus conceptos más complicados; deformaciones posturales, con las consiguientes molestias, dolores y peligros que las mismas encierran para quien las padece.

Maravillosa la labor que están llevando a cabo estos profesionales del pie y maravillosas también las aspiraciones que les animan.

Ojalá este año que va a comenzar sea portador para todos de la posibilidad de conseguir las metas propuestas tanto en el terreno profesional como, por qué no, en el terreno particular y así, en todos los hogares de los podólogos españoles, pueda albergarse y cúmulo de satisfacciones y felicidad sin par.

Y con este sincero deseo, la Redacción de la Revista Española de Podología, lanza a los cuatro vientos su:

¡¡BIENVENIDO FELIZ AÑO DE 1973!!

COMPAÑERO:

Sabemos que no nos falta tu ayuda al Portavoz profesional, pero no olvides que su renovación y superación es obra de todos.

Redactando tus experiencias profesionales prestarás un apoyo y una gran ayuda a los colegas que ejercen en poblaciones alejadas de las urbes más importantes.


Scholl

ORGANIZACION MUNDIAL PARA EL CONFORT DE LOS PIES

FABRICAS Y GABINETES DE APLICACION EN LAS PRINCIPALES POBLACIONES DEL MUNDO

**Se honra en colaborar con los Sres. Podólogos, poniendo a su servicio su larga experiencia en la especialidad y las reconocidas, calidad y eficiencia técnicas de sus preparados, remedios y aparatos para la higiene de los pies, la corrección de sus defectos y el alivio de sus molestias.**

Amplia información técnica de carácter general o sobre cualquier caso particular. Visítenos.

- Plantillas ortopédicas a medida y pre-fabricadas, en cualquier tipo o medida; de metal, plástico, goma, etc., para pie plano, metatarsalgia, pes-cavus, espolón de calcáneo y otras anormalidades del pie.
- Medias para varices, tobilleras y rodilleras.
- Taloneras - Protectores de juanetes - Separadores de dedos.
- Almohadillas y plantillas de latex espumoso para plantas sensibles.
- Sales, Polvos y Crema Pédico para la higiene de los pies.
- Polvos Bromidrosil para excesiva transpiración maloliente.
- Parches y discos protectores (SIN CALLICIDA).
- Crema SOLVEX para pie-atleta.
- Vendaje elástico ARCH BINDER para pie abierto.
- Vendaje elástico con elevación para apoyo de arco metatarsiano.
- Almohadillado adhesivo PROTECTO PAD para proteger cualquier punto sensible del pie.
- Reductor de hallux-valgus BUNION SPRING.
- Reductor de dedo en martillo HAMMER TOE SPRING.
- Vendajes tubulares patentados GASATUB (Tubegauz).
- Sandalias fisiológicas PESCURA con diseño especial patentado.

Central en ESPAÑA: Rodríguez San Pedro, 5 - MADRID (15) - Tel. 224 75 66

# *El Presidente y Junta de Gobierno*

**DE LA AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA CONJUNTAMENTE CON LA DIRECCION Y CUADRO DE REDACCION DE LA REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA, DESEAN A SUS AGRUPADOS, AMIGOS, LABORATORIOS QUE NOS HONRAN CON SU COLABORACION Y A TODOS CUANTOS SE RELACIONAN CON LA ESPECIALIDAD, UNAS VENTUROSAS NAVIDADES Y ELEVAN SUS PRECES AL ALTISIMO PARA QUE NOS CONDUZCA A TODOS EN 1973 POR EL CAMINO DE LA SUPERACION Y LA UNIDAD PROFESIONAL.**

# Algesal Activado

**POMADA ANTIRREUMATICA Y ANALGESICA ULTRAPENETRANTE PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR LOCAL**

FORMULA:

| | |
|---|---|
| SALICILATO DE DIETILAMINA | 10 g. |
| NOPOXAMINA | 1 g. |
| EXCIPIENTE | c.s.p. 100 g. |

POSEE UN OLOR AGRADABLE
NO GRASA
NO ENGRASA
TOLERANCIA EXCELENTE

**gran poder de penetración**

TUBO CON 50 g. DE POMADA - P.V.P. 94,90 Ptas.

KALI-CHEMIE ARZNEIMITTEL

KALI-CHEMIE IBERIA, S.A.
Apartado 12068. Barcelona
Tel. Barcelona 2392327
Tel. Madrid 2769276
Tel. Sevilla 213922
Tel. Valencia 228923
Fabricación y venta: Orfi Farma, S.A.

# Hipertrofia labio ungueal del primer dedo con granuloma

por J. OLCINA
Podólogo
ALICANTE

Voy a exponer la historia de este caso y las razones que me llevaron a su intervención; intervención que he repetido en varias ocasiones y todas ellas con el mismo éxito que la primera vez, no habiéndose presentado recidivas y en el sentido estético —factor que me preocupaba por ser la paciente una mujer joven— menos todavía.

Se trata —como digo— de una mujer joven que acudió a mi Consulta afecta de una uña incarnada la cual le producía un intensísimo dolor, incluso el roce de la sábana al estar acostada. En aquellos momentos el dolor era tan generalizado que no se podía determinar con exactitud si le dolía más la uña incarnada o el pequeño abultamiento que se apreciaba en el borde interno de la misma. Con sumo cuidado ante el dolor y temor de la paciente, se procedió a la exploración local apreciándose, efectivamente, el incarnamiento de la uña. Procedí a la extipación de la esquirla de uña causante del trastorno y después de repetidas curas, se le dio de alta por haber mejorado completamente de la afección si bien aún se podía apreciar un ligerísimo abultamiento en el borde ungueal, pero indoloro.

Transcurridos dos meses se presenta de nuevo en mi Consulta aquejando de nuevo dolor en el mismo punto del dedo y una ligera supuración. Se la explora de nuevo no apreciando esta vez incarnamiento de la uña pero sí, en cambio, se producía una supuración originada por maceración del tejido periungueal toda vez que el borde de la uña cubría materialmente toda la parte interna de la misma. Se procedió a realizar sistemáticas curas a base de RIFOCINA de 125 mg en aplicación tópica tres veces al día y en tres días se había solucionado completamente el problema si bien quedaba el pequeño abultamiento ligeramente doloroso. El dedo presentaba un aspecto bastante feo por la hipertrofia del tejido existente en el borde interno. Habiéndose solucionado la supuración y disminuido casi por completo el dolor, se dio de alta a la paciente.

Pasados tres meses se presentó de nuevo en mi consulta dicha Señora aquejando dolor en el mismo dedo ya tratado en las dos anteriores ocasiones. Explorado éste, no se aprecia ni la uña incarnada ni supuración, pero en cambio el abultamiento existente en el borde interno del labio de la uña presentaba

una marcada inflamación y apreciándose que aparte de la hipertrofia del labios existía un granuloma interno por cuya causa, la paciente, se veía imposibilitada de calzarse y deambular normalmente.

Ante este nuevo brote dolorosos, la paciente apunta hacia una solución definitiva de su caso y, por primera vez, me confiesa, que en dos ocasiones, esta uña, le había sido extirpada quirúrgicamente por un cirujano de la localidad y que habiendo sufrido un verdadero tormento en el momento de la anestesia la primera vez, solicitó, en la segunda, que la anestesia fuese general, como así se le hizo. A pesar de todas las precauciones, a pesar de estar practicada la intervención en quirófano, a pesar de los pesares, la uña al crecer de nuevo, volvió por sus fueros, presentando el mismo problema y las mismas anomalías. El cirujano le indicó que su caso era muy difícil y que la única solución definitiva, era una nueva intervención para extirpar la matriz de la uña y evitar su nuevo crecimiento. Ante esto, la paciente reaccionó desfavorablemente pensando ya en su dedo sin uña para siempre y es cuando se decidió a consultar a un PODOLOGO, acudiendo a mi Consulta.

El problema presentado no era fácil pues se trataba de solucionarlo mediante métodos estéticos adecuados para que la señora tuviese la satisfacción de seguirse viendo «su uña». Le planteé todas las técnicas empleadas por nosotros en tales casos y después de un concienzudo estudio, opté por emplear una mezcla de las técnicas empleadas por Duvries, Frost, Escachs y Morán (de este último según la película presentada en el Congreso Nacional de Podología celebrado en Santiago). Y procedí de la siguiente forma: Se procede a la anestesia del dedo haciendo unos habones en sentido circular —en este caso Scandicain al 2 %— y empleando para ello una jeringa de las empleadas por los dentistas de manera que al ser la aguja más fina, no produzca dolor alguno al paciente. Además, al inyectar el líquido anestésico, se hace con una mayor presión permitiendo un mejor infiltramiento por los tejidos permitiendo un ahorro de anestesia. Luego se practica la isquemia del dedo, en la forma acostumbrada y se procede a su intervención.

Huyendo a la visión que nos presenta la fig. n.° 6 —que no dejando de ser positiva en cuanto a sus resultados, si lo es en su aspecto estético— se pensó en la siguiente técnica. En la fig. n.° 7 representamos el dibujo del primer dedo con dos líneas puntuadas que corresponden una, interior, que la parte de uña que queda por debajo de la hipertrofia y otra, externa, que corresponde a la incisión a practicar en sentido distal-proximal y en forma elíptica a lo largo de la uña y en sentido paralelo al borde de la uña. Luego practicaremos otra incisión más pequeña desde la base de la uña hasta encontrar la ya realizada antes y formando así una «UVE».

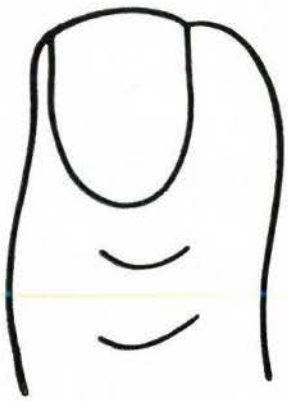


Fig. 6

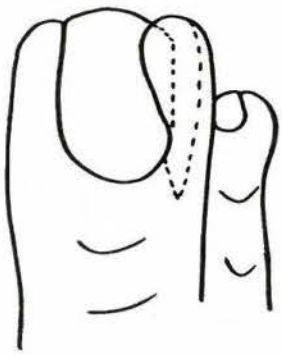


Fig. 7

En la fig. n.° 8 se aprecia claramente la forma en que ha quedado la incisión dejando el borde de la uña completamente al aire. Se aprovecha este momento para hacer una limpieza del canal ungueal y con una cucha-

ra procederemos a la limpieza del canal y la extracción del granuloma. Al propio tiempo se retoca la uña de forma que no quede en

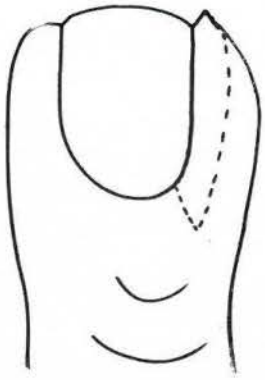


Fig. 8

su porción de matriz ningún resquicio de uña que pueda, en un futuro, malograr el presente trabajo. Una vez limpio de todo tejido hipertrofiado el canal ungueal, se procederá a su sutura. Seguidamente procederemos a practicar dos agujeros tal como se indica en la fig. n.° 9 mediante el concurso de una fresa

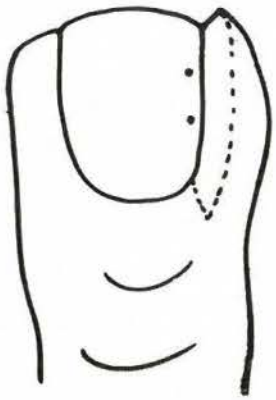


Fig. 9

cilíndrica de 000 y que posteriormente nos ha de servir para efectuar la sutura del borde libre del tejido. Dispuesto así, se pasa a suturar con aguja e hilo de seda de 0000 o bien con hilo negro de los utilizados por los zapateros, de La Cadena del 45, que es muy fuerte, a pasar este hilo por el agujero practicado en la parte proximal, según se señala en la fig. n.° 10, por la parte de la placa ungueal, de fuera a adentro. Una vez atravesada la placa ungueal, al punto de sutura se saca por la parte externa del borde libre del tejido haciéndolo pasar también de fuera a adentro para, seguidamente una vez dentro, se pasa por el otro espacio de dentro a afuera. Luego, pasando por debajo de la pla-

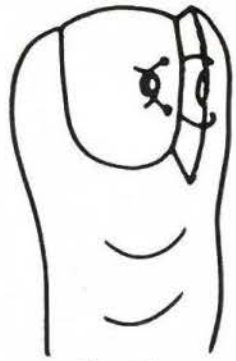


Fig. 10

ca ungueal se saca a la parte exterior de manera que nos sea posible anudar el hilo, encima de la uña.

Al tensar la sutura así preparada nos encontramos con que el borde libre de tejido ha quedado materialmente situado por debajo del borde libre de la uña tal y como se aprecia en la fig. n.° 11. Luego procedere-

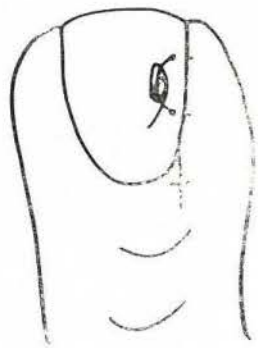


Fig. 11

mos a practicar un nuevo punto de sutura para cerrar más el tejido escindido que queda por la parte proximal del dedo y así, de esta manera, obtendremos un sutura que al cabo de unos ocho días, al quitar los puntos dados, nos ofrecerá la visión de un dedo en perfectas condiciones de ser exhibido y sin recidivas en su transtorno.

Las curas deben ser secas pincelando solamente con Violeta de Genciana en solución acuosa al 2 %. Si se presentara una pequeña infección —cosa un poco difícil— se aplicará tópicamente Rifocina de 125 mg. en pincelaciones.

# Las varices

Dr. ENRIQUE OSCAR ROSON
(Argentina)

Las varices son dilataciones patológicas de las venas. Primeramente, veamos algo sobre anatomía de los miembros inferiores, en los que existen tres sistemas venosos: uno, *superficial;* otro, *profundo,* y un tercero, *comunicante.* Sobre estos tres sistema se basa toda la patología que los afecta. Y, en un 80 % de los casos, ésta corresponde a las varices. Las arterias se diferencian de las venas por ser las encargadas de llevar la sangre oxigenada a los tejidos para nutrirlos. Y las venas transportan los desperdicios del metabolismo sanguíneo hacia la circulación central, para que sean llevados al sistema pulmonar, y, allí, se procesen los intercambios y la purificación de la sangre, que fluye nuevamente por las arterias hacia los tejidos, para irrigarlos y mantener su trofismo.

El sistema venoso superficial es el que discurre bajo el tejido celular subcutáneo. El venoso profundo lo hace a través de un estuche músculo-aponeurótico, que lo resguarda y no le permite la distensión. Cualquier efecto que gravitara sobre él, estaría contrarrestando por la fuerza de ese músculo, esa aponeurosis y ese hueso. En cambio, el superficial, sin paredes que lo protejan, y que transcurre por el celular subcutáneo formado por tejido graso, blando, sí puede distenderse. Dicha distensión se denomina *flebostasia,* y en un período posterior va a originar las varices.

Por último, el sistema venoso comunicante, que es importante porque une ambos sistemas: el superficial y el profundo.

Las venas, a pesar de tener una estructura tubular, no son lisas por dentro, sino que presentan unas formaciones valvulares que son las que permiten que la dirección de la corriente sanguínea vaya en un solo sentido, e impiden que esa dirección se invierta, cuando son normales.

La sangre arterial va desde el centro (corazón) hacia la periferia; por lo tanto, es centrífuga. La sangre venosa se dirige desde la periferia hacia el centro (corazón), y es centrípeta. En los sistemas venosos superficial y profundo, la sangre fluye normalmente en forma centrípeta; es decir, que va hacia los grandes vasos y hacia el corazón. La sangre sube por el sistema venoso superfifical y pasa al profundo por medio de los comunicantes. En un recuento final, el venoso profundo lleva el 90 % de la sangre venosa de los miembros inferiores, y el superficial, sólo el 10 %.

En este fenómeno físico del traslado de la sangre desde el miembro inferior hacia el

corazón, las alteraciones van a provocar en ambos sistemas (el superficial y el profundo) un trastorno muy importante en la circulación. Porque en el caso que se produzca una corriente anómala, y se invierta para ir de lo profundo hacia la superficie, y la sangre, en vez de ir hacia el corazón, refluya en un 90 %, como está cargada de catabolismo provoca un déficit de irrigación en el miembro inferior.

Además, hay un cuarto sistema, tan importante como los tres anteriores, y es el sistema valvular, sobre el cual juega toda la patología varicosa. Las válvulas, que en realidad son un elemento tan pequeño dentro de un sistema tan grande, provocan las alteraciones fundamentales que van a llevar el miembro a las varices.

El sistema venoso superficial está constituido por dos venas principales: la *safena interna* y la *safena externa*. De ahí que la cirugía a nivel de ambas se llame *safenoctomía interna* o *externa*. La *safena interna* tiene origen en la zona premaleolar interna. Está nutrida por las venas colaterales de los dedos, que ascienden por el dorso del pie, y por las colectoras de la planta. Por medio de su cayado desemboca en la vena femoral común, y, posteriormente, esa safena va a formar la vena de la cara interior y a terminar en la aurícula derecha del corazón.

La *safena externa* tiene origen en la región retromaleolar externa, y transcurre en forma similar a la safena interna por todo el tejido subcutáneo, y por medio de su cayado va a desembocar en la vena poplítea a nivel del pliegue del mismo nombre. Veamos los fenómenos que influyen en la formación de la variz, y por qué.

*Definición de variz:* La palabra variz deriva del latín «varix», y es una dilatación permanente y patológica de las venas de los miembros inferiores y de la parte inferior del abdomen. La variz siempre está acompañada por lesiones valvulares, y cuando éstas aún no se produjeron, es porque se encuentra en el período anterior denominado «flebostasia».

Hay dos tipos de varices: las *primitivas* y las *secundarias*. Las *primitivas* se originan, de por sí, en el sistema venoso superficial, sin que haya motivo extraño, sino por distrofia venosa hereditaria. Las *secundarias* son dilataciones venosas que responden a ciertas afecciones de los miembros inferiores, como, por epjemplo, las trombosis. En esos casos reciben el nombre de varices *postrombóticas,* tales como son las malformaciones venosas congénitas.

¿Cuáles son los factores fundamentales que gravitan en el desarrollo de las varices? Uno es el aumento de la presión hidrostática, porque si la circulación normal se establece de abajo hacia arriba, al elevar la presión, en el fluir centrípeto de la sangre venosa, va a haber una rémora en la evacuación del sistema venoso. Es decir, a mayor obstáculo, mayor presión y mayor influencia de esa columna líquida sobre las paredes venosas; por lo cual en principio, se va a producir una inflamación. El otro problema que desencadena la presión hidrostática es el aumento de presión dentro de la cavidad arterial. Ello produce varices secundarias, con algunas enfermedades (por ejemplo, la cirrosis, que acumula líquido dentro del abdomen). Al subir la presión y comprimir la vena intrabdominal, provoca la dilatación de esa zona y no permite la evacuación normal del bazo.

¿Qué es lo que desencadena la afección varicosa? En primer término, la insuficiencia valvular, cuando esas válvulas no coactan bien. Cualquier esfuerzo violento, como la tos, la defecación, el llanto, la risa, el estornudo, etcétera, hace que esa columna que evacua tienda a disminuir, o aumentar, la presión hidrostática, se invierta la circulación, y, de inmediato, pase de lo normal a lo patológico. Es decir, todo lo que provoque un aumento de presión abdominal va a repercutir sobre el árbol venoso de los miembros inferiores.

En segundo término, los tumores abdominales también son causales de ese fenómeno, como el tumor ginecológico de la mujer durante el embarazo. Está comprobado que, en un 70 % de los casos, éstas son portadoras de varices que desaparecen cuando cesa la condición del útero aumentado apoyando sobre las venas cavas y las ilíacas. Ese apoyo es el que acrecenta el estado varicoso. Cuando el útero evacua y deja de ser un obstáculo, las varices disminuyen y desaparecen. Du-

rante el embarazo también se originan las hemorroides y las varices vaginales.

El tercer factor importante que desencadena las varices son los oficios y las profesiones que someten al individuo a permanecer de pie durante largas horas. Tal es el caso de los maquinistas, los mozos, los agentes de policía, los odontólogos y otros. Ahora bien, el mismo oficio, o profesción, es el que priva de poder aplicar la terapéutica, ya que la finalidad del tratamiento médico no es solamente curar, sino rehabilitar al individuo y colocarlo nuevamente en óptimo estado para enfrentar las obligaciones diarias en el menor tiempo posible. Y, para ello, corresponde el tratamiento más efectivo.

¿Qué síntomas tiene una persona con varices? Dolor, aunque no fuerte, pero existente. Y no de varices complicadas, sino de esas serpentinas azules, transparentes (signos), a veces como verdaderos nudos que están en las piernas. Más que dolor, es una sensación de molestia, de pesadez, de tirantez a nivel de las pantorrillas. Muchas veces se atribuye un dolor a varices existentes, pero, sin embargo, puede deberse a otras enfermedades, como artritis de rodilla, o artritis de la menopausia, o a una neuralgia del nervio ciático, que también generan dolor en los miembros inferiores.

Hay parestesias que provocan una sensación distinta y desagradable; es decir, se siente picazón y calambres. Por hinchazón y trasvasación de líquido hacia el tejido intersticial, hay edema. Porque, lógicamente, si la sangre discurre dentro de los tejidos hacia el corazón la pared venosa tiene una consistencia, una dilatación y un tono determinados. Si estos factores se invierten, aumentan el tono y la dilatación, y, por un fenómeno de las presiones oncótica y osmótica, el líquido que está dentro de las venas tiende a fluir hacia los espacios intersticiales, se acumula en el tejido celular subcutáneo y provoca el edema y la hinchazón del mismo. Hay cianosis, como resultado de una mala circulación.

Ya dijimos que la sangre venosa era la encargada de renovar los detritus y los desechos del metabolismo. Esta sangre no se renueva, queda estancada, y a ella se debe —fundamentalmente— la patología varicosa que es la rémora y el éstasis; o sea el estancamiento. Por lo tanto, el tejido va a sufrir y a originar la cianosis, que es la coloración azulada o violácea de un miembro.

## PATOLOGIA QUE SE ASOCIA A LAS VARICES

Una de ellas es le pie plano valgo, muy frecuente en personas con varices. Otra anomalía corriente es la micosis interdigital o cutánea, porque la piel y los tejidos mal irrigados están mal defendidos, y, por lo tanto, son fácil presa de los agentes microbianos. Son comunes las epidermofitosis y epidermomicosis en enfermos varicosos quienes se deben tratar inmediatamente.

Entonces, expresamos que el factor fundamental era la hipertensión venosa, y que ésta derivaba en el primer eslabón desencadenante de la enfermedad variz, que es la rémora, o éstasis, o acantonamiento de la sangre. Esta rémora lleva a dos situaciones: al edema y al tejido conectivo, que, por estar mal irrigado, está lastimado; y como es el que se halla a cargo de hacer las reparaciones de las lesiones del organismo, comienza a trabajar, y lo hace anárquicamente. Entonces, llega a la *esclerosis conjuntival* del tejido conectivo cicatrizal. (Cuando hay una lesión, el tejido conectivo es el que acude para formar la cicatriz; es decir, es un tejido reparador.) Esa esclerosis conjuntival, cicatrizal y reaccional, frente a la injuria, es la responsable de la decapitación de los capilares, y si le agregamos la mala irrigación de los tejidos, el mal aumenta en un 50 %. Esto origina una anoxia y una hipohemia (anoxia = falta de oxígeno; hipohemia = falta de sangre), que perturban aún más el diagnóstico y el pronóstico de la enfermedad. Esa esclerosis arriba indicada lleva al manguito escleroartrófico, que es un verdadero manguito en forma de anillo que rodea toda la zona supramaleolar, tercio inferior del pie. Y esa forma escleroartrófica, junto con la anoxia y la hipohemia conducen a todas las complicaciones de las varices. Y, aunque no ponen en peligro la vida del sujeto, lo pueden convertir en un inválido, no en un sillón de ruedas, pero sí su actividad normal disminuirá en un 65 %. Porque tendrá que descansar, que po-

ner los pies en alto y, a veces, hasta tendrá que dejar de trabajar porque los dolores, cada vez mayores, lo inhiben de continuar.

¿Cuáles son las complicaciones fundamentales?

Primero: Una úlcera varicosa, porque la decapitación de los capilares origina una herida, y, a ese nivel, por la esclerosis cicatrizal, ese trozo de tejido no recibe sangre, se cae, y deja en su lugar una solución de continuidad.

Segundo: Una pigmentación ocre, porque la misma decapitación de los capilares provoca la salida de la sangre fuera de los mismos, y, merced a ciertos procesos químicos, esa sangre se transforma en hemosiderina, que da una coloración bronceada.

Tercero: Atrofia de la piel por mala irrigación.

Cuarto: Eczema, y cuando ésta se infecta, provoca la dermatitis microbiana.

Quinto: Después de combatirla con antibióticos, se origina la dermitis indurativa. Y, por último, la más temible por degeneración maligna, de úlcera varicosa pasa a ser cancerosa. Ocurre en muy contadas ocasiones, pero existe.

Ahora, los tipos de complicación más graves son: las hemorragias, las trombosis y los trastornos tróficos. La hemorragia de la variz generalmente ocurre cuando el enfermo sufre un traumatismo sobre esa zona; es decir, un golpe. La vena se fracciona, porque tiene una pared muy superficializada y la piel muy frágil por adelgazamiento. En ese instante, sólo corresponde efectuar una compresión. Se toma unas gasas y se comprime la herida, se ubica la pierna en alto para disminuir la afluencia de sangre al exterior y se espera así unos minutos hasta que se solucione el problema.

La última complicación de la variz es el pie equino valgo.

*Tratamientos:* Pueden ser enfocados desde tres puntos de vista: 1.°) Tratar de corregir el sistema venoso alterado. 2.°) Tratar de restituir al máximo los trastornos tróficos, y 3.°) Lograr una adecuada rehabilitación del paciente, para que no vea interrumpidas su deambulación y su actividad. Para eso, los tratamientos actualmente existentes para las varices son tres. El primero, y el más accesible y cómodo, es —el tratamiento clínico. Como la alteración de la variz es orgánica, y cuando una patología se instala resulta sumamente difícil eliminar por lo lenta y lo gravosa, entonces, para que los medicamentos y el reposo no sean únicamente paliativos, la mejor forma de encarar el tratamiento médico consiste en medidas higiénicas, que es la limpieza absoluta de la zona varicosa y del miembro inferior. Medidas que se extienden a una vida reposada, y, como pilar fundamental, el *reposo.* En segundo lugar, el *miembro elevado* con respecto al nivel de la cabeza mientras se esté en cama. El otro pilar es la contención elástica, que son las vendas o las medias elásticas, especialmente fabricadas para ese fin. Dijimos que el sistema venoso superficial transcurría bajo el celular subcutáneo, que carecía de paredes de contención. Entonces, se pudo comprobar que la venda elástica es más práctica que la media elástica porque cede menos y se puede regular mejor, y porque se adapta a cada circunstancia, y, por lo tanto, es más recomendable. Principalmente sobre la zona afectada donde se encuentra la variz más grande.

El tratamiento clínico se usa pura y exclusivamente en enfermas que tienen varices muy incipientes, como arañitas, tan frecuentes de ver en el sexo femenino. O en los casos de varices muy desarrolladas, pero que por causas muy particulares, como gente de edad avanzada, o diabéticos, o enfermos del corazón, o estados vasculares graves, no se puede enfocar un tratamiento de tipo quirúrgico. Como tampoco es posible utilizarlo en la mujer embarazada, a la que su condición de tal no se lo permitiría. Una vez desaparecido el feto, y con él las causas dilatorias del útero, y la compresión venosa como factor desencadenante de la fleboctasia, también desaparece.

El tratamiento esclerosante queda reservado— al menos por mí— únicamente para un postoperatorio, o para las varices como pequeñas arañitas. Y por último, el tratamiento quirúrgico, que de los tres, si bien es el más eficaz, está más desacreditado. A pesar de ello es el único efectivo, pero exige una muy prolija operación. Si se extrae únicamente la safena interna (sistema profundo) y queda alguna comunicante, es suficiente para que, por regeneración propia de ésta, comience una nueva etapa de enfermedad varicosa.

La cirugía de las varices exige una técnica consistente en utilizar un alambre metálico cuyo extremo termina en una oliva, denominado fleboextrator. Por tracción se quita la safena interna, y, por obra del extractor, arrastra las comunicantes. La prolijidad de la intervención estriba en buscar, encontrar y seccionar previamente, esas comunicantes. El tratamiento quirúrgico comienza por encontrar en el pliegue inguinal del miembro inferior, la safena interna. A ese nivel se hace una incisión, se introduce el alambre a través de la vena hasta el pliegue nombrado, se efectúa otra incisión en la región premaleolar interna y se tracciona del extremo distal arrastrando la vena con sus comunicantes.

Luego se repite igual operación con la safena externa, que desemboca en el hueco poplíteo (sistema superficial). Esta vena es la responsable de que muchos enfermos intervenidos hayan sufrido recidivas, precisamente, por no haber sido extraída, y, por lo tanto, quedaran las varices de la cara externa. No así, las de la interna. Ejecutada la intervención como corresponde, se libera de varices al paciente, en ambas caras: la interna y la externa.

Este tratamiento ha sido introducido en nuestro país por el cirujano Juter, de Inglaterra, quien ha contribuido con métodos quirúrgicos determinados, de los cuales me hago partícipe. Efectuando incisiones preestablecidas, se puede limpiar mejor el sistema venoso, y, a su vez, realizar incisiones más estéticas de gran aplicación en la mujer, que es en realidad, quien más veces recurre a la intervención de varices. Esto favorece para que no queden cicatrices visibles en el miembro inferior.

Entonces, en vez de ahondar la vena safena interna por encima del maleolo nosotros acostumbramos a buscarla con una incisión vertical en el dorso del pie. Vale decir, que no la obtenemos como vena en su forma, sino en sus confluentes, y así, tácitamente, las venas que transcurren por las regiones intercostales del pie. Las localizamos desde ahí hacia arriba, y en vez de practicar el corte por delante del pliegue, cosa que se ve en la mujer, aún con una malla tipo schort, lo realizamos por arriba de éste. Como pueden observar, la ventaja estética es bastante considerable. Por supuesto que eso no quiere decir que esta intervención no deja cicatrices en los muslos. Si luego hay que abordar la safena externa, porque en esos casos siempre hay varices en la cara externa, por debajo de la rodilla, lógicamente que habrá que recurrir a una pequeña incisión en la cara externa del muslo, y otra en la región poplítea.

Entonces, resumiendo: ¿cuándo hay que usar el tratamiento quirúrgico? No hay contraindicaciones, más que las mencionadas anteriormente, porque la cirugía de las varices evita las complicaciones de las varices. En mi caso particular, con respecto a un paciente, prefiero tener una variz residual, a una úlcera varicosa, o una deformación del tejido, con una piel ocre amarronada, hasta la necrosis total, por desnutrición, e, inclusive, con una dermitis microbiana o con una infección casi imposible de reducir.

Por lo tanto, se trata de cotejar las ventajas, estudiar las posibilidades y obrar en consecuencia.

*Es posible que no posea encanto alguno, pero lo cierto es que merezco más atención de la que generalmente me prestan.*

# YO, EL PIE

Por J. D. RATCLIFF

Joe se preocupa por su corazón, su hígado, sus pulmones...* En cuanto a mí, tiende a considerarme un miembro feo y molesto. Soy el pie izquierdo de Joe. He sido descrito de todas las maneras imaginables. Unos dicen de mí que soy una especie de pesadilla arquitectónica; otros me ponderan como si fuera una maravilla anatómica. Creo que estos últimos se acercan más a la verdad.

Joe no tiene idea de cuán complicado soy. Mientras él está ahí, de pie, mirando distraídamente por la ventana, dentro de mí están pasando muchas cosas. En efecto, por la compleja interacción de mis veitiséis huesos (una cuarta parte de todos los huesos de Joe están en sus pies), 107 ligamentos y diecinueve músculos, mantengo en equilibrio un montón de carne y esqueleto que mide 1,80 metros de altura y pesa ochenta kilos. ¡Traten ustedes de equilibrar *cualquier* cosa de ese tamaño sobre una superficie no mayor que las plantas de los pies! Es verdaderamente difícil. Cuando yo lo hago, por el cerebro pasa una corriente de mensajes; las zonas sensibles de mi planta comunican que la presión aumenta en una parte determinada: Joe se inclina ligeramente. Después llegan órdenes de respuesta: contrae este músculo, relaja ese tendón... Haría falta una computadora de aceptable tamaño para poder mantener semejante equilibrio.

Andar constituye un proceso aún más complicado. Mi talón recibe el primer choque del peso corporal, que después se desplaza a lo largo de mis cinco huesos metatarsianos hasta la base de los dedos. A continuación, con el dedo gordo, doy un impulso hacia adelante. Todo ello me tiene bastante ocupado.

Sin embargo, Joe dedica más atención a los neumáticos de su automóvil que a mí. Me castiga despiadadamente y luego se queja de que yo me resienta. En pocas palabras, Joe es incapaz de comprenderme. Supongamos que pasea a la cómoda velocidad de cien pasos por minuto. Eso significa que yo, cargado con un peso de ochenta kilos, estoy golpeando contra el duro suelo cincuenta veves cada minuto, mientras mi compañero de la derecha hace otro tanto. Piensen ustedes que en el curso de su vida Joe recorrerá a

pie más de cien mil kilómetros, lo que significa para mí decenas de millones de sacudidas. Lo admirable es que yo no acabe hecho pedazos.

Los primeros antepasados de Joe, que empezaron a habitar la Tierra hace poco más o menos un millón de años, no tenían dificultades con los pies. Todos andaban descalzos (posteriormente se los envolverían en pieles de animales) por terrenos blandos y desiguales, lo cual constituye el mejor ejercicio posible para nosotros. Pero después llegaron los zapatos, las aceras de cemento y los pisos duros. ¡Sólo de pensarlo siento escalofríos!

Los padres de Joe, sin saberlo, acumularon sobre mí un castigo tras otro cuando él era niño. No comprendían que mis huesos eran blandos y elásticos; que no iba a estar terminado mi desarrollo hasta que Joe cumpliese los veinte años de edad. Remetían las sábanas de la cuna hasta el punto de producirme leves deformidades, e insistían en ponerme zapatos y calcetines que, por ser demasiado pequeños, sólo servían para empeorar el daño.

Como todos los padres novatos, estaban ansiosos por que Joe diera sus primeros y vacilantes pasos, y trataban de ayudarlo. Yo no era entonces más que un montoncito de huesos gelatinosos, incapacitado aún para andar. Habría sido preferible que hubieran dejado a Joe descalzo hasta que él mismo decidiera cuándo había llegado el momento de andar... e incluso entonces permitir que siguiera descalzo durante un mes o más.

De niño, a Joe le examinaban frecuentemente el corazón, los pulmones y otros órganos, que rara vez causan molestias a esa edad. Y, sin embargo, de mí (el gran causante de problemas) se olvidaban. Me figuro que muchos médicos pensarán que nadie se ha muerto de un dolor de pies. Cuando Joe cumplió cuatro años, hubiera sido el momento de que me examinara un buen podólogo. Esta habría visto inmediatamente que necesitaba ayuda. Dos años más tarde se inició una verdadera dolencia: mi compañero y yo empezábamos a aplanarnos, y también se advertían los comienzos de otras deformidades, causadas, sobre todo, por la herencia y por el calzado.

Joe aprendió a cepillarse los dientes, a peinarse, a lavarse las orejas; pero nadie le enseñó cómo andar, y mucho menos le enseñaron a hacerlo con los dedos hacia adelante. Joe caminaba con los dedos mirando para fuera. Sus padres le compraban zapatos que duraran, y eso es lo peor que puede hacer. Hasta los seis años de edad, Joe tenía que haberse medido el pie cada cuatro o seis semanas y haber comprado zapatos nuevos cuando fuera necesario. A los doce años debió haber cambiado de calzado cada tres meses.

Hay un refrán que relaciona el dolor de pies con el malestar general. No se equivoca. Puedo producir síntomas en otras partes del cuerpo muy alejadas de mí: dolor de espalda, de cabeza, calambres en las piernas y otros trastornos semejantes. Todas estas molestias se deben a que, en general, Joe cambia de postura y anda de forma que pueda evitar apoyarse en mis zonas doloridas. Podría añadir que estas molestias tienen un efecto emotivo. La persona a quien le duelen los pies, suele estar de mal humor.

Con mayor razón todavía que yo, podrían narrar aquí su vida los pies de la esposa de Joe, porque las mujeres tienen en dichas extremidades molestias cuatro veces más abundantes que los hombres. Los zapatos de tacón alto, desde luego, son los culpables. Hacen que el peso del cuerpo caiga hacia adelante, donde no debe estar; acortan los músculos de la pantorrilla y rompen el equilibrio de la espina dorsal. Por eso las mujeres se quejan tanto de dolores de espalda y de piernas. Y por eso se quitan los zapatos en cuanto pueden. Lo mejor que podrían hacer era tirarlos definitivamente.

Hay unos cincuenta trastornos que me pueden ocurrir. El más común son los llamados callos. Cuando un zapato produce presión en un lugar determinado de mis dedos, respondo acumulando en dicha zona un tejido protector. Pronto se forma una «montañita» de células muertas, lo bastante alta para oprimir algún nervio que esté debajo y producirme dolor. La cura más recomendable para esto sería que Joe guardara cama durante algunas semanas, pues así estas durezas desaparecerían solas.

Joe se imagina que es un cirujano de callos bastante competente. No lo es. Se recorta las durezas y callos con una hoja de afeitar que no esteriliza, y usa callicidas ácidos: tanto un remedio como el otro pueden provocar alguna infección. Lo que debería hacer es aplicarse un protector almohadillado para aliviar el dolor inmediato y después ponerse unos zapatos que no le lastimaran.

Los juanetes se producen cuando mi dedo gordo se dobla debajo del segundo. En general son una deformidad hereditaria, en los varones, pero los zapatos tienden a agravarla. Contra los juanetes también respondo formando una capa de tejido protector. Este problema se suele aliviar con separadores o soportes para los dedos, o con otros medios mecánicos en los zapatos. Pero si esto no diera resultado, tal vez la cirugía sería la única solución para enderezar el dedo gordo.

Las durezas que se suelen formar en la base de los dedos son a veces dolorosas. Alivia algo que el pedicuro las corte, pero lo mejor es usar cuñas, puentes u otros aparatos ortopédicos semejantes, diseñados para lograr un equilibrio más conveniente.

El llamado pie de atleta es una enfermedad que me causan los hongos. Siempre los llevo encima, pero no me hacen daño mientras no se alojen y multipliquen en alguna grieta húmeda de la piel. La mejor prevención contra este mal es mantenerme seco, lo cual no resulta fácil, porque las glándulas sudoríparas son más abundantes en mi planta que en cualquiera otra parte del cuerpo, excepto en las palmas de las manos. Si Joe me diera dos buenos baños al día y después me friccionara vigorosamente con alcohol y me empolvara a menudo, el problema estaría por lo menos controlado. En caso de que fallaran estas medidas, siempre cabría recurrir a las nuevas píldoras fungicidas.

Todo el mundo ha tenido uñas enterradas. El mejor tratamiento es limpiar los bordes de las mismas y poner un algodoncito con medicamento debajo. Mejor todavía es la prevención, cortándome las uñas rectas y no demasiado cortas.

Hace poco tiempo Joe sintió que yo me enfriaba y entumecía, al igual que mi compañero: eso se debe a la mala circulación, que es un síntoma de la edad. Para que yo entre en calor, basta con hacer que la sangre circule más de prisa. Los pediluvios ayudan a dilatar mis vasos sanguíneos y mejoran la circulación. También es útil que nos apoyen a mi compañero y a mí sobre una mesa o sobre un cojín. O dar un paseo.

El mejor ejercicio que Joe me puede imponer es andar sobre un terreno *que no sea llano,* como hacían sus antepasados. Sin embargo, en las superficies duras necesito unos zapatos para apoyarme. Pero aunque Joe me aprisiona en estas cárceles de cuero durante dos terceras partes de su vida, no sabe todavía comprarse el calzado. En efecto, dedica más tiempo a elegir una corbata. De vez en cuando, si le causo molestias, adquirirá acaso un par de zapatos «higiénicos». No hay tal cosa, como tampoco existen gafas «higiénicas» ni dentaduras «higiénicas». El zapato, o nos queda bien o nos queda mal.

Joe debería comprar los zapatos al final de la tarde, cuando yo haya alcanzado mi mayor volumen en las veinticuatro horas del día. Además, debe probárselos de pie, y los de los dos pies. A menudo un pie es ligeramente mayor que el otro.

El calzado deberá tener por lo menos un centímetro más de longitud que mi dedo más largo. Si los zapatos no me dejan espacio para que pueda mover los dedos, Joe deberá abstenerse de comprarlos. Otra cosa: los calcetines demasiado cortos son casi tan perjudiciales para mis dedos como los propios zapatos. Joe debería tener cuidado sobre todo con los calcetines elásticos.

Una advertencia final que hago en forma de amenaza, para que Joe me preste atención: recuerde que le espera la vejez, y que la gran mayoría de los ancianos tienen los pies enfermos como consecuencia de muchos años de descuido. Esta es, por cierto, una de las razones principales por las que pasen tanto tiempo sentados en mecedoras o en los bancos de los jardines. Se sientan allí precisamente cuando más necesitan hacer ejercicio moderado y desempeñar alguna actividad estimulante.

En este sentido, no exagero al afirmar que puedo acortar una vida. Si Joe quiere evitarlo, que empiece en seguida a prestarme —en *serio*— la atención que merezco.

*(De "Selecciones")*

# El Podólogo ante las enfermedades vasculares periféricas

Por JOSE MARIA ZALDUA ALBERDI

Cuando hace unos meses, mi buen amigo Víctor Fano, en representación del Comité organizador de este III Congreso Nacional de Podología, me propuso dar esta conferencia, acepté sin dudarlo y acepté sin dudarlo no por la amistad que me une con él y con los demás y prestigiosos miembros de este Comité, ni por las relaciones continuas que tenemos en nuestro trabajo diario, sino por el convencimiento pleno de la gran importancia que adquieren las enfermedades vasculares periféricas en el ejercicio de la Podología. Sería petulante por mi parte el darle a esta charla el carácter de una lección o de una conferencia, cuando no voy a decirles ni nada nuevo ni nada que ya no conozcan; simplemente es mi intención exponer con la mayor claridad posible los síntomas clínicos y de la exploración sencilla que les permita siempre y en todo momento con seguridad conocer el terreno en el que actúan.

Dicen Hallen, Barker e Hines en su magnífica monografía «Peripheral vascular desease», que las extremidades se prestan ellas mismas especialmente bien para exploración física y las enfermedades de sus vasos sanguíneos se manifiestan con extraordinaria claridad por alteraciones que, generalmente, son detectadas por el observador experimentado con el uso juicioso de sus ojos y de sus manos.

Para su exposición, lo haremos comenzando sucesivamente por:

Enfermedades arteriales.
Enfermedades arteriolares.
Enfermedades capilares.
Enfermedades venosas, y
Enfermedades linfáticas.

Sin duda alguna, las más importantes son las arteriales y las arteriolares. En ellas nos detendremos un poco más, y los capítulos capilares, venosos y linfáticos, los recorreremos más someramente, puesto que para ustedes son de mucha menor importancia.

Antes de hablar de las enfermedades arteriales vamos a hacer un pequeño, muy discreto bosquejo anatómico, simple, pero completo (figura 1).

Tienen ustedes aquí, esquemáticamente representado, el corazón, los troncos supraaórticos, las arterias de los brazos y las arterias de las piernas.

Ilíaca externa, ilíaca interna. La ilíaca externa se divide en femoral superficial y femoral profunda. Arteria de gran importancia, puesto que a través de ella llega la sangre a las partes más distales de la extremidad cuando hay una obstrucción de la femoral superficial.

Arteria poplítea, troncos tibio-peroneos, tibial anterior, tibial posterior.

Cada una de estas arterias se puede detectar perfectamente por la pulsación en el lugar correspondiente, de forma que con sólo palpar el pulso en las extremidades inferiores, en todo momento sabrán cuál es la arteria que está obstruida.

Vamos a explicarlo:

Supongamos que hay una obliteración arterial. Si ustedes tocan el pulso en la ingle

del lado derecho y el pulso de la ingle del lado izquierdo y en ninguno de los dos hay pulso patente, indiscutiblemente la obstrucción es de bifuracación aórtica (1) (Figura 2).

Si, por ejemplo, en el lado derecho el pulso es patente y negativo en el izquierdo, la obliteración estará a nivel de la arteria ilíaca (2).

Si el pulso es patente en la femoral, pero es negativo en la poplítea (en el hueco poplíteo), la obstrucción estará en la femoral (3).

Si el pulso es patente en poplítea y negativo en la tibial posterior y positivo en pedia, la obliteración es de arteria tibial posterior (4).

Por el contrario, si la pedia es negativa y positiva la tibial posterior, la obliteración será de tibial anterior (5).

Por lo tanto, sólo con detectar, con tomar el pulso en aquellos lugares donde se hace superficial la arteria, en todo momento sabemos dónde está la obliteración. De todas formas, para ustedes siempre que uno de los dos sea positivo, pedia o tibial posterior, normalmente no habrá ningún problema importante de insuficiencia circulatoria arterial en el pie que pueda comprometer o ser origen de complicaciones secundarias en su trabajo.

Las obstrucciones arteriales, habitualmente son por dos causas: embolia y trombosis. La obstrucción embólica se da siempre en enfermos cardíacos, donde, por falta de una normal circulación en el corazón (arritmia completa, enfermedad mitral, etc.), la sangre, al no circular bien, forma remolinos en su interior, se coagula y el coágulo (émbolo) sale por la arteria aorta y va a detenerse en aquella bifurcación importante, donde el calibre de la arteria es menor que el diámetro del émbolo. Esto puede suceder a nivel de las carótidas, arterias de los brazos, renales, mesentérica, la propia bifurcación aórtica y arterias de las extremidades inferiores, que es el caso que nos interesa.

En estos casos no hay enfermedad arterial, únicamente hay obstrucción arterial. En esto se diferencia fundamentalmente de la trombosis, donde la enfermedad radica en la propia pared de la arteria y la sangre se coagula «in situ».

No es fácil que vean ustedes, de primera intención —me refiero como Podólogos—, enfermos de ambolia arterial. Sin embargo, los casos de trombosis son a veces de aparición súbita, pero otras de comienzo lento y que pasa inadvertida.

Normalmente, la arteria, por arterioesclerosis, por la formación de placas de ateroma en su interior, se va estrechando cada vez más, pero a medida que se estrecha se va formando una circulación colateral, de forma que cuando se ha cerrado del todo, la circulación colateral es suficiente para que la pierna viva. El hombre tiene dificultad para andar, y en función de esta dificultad, que, como antecedente, ustedes siempre tienen que indagarlo, será la insuficiencia circulatoria que padece (Figura 3).

A esta dificultad en la marcha, más bien peculiaridad de la marcha, se le conoce con el nombre de CLAUDICACION INTERMITENTE.

Si el enfermo dice: «Cada 500 metros me tengo que parar, descanso medio minuto y puedo andar otros 500 metros», hay una obstrucción arterial bastante bien compensada. Si dice que cada 200 metros tiene que parar, descansar un tiempo parecido para reanudar la marcha, la circulación es menor. Si dice que escasamente anda 20 metros, la circulación está muy comprometida. Si además de esto dice: «Cuando estoy de pie no tengo dolor, pero me aumenta considerablemente al estar en la cama y me tengo que levantar», la circulación está muy seriamente comprometida. (En posición horizontal la sangre llega con más dificultad al pie).

Así pues, con la simple palpación de los pulsos periféricos y este antecedente en su historia clínica, saben ustedes dónde está la obliteración arterial y qué grado de insuficiencia circulatoria padece.

Como complemento y de absoluta necesidad es el empleo del Oscilómetro. Con su aplicación obtendrán el índice oscilométrico, es decir, el índice de circulación troncular en los tres puntos más importantes de la extremidad inferior. Esto es: tercio inferior de muslo, tercio superior de pierna y tercio inferior de pierna.

En la figura 4 se indica el lugar de aplicación del manguito del oscilómetro y los índices que pueden considerarse como norma-

les. Estos índices son variables, pero siempre comparativos en las medidas tomadas en una extremidad y en la otra. Varía con el grosor de la extremidad, varía con la edad y varía también según la elasticidad de las arterias.

A estos datos: pulsatilidad de las arterias periféricas claudicación intermitente e índice oscilométrico, hay que añadir otros síntomas, como son: la palidez del pie, el dolor de los dedos y la frialdad en los mismos, que aparecen en períodos avanzados.

De todas formas, como datos muy importante, siempre que el índice oscilométrico en tercio inferior de la pierna sea inferior a 1/4 de la unidad del oscilómetro, tengan mucho cuidado; éste es un enfermo arterial importante, su antecedente de claudicación arterial se lo confirmará en seguida, no andará más de 200 metros seguidos sin parar, notando una sensación de agarrotamiento en la pantorrilla.

Normalmente, los enfermos arteriales se quejan de que tienen los pies fríos y habitualmente pálidos, un estadio más y se torna cianótico, con una cianosis permanente que la presión digital no la hace del todo desaparecer. Esto coincide con un índice oscilométrico de cero y con dolor nocturno. El enfermo les dirá que en la cama no puede dormir porque los pies le duelen de un modo espantoso; sin embargo, si pone los pies colgando el dolor se le quitará, pero también se le hinchará el pie. En este momento estamos ante un caso muy grave y de un compromiso muy serio de la circulación arterial. Habitualmente existen ya pequeñas zonas de necrosis subungueales o en la punta de algún dedo. No es infrecuente que acuda al Podólogo como si se tratara de una uña incarnada muy dolorosa o de un callo infectado.

No puede dejar de señalar la gran importancia con que la diabetes viene a complicar los procesos de trombosis arterial. No es que de por sí la diabetes sea una enfermedad que origina la trombosis arterial, no. Lo que hace es acelerar la evolución de la arterioesclerosis, de forma que un arterioescleroso diabético que no ha tratado bien su diabetes tiene un grado de arterioesclerosis mucho mayor del que le correspondería por su edad. Otra circunstancias que todos ustedes conocen de la diabetes es la facilidad con que la infección prende en estos enfermos. Es fácil comprender que una infección que radica en el pie isquémico de un diabético, la circunstancia es óptima para la necrosis y gangrena de los tejidos.

Esta complicación puede, con frecuencia, ser motivo de engaño, puesto que el calor a veces excesivo del pie es interpretado como consecuencia de una buena circulación, cuando en realidad es debido solamente a la infección. Por ello nunca deben olvidar en la exploración rutinaria de estos enfermos, palpar los pulsos periféricos y tomar el índice oscilométrico.

Hemos hablado hasta aquí, dentro del grupo de las enfermedades arteriales, de la arterioesclerosis (enfermedad degenerativa) y de la complicación grave que supone la diabetes asociada a esta enfermedad. Esto ocurre en edades avanzadas y en pacientes hipertensos.

Pero hay otra enfermedad, aparentemente con el mismo cuadro clínico de obliteración arterial, que aparece en la mediana edad, de 20 a 50 años, generalmente enfermos hipotensos, y que es de tipo inflamatorio y no degenerativo. Es la TROMBOANGEITIS OBLITERANTE o ENFERMEDAD DE BÜERGER.

Si el grueso de la sintomatología es prácticamente igual, hay algunos signos para ustedes de gran importancia que la diferencian, y es: que las lesiones iniciales y por las que acuden al médico o al Podólogo asientan en las uñas de los dedos de los pies o en forma de pequeñas úlceras coincidentes con un callo, papiloma, o lugar de roce con el zapato. Estas lesiones, que con frecuencia son confundidas con una uña incarnada o una herida infectada, son de tipo necrótico o grangrenas incipientes de la extremidad.

Su diagnóstico diferencial se basa en los signos de exploración antes mencionados y en que son muy dolorosas al tacto, incluso al simple roce con el calcetín o la sábana.

La extirpación de la uña bajo anestesia local puede ser de graves consecuencias.

En el capítulo de las ENFERMEDADES ARTERIOLARES vamos a mencionar únicamente la que se deriva de la presencia de un foco séptico, en el 90 % de los casos de origen dentario y más rara vez amigdalino o sinusal.

Se trata de pacientes con lesiones necróticas (gangrena), localizada en la punta de los dedos, más frecuente de los pies que de las manos, que comienzan habitualmente semejando panadizos ungueales y que en realidad son lesiones isquémicas consecutivas a la inflamación de las arterias terminales (arteriolas).

La lesión puede ser de un dedo o de varios, los pulsos distales son positivos (pedia y tibial posterior) y los índices oscilométricos también normales.

Lo importante en estos casos es el diagnóstico que evitaría intervenciones inadecuadas, ya que el tratamiento es sencillo, pues basta la extirpación del foco séptico y la administración de un antibiótico de amplio espectro, para curar en la mayoría de los casos radicalmente la enfermedad.

Dentro de los síndromes que pudiéramos decir son consecutivos a alteraciones de la circulación capilar, se encuentran la acrocianosis, eritrocianosis, perniosis (sabañones), etc. Todas ellas, desde el punto de vista de su especialidad, carecen de significación clínica y el problema más importante es el estético. Son las piernas moradas, los dedos excesivamente colorados, los sabañones, que todos ustedes conocen y sobre los que no vamos a hacer hincapié.

En estos casos, la actuación de ustedes debe ser la habitual y únicamente puede ser aconsejable el advertir a los enfermos el que la cicatrización de sus heridas será tal vez más lenta que lo normal. Y siempre peor en invierno que en verano.

ALTERACIONES DE LA CIRCULACION VENOSA. — Pueden dividirse en los grandes grupos: las alteraciones de la circulación superficial (sistema safena interna o externa) y alteraciones de la circulación profunda (sistema poplíteo-femoral-ilíaco).

Dentro del primer grupo, el síndrome más importante y más característico es el síndrome varicoso. Pueden apreciarse grandes o pequeñas varices en el muslo y pierna y a veces con ramificaciones en los pies. Ello es debido a una incompetencia o insuficiencia valvular que dificulta en posición ortostática la subida de la sangre de las extremidades inferiores al corazón.

En el segundo es el síndrome post-flebítico, el más habitual. Una flebitis ocurrida hace años con motivo de un parto o enfermedad infecciosa es un dato fácil de recoger en el interrogatorio del enfermo.

En ambos grupos se ven varices en grado más o menos acentuado, amplias zonas pigmentadas en tercio inferior interno o externo de la pierna y frecuentemente úlceras.

Estos enfermos suelen tener mucha reserva, tal vez miedo, a cualquier intervención de tipo podológico que ustedes puedan hacer. Sinceramente, a pesar de lo aparatoso del cuadro, no existe problema alguno. Solamente cabe señalar que en algunos enfermos post-flebíticos puede existir una afectación arterial de tipo espástico al principio y orgánico después y que provoca un síndrome isquémico de efectos y consecuencias semejantes a los tratados al hablar de las obliteraciones arteriales.

En consecuencia, siempre que vean un enfermo post-flebítico sería prudente palparan los pulsos distales, y si no los encuentran, mirarán el índice oscilométrico.

LOS TRASTORNOS DE LA CIRCULACION LINFATICA se manifiestan fundamentalmente por alteraciones en la circulación de retorno de la linfa, provocando el edema linfático o linfedema. Los grados más avanzados con gran edema de las extremidades se conoce con el nombre de elefantiasis.

Unas veces, el LINFEDEMA PRIMARIO, es de tipo congénito y aparece en la infancia, para evolucionar progresivamente a lo largo de los años. Se trata de una aplasia de los vasos linfáticos o de una insuficiencia de los mismos.

Con más frecuencia, el linfedema es debido a infecciones de tipo estafilocócico, eri-

sipelas repetidas, infecciones de tipo micótico o de tipo tuberculoso.

El linfedema es completamente distinto del flebedema o edema venoso. Es más duro, se reduce con mucha más dificultad por el decúbito y a menudo comprende toda extremidad. No se observan varices, la piel no está pigmentada como en los trastornos venosos y excepcionalmente aparecen úlceras o cicatrices de las mismas. Por ser el edema permanente y reducirse en pequeño grado con el descanso nocturno, existen unos surcos en la garganta del pie y en la parte dorsal del nacimiento de los dedos.

Si para toda intervención quirúrgica, por pequeña que sea, debe guardarse la más rigurosa asepsia, en estos enfermos deben extremarse las medidas en la forma más exigente. La infección es fácil y su difusión a lo largo de su extremidad rápida.

El enfermo se vería obligado a guardar cama durante muchos días y sometido a un tratamiento antibiótico intenso, con el consiguiente incremento en la evolución del linfedema.

Si con esto he conseguido algo positivo para ustedes, aunque creo sinceramente, y repito, que no les he dicho nada nuevo, que sirva para que en sus despachos tengan una gran tranquilidad al conocer siempre el terreno en el que actúan, me daré por muy satisfecho.

Figura 1

Esquema del árbol arterial donde se indican con un círculo los puntos donde deben palparse los pulsos periféricos.

a) Pulso femoral.
b) Pulso poplíteo.
c) Tibial posterior (detrás del maleólo interno)
d) Pulso de la pedia.

Figura 1

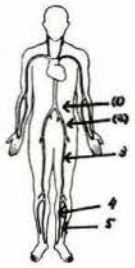


Figura 2

Figura 3

Arteriografía femoral. Puede verse la trombosis de la arteria femoral y el desarrollo de la circulación colateral.

Figura 3

Figura 4

Indices oscilométricos normales a los distintos niveles del miembro inferior.

Figura 4

Figura 5 Figura 6

ENFERMEDADES ARTERIOLARES

Arteriolitis consecutiva a foco séptico dentario.

Figura 7

ALTERACIONES DE LA CIRCULACION VENOSA

Ulcera varicosa

Figura 8

Flebedema (edema venoso) y Celulitis Pigmentada.

Figura 9 (a Figura 9 (b

TRASTORNOS DE LA CIRCULACION LINFATICA

Edema Linfático (Linfedema)

# PATOLOGIA DEL MAL PERFORANTE PLANTAR

Dra. GISELLA FABREGAS
(Argentina)

*La Dra. Gisella Fábregas ha hecho una notable traducción de este trabajo que en su día se publicó en la Revista de Podología n.° 3 (marzo-abril 1972), que editan nuestros queridos colegas franceses y que nos permitimos transcribir por la importancia del tema, dando nuestras más expresivas y reconocidas gracias a la Dra. Gisella Fábregas, a la par que nuestra mejor felicitación por el trabajo desarrollado.*

Tiene íntima relación con los trastornos vásculo-páticos derivados de la arterioesclerosis, la diabetes y, afortunadamente, en menor proporción, la siringomielia y la tabes, de origen neurológico. La primera por darse menos, y la segunda porque, gracias a los tratamiento actuales, se ha logrado superar bastante. No así los de la arterioesclerosis, cuya fisiopatología deseo que veamos.

¿Qué ocurre con los vasos? Alterado el centro trófico, los que sufrirán realmente la alteración, de una manera u otra, son los vasos; es decir, las venas y las arterias. Me refiero a las tan evidentes habituales afecciones que todos conocemos, las *varices*. La vida actual, con sus exigencia y sus apremios, la permanencia de muchas horas de pie, e inclusive, en la posición de sentados sin poder hacer un ritmo de descanso, influye en gran medida para que, sobre las venas, de paredes muy frágiles, recaiga mayor sufrimiento.

Las anomalías arteriales, menos frecuentes, revisten, sin embargo, mayor peligrosidad. El problema es más grave y profundo, e indudablemente altera mucho más el músculo. Las arterias, con paredes más elásticas, van depositando calcio en sus numerosas ramificaciones rojas que, por eso, se hacen más rígidas. En realidad, es todo el sistema en general el que se altera. Pero donde comienza primero es en el sistema capilar, donde ocurren las uniones arterio-venosas. Una encargada de llevar el elemento hemático, y la otra, de vehiculizarlo. Y allí, en la unión de ambas, donde se produce el intercambio sanguíneo, es a donde llegan todos los detritus, lo que sobra de la acción muscular y nerviosa, para ser deflexionada y llevada por las venas para su desintoxicación. Pero hay veces en que por un motivo u otro, sea porque la sangre está mucho más cargada, más densa, o porque la cantidad de líquido es mucho mayor que la que debiera, actúa un líquido especial denominado *colesterol*, cuyo aumento lo ha hecho tristemente famoso por ser un probable precursor de la arterioesclerosis. Pero, ¡cosa extraña, todo aquel que tenga en demasía colesterol en sangre, está en el problema de una arterioesclerosis en perspectiva. Y a medida que éste siga avanzando y los líquidos de la sangre disminuyendo, se van depositando placas de atermas en las paredes arteriales, que, como medio de

defensa, se calcifican, haciéndose mucho más rígidas y menos permeables y, por ende, la circulación es mucho más difícil.

Otro problema es el de la diabetes, que también da un tipo de sangre con tendencia a un peso específico mucho mayor y, por el aumento de los glúcidos, a más espesor. También, y secundariamente, a la formación de los líquidos. La diabetes no sólo actúa sobre las paredes de los capilares, lesionándolos, sino que, posteriormente, va a traer complicaciones de acrecentamiento y de propensión a la arterioesclerosis. Tanto ésta como la diabetes son las responsables de muchos problemas vasculares en los miembros superiores e inferiores. Pero también hay un trastorno trófico proviniente del sistema nervioso central, donde el cerebro, que es el director general, con sus ramas periféricas que parten de la médula, y la parte trófica, que está en la porción anterior de ésta, con el sistema vegetativo del gran simpático, dan esas afecciones vasomotoras en la circulación de las manos, que tan pronto enrojecen como se ponen cianóticas, o heladas y pálidas como manos de muerto, hecho denominado síndrome de Reynaud.

Y otras famosas enfermedades, tales como la siringomielia y la de Parkinson, de tipo totalmente nervioso, con perturbaciones tróficas de gran importancia. La médula, con su asta anterior más gruesa y su asta posterior más delgada, ambas con funciones distintas para la formación del movimiento del arco reflejo (el reflejo rotuliano que todos conocen, por ejemplo).

La médula tiene en el centro una zona llamada conducto de Lepéndimo, muy importante para el proceso de algunas enfermedades. Su parte anterior corresponde a toda la proyección motora del sistema nervioso; es decir, es ejecutora. Y la posterior es la parte sensitiva. Ejemplo: cuando nos golpeamos, el estímulo, que es centrípeto, o celulípeto, llega desde afuera hacia la célula. Entonces, el nervio —que lleva el estímulo hacia la parte anterior— a su vez emite otro estímulo que es celulífugo (de adentro hacia la célula), y produce el movimiento. Es el arco reflejo mínimo que viene por todos los cordones que envía la corteza cerebral, y que se va haciendo en forma automática para ejecutar los movimientos correctamente. Dentro de estas astas anteriores hay unas células especiales que son las fibras encargadas del trofismo. Por eso, cuando tratamos a un enfermo que tiene una hemiplegía (parálisis piramidal central), que va desde la corteza hasta los cordones que van a entrar a la médula (ambos sistemas, el directo y el cruzado) para formar el sistema piramidal, porción anterior encargada de producir los movimiento. Toda vez que la corteza se lesione hasta ese nivel, se originará esa clase de parálisis, siendo la hemiplegía la más conocida. El enfermo presenta el pie frío, sudoroso, con los músculos algo atrofiados por una cirulación alterada. Pero nunca tanto como en los casos de poliomielitis, con la esclerosis en placas, porque está tomada la parte anterior.

Entonces, la parálisis, en vez de endurecer los músculos, los torna atróficos, caídos, laxos, con una inmovilidad absoluta en las piernas y con perturbaciones muy importantes en los dedos de los pies de los niños, e inclusive, ocasiona las famosas escaras sacras, enormes boquetes a ese nivel, proceso infeccioso que termina con la vida del enfermo. De todo esto es responsable el asta anterior de la médula que tiene el centro trófico.

Vamos a tomar los dos tipos de enfermedad. La *siringomielia,* que da el renombrado panadizo indoloro, y el *mal perforante plantar,* de tipo trófico muy importante, que puede darse como enfermedad familiar, únicamente. No todos la padecen de igual manera. Puede ocasionar un pie muy deformado y doloroso (pie bot), o con anomalías en las rodillas, las manos, los codos, y hasta con algunas mutilaciones dadas desde el nacimiento.

En el tercer y cuarto mes de gestación, la anomalía comienza de la siguiente manera: en el embrión tenemos tres capas (exodermo, mesodermo y endodermo). La parte externa, o exodermo, corresponde a la piel. El sistema nervioso posee el mismo tipo de células que ésta. Cuando el encaje neural cierra perfectamente, lo hará primero por el

hueso, después por los músculos, y finalmente, por la piel. Es decir, el exodermo queda perfecto. Pero muchas veces ocurren algunas alteraciones merced a las cuales ciertas células se mueven mal. Entonces, en el conducto de Lepéndimo, que no debiera tener ningún sobreagregado, pueden caer algunas células aptípicas, anómalas, y comienza a formarse algo muy especial que carcome y que da lugar a una solución de continuidad, un hueco, el cual puede estar relleno de unas células que se llaman bioblastomas, o bien, sólo queda el hueco. Poco a poco se van uniendo las astas anterior y posterior.

Existen dos tipos de sensibilidad: la *subjetiva*, que es la que experimenta el sujeto (ejemplo, el dolor, que sólo puede comprobarse a través de los gestos, o de la sudoración fría, o de la respiración, o de la pupila que se empequeñece, se torna miótica. Son signos de dolor), y la sensibilidad *objetiva*, que puede ser superficial y profunda. La primera es la que ataca a la siringomielia; y la segunda, a la tabes.

La superficial lleva la sensibilidad térmica y dolorosa, es la táctil. Es la que nos da la sensación cuando nos tocan, cuando hacemos un contacto. Al mismo tiempo, la sensación de frío y de calor, que van juntas. Y la del dolor, que se experimenta subjetivamente.

En el comienzo de la enfermedad, la siringomielia conserva la sensibilidad táctil. Si tocamos al enfermo con un alfiler o con una gasa, lo percibe porque conserva esa sensación. Pero, la termo-algésica (frío, calor, dolor) está abolida. Podrá encontrarse cerca de un brasero, quemarse una mano, y no lo nota. ¿Por qué? Porque tiene la sensibilidad totalmente perdida. ¿En qué localización es más frecuente que aparezca este tipo de enfermedad? En la zona cervical. Por lo tanto, va a tomar los miembros superiores, como en esclavina, y luego, también, los dedos de las manos, especialmente en los enfermos de lepra. Y, en la zona lumbo-sacra, toma los miembros inferiores juntamente con los dedos de los pies.

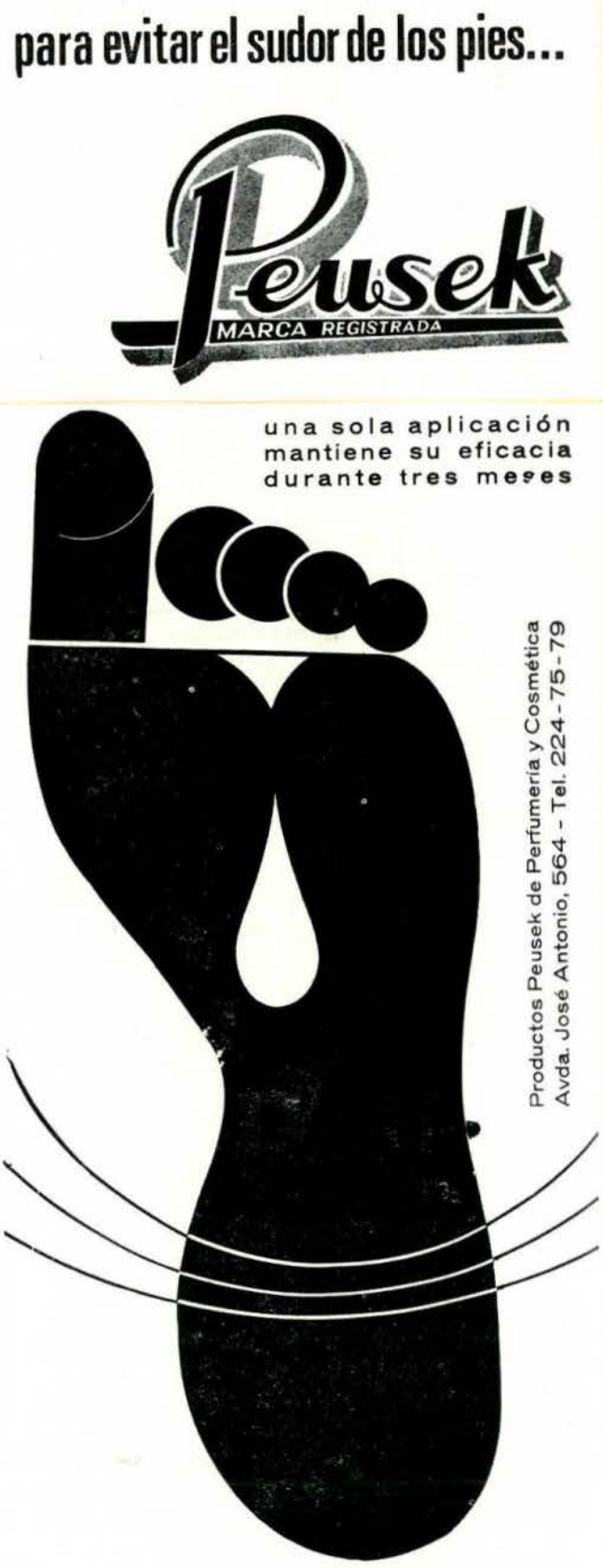
En la tabes no ocurre lo mismo. En la tabes están tomados los cordones posteriores, que después, por ascensión sensitiva van a ir al cerebro, que es quien gobierna todos los sistemas. Esta alteración no es familiar; por lo tanto, no es predisponente. Puede contraerse. Es una sífilis cuaternaria. Pero no todo aquel que la padece va a tener tabes. Esta, como la parálisis general progresiva, no son enfermedades para todos. ¿Qué es lo primero que experimenta quien contrae la tabes? Por estar perturbada la sensibilidad profunda, tendrá pérdida total de los reflejos, no por alteración del nervio motor, sino porque no hay llamada. Conservadas, sí, las sensaciones de frío, de calor y de dolor. Pero, a ojos cerrados, habrá perdido completamente el sentido de la dirección. Es decir, la sensibilidad profunda, que nos trae el conocimiento de nosotros mismos, la colocación de nuestro cuerpo en el espacio que nos hace saber por dónde andamos, calcular las distancias y, en general, la ubicación de nuestra posición física dentro de un ámbito está abolida. Normalmente, nosotros extendemos la mano y nos tocamos la nariz. Podemos hacerlo a ojos cerados. Pero, en afecciones como ceguera vestibular, o perturbaciones auditivas, o ciertos tipos de nuerosis, se pierde el equilibrio, y para mantenerlo con los ojos cubiertos, se tropieza con dificultades. Es necesario tener indemne el centro vestibular, por ser receptivo. Por eso fracasa el tabético en la prueba de tocarse el talón, la rodilla, o llevarse el dedo hacia la nariz con los ojos tapados. Equivoca la dirección por haber perdido la sensibilidad profunda. Muy importante. Cuando observamos la marcha de un tabético, nos impresiona como la de un ciego. Al comienzo camina abundando la base de sustentación. Taconea y golpea, porque necesita de esos estímulos para recibir, por intermedio del periostio, toda esa sensación que a través de la médula y de los cordones va a llegar al cerebro, y poco a poco, se va a perder en ésta.

Entonces pierde la estabilidad y va tambaleándose, a menos que vaya mirando bien. Si a ese enfermo se le toma la prueba denominada ataxia (es decir, la falta de orden en la ejecución correcta de los movimientos),

con los ojos abiertos lo hará muy bien, pero no así cerrándolos. Lo mismo ocurre con la experiencia de Romberg, consistente en guardar el equilibrio en posición de firmes y permanecer así, sin abrir los ojos, para avalar la corrección del sistema nervioso táctico, Indefectiblemente, se tambalea, por alteración del centro trófico, lo que también recaerá sobre las uñas de los pies, que formarán los célebres panadizos, o mal perforante plantar, en este caso, sumamente dolorosos. De acuerdo con su avance, llegan a gangrenar tejidos, lo que significa la necrosis de los mismos. En casos así, muy frecuentes en los diabéticos, se va a la amputación del miembro.

Existen dos tipos de gangrena: seca y húmeda. Se diferencian en que la primera es diabética (generalmente), por oclusión en las uniones arterio-venosas, debido a la formación de un trombo que intercepta la circulación. La húmeda es aquella que, además, se infecta y toma características muy particulares, con un olor fétido más que desagradable que se percibe desde lejos. Hay alteraciones gangrenosas mutilantes, espontáneas, provocadas por un proceso arterioesclerótico implantado en un diabético. Y, ¡cosa extraña!, cuando la arterioesclerosis toma los miembros inferiores, generalmente deja tranquilos el corazón y el cerebro que, aunque también interesa, es una afección selectiva.

Hay alteraciones propias del frío: los tan conocidos eritemas pernios (sabañones), provocados por una mala circulación, bastante frecuentes en el pie plano. También hay afecciones del sistema linfático, que va hacia los ganglios, encargados de diseminar las infecciones y, en general, todo lo que altere los vasos linfáticos. Siempre hay una predisposición familiar vásculo-pática. También hay edemas fríos, blanquecinos o pálidos, distintos al otro tipo producido por extravasación venosa, y que aparecen morados. El tratamiento debe ser local, con gran asepsia y antisepsia, y vasodilatadores de los dos tipos: arterial y venoso. Ya sea arteriopáticos, por una vasoconstricción profunda. Pero la rémora circulatoria más importante es la ve-

nosa. Como paliativos externos, podrían ser la bañoterapia, la posición estática más correcta (los miembros inferiores más elevados que la cabeza durante el descanso), cierto tipo de masoterapia. Personalmente, considero como mejor la bañoterapia con algunas soluciones salinas (principalmente la sal común), e inclusive, con cambios adecuados de temperatura, para sobreactivar, por vía indirecta del tipo neurovegetativo, la vaso constricción.

Existe también dos anomalías que deseo explicarlas: la flebotrombosis y la tromboflebosis y la tromboflebitis. La más común es la flebitis. Mancha roja que aparece repentinamente bastante dolorosa, que está muy caliente, que se descama y, poco a poco, se va formando la infección. Lo que se puede prevenir con antibióticos, reposo, vasodilatadores, y eso desaparece.

Pero la flebotrombosis ocurre cuando un enfermo tuvo alteración en las paredes de los vasos. Aunque no tanto como en la tromboflebitis. Motivos: una fractura, ciertos tipos de intervenciones (ginecológicas en la mujer, y varicoceles en el hombre). Es la formación de un trombo que circula y, de pronto, hace irrupción en la arteria de un pie, o de un miembro inferior aparentemente sano. Al no poder penetrar, la sangre en esa zona palidece, se edematiza, luego se torna azulado y muy frío. Es de gran cuidado. Está hablando de un émbolo que actúa en una pared aparentemente sana, pero la que posiblemente habrá que intervenir en forma quirúrgica.

## RESUMEN DE LO EXPLICADO
## MOSTRACION DE DIAPOSITIVAS

Los dos nervios que van a la médula, uno que llega y otro que vuelve, salen, se unen, y forman un nervio aparentemente único, llevando ambos estímulos: el sensitivo que va hacia la médula, y el otro que responde. El sistema reticular es el que actúa sobre los grupos musculares, el que da las emociones, los movimientos y el trofismo en general. El dormir, el soñar y el despertar. Aquí vemos un nervio ascendente, el activador, que va desde el diencéfalo (la parte baja del cerebro), la base, cerca de la nariz, el olfato. Por eso el olfato está muy relacionado con las emociones, y cerca de un nervio muy famoso y el más doloroso de todos: el trigémino, que, además, produce el despertar. La corteza, a su vez, manda algunas relaciones que son para tranquilizar y otras para llamar la atención. La corteza cerebral siempre es el juez correcto que rige, como el padre de familia.

Desde el lóbulo occipital vienen todas las respuestas para los estímulos. La parte sensitiva se halla en los lóbulos frontal y parietal. En el primero se encuentran el raciocinio y la dirección. La taxia, que es el normal desempeño motriz del individuo. Este pequeño agujerito es el conducto de Lepéndimo, que va formando ventrículos por donde circula el líquido céfalo-raquídeo, que nutre al cerebro, y que, además, es el que se punza para hacer los distintos estudios sobre enfermedades del cerebro; una de esas, la sífilis, por ejemplo. Aquí, observamos la hipófisis, encargada del normal crecimiento de los miembros, y que actúa sobre la glándula tiroides para regular los ciclos. Es la que regula el apetito, la que frena, la que ayuda al cerebro e, inclusive, la que da el color rosado cuando estamos al sol.

Aquí observamos las células piramidales, encargadas de la perfecta motilidad, dirigidas por previa enseñanza del movimiento. También un nervio mixto periférico, que conduce la parte motora y sensitiva.

Por trastornos en el talón de un tabético, se puede llegar al mal perforante plantar. Pero el más importante y común es el del dedo gordo del pie, que, aunque más pequeño y de una masa muscular menor, corresponde a uno de los trípodes de sustentación en la dinámica y la estática.

Aquí se observa un pie bot, que por dificultades posturales, de tanto taconear, hace un mal perforante plantar el talón.

Por lesión del asta anterior posterior hay una alteración trófica que da una artropatía, donde aparece una exostosis o deformación especial de huesos erradicados. Aunque no es un cáncer, es un hueso muy particular con tejido óseo de tipo degenerativo. Las artropatías tabéticas son mucho más frecuentes en los miembros inferiores, y las de la siringomielia, en los superiores.

Por falta de sensibilidad termoalgeica, el enfermo de siringomielia puede padecer cualquier tipo de mutilaciones en los miembros, por no saber cuidarse. Siempre en la edad adulta. El siringomiélico nace normal, luego se va deformando.

Finalmente, acá observamos un corte de cerebro mostrando el control de los comandos por intermedio de los lóbulos. El occipital, que da las órdenes para la visión. El parietal, que permite hacer conscientes los distintos tipos de sensibilidad. El frontal ascendente, que intelectualiza los movimientos. La parte anterior del lóbulo frontal, para la dirección general.

En este corte, se observan todas las vías de comunicación, como cables de una central eléctrica, formada por nervios que llegan al tálamo óptico, para ir luego a la parte hipotalámica, donde están todas las sensaciones que, intelectualizadas, adquieren lo que hoy se denomina «vivencia», y luego van a producir los movimientos y las reacciones, tales como temor, placer, displacer, angustia, etcétera. Aquí, se encuentran los centros vitales de tipo vegetativo; es decir, el respiratorio, el circulatorio, el cardiológico. Cualquier parálisis de éstos podría dar, como en el caso del asta anterior de la médula, que atrofia los miembros, una atrofia sobre órganos vitales.

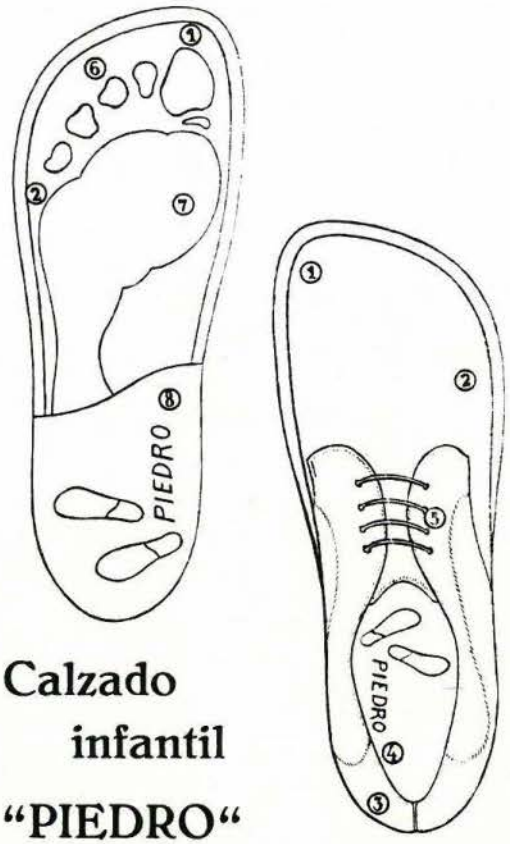
Hemos llegado al final, y mi propósito ha sido que tengan un concepto bien formado acerca de las anomalías que se les puede presentar a diario, y que sepan actuar con corrección y distinguir hasta dónde llegan vuestros alcances.

# Congreso Nacional de Podología

En la última reunión celebrada por la Junta de Gobierno de la Agrupación de Podólogos de España y de acuerdo con el Delegado Provincial de Tenerife Sr, Artemio Méndez, se ha pospuesto la celebración del VII Congreso Nacional de Podología que debía celebrarse en el próximo año de 1973, en Tenerife, para el año 1974.

Como sea que en este mismo año de 1973, en el mes de septiembre-octubre, está programado un Congreso Internacional a celebrar en la ciudad de Salzburg (Austria), fue criterio general de la Junta que tal contingencia restaría el número de asistentes ya fuese en uno u otro de los Congresos y considerando mejor el cambio, se pensó que así, el número de podólogos que se desplazaran a Salzburg será mayor y en el año 1974 cuando se celebre en Tenerife, también la asistencia será más numerosa.

Al propio tiempo la Junta de Gobierno de la Agrupación nos comunica que en el próximo 1973, está programada la celebración de unas Jornadas o Simposium, en una ciudad de la Península. De ello informaremos ampliamente en números sucesivos. Tanto por cuanto haga referencia al lugar, como a los temas a debatir.


**Calzado infantil "PIEDRO"**

Hormas, control y garantía de
**PIEDRO INTERNATIONAL -**
**Berkel, Holland**

Si no tiene aún información completa consulte a **"PIEDRO"**

PIEDRO

Apartado 7053 — Barcelona

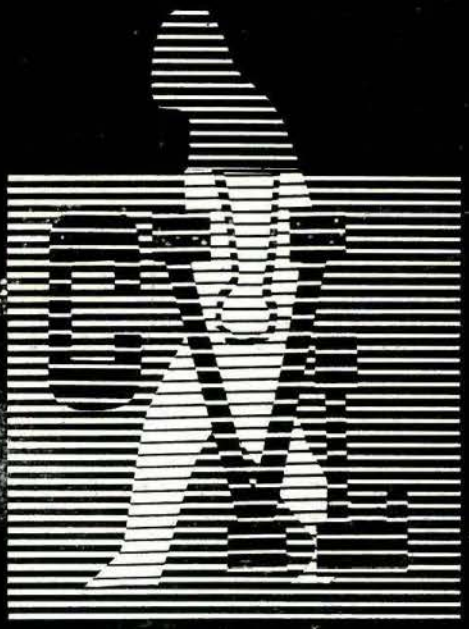
# constantino velasco laínz

*y*

# BERKEMANN

*en*
*colaboracion*
*con*
*la revista española de*

## PODOLOGIA



*ofrece a los podólogos*
*una gama completa*
*de*
*artículos para los pies*

CENTRAL (Oficinas). — Santiago Bernabéu, n.° 4.
Tels. 261 98 75 y 261 44 15. — MADRID-16

ALMACEN. — General Franco, n.° 42.
Tel. 208 98 36. — MADRID-19

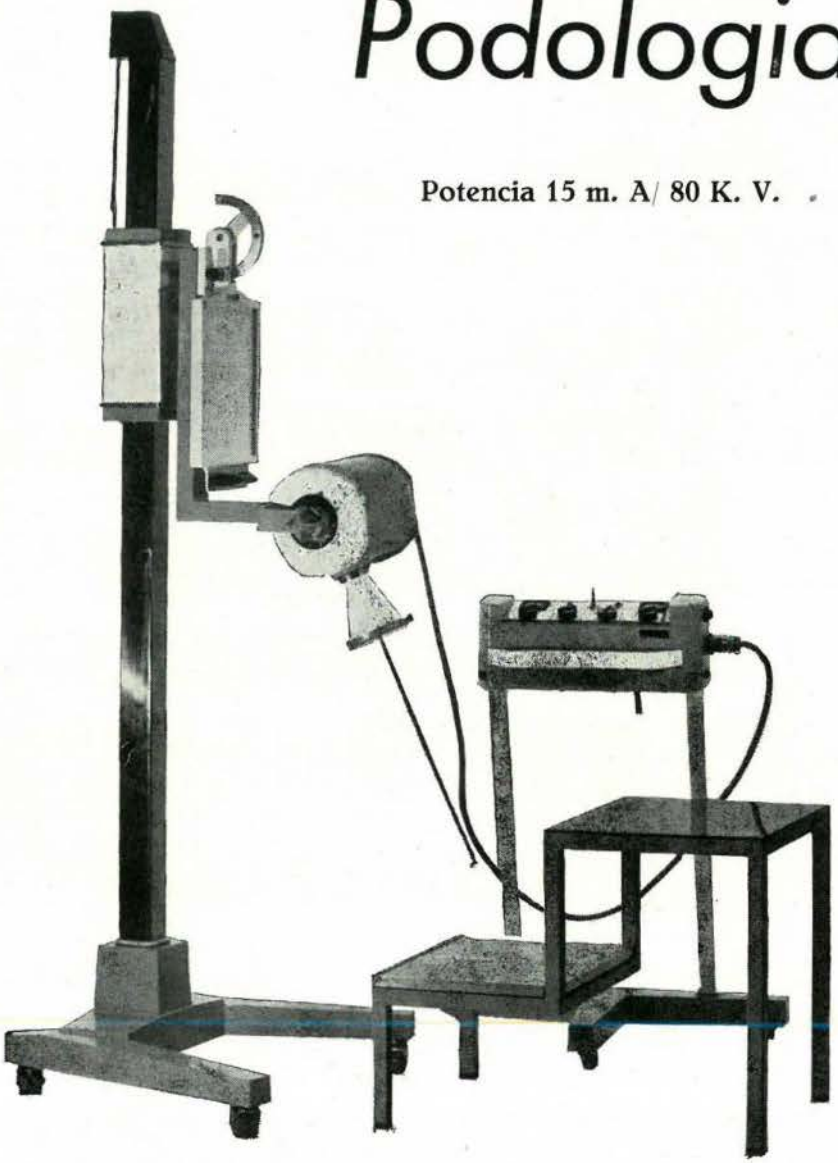
DELEGACION CATALUÑA Calle Mallorca, n.° 336 (esq. Avda. Grmo.).
Tel. 257 76 05. — BARCELONA-9

Prótesis de plástico, corcho, cuero, cuero y metal. — Protectores de Hallux Valgus. — Separadores de dedos. — Protectores planta del pie. — Cuñas y almohadillas metatarsales. — Accesorios para la aplicación de plantillas. — Sandalias fisiológicas de madera. — Soportes de cazoleta de Ortholen. — Planchas de PLEXIDUR. — Planchas de ORTHOLEN. — Planchas de PRENYL. — Planchas de HYDROLANYON, etc.

# MODERNO EQUIPO RADIOLOGICO PARA

# *Podologia*

**Potencia 15 m. A/ 80 K. V.**

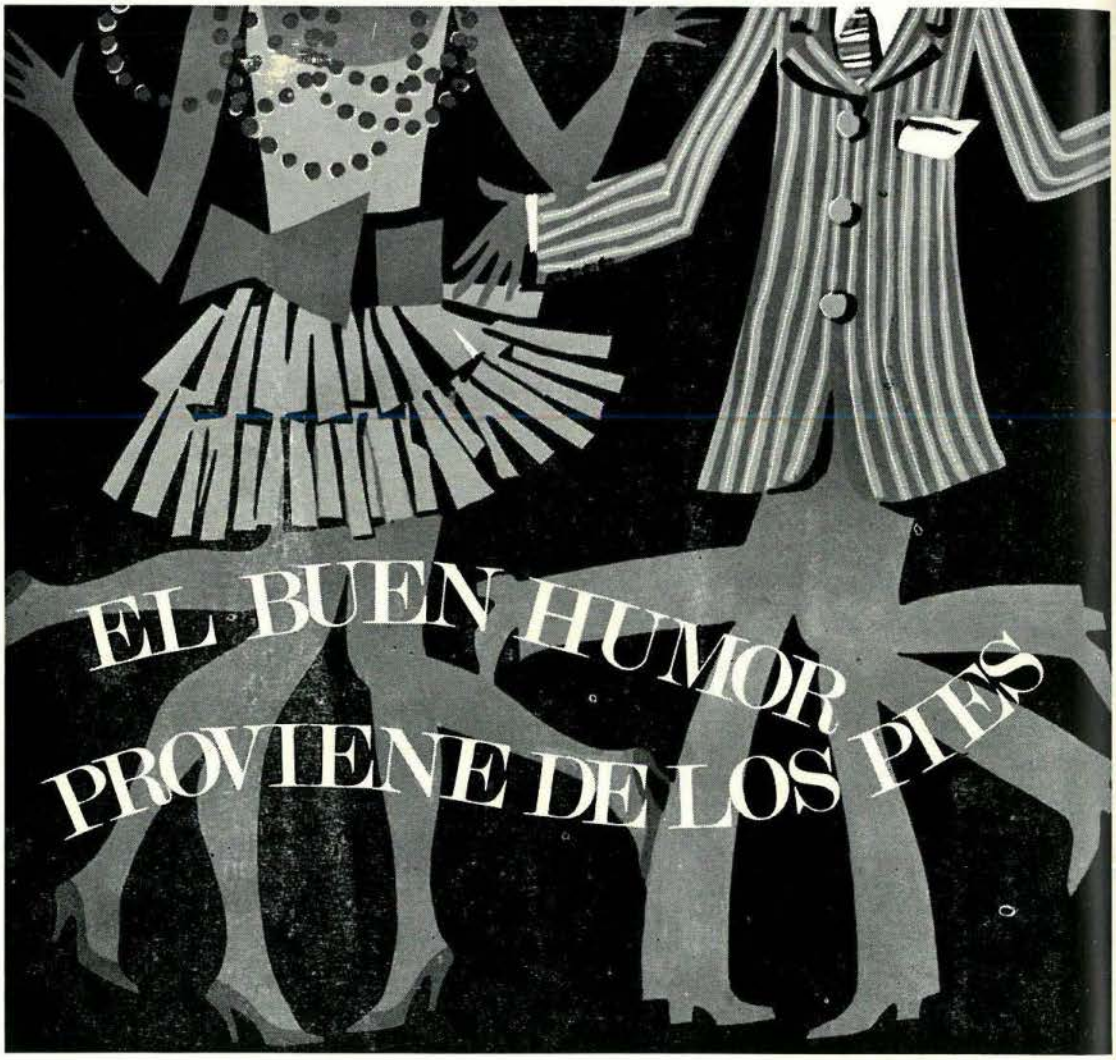


- Versabilidad óptima para obtención de radioscopias y radiografías en todas posiciones y ángulos.
- Características eléctricas regulables para obtener un verdadero radioagnóstico.

**J. M. Marimón**
**Aparatos de Rayos X**
C/. Talleres, 63 - Tel. 2315637
BARCELONA (1)

# REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

A.P.E. Enero - Febrero
n.º 31 1973




# podologo:

**¿quién mejor que Ud. puede asegurar la veracidad de este slogan...?**

**¿quién mejor que Ud. para liberar a sus pacientes del enemigo que ataca "la raiz" de la persona...?**

**...¿y quién mejor que Ud. para dar vigor y tranquilidad a esa raiz, con la ayuda de...**

## AKILEINE

que **descongestiona** los pies haciendo desaparecer el ardor en las plantas, a la vez que **desodoriza** y modera la transpiración ya que no contiene formol u otros productos nocivos, que puedan provocar inflamaciones o irritaciones en la piel.

## AKILTROPIC

que **neutraliza los efectos de la transpiración** y elimina la enfermedad de las piscinas.

Pida muestras a Lab. Inibsa - Loreto, 8 - BARCELONA-15

# REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

ORGANO DE LA AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

A. P. E.

Redacción y Administración:
Urgel, 47/51 - Barcelona (11)

**Director:**
Leonardo Escachs Clariana

**Sub-director:**
Pablo Vilató Ruiz

**Redactor jefe:**
Francisco Mañé Domingo

Manualizaciones ESCUELA NORMAL - Deposito Legal: B. - 13484 - 19[illegible]


## SUMARIO


3 **Junta de Gobierno**

5 **Editorial**

7 **Exploración y pruebas diagnósticas**

17 **Pedhidrosis**

19 **¿Sufrió el «Guerrero del Antifaz» sudor de pies?**

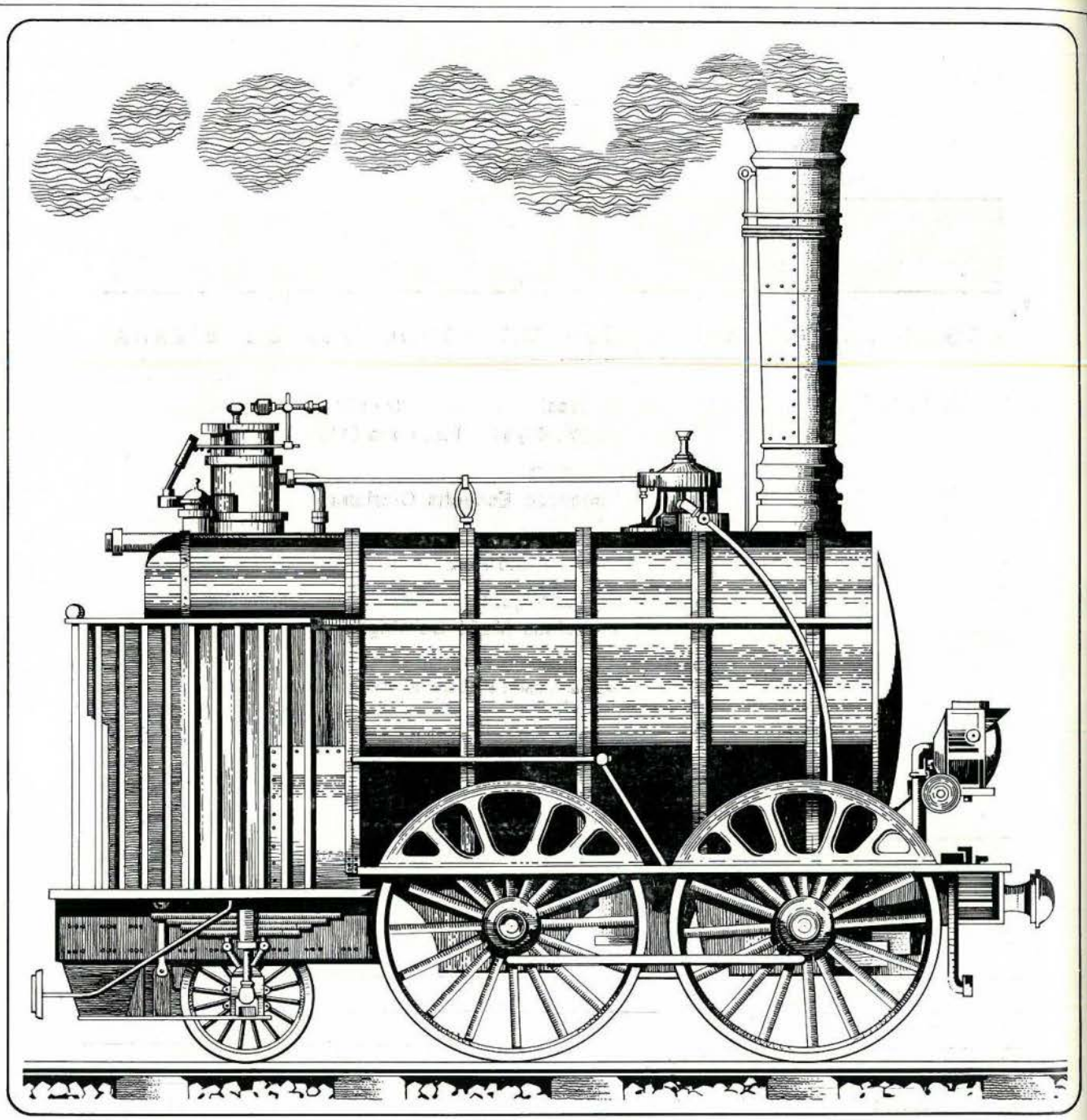
21 **Segundo simposio nacional de Podología**

23 **Congreso Internacional de Podología**

25 **Carta de los compañeros del Uruguay**

27 **Problemas milimétricos en la biomecánica Podal**

31 **Informe de tesorería**



en procesos reumáticos...

**ditrone** **cápsulas 100 y 200 mg** (envases con 20 cápsulas)
**supositorios 200 y 500 mg** (envases con 16 y 10 sup. respec.)

**delta ditrone** **envase con 50 cápsulas**

HOSBON S/A

# AGRUPACIÓN DE PODÓLOGOS DE ESPAÑA

## JUNTA DE GOBIERNO

| | | |
|---|---|---|
| Presidente Nacional | D. LEONARDO ESCACHS CLARIANA | Barcelona |
| Vice-Preste. 1.° (Accid.) | D. ZACARIAS GARCIA ANDRES | Madrid |
| Vice-Presidente 2.° | D. ISAIAS DEL MORAL CEJALVO | Valencia |
| Secretario General | D. JOSE A. CALVO GARCIA | Zaragoza |
| Vice-Secretario | D. FRANCISCO MAÑE DOMINGO | Barcelona |
| Tesorero | D. MANUEL GAVIN BARCELO | Barcelona |
| Contador | D. LUIS AYCART VIJUESA | Madrid |
| Vocal 1.° | D. FCO. MORAN VENTURA | Las Palmas G. Canaria |
| Vocal | D. JUAN VIDAN TORRES | S. Compostela |
| Vocal | D. LUIS INCHAURRONDO | Irún |
| Vocal | D. JOSE M.ª BAEZ BASAURI | Bilbao |
| Vocal nato | D. ZACARIAS GARCIA ANDRES | Madrid |
| Vocal nato | D. JAIME SALA PICH | Barcelona |

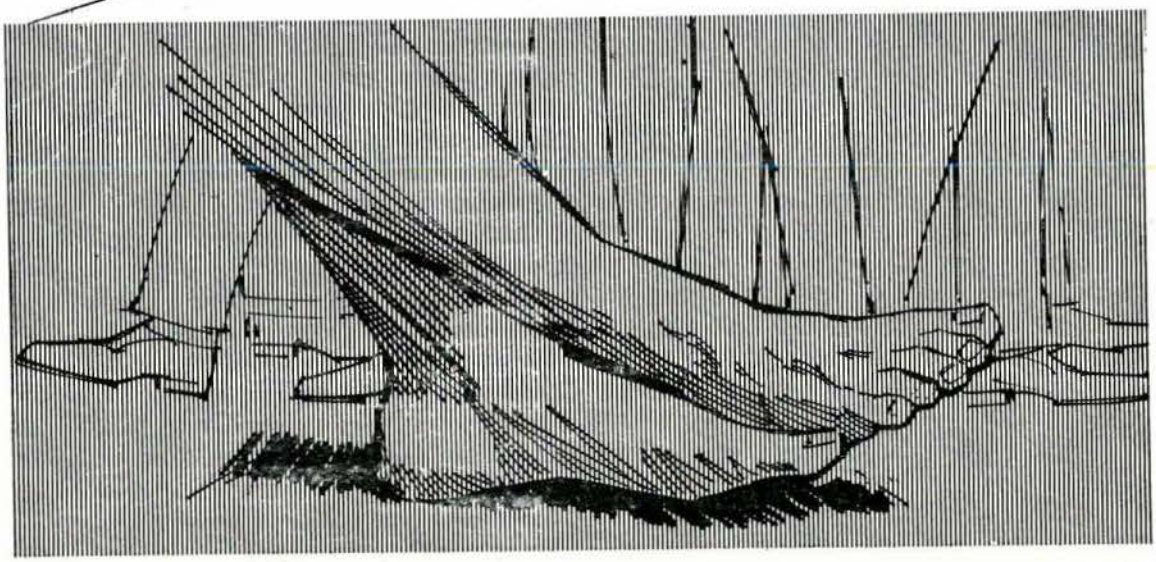
## DELEGADOS DE ZONA

D. **José M.ª Báez Basauri.** Mayor, 27, 6.°. Las Arenas. BILBAO.
D. **José Luis Inchaurrondo.** Paseo de Colón, 65. IRUN.
D. **Juan Vidán Torres.** Preguntoiro, 10. SANTIAGO DE COMPOSTELA.
D. **Antonio Báez Prieto.** Alcalá, 313. MADRID.
D. **José Antonio Calvo García.** Coso, 77, 5.°. ZARAGOZA.
D. **Jaime Sala Pich.** Muntaner, 142. BARCELONA-11.
D. **Isaías del Moral Cejalvo.** Moratín, 6. VALENCIA - 2.
D. **Francisco Morán Ventura.** León y Castillo, 8. LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

## DELEGADOS PROVINCIALES

ALAVA: **D. Julio Crespo.**
ALBACETE: **D. Luis Juan Navarro.**
ALICANTE: **D. José Olcina Morales.**
ALMERIA: **D. Luis Pascua San Miguel.**
AVILA: Sin Delegado Provincial.
BADAJOZ: **D. José Villafaina de la Cruz.**
BARCELONA: **D. Jaime Sala Pichs.**
BILBAO: **D. Víctor Fano Ugarriza.**
BURGOS: **D. Elías Hernando Tamayo.**
CACERES: Sin Delegado Provincial.
CADIZ: **D. Manuel Albala Valle.**
CASTELLON: **D. José Aguilar Beltrán.**
CIUDAD REAL: **D. Luis Barba Vázquez.**
CORDOBA: Sin Delegado Provincial.
GERONA: **D. José M.ª Bosch Doménech.**
GRANADA: **D. Manuel Ruiz Morales.**
GUADALAJARA: Sin Delegado Provincial.
HUELVA: Sin Delegado Provincial.
HUESCA: Sin Delegado Provincial.
JAEN: **D. Leonardo Rodríguez Revuelta.**
LA CORUÑA: **D. Francisco de la Cruz.**
LAS PALMAS: **D. Francisco Morán.**
LEON: Sin Delegado Provincial.
LERIDA: **D. Alfredo Puchol.**
LOGROÑO: **D. Vicente Alvarez.**
LUGO: Sin Delegado Provincial.
MALAGA: **D. Antonio Gutiérrez.**
MADRID: **D. Zacarías García Andrés.**
MURCIA: Sin Delegado Provincial.
ORENSE: **D. Elisardo Bralo Rego.**
PALENCIA: **D. Damián Porro Villarroel.**
PALMA DE MALLORCA: **D. Juan B. Brines.**
PAMPLONA: Sin Delegado Provincial.
SALAMANCA: **D. Antonio Basas Encinas.**
SANTANDER: Sin Delegado Provincial.
SAN SEBASTIAN: **D.ª M.ª Pilar Gómez.**
STA. CRUZ DE TENERIFE: **D. Armenio Méndez.**
SEGOVIA: **D. Francisco García.**
SEVILLA: **D. Francisco Alvarez Gandulfo.**
SORIA: Sin Delegado Provincial.
TARRAGONA: Sin Delegado Provincial.
TERUEL: Sin Delegado Provincial.
TOLEDO: Sin Delegado Provincial.
VALENCIA: **D. Angel Sanchiz Cortina.**
VALLADOLID: **D. Alfonso Domínguez Milán.**
VIGO: **D. Angel Medina Herrero.**
ZAMORA: **D. Juan J. Miguel Barrios.**
ZARAGOZA: **D. José Calvo García.**

¡NUEVA FORMULA!



# Pentoderm®

## Crema dermoprotectora cutánea

Tubo con 50g de crema (62,80 ptas.).

DESDE 1880 CERA

Laboratorios Cera, S. A. – Aptado. 9001 - Barcelona

# EDITORIAL

*EL maravilloso empuje de la junventud, con sus ideas nuevas, modernas, de avanzadilla, con mayores conocimientos si cabe, es algo digno de ser tenido en cuenta siempre y cuando se mantenga dentro de un cauce normal, correcto y edificante; nunca destructivo como, por desgracia, algunas veces ocurre.*

*Es quizás por ello que esa misma juventud debería mirarse muchas veces en el espejo de los mayores para, aprovechando su experiencia, aceptar las buenas ideas e insuflándole nueva savia, llevar adelante la tarea comenzada. La fuerza de la juventud y su sana ilusión de crear unida a la serena y experimentada conciencia de los más maduros —profesionalmente hablando— deberían ir siempre al unísono para conseguir, juntos, lo ansiado.*

*A veces no es así. A veces se tiene la impresión de que la juventud, en su afán de «alcanzar el cielo» se vuelca atropelladamente en busca de las mismas metas que sus antecesores tienen ya al alcance de la mano y que por no provenir de ellos mismos tal consecución, por principio la boicotean absurdamente. Aparte, algunas veces se tiene la sensación de que, por encima de otros horizontes más importantes, sólo se ansia a la obabrazos si nuestra labor no es fructífera?*

*La disgregación lleva siempre aparejada una disminución de fuerzas. Un hombre sano, con sus dos brazos y sus dos piernas, será más fuerte y estará en disposición de trabajar en mejores condiciones que el desgraciadamente manco o cojo. Cuando un individuo se debe a una colectividad debe inhibir un poco su «yo» para procurar que esa misma colectividad a la que pertenece se haga cada vez mejor y mayor. Y para ello todos sus esfuerzos han de ir encaminados a tal fin, pues de no ser así, puede ocurrir que con su forma de proceder produzca a esa propia colectividad a la que pertenece un sinfín de problemas, transtornos y dificultades innecesarios.*

*Pero como humanos que somos, estamos todos sujetos a esos vicios y así ocurre también, por qué no, con los Podólogos. Por encima de la labor realizada por un reducido grupo de compañeros desde hace ya muchos años. Por encima de las directrices de la propia Agrupación de Podólogos de España. Por encima de los más elementales deberes que tención de cargos y distinciones sin pensar que su actuación perjudica a la colectividad. ¿Qué importan medallas, honores, agasajos y deberían regir la conducta de los miembros de tal Agrupación, surgen anomalías absurdas e impropias que ponen en peligro la total armonía colectiva.*

*Los momentos difíciles por los que atraviesa la enseñanza en general al avanzar rápidamente hacia desconocidas metas, nos obliga más que nunca a vigilar atentamente nuestros*

*pasos evitando la invasión del campo profesional que nos corresponde por Decreto por personas ajenas al mismo y procurando no dar tropiezo alguno que ponga en peligro la integridad física de nuestra comunidad profesional.*

*Ahora más que nunca debemos dejar a un lado esas humanas pretensiones de figuración y ostentación y evitar la más pequeña disgregación o fisura en la gran familia podológica. No podemos ni debemos aceptar que se vayan creando nuevos organismos que, en el mejor de los casos, sirven solamente para crear un confusionismo entorpeciendo la hasta ahora labor llevada a cabo por la propia Agrupación de Podólogos de España a todas luces beneficiosa para todos los profesionales podólogos.*

*Unidad, rectitud de criterio, humanidad y entrega plena al bien común. Si un deseo de «buen hacer» estalla dentro de nosotros, apliquemos todas nuestras energías en pro de la comunidad toda; nunca en pro de un reducidísimo grupo. La unión hace la fuerza. Viejo refrán por todos conocido. No lo olvidemos y procuremos estar siempre, en todo momento, dentro de su idea, de su tónica.*

*Tenemos conocimiento de la programación de un Simposium Nacional de Podologia que se va a celebrar en Zaragoza el próximo mes de abril. Es de esperar y desear que, por encima de esas pequeñas diferencias, allí estarán presentes todos los podólogos españoles para, una vez más, dejar plena constancia de su marcha, marcando con sus pasos una nueva etapa del desarrollo científico-profesional alcanzado.*

*Unidad. Unidad. Unidad. Y con el corazón lleno de ilusión y esperanza, confiemos en darnos todos los podólogos españoles, un fuerte y fraternal abrazo en ZARAGOZA.*


**Scholl**

**ORGANIZACION MUNDIAL PARA EL CONFORT DE LOS PIES**

**FABRICAS Y GABINETES DE APLICACION EN LAS PRINCIPALES POBLACIONES DEL MUNDO**

**Se honra en colaborar con los Sres. Podólogos, poniendo a su servicio su larga experiencia en la especialidad y las reconocidas, calidad y eficiencia técnicas de sus preparados, remedios y aparatos para la higiene de los pies, la corrección de sus defectos y el alivio de sus molestias.**

Amplia información técnica de carácter general o sobre cualquier caso particular. Visítenos.

- **Plantillas ortopédicas a medida y pre-fabricadas, en cualquier tipo o medida; de metal, plástico, goma, etc., para pie plano, metatarsalgia, pes-cavus, espolón de calcáneo y otras anormalidades del pie.**
- **Medias para varices, tobilleras y rodilleras.**
- **Taloneras - Protectores de juanetes - Separadores de dedos.**
- **Almohadillas y plantillas de latex espumoso para plantas sensibles.**
- **Sales, Polvos y Crema Pédico para la higiene de los pies.**
- **Polvos Bromidrosil para excesiva transpiración maloliente.**
- **Parches y discos protectores (SIN CALLICIDA).**
- **Crema SOLVEX para pie-atleta.**
- **Vendaje elástico ARCH BINDER para pie abierto.**
- **Vendaje elástico con elevación para apoyo de arco metatarsiano.**
- **Almohadillado adhesivo PROTECTO PAD para proteger cualquier punto sensible del pie.**
- **Reductor de hallux-valgus BUNION SPRING.**
- **Reductor de dedo en martillo HAMMER TOE SPRING.**
- **Vendajes tubulares patentados GASATUB (Tubegauz).**
- **Sandalias fisiológicas PESCURA con diseño especial patentado.**

**Central en ESPAÑA: Rodríguez San Pedro, 5 - MADRID (15) - Tel. 224 75 66**

# Exploración y pruebas diagnósticas

Por FELIX ALONSO ROYANO

El tema por el que nos hemos decidido para este III Congreso Nacional de Podología, que se está celebrando en nuestra capital es el titulado EXPLORACION Y PRUEBAS DIAGNOSTICAS. Los móviles que nos han inducido a considerar importante este campo de la Podología, han sido, entre otros, su complejidad en algunos aspectos y que tantas veces, por ello, se olvidan cotidianamente algunas pruebas que si no imprescindibles, si son cuando menos, convenientes. Bien es cierto que algunos procesos patológicos sencillos son, a simple vista, etiquetables bajo un diagnóstico difícilmente erróneo, pero también es cierto que la mayoría de ellos se exploran con técnicas rutinarias, siguiendo mucho su aspecto externo y de forma un tanto anárquica. Esto nos puede llevar a un diagnóstico erróneo, ya de principio, con lo cual el paciente, lejos de mejorar, continúa con sus molestias, por las que fuimos consultados, o peor aún, éstas se acentúan hasta determinar el abandono del tratamiento. Por último, cuando el proceso que presenta el paciente sale de nuestras atribuciones o cuando este proceso debe ser estudiado conjuntamente y tratado por el podólogo y otro determinado especialista, es de gran responsabilidad para nosotros, etiquetar correctamente la afección. La confianza del paciente y el respeto y reconocimiento del especialista que deba de colaborar con nosotros en ese caso, serán nuestro galardón espiritual más preciado.

Todos empleamos en nuestras consultas una serie más o menos determinada de instrumentos, aparatos y herramientas para facilitar el diagnóstico y sobre todo la exploración. No tengo que decir que es de todos conocido el fotopodogramascopio o el podómetro, el estatómetro, la plomada o el peso. Más, ¿todos empleamos el utillaje necesario para una buena diagnosis o, por el contrario, se descuida un tanto, alguno de los sistemas de medición o exploración, basados para ello en nuestra cotidiana práctica? ¿No dejaremos, dificultándolo así, algunos elementos auxiliares valiosos para la exploración y por ende para un diagnóstico auténtico?

Recordemos al presente, los elementos imprescindibles en todo consultorio de Podología, sin el cual es obvio que el diagnóstico correcto pueda instaurarse:

Peso de baño
Flexómetro
Plomada
Fotopodogramascopio
Lápiz dermográfico
Termómetro cutáneo
Lupa
Oscilómetro
Manguito de goma
Aguja
Estatómetro
Goniómetro
Rayos X

Cada uno de estos elementos independientemente es importante; no digamos nada al conjugarse e ir facilitando, por exclusión, un diagnóstico muy aproximado, cuando no exacto.

HISTORIA CLINICA: También sabemos todos lo imprescindible que resulta la historia clínica de un paciente y cómo, tomada como sistemática, cuántas veces nos facilita un diagnóstico oscuro o cuando menos nos pone en camino de su consecución. Lo ideal es la

construcción y uso de un tipo de historia clínica general para todos los pacientes, a tenor de nuestro ideal. Sin embargo, tengan en cuenta como norma general en la historia clínica, la edad, sexo, en la mujer los embarazos, profesión, peso, antecedentes familiares o personales y también molestias que aqueja actualmente.

En los antecedentes familiares, las anomalías congénitas o adquiridas, pies planos, varos, hallux valgus, dedos en martillo, cabalgantes, etc., varios, edemas permanentes, etc., en padres, hermanos, tíos y abuelos.

En los antecedentes personales, aparte de lo anterior en cuanto a deformidades, el comienzo de la deambulación (normalmente de 12 a 14 meses, considerando un retraso de más de seis meses, como olteración de la extremidad inferior). En la mujer, los embarazos, la menopausia, las modificaciones del peso que sean llamativas, la profesión preponderante, el mucho tiempo de pie sin caminar, la clase de calzado (zapatilla, zapato que oprime, puntiagudo, de tacón muy alto, etc.).

En cuanto a patología padecida, las enfermedades y traumatismos y su posible relación con el pie.

Y ya metidos en el modelo, puedo citarles el que yo uso en consulta desde el año 60.

FICHA PODOLOGICA

*Nombre y apellidos:* *Enfermo N.°*
*Edad:* *Peso:* *N.° de calzaado:* *Tipo de calzado:*
*Fecha:* *Profesión:*
*Antecedentes familiares:*
*Antecedentes personales:* *Comienzo de la deambulación:*
*Molestias actuales:*
*Visualización del conjunto pedio:* *Coloraoción:* *Perímetros:*
*Temperatura:* *Elemas:*
*Duricias:* *Helomas:*
*Varices:*
*Distrofias:*
*Retracciones tendinosas:* *Tono muscular:*
*Posición espontánea del antepie con relación a la pierna:*
*Bursitis:* *Tumoraciones:*
*Micosis:*
*Pedhidrosis:*
*Algias:*
*Plantodinias:*
*Patología de los dedos:*
*Patología de las uñas:*
*Arcos plantares:*
*Malformaciones pédicas:*
*Línea de Meyer:* *Línea de Feiss:* *Signo de Helbing:*
*Signo de Duchene:* *Signo de Grosellin:* *Signo de la Escalera:*
*Figura de Mercurio:* *Puntos dolorosos de Hueter:*
*Plantografías:*
*Pulsación arterial:* *Tibial:* *Pedia:*
*Parestesias:*
*Hipoestesias:*
*Hiperestesias:*
*Acrocianosis:*
*Eritromelalgia:*

*Perniosis:*
*Isquemia:*
*Diagnóstico podológico:*
*Tratamiento:*

Como verán, este tipo de ficha es perfectamente modificable a tenor del modus operandi de cada Podólogo.

*DEAMBULACION:* A la simple inspección veremos la clase de calzado que usa el paciente, el mayor o menor desgaste del mismo, el tipo de horma ,el material en que está construido, así como la suela, forma de pisar en la fase de apoyo, en posición erecta, cómo anda, es decir, qué tipo de marcha tiene. Si es fisiológica o patológica. La duración y velocidad. Si es dolorosa, asintomática o compensada. Es conveniente recordar este principio: «Qué zapato usa» - «Cómo pisa» - «Cómo anda».

Hecho descalzar el paciente, repetiremos la marcha, teniendo presente estas preguntas: «Cómo pisa» - «Cómo anda». Si su marcha es oscilante, fatigada, equina, vara ,valga, tala, plana o espástica. El efecto de la carga, la soportación de zonas plantares determinadas y la modificación de la estructura osteomuscular, tienen fiel reflejo en la deambulación y reposo de una marcha. Y recordemos que hay marchas características de lesiones cuyo asiento esá tan lejano del pie, como es el cerebro.

*IMPRESION GENERAL DEL PIE:* Estudiada la deambulación, nos fijaremos en la impresión general del pie. Primero en reposo y luego en carga. Para la exploración en reposo, el paciente estará relajado, sentado sobre la mesa o sillón, apoyando la espalda y con las extremidades inferiores desnudas, extendidas y flácidas. Esta investigación la realizaremos primero en posición horizontal y luego en posición calgante. Nos fijaremos en su tamaño, forma, color y temperatura.

Compararemos un órgano con otro e investigaremos con una cinta métrica de sastre o bien un flexómetro metálico la longitud y perímetro del miembro. Para realizar estas mediciones tendremos como puntos fijos de partida ciertos relieves óseos, como son: cresta ilíaca, trocanter mayor femoral, interlínea articular de la rodilla y maléolo externo. Estos relieves serán marcados con lápiz dermográfico y se colocarán ambas piernas paralelas en la misma posición de abducción o adducción.

La palpación del miembro es importante por los datos que aporta: relieves óseos desacostumbrados, ademas, hipertonías o endurecimientos musculares, derrames articulares, rigideces, dolor a la presión, varicosidades, distrofias, tumoraciones circunscritas y retracciones tendinosas.

Anotaremos los diversos perímetros del miembro, entre los que cabe destacar: nivel del tercio medio del muslo, perímetro de la rodilla a nivel de la parte media de la rótula, tercio medio de la pantorrilla, inmediatamente por debajo y oblicuamente a los maléolos tibial y peroneo, cruzando el talón y terminando en el empeine y perímetro dorso-plantar a nivel de la articulación de Lisfranc. También se medirá la zona plantar longitudinalmente desde el talón, partiendo de una línea imaginaria que una plantarmente ambos maléolos hasta el nacimiento interdigital.

Todas estas mediciones se harán siempre comparativas con el otro miembro. Se anotarán los resultados y se estudiarán las diferencias que puedan resultar.

La posición y desplazamiento de las articulaciones se hará sistemáticamente. Para ello realizaremos los signos de Duchenne, de Grossellin, de Scott y los puntos dolorosos de Hüeter.

Signo de Duchenne: Apoyada la pierna, en reposo, sobre la mesa de exploración, rechazaremos, con nuestra mano y apoyando la cara palmar en la cabeza del primer meta, el pie del paciente al objeto de provocar la dorsiflexión sobre la pierna, al mismo tiempo que le invitamos a oponer una fuerte resistencia hacia nuestra mano. Este signo se hace positivo cuando el peroneo lateral largo está debilitado y por tanto su misión de rotación y abducción está alterada.

Signo de Grosellin: Es imprescindible. Su positividad contraindica formalmente, en tanto persista, la prescripción protésica. Se da en el pie plano contracturado y se explora cogiendo el tercio inferior de la pierna del paciente inmediatamente por encima del tobillo y agitando, lateral y dorso-plantar, el pie del enfermo. En fase contracturada, ese pie nos da la sensación de ser una pieza con la pierna. La articulación tibioperoneoastragalina está limitadísima y no la apreciamos.

Signo de Scott: Consiste en la dificultad del pellizcamiento de la piel a nivel del dorso del antepié, en su zona metatarsal, por la aparición de un edema acompañado de dolor. Se presenta en el pie plano anterior que se instaura bruscamente. Deberá compararse con el lado sano.

Puntos dolorosos de Hüeter: Buscaremos estos puntos en la tuberosidad del escafoides, ligamento calcaneoescafoideo, dorso de la articulación astragaloescafoidea, apófisis anterior del calcáneo, por delante del maléolo externo y por debajo del maléolo interno. Se explorará a todo lo largo de la aponeurosis plantar. Cuando estos puntos sean dolorosos nos servirán (junto con otras pruebas que en su lugar estudiaremos) para el diagnóstico del hundimiento de la bóveda plantar.

*TEGUMENTO EXTERNO:* Con la luz adecuada y una lupa de cinco aumentos haremos un recorrido a lo largo de la piel del miembro inferior, a fin de descubrir posibles alteraciones de la cubierta cutánea y su relación con las molestias del enfermo. Así, dermatosis o dermatitis diversas, circunscritas o generalizadas, clasificadas como eczemas, úlceras, duricias, helomas, alteraciones ungueales o epidermoficias. De todo ello se tomará la debida nota.

Con la pierna en reposo, pero colgante, se investigará, sobre todo, la posición automática que adopta el pie con respecto a la pierna y con respecto al plano horizontal del suelo. Su aducción, abducción, pronación o supinación automáticas, su elongación o recogimiento, la posición de las bóvedas longitudinales y transversa, para lo cual son muy interesantes las varillas diagnósticas de Hohmann, que destacan la torsión péndula del antepié en relación al retropié. También observaremos los movimientos naturales del pie, que de forma activa invitaremos al paciente a realizar, tales como pronación, supinación, abducción, adducción y movimientos de flexión y extensión de los dedos. Sus limitaciones nos inducen a investigar antiguas fracturas o intervenciones quirúrgicas que hayan limitado por artrodesis, estados espásticos o contracturales, focos inflamatorios o dolorosos o por deformidades más o menos manifiestas.

*ESTATOMETRIA EN CARGA:* El estudio de la impresión general del pie en carga lo denominamos estatometría en carga y de cuyas pruebas y signos diagnósticos sacaremos valiosas consecuencias para la instauración de un diagnóstico correcto. Precisamente un estatómetro o cuando menos un fotopodogramascopio de cierta altura sobre el nivel del suelo El estatómetro consiste en un aparato fabricado con tubo y su conformación es la de un cajón cúbico cuya cara superior es un cristal transparente capaz de soportar un peso no inferior a los 300 kilogramos y evitar, con un amplio margen, la rotura y posibilidad de accidente. En su cara inferior o de apoyo sobre el plano horizontal y con un ángulo diedro que une dicha cada con la superior, existe, en diagonal, un espejo que nos refleja los puntos de apoyo del pie. Podemos fácilmente, al iluminar el interior del cajón, si esos puntos de apoyo son normales o patológicos.

En esta posición erecta investigaremos diversos signos y la convergencia o divergencia de la pierna y el pie con relación al muslo, que nos hablará en favor de un varismo o valguismo del pie, o de un genu valgum varum o recurvatorum. También se apreciará la cojera o cortedad de un miembro con relación al otro y las modificaciones que entraña para la cadera, columna vertebral y cintura escapular.

Signo de Helbing: Con una plomada, en cuya cabeza lleve atado un fino cordel, aplicado el mismo sobre la parte media del hueco poplíteo y dejándola a plomo, observaremos la verticalidad de la pierna y su relación con el talón. Si la vertical de la cuerda pasa por el centro del aquíleo en su inserción calcánea, no cabe pensar en desviaciones del retropié Una desviación hacia afuera nos descubre un claro valguismo y la desviación hacia adentro nos habla en favor de un varismo

del pie. Este signo sencillo y de gran valor diagnóstico recibe el nombre de signo de Helbing.

Angulo de Fick: En posición erecta normal, los pies tienen una convergencia de retropié cuya medición agular oscila entre 16 y 20 grados. Esta medición se hace con un goniómetro de mi invención y del cual hablaremos más adelante.

Si la angulación es superior, habla en favor de una coxa vara o una luxación coxo-femoral anterior.

Línea de Meyer: Para el estudio de la dirección de los dedos y sobre todo del dedo gordo, trazaremos una línea que, pasando por el centro cutáneo del talón y por la eminencia cutánea del primer meta, coincida con el eje longitudinal del dedo gordo. Su desviación, generalmente hacia afuera, nos habla en favor de un hallux valgus más o menos instaurado.

Signo de Feiss: Consiste en el trazado, con el pie en carga, de una línea que pase por el borde inferoposterior del maléolo interno y el borde inferior de la cabeza del primer meta. Toda línea que pase por debajo implica una debilidad de arco longitudinal interno, y si la tuberosidad del escafoides desciende más de dos centímetros bajo ella, nos encontramos con un plano longitudinal por hundimiento de toda la bóveda. Se trata, pues, en este caso, de un Feiss positivo.

Signo de la figura de Mercurio: Puesto que el tibial posterior mantiene el tono de la bóveda plantar, al sugerir al paciente el mantenimiento estático con un solo pie, veremos el esfuerzo que éste músculo realiza. Si ahora sugerimos el mantenimiento en estática difícil, es decir, manteniéndose sobre un solo antepié, el paciente es incapaz de realizarlo y tiende a la caída. Nos encontramos ante una debilidad músculo ligamentosa del pie que habla en favor de un incipiente pie plano.

*FOTOPODOGRAMA:* Es un método de exploración podográfica de un valor diagnóstico incalculable. Podríamos enmarcarlo dentro de la estatometría en carga, pero por su importancia manifiesta lo citaremos aparte con profusión.

Historia sucinta: Por la propiedad de dejar una impronta típica en el suelo un pie húmedo y el característico contorno de la huella, se ideó la tinción con diversas sustancias para producir sobre el papel una huella plantar duradera y estudiar las modificaciones que respecto a una planta tomada patrón pudieran darse.

Técnicas diversas: El podograma empleado por Hohmann consiste en aplicar el pie descalzo sobre un papel ahumano a la lámpara. Freiberg tinciona la planta con una solución alcohólica de tanino y una vez seca la huella sobre el papel la pincela con una solución de percloruro de hierro. Schulze tinciona la planta con tinta roja. Modernamente se emplea el fotopodograma, técnica ideada por nuestro colega Vilató, al que tengo el honor de citar aquí, y que todos seguimos en su totalidad o con ligeras variantes. Roig Puerta, basándose en el fotopodograma de Vilató, ideó la superposición de una radiografía al tiempo de la huella en carga, dando lugar a la creación del fotoradiograma o fotopodoradiograma. Y por último, nuestro colega Fernández Mitjans, también catalán, ha ideado el fotopodomiograma con placa radiográfica o papel fotográfico, impresionados por haces luminosos de infrarrojos. Esta técnica no solamente nos da una imagen de la planta, sino de una proyección lateral o anterior y posterior, con lo que apreciamos una imagen de la silueta de la masa muscular. Por último les comentaré la técnica que yo empleo, que no es otra que la de Vilató modificada, por la obtención, primero, de una imagen negativa o cliché, con el que después hago copia positiva que entrego al paciente. De este modo poseo en las historias clínicas una colección de fotopodogramas que pueden comprarse en todo momento.

En cuanto al fotoestatograma ideado por Graeper, es de poco uso en la práctica. Consiste en una alfombrilla de púas de goma dispuestas regularmente y una altura de tres milímetros de diámetro por saliente. El sistema de impresión es el mismo que para las técnicas anteriores y también el revelado.

*EXPLORACION VASCULAR:* La exploración vascular del pie enmarca la venosa y la arterial. Las pruebas más comúnmente empleadas son las siguientes:

Exploración venosa: pruebas de Delbet, de Schwartz y de Trendelemburg. Para la prueba de Delbert precisamos un manguito elástico

que se coloca sobre el muslo de un enfermo sospechoso de varices. Este, que se encuentra de pie, es invitado a andar, con lo que al iniciar la deambulación, la sangre pasa desde las varices a las venas profundas y de este modo desaparecen los abultamientos varicosos o, cuando menos, disminuyen notablemente.

El mecanismo de este fenómeno se debe a la contracción muscular durante la marcha de las venas profundas que no son varicosas y que facilitan el desagüe de la sangre estancada en las superficiales hasta las profundas por medio de los vasos comunicantes derivados. Gracias a este signo puede verse la desfavorable acción de la estación de pie y del empleo de las ligas en las venas varicosas.

También podemos efectuar, con el enfermo acostado, las siguientes pruebas de exploración:

Prueba de Schwartz: Una vez acostado, esperamos dos o tres minutos, y una vez bien repletas las venas, daremos con el pulpejo del dedo medio un golpecito a modo de percusión sobre la parte superior de la safena en el muslo, con lo que observaremos la transmisión de la onda líquida a lo largo del muslo y pierna, dependiendo esa transmisión del grado varicoso.

Prueba de Trendelemburg: También se lleva a cabo acostado el paciente en plano horozintal. Se eleva la pierna perpendicularmente al plano a fin de vaciar el contenido varicoso. Inmediatamente después se comprime le desembocadura de la safena interna, haciendo presión con un dedo. Sin retirar éste se pone al enfermo en posición vertical, con lo que veremos vacías las venas varicosas. Apartada bruscamente la presión del dedo sobre la safena, las vatricosidades vuelven a formarse con lo que se aprecia el fallo del mecanismo valvular. El dedo ha hecho, en esta prueba, de válvula. Con relación a este signo hay autores que opinan que la enunciación del mismo se debió a Brodie, unos 45 años antes.

Hay, como saben, otras pruebas venosas, pero para no hacer excesivamente rigurosa la charla, dejaremos de lado algunas como la de Heyerdale Perthes-Delbet pruebas de concentración de oxígeno venoso, y pruebas fotográficas con infrarrojos.

Es importante que no confundan Vds. en la exploración las miogelosis y las flebitis y recuerden el diagnóstico diferencial de Lange para tales casos: Para la flebitis vale el hallazgo por palpación de un cordón doloroso a la presión y de un diámetro aproximado de un lápiz, situado en las capas profundas del tejido celular subcutáneo, entre el borde de la tibia y del gemelo, mientras que las miogelosis son endurecimientos circunscritos, paralelos a la dirección de las fibras musculares y sólo palpables durante la relajación muscular. Recuerden que las miogelosis se encuentran en el vientre de los tibiales anterior y posterior, en el del peroneo lateral largo y en el del gemelo interno, sobre todo.

Exploración arterial: Las más empleadas por nosotros son los signos de Samuels, Cosacesco, Collens, palpación de tibial posterior y pedia y la oscilometría.

Signo de Samuels: Recibe también el nombre de «signo de isquemia plantar». Su exploración se realiza colocando al enfermo acostado y elevando su miembro perpendicularmente al plano horizontal en que se encuentra. Hecho esto, se procede a que el paciente haga repetidos movimientos de flexión y de extensión con el pie. En pocos momentos y observando con detenimiento la planta, veremos cómo toma una coloración marmólea, cadavérica. Volviendo el miembro a la posición horizontal apreciaremos cómo toma una coloración rojiza e incluso cianótica. En algunos pacientes incluso se limita al dedo gordo o se extiende por el resto de los dedos. Hay, pues, una insuficiencia vascular que debe precavernos.

Signo de Cosacesco: Llamado también «raya vasomotora». En los enfermos con reacciones arterio-capilares patológicas se evidencia cómo al trazar con un borde ligeramente romo, una línea a lo largo de la extremidad, dicha línea es, primero blanca y luego roja. En zonas isquémicas, esa tonalidad roja no aparece en absoluto.

Signo de Collens: Se eleva la extremidad inferior tratando de que se vacíen las venas del dorso del pie. Si tardan en vaciarse más de seis segundos hay un obstáculo en la circulación de retorno. Si al volver a poner la

pierna horizontal tardan en llenarse más de veinte segundos hay, por el contrario, una alteración arterial.

Es también primordial, y muy sencilla, la costumbre de explorar con los dedos índice y medio (nunca con el pulgar, para evitar tomar nuestro propio pulso) los latidos de la tibial posterior y de la pedia. La arteria tibial posterior siempre se aprecia en el canal retromaleolar interno. Y la pedia a nivel de la depresión formada por la separación del primero y segundo metas por su parte central. Con esta última hemos de tener presente que la carencia de latido no indica, necesariamente, una insuficiencia vascular, pues hay un 7 % aprox. de seres humanos cuya pedia no late. Por ello, además de otras causas, se hace preciso el índice oscilométrico al que pasamos a referirnos.

Pruebas oscilométricas: La prueba con el oscilómetro es de rigor en nuestras consultas siempre que en la historia clínica o a lo largo de la exploración se evidencien motivos que hagan sospechar una deficiente irrigación vascular. Por ello yo abogo, incluso como medida rutinaria, el uso del oscilómetro y su interpretación. Con él apreciaremos el estado circulatorio periférico por medio de las variaciones de tono arterial. Entre los más destacado que cabe explorar se encuentra:

A) El estado de la pared arterial y

B) La permeabilidad arterial.

Estado de la pared arterial: En los hipertensos la capa muscular se halla hipertrofiada. En esos casos el índice oscilométrico está aumentado. Sin embargo, disminuye en aquellos casos de esclerosis en la túnica conjuntiva, ya que aquí el vaso no es otra cosa que un tubo rígido.

Permeabilidad arterial: En diferencias superiores a dos divisiones, hemos de pensar fundamentalmente en un diagnóstico de arteritis obliterante. Si en una exploración oscilométrica se nos presenta una abolición del tono y no se manifiestan con claridad fenómenos isquémicos, pensemos en una compensación colateral por suplencia de esta circulación. También es necesario tener en cuenta que la aplicación del manguito oscilométrico, inmediatamente por encima del tobillo de una oscilación de 2 a 6 m/m. de Hg. Considérese este índice como muy normal. Cualquier valor inferior significa que nos encontramos en presencia de una anomalía.

Tengamos en cuenta, por otro lado, que una exploración oscilométrica a destiempo puede provocar en un paciente predispuesto y afecto de una grave vasculopatía a un fenómeno doloroso, isquémico y aún tromboembólico. Por todo ello la cautela es la pauta y el envío, observada una vasculopatía, al especialista correspondiente para el tratamiento conjunto entre ambos, es de rigor. Sólo me resta ahora comentar, como recordatorio, la utilización del oscilómetro en la práctica cotidiana.

Se coloca por encima del tobillo, el manguito elástico del aparato de forma que los dos tubos de goma que lleva sobresalgan hacia abajo. Se une el tubo de color negro con el saliente del compartimento superior, también en negro, y el tubo rojo con el compartimento inferior en color rojo. A la derecha vemos el soplante que nos sirve para insuflar el aire al manguito. Acoplado a la escala vemos un tornillo de ajuste que sirve para poner a punto la aguja. Y por debajo y también a nuestra izquierda vemos una palanca y un tornillo de escape del tonómetro. Se insufla aire hasta doscientos m/m de Hg. o más si es preciso y se abre moderadamente el tornillo del tonómetro para dejar salir el aire a la vez que se empuja hacia adelante la palanca. Iremos apreciando oscilaciones de la aguja hasta que ésta tenga un máximo de oscilación en cuyo momento se cierra el tornillo de escape y se lee la cifra dada en m/m. Por encima del tobillo una oscilación menor de media división, es decir de unos 2 m/m indica una disminución del tono arterial digno de estudio. Para el examen de la pedia, el manguito se coloca circularmente sobre el antepié.

INTERPRETACION DEL DOLOR: Una de las características principales en el pie, generalmente, es el síntoma dolor, a veces único reflejo subjetivo que nos consulta el paciente. Es importantísima la descripción que de su dolor nos haga el enfermo y es importantísima la interpretación que nosotros hagamos de su descripción. El dolor en el pie puede ser inespecífico o específico. Es decir, referido de forma vaga, más o menos general en la totalidad del miembro o referido a

un punto o zona determinada. A veces ese dolor inespecífico se debe a una deambulación excesiva o a una estancia de pie muy prolongada, a unos zapatos antifisiológicos o a una insuficiente relación peso corporal-soporte pédico en carga.

Dolor específico: En el dedo gordo, en el resto de los dedos, en la articulación del primer dedo, en los espacios intermetatarsianos, en el arco longitudinal, en el arco transverso o en el talón.

Cuando se trata de dolor en el dedo gordo pensemos en la importancia que éste tiene como fulcro, sobre todo en la fase del paso y en el tiempo de despegamiento del suelo, sobre todo. La absorción del choque contra el suelo por las gruesas falanges de este dedo, el apoyo relativo, pero casi exclusivo, en el pulpejo en el tiempo de despegamiento del suelo y la frecuencia con que los ataques gotosos afectan a este dedo nos hacen ver la facilidad con que en él se pueden presentar síntomas dolorosos.

En el resto de los dedos puede ocurrir una cosa similar dado que éstos son pequeños fulcros también que ayudan al despegamiento del pie. Además de esas motivaciones dolorosas, no olvidemos que pueden ser asiento, ellos o su zona inmediatamente detrás, es decir la almohadilla entre el metatarso y el nacimiento de los dedos, de verrugas, síndrome de Morton, quistes epidérmicos y sobre todo subluxaciones o incluso luxaciones de las articulaciones metatarsofalángicas. En esos dedos es donde frecuentemente asientan los amartillamientos, las artrósis y artritis, dedos en garra, etc.

En los espacios intermetatarsianos es típico el neurofibroma o enfermedad de Morton, así como la enfermedad de Deutchslander o fracturas subcapitales de los metas, por sobrecarga (frecuentemente el segundo o tercero). Serán éstas las primeras investigaciones del dolor para un diagnóstico diferencial.

En el arco longitudinal se da frecuentísimamente el dolor, por pie débil o por mal ajuste del calzado. Uno de los puntos dolorosos señalados por Hüeter es precisamente el escafoides. La presión digital sobre este hueso es de rigor.

Y vamos ya con las talagias que pueden estar producidas por cualquiera de los múltiples síndromes en que tan rica es la patología del talón. Frecuentemente los pacientes se quejan de dolor al apoyar el talón cuando se levantan de la cama o después de un tiempo sentados. No pueden tampoco andar horas por recrudecimiento de su dolor. A la inspección no se aprecia nada anormal, sin embargo, a la presión digital sobre un punto más o menos central y equidistante del talón , profieren un grito y refieren un agudísimo dolor. Estamos ante una bursitis irritada por una exostosis postero-inferior. La radiografía en proyección lateral nos confirmará el diagnóstico. Sin embargo, el dolor en el talón también puede deberse a otras causas, como apofisitis, fracturas por arrancamiento, bien del aquileo o de la fascia plantar, fibrositis de esta fascia e incluso enfermedad de Paget con síntoma doloroso en este hueso, si bien rara.

Tipos de dolor: El dolor en el pie puede ser: agudo, sordo, de puñalada, radiante, paroxístico y migratorio. El agudo es producido por infecciones, traumatismos, presión o tumores el sordo, por tuberculosis, diabetes, anemia, gota, procesos locales o enfermedades vasculares; el de puñalada, por neuritis; el radiante, por reflejo de un dolor en el trayecto de un nervio; el paroxístico, por claudicación intermitente; y el migratorio, por artritis reumatoide o neuritis periférica.

GONIMETRIA: Que el goniómetro se emplea hace tiempo en las consultas de traumatología es de todos conocido. Pero también es cierto que es un nonius con regleta diferente y que lo hacen de difícil manejo para el pie. De ahí que yo haya preparado un tipo que considero llena todas las exigencias de nuestras consultas. Vean Vds. aquí el goniómetro de que les hablo y aquí alguna de las aplicaciones prácticas en nuestra especialidad: Angulación del antepié o retropié, angulación del metatarso, medición de ángulos en radiografías, medición de genus valgus, desviaciones de dedos, región plantar y tantas otras que sería prolijo enumerar.

Observen esta radiografía de un pie cavo donde se ha corregido en lo posible la desnivelación del talón, llamada también desnivelación de Lelievre. Y aquí el trazado goniométrico sobre la placa con una intersección an-

gular a nivel de primera cuña. Hecho esto sólo nos queda hacer la mensuración con el goniómetro y leer los grados para saber hasta qué punto hay una caída de antepié o de retropié. Vean este otro trazado de otro pie cavo. Observen que las líneas van, la posterior tangente a la cara inferior del calcáneo y la anterior sigue el eje longitudinal a lo largo de toda la diáfasis del primer meta, hasta conjugarse en un punto en que se cortan. Todos los valores inferiores a 140 grados se consideran patológicos. En esta otra diapositiva observen una proyección de talón de Costa Bartani. Con ella y trazadas las líneas que vamos a describir podremos diagnosticar radiográficamente un valgo o varo del talón. Se traza una línea a todo lo largo de la diáfasis de la tibia y otra que divida al talón en dos partes iguales. Se mide el valor del ángulo formado por la intersección de las dos líneas, con el goniómetro. Todas las variaciones superiores a tres grados indican un varismo o valguismo del retropié. El seno angular abierto hacia afuera o hacia dentro nos hablará en favor de un varismo o valguismo respectivamente.

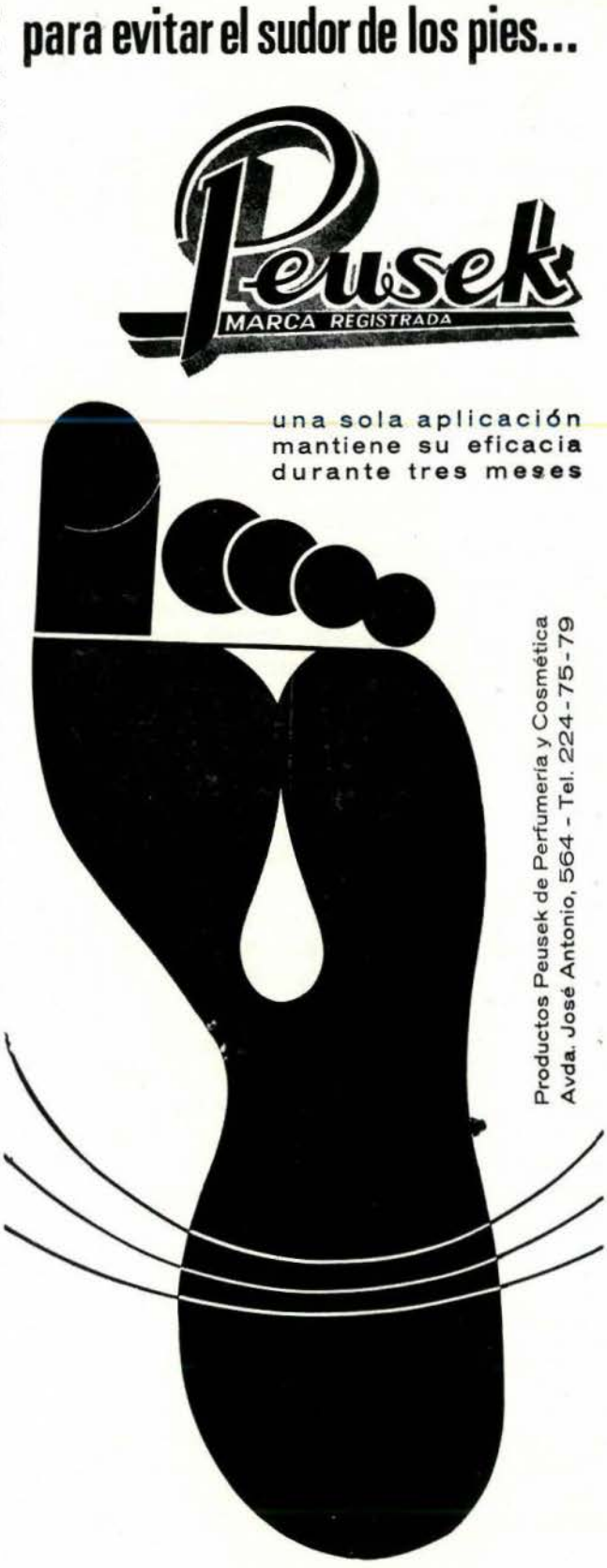
MOLDES: La confección de moldes es una de las primordiales manipulaciones para un tratamiento ortopédico eficaz. No se concibe, en ciertos diagnósticos del pie, un tratamiento protésico sin la guía de un molde de la deformidad, además de otro de la misma deformidad corregida manualmente.

Podemos dejar sentado, como axiomático, que el molde es tan necesario en el correcto tratamiento de ciertas malformaciones pédicas, tales como el pie plano-valgo, sobre todo en el niño, el pie cavo, en sus múltiples presentaciones, las deformidades debidas a parálisis y las insuficiencias metatarsales como el fotopodograma lo es para una correcta interpretación diagnóstica. Los materiales más en uso para esta clase de guías en nuestro trabajo, son la escayola, la godiva, el latex, la plastilina y los diversos plásticos de lenta polimerización unos, para determinados moldeos y de polimerización rápida para otros. De todos ellos el material más empleado hasta la fecha, sobre todo para moldes totales del pie, por su facilidad de adquisición, preparación, innecesidad de conocimientos técnicos especiales, así como innecesidad de costosos o complicados medios auxiliares para su puesta a punto, es, como Vds. ya se habrán figurado, la escayola que no es otra cosa que un sulfato de calcio cristalizado y deshidratado por calcinación. Por sus propiedades higroscópicas y de rápido fraguado, así como de fácil trabajo en el desbaste, una vez secado, se emplea cotidianamente en nuestras consultas. Sobre este molde se pueden hacer modificaciones de la estática, mientras fragua sobre el paciente o bien una vez seco, en nuestros talleres de confección de prótesis. Otro material muy empleado, si bien éste para pequeñas prótesis, sobre todo de dedos, es la godiva, material moldeable por el calor húmedo y muy usado en los talleres de prótesis dental. También podemos decir dos palabras sobre la plastilina, tipo de cera blanda, muy empleado por nuestros niños para sus juegos escultóricos, por la facilidad extrema de moldeo. En nuestra especialidad tiene cabida para pequeñas prótesis del pie, sobre todo para elementos de descarga en dedos, en martillo o en garra.

Además de estos materiales tan comunes, hay otros aún no tan empleados, pero que por poseer propiedades bilaterales, es decir de moldeo y prótesis, se irán abriendo camino con un amplio horizonte en Podología. Me refiero al latex con el que se pueden confeccionar moldes blandos y elásticos a la vez que pequeñas prótesis, sobre todo para dedos. Como saben el latex, dentro de su amplia gama de productos con propiedades diferentes, precisa una manipulación especial que lo hace, en muchas ocasiones, donde es indiferente uno u otro material no tan frecuente empleado. Lo mismo puede decirse de un material a base de siliconas que polimeriza al aire y que daré, una vez hechas las pruebas que actualmente lleva mi equipo en la investigación de dicho elemento, con el que podremos sustituir, creemos, ventajosamente al latex en las aplicaciones pédicas, por su facilidad en el manejo, por ser innecesaria toda clase de manipulación engorrosa y por ser totalmente inerte, incapaz de producir, según parece, ninguna clase de reacción dermatológica. Pero como este material, creemos que aún desconocido en Po-

dología, por la carencia total de bibliografía en el mundo, aún lo tenemos en mi equipo de colaboradores, en pruebas de investigación y ensayo, será bueno dejarlo para próxima ocasión en la que podamos ya presentar una casuística convincente. Observen ahora las diapositivas de algunos moldes de pie cavo. Sólo nos resta decir sobre los moldes que éstos no pueden ser deshechados de ninguna consulta de podología, ya que para la confección de ciertos tipos de prótesis que ustedes todos conocen, son totalmente imprescindibles.

RADIOGRAFIAS: El método radiográfico es imprescindible en multitud de enfermedades del pie. Sin él nos veríamos, si no imposibilitados, cuando menos, desorientados con respecto a un diagnóstico riguroso y limitados a un diagnóstico de presunción. Es mala técnica el no hacer uso de semejante ayuda por un equivocado concepto en Podología. Siempre que otros métodos o pruebas diagnósticas nada nos señalen o siempre que estos métodos y pruebas nos señalen un proceso óseo, tan frecuente por sus especiales características, en toda la patología del pie, se llevará a cabo la exploración radiológica. Unas veces realizada en nuestras consultas y otras enviando al paciente al radiólogo de nuestra confianza para una vez en posesión de la radiografía, comenzar su estudio e interpretación. Esta interpretación puede parecer difícil a simple vista. De hecho hay lesiones que dan imágenes infrecuentes y a veces de raras localizaciones, pero con un poco de costumbre no encontraremos, en la mayoría de los casos, gran dificultad. Tengamos en cuenta que la exploración radiológica es un método de diagnóstico coadyuvante a la sintomatología que nos refiera el enfermo y al resto de exploraciones realizadas por nosotros.

# Pedhidrosis

por Fco. J. Jorge Ugarriza
Podólogo
BILBAO (Vizcaya)

Dentro de la compleja clínica del pie en su cubierta cutánea se presenta una patología frecuentísima que es la HIPERHIDROSIS PEDIA o PEDHIDROSIS, vocablo este último aceptado por muchos colegas. Pedhidrosis, como muy acertadamente dedujo y preconiza su denominación el Podólogo diplomado don Félix Alonso Royano, es un vocablo corto y lingüísticamente correcto, significa: exceso de agua en el pie, localizada en el pie.

Dejando aparte la terminología o denominación de esta afección del pie— aunque sí abogo porque todos nos expresemos en los mismos términos para evitar confusionismos— vamos a entrar en la materia que nos ocupa:

Se caracteriza la PEDHIDROSIS por un aumento de la cantidad de sudor segregado, es decir, una hipersecreción sudoral localizada en el pie, más acusada en la región plantar e interdigital que en el resto. Esta excesiva sudoración humedece de tal manera la piel que la macera a la vez que la engrosa, enrojeciendo e inflamando la región; facilita la aparición de fisuras, grietas, ampollas e infecciones, originando con ello molestias muy desagradables y siendo fácil asiento de micosis y dermatosis diversas. A veces, las más, la PEDHIDROSIS puede pasar a un estadio con fetidez del sudor fácilmente perceptible por el olfato y debido a la fermentación de ácidos grasos, tales como el butírico y el amoniaco, ambos contenidos en el sudor. Entonces hablaremos de BROMHIDROSIS, de la que frecuentemente suele ir acompañada la PEDHIDROSIS.

*PROFILAXIS:* Como medidas profilácticas se debe prescribir en los períodos de calor intenso, calzados con materiales poco transpirables que impiden la eliminación del sudor fisiológico, quedando esta sudoración dentro del continente (estuche o zapato) que, por desgracia, hemos de llevar para protegernos de los insultos externos del terreno, formas sociales de la vida civilizada, etc., etc. Esta sudoración se exacerba originando una hipersecreción; en definitiva la PEDHIDROSIS.

Si día tras día se utiliza el mismo calzado, la confortabilidad va desapareciendo paulatinamente en consonancia a la pérdida de la ductibilidad de la piel o material con que esté confeccionado el calzado. Por lo tanto, el pie se siente más incómodo, se irrita con más facilidad y concomitante a la PEDHIDROSIS, en tales circunstancias, fácilmente se puede pasar al estadio de la BROMHIDROSIS y de otras incidencias dermatológicas en la cubierta cutánea del pie.

Por el contrario, nuestra misión debe ir encaminada a educar, preconizar y prescribir al público en general y más aún a los pacientes

afectados, zapatos porosos, amplios, sandalias fisiológicas que faciliten la evaporación. No debemos olvidar tampoco en nuestras recomendaciones el cambio de calcetines, preferibles de hilo o algodón desechado los de nylon; la higiene con lavados muy frecuentes así como el uso de cremas protectoras con desodorantes, espolvoreados con solfofenato de zinc, Inotyol polvo, Albucid u otro talco de buena calidad.

*TRATAMIENTO:* Una vez instaurada la PEDHIDROSIS —vaya o no vaya acompañada de BROMHIDROSIS— los mas diversos tratados nos hablan de lo difícil del tratamiento y preconizan multitud de ellos. En principio debemos establecer que se trata de una verdadera PEDHIDROSIS y el paciente no padece una hiperhidrosis generalizada debido a un transtorno endocrino o nervioso tributario entonces, de tratamiento por parte del Endocrinólogo. A este respecto debemos ser muy meticulosos en nuestro interrogatorio.

Algunos autores preconizan el ácido bórico; las pincelaciones con cloruro de alumina al 10/100 y pediluvios de permanganato potásico al 1 x 4.000 durante 15 minutos; las pincelaciones de formol, es decir, formaldehido al 2 % al acostarse y al levantarse. Todo ello es casi del dominio público, así como los baños de alcohol rebajado.

En el comercio se expenden multitud de preparados, entre los que cabe destacar el PEUSEK.

El tratamiento que yo llevo a cabo consiste en una meticulosa historia donde interrogo esencialmente si el paciente ha padecido transtornos nerviosos —o los padece— así como el tiempo que lleva con la molestia y si en sus familiares consanguíneos, se han dado o actualmente existen casos de PEDHIDROSIS.

Observo meticulosamente los pies, el calzado que normalmente usa, los calcetines por el tejido de que pueden estar fabricados, etc. Asegurado de que la hipersecreción se limita al pie, prescribo lo siguiente: Pediluvios frescos con Peusek todas las noches como comienzo del tratamiento, repetiendo el Peusek a los cuatro días del primero. Después a la semana del segundo y, por último, un cuarto pediluvio a los 15 días o al mes. Los días en que el paciente no utiliza el Peusek, no por ello deja de efectuar pediluvios frescos todas las noches, pero los realiza sustituyéndolos, alternativamente, con escamas de ácido bórico y 10 gr. sulfato de magnesio en papeletas.

Tras la higiene, una vez bien secos los pies, utilizo cremas desodorantes que se expenden en el comercio, siendo de destacar el Pentoderm pomada, Byly crema y Akileine. En caso de BROMHIDROSIS, el Akiltropic cerma. Todos ellos se extenderán en forma de suave fricción por todo el pie en dos aplicaciones diarias; una por la mañana sin necesidad de hacer higiene de los pies y otra por la noche, después de los pediluvios ya mencionados.

Una notable regresión de la hipersecreción sudoral se experimenta a partir de los primeros pediluvios, no habiendo omitido como mejor adjuntivo y complemento del tratamiento durante el tiempo transcurrido, unos 12 días, el empleo de actinoterapia.

La terapéutica con rayos ultravelolleta está muy indicada en los casos de PEDHIDROSIS que en casos particularmente rebeldes, suelo prolongar hasta quince sesiones.

En todos los pacientes tratados ha desaparecido el transtorno, normalizándose la sudoración y con la particularidad, hasta la fecha, de no haber tenido recidivas.

**COMPAÑERO:**

Sabemos que no nos falta tu ayuda al Portavoz profesional, pero no olvides que su renovación y superación es obra de todos.

Redactando tus experiencias profesionales prestarás un apoyo y una gran ayuda a los colegas que ejercen en poblaciones alejadas de las urbes más importantes.

# ¿Sufrió "El Guerrero del Antifaz" sudor de pies?

Leyó Francisco J. Jorge Ugarriza
Podólogo
BILBAO (Vizcaya)

El enfrentamiento hermenéutico de la personalidad auténtica de los mitos de la cultura popular nos lleva a plantear temas de pesquisa tan apasionante como éste: «¿Padeció el "Guerrero del Antifaz" exceso de secreción sudoral en los pies?» La pregunta no es una humorada, que estaría reñida con el rigor científico a que viene obligado el investigador: llega motivada por la situación histórica del individuo estudiado (final de la Reconquista española), y por el «rol» existencial asumido por el héroe en cuestión.

El enemigo de Ali Kan, el rival de Olian, el enamorado de la condesita Ana María, pudo muy bien buscar la lucha y el continuado ejercicio físico para disimular ante la sociedad de su tiempo el olor característico de ésta afección. Debemos sospechar que al no contar con los recursos higiénicos actuales, el «Guerrero» podía ser con más facilidad víctima de una dermatomicosis, como también hallarse predispuesto al exceso de sudoración de pies por cuestiones de herencia.

Aceptada la posibilidad de que el «Guerrero del Antifaz» pudiese estar aquejado de exceso sudorativo expuesto, sigamos adelante. De todos es sabido que tal hipersudoración es molesta por su mal olor, dada la rápida oxidación y descomposición de las sustancias excretadas, sino que, además, al reblandecer las capas externas de la piel ocasiona inflamaciones dolorosas en la misma, particularmente entre los dedos y la planta.

Estas sensaciones motivarían una irritación perpetua en el paciente-héroe, que hallándose incapacitado para erradicar sus causas (en su tiempo los saltratos y no d i g a m o s los «sprays» desodorantes todavía estaban muy lejanos), le empujarían a una actividad constante para olvidar su cruz. Así se comprendería la permanente actividad bélica del «Guerrero del Antifaz»; si el «Guerrero del Antifaz» guerreaba sin parar era para disimular y justificar, con el calor del combate, su olor corporal, y para olvidar el fastidio que ésto produce en el paciente mismo.

El olor de los excesos sudorales, y muy especialmente el de los pies, sabemos que es fastidioso. Y si el alivio momentáneo se puede alcanzar por el lavado de las extremidades inferiores, y el sujeto estudiado jamás se las lavó (véase la colección completa del GUERRERO DEL ANTIFAZ, por M. Gago, Editorial Valenciana, S. A.), porque tal vez lo considerara vejatorio para un hombre de su condición, se hallaría condenado a una expresión sufriente y de continuas muecas. Esto determinaría la adopción del antifaz para ocultarlas al resto de sus contemporáneos, antifaz, que por otra parte, sería uno de los componentes de su mito y de su fama.

Forzosamente hemos de finalizar diciendo que, en efecto, el «Guerrero del Antifaz» sudaba excesivamente de los pies y, que, es más, esta anomalía orgánica fue causa desencadenante del nacimiento del héroe. El hijo del conde de Roca habría llevado una vida de lujo y molicie (la propia de su título y condición), de no mediar el dichoso sudor. El sudor, y su oxidación hizo surgir la belicosidad como evasión al tormento físico y psicológico, al antifaz para ocultar el sufrimiento, y, en definitiva, al hombre que se convirtió en leyenda.

CALIN (de la «Codorniz»)

# Algesal Activado

**POMADA ANTIRREUMATICA Y ANALGESICA ULTRAPENETRANTE PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR LOCAL**

FORMULA:

| | |
|---|---|
| SALICILATO DE DIETILAMINA | 10 g. |
| NOPOXAMINA | 1 g. |
| EXCIPIENTE | c.s.p. 100 g. |

POSEE UN OLOR AGRADABLE
NO GRASA
NO ENGRASA
TOLERANCIA EXCELENTE

**gran poder de penetración**

TUBO CON 50 g. DE POMADA - P.V.P. 94,90 Ptas.

KALI-CHEMIE
ARZNEIMITTEL

KALI-CHEMIE IBERIA, S.A.
Apartado 12068, Barcelona
Tel. Barcelona 2392327
Tel. Madrid 2769276
Tel. Sevilla 213922
Tel. Valencia 228923
Fabricación y venta: Orfi Farma, S.A.

AGRUPACION DE PODOLOGOS
DE ESPAÑA

# II Simposium Nacional de Podología

La Agrupación de Podólogos de España ha remitido a la Redacción de esta Revista el siguiente escrito con el ruego de su publicación para la pertinente divulgación a todos los agrupados:

La Agrupación de Podólogos de España comunica a todos sus agrupados que habiéndose suspendido el Congreso Nacional de Podología que debía celebrarse este año en Tenerife, se ha acordado en reunión celebrada el día 17 de febrero del presente año por dicho Organismo, la organización del II SIMPOSIUM NACIONAL DE PODOLOGIA a celebrar en Zaragoza durante los días 29 y 30 de abril y 1 de mayo, en el local de la Residencia Sanitaria de la Seguridad Social a cuyo fin, se están tramitando las oportunas autorizaciones de los organismos competentes.

La elección de la ciudad de Zaragoza fue por ser centro geográfico de muchas capitales españolas y así, en general, resultar más económico el desplazamiento para todos los agrupados. Al ser al propio tiempo Zaragoza la sede de nuestra Agrupación, nos permitirá celebrar una Asamblea General de Agrupados en la que, entre otros temas, se procederá a la elección de los cargos renovables de la Junta de Gobierno de lo que, en su día, se le dará oportuno conocimiento.

La solicitud que se está gestionando para celebrar dicho Simposium en la residencia Sanitaria de la Seguridad Social, viene condicionada por el deseo de poder exponer prácticamente nuestra preparación en aquellas facetas que por sus características puedan ser del máximo interés a la Seguridad Social.

Los dos motivos reseñados —Asamblea General de Agrupados y presencia en la Seguridad Social— creemos con suficientes para esperar contar con tu colaboración asistiendo personalmente a dicho Simposium.

Los temas que se debatirán en Mesa Redonda, serán los siguientes:

1.° ACTUACION DEL PODOLOGO ANTE UNA ONICOPATIA.
2.° ACTUACION DEL PODOLOGO ANTE UNA VERRUGA EN EL PIE.
3.° PROTESIS DEL PIE EN GENERAL.
4.° PROFILAXIS PODOLOGIA DEL TRABAJADOR.

Después de cuidadosos estudios se ha llegado a la conclusión de que los citados temas —como antes ya indicamos— con los que, en principio puedan interesar más a efectos de la Seguridad Social, por estar íntimamente vinculados con un problema de absentismo laboral.

Debemos destacar que en este Simposium, el único acto de tipo social que se celebrará será una Cena de Confraternidad, no estando programados otro tipo de actos recreativos y dedicar todo el esfuerzo de la reunión a temas del máximo interés.

Seguidamente adjuntamos informe remitido por la Agencia de Viajes sobre forma y condiciones de efectuar las inscripciones.

Esperando tener el placer de saludarte personalmente en Zaragoza, esta uJnta de Gobierno de la Agrupación de Podólogos de España te ofrece el testimonio de su más distinguida consideración y estima.

Fdo. Leonardo Escachs
*Presidente*

AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

II SIMPOSIUM NACIONAL DE PODOLOGIA

Boletín de Inscripción que se servirá remitir a la agencia de viajes Espatur, S. A., San Juan de la Cruz, 26 - Zaragoza - Tel. 25 80 00.

Apellidos ..... Nombre .....

Dirección ..... Población ..... Tel. .....

Familiar y acompañante .....

Se inscribe y remite cuota (as) de suscripción por medio de transferencia, giro, etc., para el II Simposium Nacional de Podología.

*CUOTAS DE INSCRIPCION*

Cuotas de agrupado: 1.400 Ptas. - Acompañante: 700 Ptas.

Cuotas no agrupado: 3.000 Ptas - Acompañante: 1.500 Ptas.

Relación de hoteles y precios por día en régimen de alojameinto y desayuno, importe que remitirá según se indica arriba:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| H. Corona de Aragón (5 estrellas) | Habitación doble . . . . | 1.360 Ptas. | ( ) |
| | Habitación individual . . . . | 750 » | ( ) |
| | doble . . . . | 610 » | ( ) |
| H. Goya (4 estrellas) | Habitación doble . . . . | 640 » | ( ) |
| H. Rey Alfonso I (4 estrellas) | Habitación individual . . . . | 380 » | ( ) |
| H. Don Yo (3 estrellas) | Habitación doble . . . . | 600 » | ( ) |
| H. Europa (3 estrellas) | Habitación doble . . . . | 520 » | ( ) |

Relación de visitas y excursiones facultativas:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Visita de ciudad . . . . . | 180 Ptas. | p. p. | ( ) |
| Excursión Monasterio de Piedra sin almuerzo . . . . . | 210 » | p. p. | ( ) |
| Excursión Monasterio de Piedra con almuerzo . . . . . | 490 » | p. p. | ( ) |

NOTA: Marquen con una X los servicios detallados anteriormente si son de su conformidad.

# CONGRESO INTERNACIONAL DE *PODOLOGIA*

Como ya se ha venido indicando en anteriores números de nuestra Revista, está ultimándose los detalles sobre organización del Congreso Internacional de Podología a celebrar en la ciudad de Salzburg, en el mes de septiembre-octubre del presente año.

Hasta ahora y a pesar de los contactos insistentes con el Comité Organizador, no ha llegado a nuestro poder comunicación oficial alguna si bien, oficiosamente, tenemos conocimiento de que están en camino los Avances de Programa emitidos por el citado Comité Organizador, los cuales esperamos recibir en breve y de los que, como es lógico, daremos exhaustiva y rápida cuenta a todos los agrupados, ya sea a través de las páginas de esta revista o bien por otro conducto.

De todas maneras y con el fin de poder empezar a organizar de la mejor manera posible el desplazamiento, estancia y asistencia al Congreso de todos aquellos compañeros que estén interesados en ello, quizás sería momento ya de empezar a pensar en ello y a través de los Delegados Provinciales de Podología empezar a confeccionar unas listas de esos mismos compañeros que desean participar con su presencia en el Congreso. Dichas listas, podrían ser remitidas a la Junta de Gobierno de la Agrupación para que, a la vista de las mismas y del número posible de inscritos, se empezaran los trámites pertinentes para conseguir viajes más económicos y, lo más importante, la TRADUCCION SIMULTANEA AL ESPAÑOL, de las sesiones científicas del Congreso.

Todos sabemos los considerables gastos que origina la celebración de un Congreso. Así pues no nos es difícil de comprender que el Comité Organizador, antes de asegurar una traducción a nuestro idioma, quiera saber, lo más aproximadamente posible, el número de participantes españoles. Y desde el punto de vista organización, este dato no puede esperar a última hora.

La presencia española en tales manifestaciones podológicas es imprescindible, es necesaria, es vital. No podemos arriar bandera, después de haberla mantenido en alto, con orgullo y tesón. Pero no pedemos —y esto es lógico— esperar a seguir a la cabeza de la Podología desde el punto de vista internacional, si no nos sacrificamos un poco en parti-

cipar activa y personalmente en todas cuantas reuniones, Congresos y demás tipos de manifestaciones de la Especialidad se celebren.

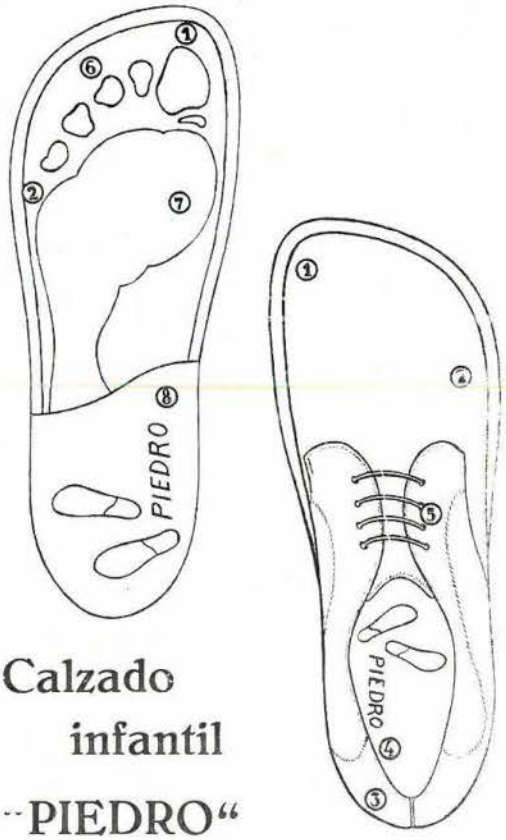
Al propio tiempo y volviendo a lo dicho anteriormente sobre el desplazamiento, sería necesario que al confeccionar las listas de posibles asistentes, se indicara en las mismas la forma de viaje: coche propio, avión, tren. Además, punto de partida en colectividad que, quizás, sería interesante, por ejemplo, Madrid y Barcelona.

Todo lo indicado es, simplemente, una avanzadilla de proyecto. Pero lo verdaderamente importante es que empecemos a pensar en ello y demos cuenta a la Junta de Gobierno de la Agrupación, cuáles son nuestros deseos.

La Agrupación de Podólogos de España está firmemente convencida de que todos y cada uno de los compañeros miembros de la misma comprende la necesidad de seguir estando en vanguardia y por ende, está convencida de que a pesar de ser un pequeño sacrificio, podrá contar con el número adecuado y preciso de compañeros, para que se pueda solicitar y exigir esa traducción simultánea al español, de vitad importancia para que los temas a desarrollar en las sesiones científicas, sean completamente comprensibles para los españoles. No es un gran sacrificio, máxime si se tiene en cuenta que con tiempo suficiente es más fácil organizar el desplazamiento, solicitar período de vacaciones aquéllos que así les convenga, organizar la visita, etc. Basta, solamente, la buena disposición y el convencimiento de que nuestra presencia, es necesaria, es obligada.

Esta revista, queda pendiente de comunicar con urgencia todo cuanto haga referencia al Congreso y llegue a nuestro poder, a todos los compañeros. Pero, entretanto y con el fin de adelantar tiempo, empecemos ya a trabajar en la medida de nuestras fuerzas para que dicha presencia española en el Congreso, sea una maravillosa realidad.

Las fechas de celebración del Congreso son: 28, 29, 30 de septiembre y 1 de octubre, en el Palacio de Congresos de Salzburg y con el tema: «EL TRATAMIENTO DEL PIE EN LA JUVENTUD, COMO PREVENCION DE MALES ULTERIORES».


Calzado infantil "PIEDRO"

Hormas, control y garantía de
**PIEDRO INTERNATIONAL -**
**Berkel, Holland**

Si no tiene aún información completa consulte a "PIEDRO"

PIEDRO

Apartado 7053 — Barcelona

NOS COMPLACE EL INSERTAR EN ESTAS COLUMNAS LAS NUEVAS JUNTAS DIRECTIVAS DE UNION URUGUAYA DE PEDICUROS Y PODOLOGOS Y DE LA ASOCIACION DE TECNICOS PODOLOGOS DEL URUGUAY

Agrupación de Podólogos de España
Sr. Leonardo Escachs Clariana
De nuestra mayor consideración:

La Unión Uruguaya de Pedicuros y Podólogos, tiene el agrado de llevar a vuestro conocimiento la constitución de la nueva Comisión Directiva, de acuerdo al resultado de las elecciones llevadas a cabo el 6 de agosto próximo pasado.

Presidente: Sr. Nelson C. Peyré
Vice-Presidente: Sr. Román Vidal
Secretario general: Sra. Mindla F. de Rozen
Pro-Secretario: Sra. Nelly M. de Olivar
Tesorero: Sr. Moisés M. Lizmi
Pro-Tesorero: Srta. Nair Avila Gutiérrez
Secretario de Actas: Sra. Amelia A. de D'Olivo

COMISION FISCAL

Srta. Hortencia Olivera
Srta. Mercedes Villa
Sra. Orilma Pereyra de Fernández

Sin otro particular, saludamos a Ud. atte.
Secretario general — Presidente

---

ASOCIACION DE TECNICOS PODOLOGOS DEL URUGUAY

Señor Presidente de la
Agrupación de Podólogos de España
Don Leonardo Escachs Clariana

De nuestra consideración más distinguida:

La presente es para darle a conocer la nueva integración del Consejo Directivo de nuestra Asociación, desde el 20 de agosto de 1972, resultando electos en esa oportunidad los siguientes:

CONSEJO DIRECTIVO:

Presidente: Sr. CANDIDO MONTES
Vice-Presidente: Sr. DOMINGO BERRIO
Secretario: Sr. CARLOS A. RIFFAUD
Tesorera: Sra. NILDA GONZALEZ DE EVORA
Pro-Tesorero: Sr. AGUSTIN MORETTI

COMISION FISCAL:

Sr. JAIME RAÑA
Sr. ADALBERTO BONINO
Sr. VALENTIN GARCIA

Sin más y poniéndonos a vuestra entera disposición, lo saludamos con nuestra consideración más distinguida:

El Secretario de la A.P.U. — *Carlos A. Riffaud*
El Presidente de la A.P.U. — *Cándido Montes*

# constantino velasco laínz

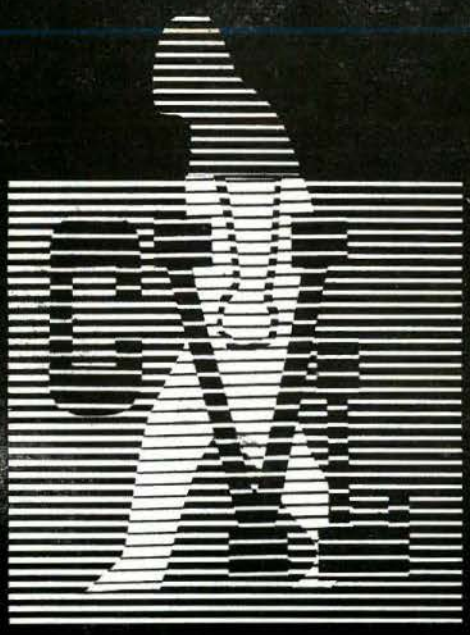
*y*

# BERKEMANN

*en colaboracion con la revista española de*

## PODOLOGIA

*ofrece a los podólogos una gama completa de artículos para los pies*



CENTRAL (Oficinas). — Santiago Bernabéu, n.° 4.
Tels. 261 98 75 y 261 44 15. — MADRID-16

ALMACEN. — General Franco, n.° 42.
Tel. 208 98 36. — MADRID-19

DELEGACION CATALUÑA Calle Mallorca, n.° 336 (esq. Avda. Grmo.).
Tel. 257 76 05. — BARCELONA-9

Prótesis de plástico, corcho, cuero, cuero y metal. — Protectores de Hallux Valgus. — Separadores de dedos. — Protectores planta del pie. — Cuñas y almohadillas metatarsales. — Accesorios para la aplicación de plantillas. — Sandalias fisiológicas de madera. — Soportes de cazoleta de Ortholen. — Planchas de PLEXIDUR. — Planchas de ORTHOLEN. — Planchas de PRENYL. — Planchas de HYDROLANYON, etc.

# Problemas milimétrico en la Biomecánica podal

Podólogo LUIS TEJO
(Salta)

## PROLEGOMENOS

Al ensayar la denominación que encabeza el presente trabajo, tratamos de englobar en ella toda una serie de minúsculas alteraciones osteoarticulares de los pies, cuya ínfima representación patológica escapa, casi siempre, a una nosología de relevancia en el enfoque común de sus problemas.

En efecto, se habla de un dedo en martillo; hallux valgus; pie plano o plano valgo; juanete de sastre; pie cavo; pie equino; plano transverso, etc., pero solamente —obsérvese bien— se hace esta referencia para expresar un cuadro diagnóstico definido, omitiéndose generalmente simples desaliños de una o varias de las piezas de su armazón fundamental.

Sin embargo, hay pies que sufren aun careciendo de síntomas objetivos (visibles) o notorios en la palpación; es decir, que se muestran estructuralmente normales.

¿Entonces?... He ahí el detalle que deseamos examinar con esta tarea, en busca de la claridad que no surge totalmente a nuestro propio interrogante.

## SINCRONIA OSTEOARTICULAR DEL PIE

Cuando analizamos este conjunto osteoarticular en funcionamiento, no es fácil advertir lo que está sucediendo en cada uno de sus numerosos elementos anatómicos en cambio, es sencillo deducir la existencia de una maravillosa sincronización del complejo pédico-mecánico.

Se infiere, entonces, que tal perfecta sincronía hace posible una correcta distribución de las descargas, absorbiendo así cada sector el esfuerzo exacto para el cual está capacitado.

¿Pero qué ocurre, si se altera este imponderable sincronismo? Sucedería, por comparación, lo que a una máquina de relojería cuando falla uno de sus engranajes: la máquina se adelanta, se atrasa o se detiene.

¡El porqué de estas secuencias...! Supóngase que un determinado sector del cuarto seg-

mento esté capacitado para recibir con exceso unos diez kilos y ahora —roto el equilibrio de descarga— tiene que soportar un peso mayor. Es lógico admitir, entonces, que allí los tejidos blandos sean los primeros en sufrir las consecuencias del superexceso, puesto que ha sobrepasado su límite de resistencia.

## DIFERENTES PEQUEÑAS SECUENCIAS

Tomemos algunos ejemplos de las nombradas pequeñas secuencias posibles:

— Una leve pronación del calcáneo (sin configurar un valguismo definido) tiende a provocar distensión del gran ligamento plantar y del ligamento deltoideo (especialmente en sus fibras profundas). Lo que de hecho originaría trastornos a nivel de la planta y en la región lateral interna de la subastragalina, con repercusión a la astrágalo-escafoidea.
— Una ligera rotación del primer metatarsiano produciría una micro luxación de la articulación primera cunealmetatarsiana —si la cuya no lo acompaña— promoviendo distensión de sus ligamentos plantares, a la vez que modifica el apoyo normal de la cabeza de éste e influenciando en la primera articulación metatarso-falángica. Sumándose a los malestares propios de esta situación, la probable formación de helomas en la región plantar de la cabeza del primer metatarsiano y posiblemente, también, en el borde del pulpejo del dedo gordo.
— Un minúsculo desaliño de los metatarsianos centrales puede dar lugar a la instalación de helomas a dicha altura de la planta (epífisis), particularmente si la piel no cuenta con una buena almohadilla adiposa o la misma ha sido desplazada.
— De la misma manera, una breve rotación hacia adentro del quinto metatarsiano trae la posible implantación de helomas en la planta a nivel de la apófisis estiloidea o de la cabeza (epífisis) del citado hueso.

Estos ejemplos, con sus consecuencias más resaltantes en los pies, trascienden muchas veces sus síntomas a las piernas y nos dejan la inquietud de profundizar «in extenso» sus complicadas variantes, siempre dentro del aspecto milimétrico en la biomecánica podal.

## CAUSAS PROBABLES

Si descartáramos —en estas minúsculas alteraciones— la ausencia de enfermedades constitucionales o el estado particular de un pie débil o hipotónico, nos quedaría por atribuirlas a:

1) Un estado de agotamiento en segmentos que han realizado un esfuerzo extraordinario durante un tiempo prudencial o por largos años de trabajo donde la marcha y/o la ortostática es la exigencia habitual de la tarea diaria.
2) Vicios posturales en la deambulación o en la ortostática.
3) Tracciones ejercidas por el uso frecuente de calzados o medias inadecuados.
4) Un leve traumatismo originado por el accidente que trae la brusquedad de un mal apoyo, tropezón, etc., al cual no se le diera mayor importancia luego de soportar sus primeros inconvenientes.

Insistimos: se está hablando de pies objetivamente normales y sin antecedentes clínicos de valía y, pese a ello, tienen sus padecimientos.

## EL DESEQUILIBRIO DE LAS DESCARGAS

Cuando nos referíamos al sincronismo del complejo osteoarticular del pie, no se nos escapa el papel preponderante que juega el resto de los tejidos que conforman toda esa entidad anatomofisiológica de los cuartos segmentos.

Pero al examinar dichas estructuras, recordamos la enseñanza de la anatomía funcional al señalarnos los caracteres morfológicos de sus diversas piezas, como así también el trabajo que realizan.

Esto significa que, si los tejidos de sostén ceden su poder de contención para mantener al alguno de los huesos en la posición perfecta, tal modificación hará cambiar la línea de transmisión de las fuerzas receptadas.

Una serie de investigadores han ido buscando un valor coeficiente racional en la distribución de las fuerzas propagadas en los distintos sectores del pie en relación con el peso que sobre los mismos recaen, sin haberse logrado una coincidencia unánime entre los más destacados estudiosos.

De todos esto, es obvio deducir que cada dispositivo con su constante juego de palancas y tracciones está dotado de una limitada capacidad de resistencia, no igual en distintos sujetos.

De todas maneras, si por cualquier contingencia en un determinado punto se satura su capacidad de resistir, es evidente que habrá síntomas de reacción como respuesta.

Esas reacciones podrían ser:

a) Malestares o dolores en una región del segmento.
b) Fatiga fácil del o los pies, con extensión a la pierna.
c) Aumento de las alteraciones osteoarticulares y, consecutivamente, mayores lesiones en la piel. Esto dentro de un tiempo variable que puede oscilar entre meses o años.

## DENOMINACION DEL CUADRO

Si se estuviera de acuerdo en cuanto a la existencia de las citadas leyes alteraciones con influencia milimétrica en la biomecánica podal, se impondría asignarles una denominación común y adecuada que las identifique lacónicamente, para incorporarla luego de ser discutida dentro de la nosología podológica.

Nosotros, bastante persuadidos de dicha realidad patogénica, hemos pensado en la denominación *«discarrus»* —dis, contrariedad o negación, y carrus, carro, carga—; compaginándose con la significación siguientes: *Leves alteraciones de las descargas normales del pie.*

## TERAPEUTICA APROPIADA

Las formas terapéuticas que consideramos más apropiadas —siempre que no se relacionen con enfermedades o trastornos constitucionales— podríamos resumirlas así:

Quiropraxia, u otras técnicas fisoterápicas como: ejercicios adecuados; termoterapia seguida de masoterapia; almohadillados o bien plantillas concebidas para el caso. Agregándose los consejos necesarios respecto del cuidado en la elección del calzado y las medias, especialmente en niños y jóvenes.

# Informe de tesorereria sobre el ejercicio 1.972 - 1.973

Estado de cuentas correspondiente al ejercicio de 1972, con expresión de Entradas y Salidas según distintos conceptos.

ENTRADAS

| | Ptas. |
|---|---|
| Cuotas agrupados ..... | 278.234,— |
| Revista ..... | 34.725,— |
| Varios ..... | 1.100,— |
| Total entradas ..... | 314.059,— |

SALIDAS

| | Ptas. |
|---|---|
| Revista ..... | 169.598,— |
| Viajes ..... | 286.093,— |
| Varios ..... | 51.750,— |
| Total salidas ..... | 507.441,— |

CAPITAL DE LA AGRUPACION

| | Ptas. |
|---|---|
| Capital de la Agrupación en 31 de diciembre de 1971 ..... | 219.723,— |
| Capital de la Agrupación en 31 de diciembre de 1972 ..... | 26.341,— |
| Déficit sobre ejercicio anterior ... | 193.382,— |

Nota aclaratoria: Débese hacer constar que el principal motivo que ocasionó el déficit que presenta el ejercicio de 1972 sobre el año anterior se debe, principalmente, a que necesidades urgentes de la Agrupación aconsejaron durante el año de 1972 la convocatoria de dos reuniones de la Junta de Gobierno —una en Barcelona en los días 12 y 13 de enero y otra en Zaragoza en las fechas 7 y 8 de octubre—, así como una reunión de todos los Delegados provinciales —también en Zaragoza— en los días 28 y 29 de octubre, debiéndose tener en cuenta que los miembros de la Junta pertenecen cada uno a una región distinta de nuestra geografía patria.

Además, habiendo convocado la F.I.P. una reunión en su sede de París, fueron designados dos agrupados para asistir a la misma en representación de la Agrupación de Podólogos de España.

PRESUPUESTO DE INGRESOS Y GASTOS PARA EL EJERCICIO DE 1973/1973

INGRESOS

| | Ptas. |
|---|---|
| Cuotas agrupados ..... | 350.000,— |
| Anuncios Revista ..... | 50.000,— |
| Imprevistos ..... | 5.000,— |
| Total ingresos ..... | 405.000,— |

SALIDAS

| | Ptas. |
|---|---|
| Gastos Revista ..... | 180.000,— |
| Viajes ..... | 125.000,— |
| Varios y Administración ..... | 100.000,— |
| Total salidas ..... | 405.000,— |

ENTRADAS POR CUOTAS DURANTE EL AÑO 1972

| | Ptas. |
|---|---|
| Enero ..... | 26.080,— |
| Febrero ..... | 15.990,— |
| Marzo ..... | 10.025,— |
| Abril ..... | 48.681,— |
| Mayo ..... | 22.075,— |
| Junio ..... | 4.170,— |
| Julio ..... | 28.544,— |
| Agosto ..... | 19.195,— |
| Septiembre ..... | 16.905,— |
| Octubre ..... | 48.014,— |
| Noviembre ..... | 29.160,— |
| Diciembre ..... | 9.395,— |
| Total entradas ..... | 278.234,— |

## ENTRADAS POR REVISTA

| | Ptas. |
|---|---|
| Productos Setón | 3.000,— |
| Piedro | 4.500,— |
| Constantino Velasco | 3.000,— |
| Peusek | 4.500,— |
| Inibsa | 4.500,— |
| Laboratorio Hosbon | 3.000,— |
| Cera | 5.700,— |
| Casa Scholl | 2.025,— |
| Emisa | 4.500,— |
| Total entradas | 34.725,— |

## ENTRADAS POR VARIOS

| | Ptas. |
|---|---|
| 48 distintivos de solapa escudo Agrupación | 1.100,— |
| Total entradas por conceptos | 314.059— |

## SALIDAS POR CONCEPTO DE REVISTA

| | Ptas. |
|---|---|
| Incentivos Sr. Mañé a razón de 3.000 Ptas. mensuales | 36.000,— |
| Sr. Pina, impresión revista n.° 22 | 16.760,— |
| Sr. Pina, impresión revista n.° 23 | 19.874,— |
| Sr. Pina, impresión revista n.° 24 | 23.049,— |
| Sr. Pina impresión revista n.° 25 | 16.660,— |
| Sr. Pina, impresión revista n.° 26 | 16.180,— |
| Sr. Pina, impresión revista n.° 27 | 17.826,— |
| Sr. Pina, impresión revista n.° 28 | 18.535,— |
| Gastos varios: sellos, cordel, traslado en taxis a Correos, cola, etc. | 4.248,— |
| Gastos varios: sellos, cordel, traslado en taxis a Correos, cola, etc. | 466,— |
| Total | 169.598,— |

## RELACION DE SALIDAS EN CONCEPTO DE VIAJES 1972

Incentivo a los Sres. de la Junta de Gobierno por su asistencia al Congreso Nacional de Podología celebrado en Barcelona en julio de 1971.

| | Ptas. |
|---|---|
| Sr. García Andrés | 2.000,— |
| Sr. Ichaurrondo | 2.000,— |
| Sr. Báez | 2.000,— |
| Sr. Aycart | 2.000,— |

Nota: Los demás componentes de la Junta por haberlo cobrado a su debido tiempo, fueron contabilizadas en el año anterior.

Reunión de la Junta de Gobierno en Barcelona durante los días 22 y 23 de enero:

| | |
|---|---|
| Gastos hotel y comidas, así como sus desplazamientos | 59.151,— |

Incentivo a los Sres. de la Junta por su asistencia al Congreso de Badajoz.

| | Ptas. |
|---|---|
| Sr. Vidán | 2.000,— |
| Sr. Moral | 2.000,— |
| Sr. García Andrés | 2.000,— |
| Sr. Ichaurrondo | 2.000,— |
| Sr. Aycart | 2.000,— |
| Sr. Báez | 2.000,— |
| Sr. Calvo | 10.390,— |
| Sr. Gavín | 12.969,— |

| | |
|---|---|
| Viajes Sr. Presidente a Zaragoza, Madrid, Alicante y asistencia al Congreso de Badajoz, habiendo quedado sin usar el pasaje de regreso Madrid-Barcelona, cuyo viaje se aprovechó posteriormente | 26.684,— |
| Viajes a París de los Sres. García Andrés y Vergara a fin de asistir a la reunión de la F.I.P. | 41.231,— |

Asistencia de los Sres. de la Junta de Gobierno a la reunión de Zaragoza durante los días 7 y 8 de octubre:

| | Ptas. |
|---|---|
| Sr. Escachs | 1.372,— |
| Sr. Gavín | 1.372,— |
| Sr. Vidán | 5.500,— |
| Sr. García Andrés | 2.329,— |
| Sr. Morán | 6.137,— |
| Sr. Aycart | 2.500,— |
| Sr. Báez | 1.500,— |

| | |
|---|---|
| Sr. Ichaurrondo ..... | 1.500,— |
| Sr. Moral ..... | 1.000,— |
| Viaje a Barcelona del Sr. Alonso Royano (de Bilbao) ..... | 6.000,— |
| (Hay que hacer constar que posteriormente dicho señor devolvió como sobrantes 1.800 Ptas. que por haber sido ya cerradas en aquella fecha las cuentas del presente año, fueron contabilizadas en las del mes de enero de 1973.) | |
| Gastos hotel Goya, reunión Junta de Gobierno en Zaragoza ... | 13.065,— |
| Gastos hotel, miembros Junta de Gobierno y el de algunos Sres. Delegados que no disponían de fondos en su delegación, a fin de asistir a la reunión conjunta celebrada en Zaragoza en los días 22 y 23 de noviembre ... | 51.244,— |
| Gastos suplementarios pagados al Sr. Secretario, relativos a la citada reunión de delegados ... | 1.647,— |
| Tres viajes a Madrid del Sr. Presidente ..... | 11.196,— |
| Un viaje completo a Madrid del Sr. Presidente, más la ida de otro, pues a la vuelta se aprovechó el pendiente del Congreso de Badajoz ..... | 7.806,— |
| Viaje Sr. García Andrés a la reunión de Delegados de Zaragoza | 1.500,— |
| Total suman ..... | 286.093,— |

SALIDA EN CONCEPTO DE GASTOS VARIOS

| | Ptas. |
|---|---|
| Contribución de la Agrupación a la Gran Cruz a la Orden del Mérito Civil de Sanidad, concedida por el Gobierno a un profesor benefactor de la Agrupación | 15.000,— |
| Placas encargadas por el Sr. Secretario para el delegado de Badajoz y acto de homenaje a un compañero jubilado de Zaragoza ..... | 6.535,— |
| Placas y medallas de la Agrupación pagadas por el Sr. Secretario ..... | 7.200,— |
| Sr. Guirao (ordenanza del Colegio de Practicantes), pagadas por impresión recibos, sobres y franjas de la revista durante el año ..... | 1.923,— |
| Adremas metálicos, casa Seuba, direcciones nuevos agrupados y cambios de domicilio ..... | 817,— |
| Conferencias telefónicas de la Presidencia ..... | 217,— |
| Gastos secretaría durante el primer semestre del año ..... | 4.926,— |
| Envío donativo a la Sra. viuda del compañero fallecido por accidente, Sr. Pino Renco (de Villanueva de la Serena) ..... | 10.000,— |
| Conferencia telefónica con Zaragoza y sellos carta ..... | 100,— |
| Gastos delegación de Galicia, según cargo presentado por su Sr. Delegado de Zona ..... | 300,— |
| Recadero de Zaragoza, envío paquete impresos ..... | 75,— |
| Fotocopias estatutos para los señores Delegados provinciales (Dicha cantidad fue devuelta por el Sr. García Andrés por no haberle sido cobrada, pero por haber estado cerradas en dicha fecha las cuentas del presente año, consta contabilizada en el mes de marzo de 1973) | 3.917,— |
| 100 sellos carta ..... | 200,— |
| Total suma ..... | 51.750,— |

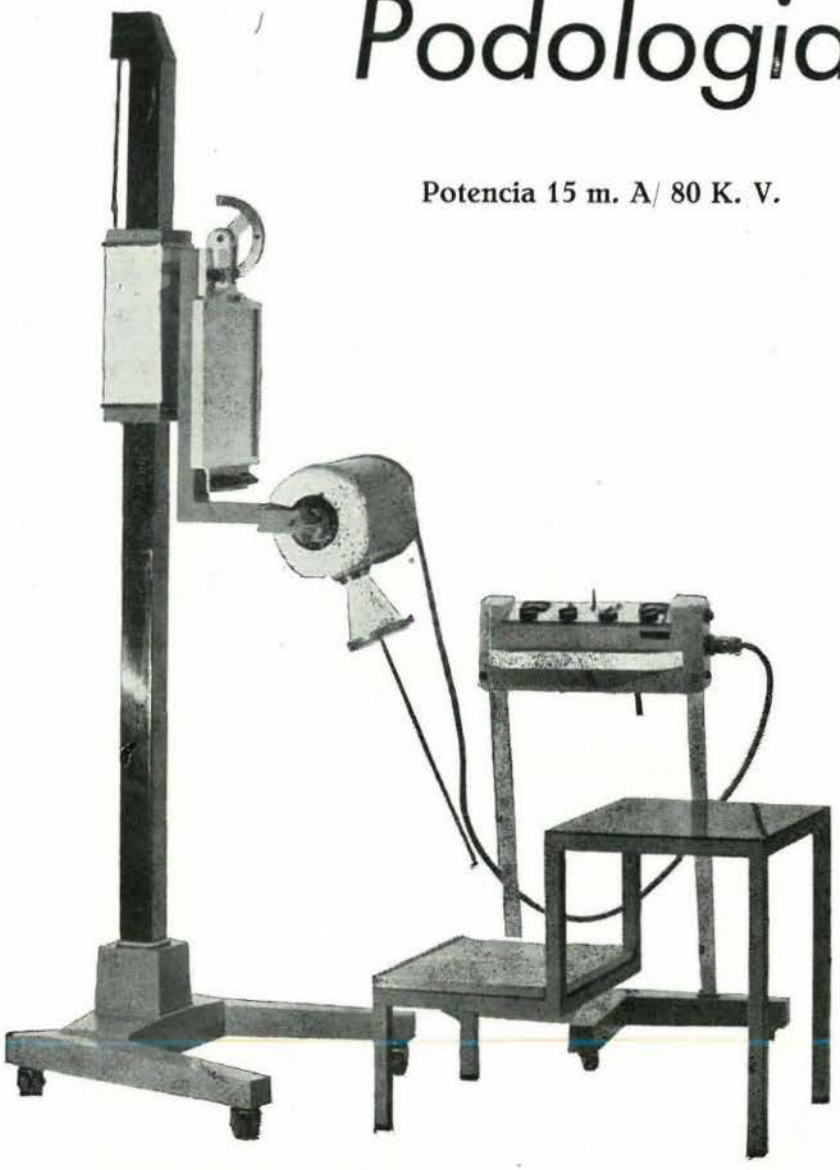
Todos los gastos ocasionados tienen sus correspondientes comprobantes que constan en tesorería y están a disposición de quien los requiera.

Firmado: El Presidente - El Secretario - El Tesorero.

# MODERNO EQUIPO RADIOLOGICO PARA

# *Podologia*

**Potencia 15 m. A/ 80 K. V.**



- Versabilidad óptima para obtención de radioscopias y radiografías en todas posiciones y ángulos.
- Características eléctricas regulables para obtener un verdadero radioagnóstico.

**J. M. Marimón**

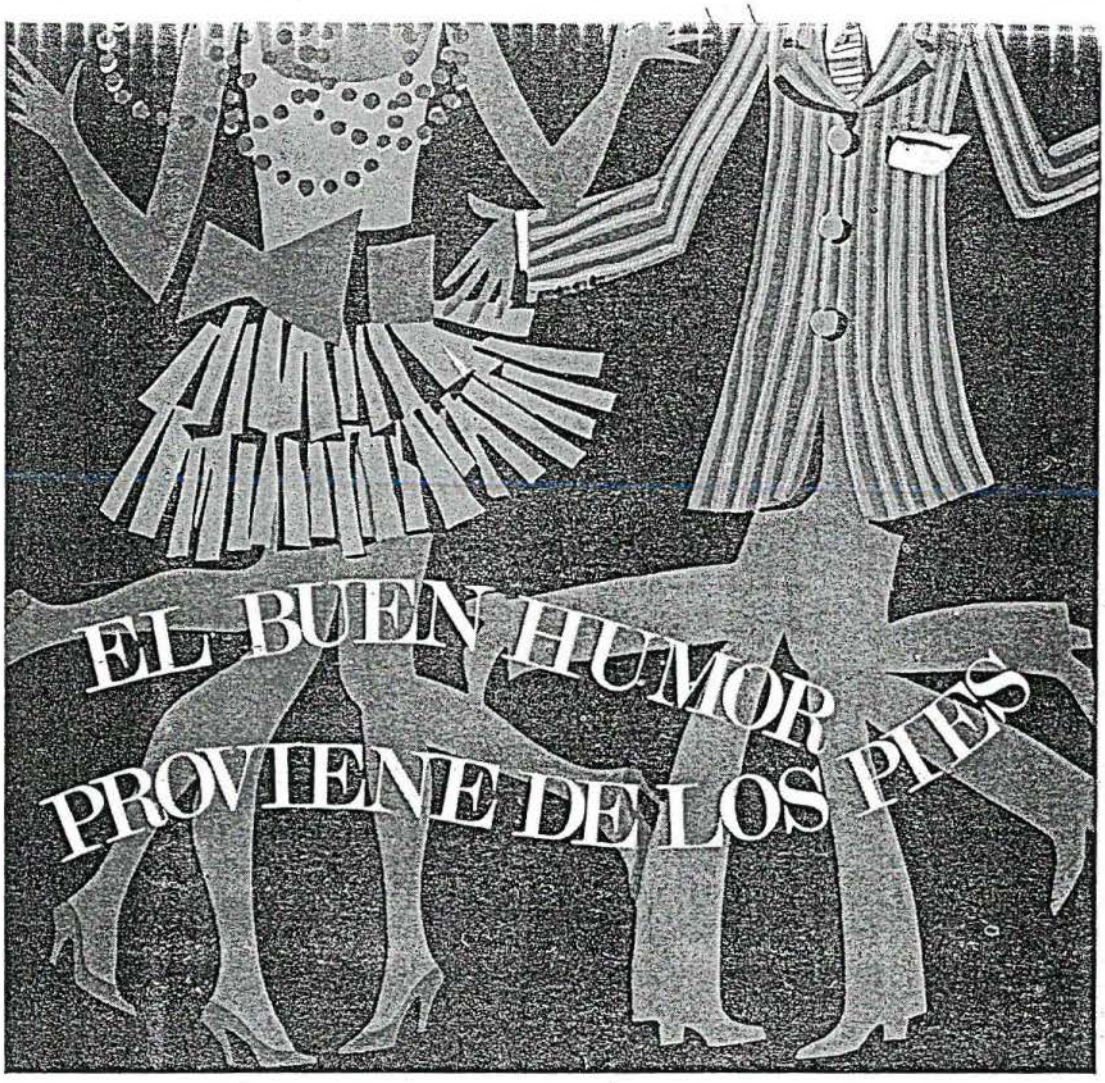
**Aparatos de Rayos X**

C/. Talleres, 63 - Tel. 2315637

BARCELONA (1)

# REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

A.P.E. Marzo - Abril
n.º 32 1973




**podólogo:** ¿quién mejor que Ud. puede asegurar la veracidad de este slogan...?

¿quién mejor que Ud. para liberar a sus pacientes del enemigo que ataca "la raiz" de la persona...?

...¿y quién mejor que Ud. para dar vigor y tranquilidad a esa raiz, con la ayuda de...

**AKILEINE** que **descongestiona** los pies haciendo desaparecer el ardor en las plantas, a la vez que **desodoriza** y modera la transpiración ya que no contiene formol u otros productos nocivos, que puedan provocar inflamaciones o irritaciones en la piel.

**AKILTROPIC** que **neutraliza los efectos de la transpiración** y elimina la enfermedad de las piscinas.

Pida muestras a Lab. Inibsa - Loreto, 8 - BARCELONA-15

# REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

ORGANO DE LA AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

A. P. E.

Redacción y Administración:
Urgel, 47/51 - Barcelona (11)

**Director:**
Leonardo Escachs Clariana

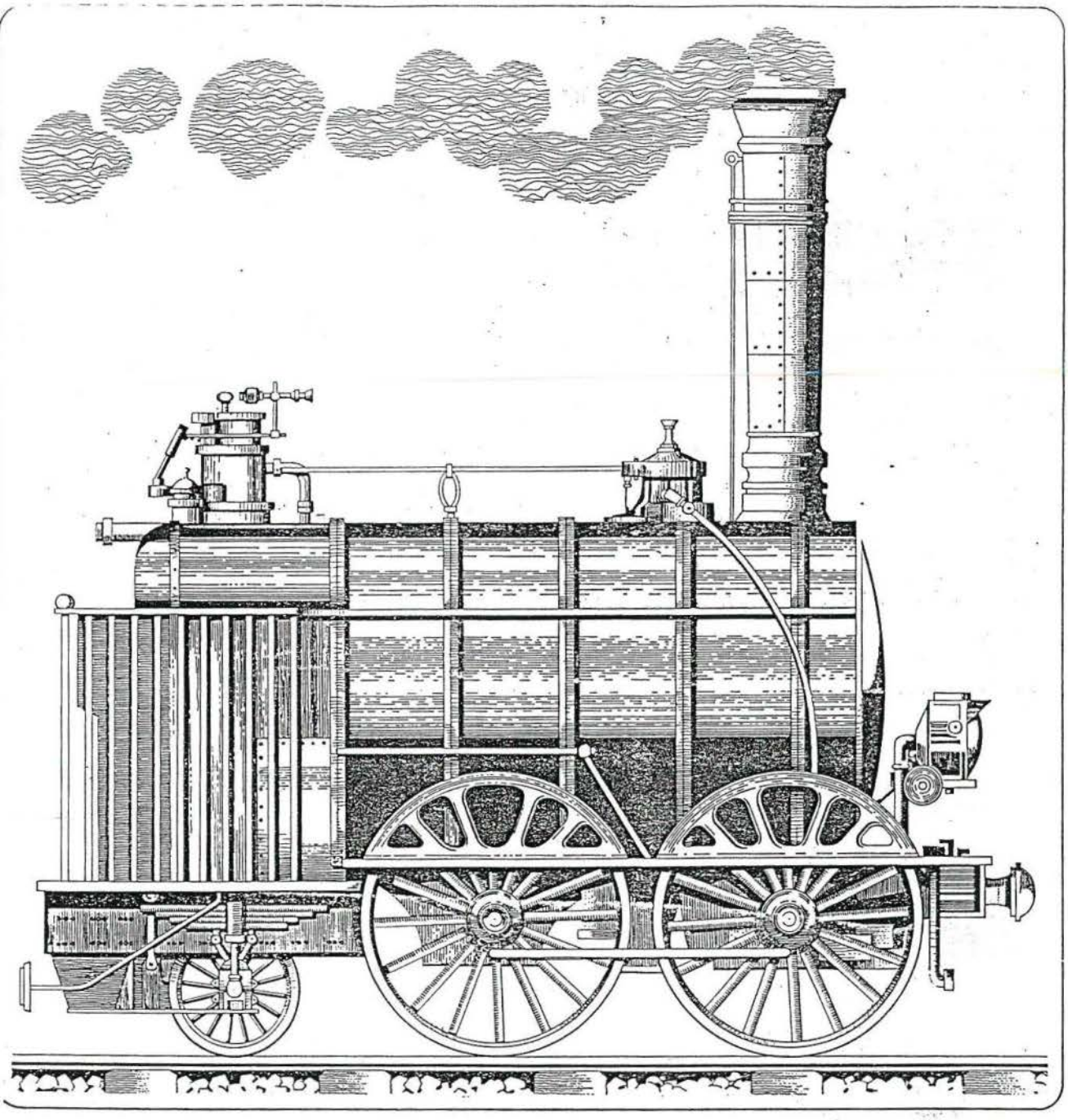
**Sub-director:**
Pablo Vilató Ruiz

**Redactor jefe:**
Francisco Mañé Domingo

Manualizaciones ESCUELA NORMAL - Deposito Legal: B. - 13484 - 196


## SUMARIO


| | |
|---|---|
| 3 | Junta de gobierno |
| 5 | Editorial |
| 7 | Modelos físicos del pie: determinación objetiva de las presiones plantares |
| 19 | Congreso Internacional de Podología |
| 25 | Carta a un joven A.T.S. que desea ser Podólogo |
| 27 | Minicirugía del dedo en martillo |



en procesos reumáticos...

**ditrone** cápsulas 100 y 200 mg (envases con 20 cápsulas)
supositorios 200 y 500 mg (envases con 16 y 10 sup. respec.)

**delta ditrone** envase con 50 cápsulas

HOSBON S/A

# AGRUPACIÓN DE PODÓLOGOS DE ESPAÑA

## JUNTA DE GOBIERNO

| | | |
|---|---|---|
| Presidente Nacional | D. LEONARDO ESCACHS CLARIANA | Barcelona |
| Vice-Preste. 1.° (Accid.) | D. ZACARIAS GARCIA ANDRES | Madrid |
| Vice-Presidente 2.° | D. ISAIAS DEL MORAL CEJALVO | Valencia |
| Secretario General | D. JOSE A. CALVO GARCIA | Zaragoza |
| Vice-Secretario | D. FRANCISCO MAÑE DOMINGO | Barcelona |
| Tesorero | D. MANUEL GAVIN BARCELO | Barcelona |
| Contador | D. LUIS AYCART VIJUESA | Madrid |
| Vocal 1.° | D. FCO. MORAN VENTURA | Las Palmas G. Canaria |
| Vocal | D. JUAN VIDAN TORRES | S. Compostela |
| Vocal | D. LUIS INCHAURRONDO | Irún |
| Vocal | D. JOSE M.ª BAEZ BASAURI | Bilbao |
| Vocal nato | D. ZACARIAS GARCIA ANDRES | Madrid |
| Vocal nato | D. JAIME SALA PICH | Barcelona |

## DELEGADOS DE ZONA

**D. José M.ª Báez Basauri.** Mayor, 27, 6.°. Las Arenas. BILBAO.

**D. José Luis Inchaurrondo.** Paseo de Colón, 65. IRUN.

**D. Juan Vidán Torres.** Preguntoiro, 10. SANTIAGO DE COMPOSTELA.

**D. Antonio Báez Prieto.** Alcalá, 313. MADRID.

**D. José Antonio Calvo García.** Coso, 77, 5.°. ZARAGOZA.

**D. Jaime Sala Pich.** Muntaner, 142. BARCELONA-11.

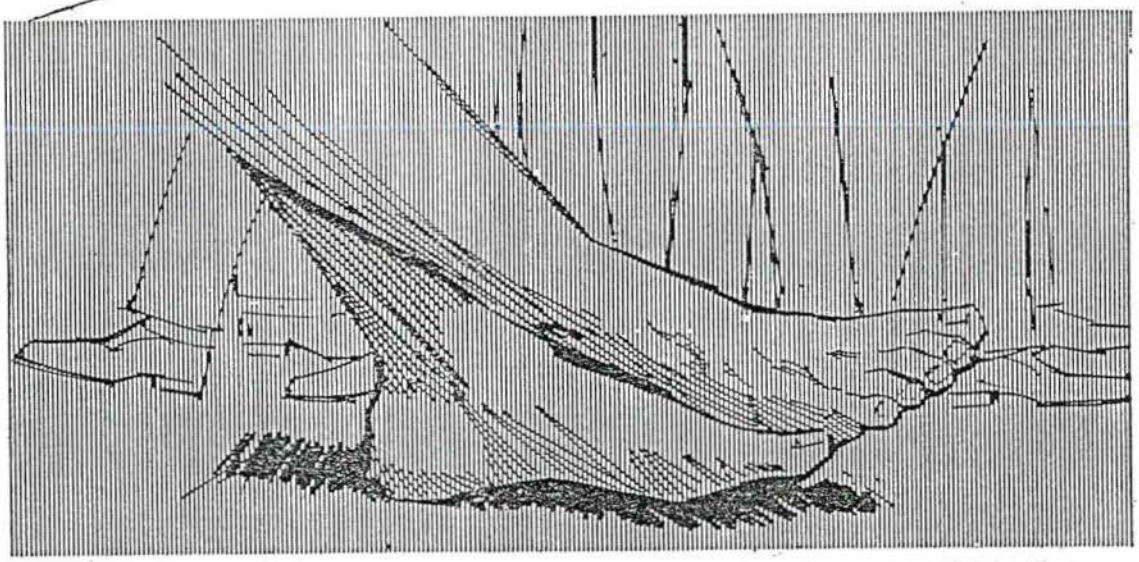
**D. Isaias del Moral Cejalvo.** Moratín, 6. VALENCIA - 2.

**D. Francisco Morán Ventura.** León y Castillo, 8. LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

## DELEGADOS PROVINCIALES

ALAVA: **D. Julio Crespo.**
ALBACETE: **D. Luis Juan Navarro.**
ALICANTE: **D. José Olcina Morales.**
ALMERIA: **D. Luis Pascua San Miguel.**
AVILA: Sin Delegado Provincial.
BADAJOZ: **D. José Villafaina de la Cruz.**
BARCELONA: **D. Jaime Sala Pichs.**
BILBAO: **D. Víctor Fano Ugarriza.**
BURGOS: **D. Elías Hernando Tamayo.**
CACERES: Sin Delegado Provincial.
CADIZ: **D. Manuel Albala Valle.**
CASTELLON: **D. José Aguilar Beltrán.**
CIUDAD REAL: **D. Luis Barba Vázquez.**
CORDOBA: Sin Delegado Provincial.
GERONA: **D. José M.ª Bosch Doménech.**
GRANADA: **D. Manuel Ruiz Morales.**
GUADALAJARA: Sin Delegado Provincial.
HUELVA: Sin Delegado Provincial.
HUESCA: Sin Delegado Provincial.
JAEN: **D. Leonardo Rodríguez Revuelta.**
LA CORUÑA: **D. Francisco de la Cruz.**
LAS PALMAS: **D. Francisco Morán.**
LEON: Sin Delegado Provincial.
LERIDA: **D. Alfredo Puchol.**
LOGROÑO: **D. Vicente Alvarez.**
LUGO: Sin Delegado Provincial.
MALAGA: **D. Antonio Gutiérrez.**
MADRID: **D. Zacarías García Andrés.**
MURCIA: Sin Delegado Provincial.
ORENSE: **D. Elisardo Bralo Rego.**
PALENCIA: **D. Damián Porro Villarroel.**
PALMA DE MALLORCA: **D. Juan B. Brines.**
PAMPLONA: Sin Delegado Provincial.
SALAMANCA: **D. Antonio Basas Encinas.**
SANTANDER: Sin Delegado Provincial.
SAN SEBASTIAN: **D.ª M.ª Pilar Gómez.**
STA. CRUZ DE TENERIFE: **D. Armenio Méndez**
SEGOVIA: **D. Francisco García.**
SEVILLA: **D. Francisco Alvarez Gandulfo.**
SORIA: Sin Delegado Provincial.
TARRAGONA: Sin Delegado Provincial.
TERUEL: Sin Delegado Provincial.
TOLEDO: Sin Delegado Provincial.
VALENCIA: **D. Angel Sanchiz Cortina.**
VALLADOLID: **D. Alfonso Domínguez Milán.**
VIGO: **D. Angel Medina Herrero.**
ZAMORA: **D. Juan J. Miguel Barrios.**
ZARAGOZA: **D. José Calvo García.**

¡NUEVA FORMULA!



# Pentoderm®

## Crema dermoprotectora cutánea

Tubo con 50g de crema (62,80 ptas.).

DESDE 1880 CERA

Laboratorios Cera, S. A. –Aptado. 9001 - Barcelona

# EDITORIAL

*La constante inquietud humana como pórtico de ese afán de saber y superación, cualquiera que sea la faceta profesional, induce a los hombres a una titánica lucha en busca de nuevos horizontes. Cada dia son más numerosas las concentraciones de técnicos, cientificos, profesionales de múltiples y variadas especialidades, ávidos de comunicación e intercambio de ideas.*

*Los Podólogos —Especialistas de los pies— también están inmersos en esta vorágine. Aún no se ha apagado el eco del Simposium celebrado no ha mucho en la ciudad de Zaragoza que ya por toda la Peninsula Ibérica resuena con fuerza un nuevo concierto: El Congreso Internacional de Podologia que se va a celebrar en la ciudad de Salzburgo, el próximo mes de septiembre. Las inscripciones al mismo son numerosas; más, muchas más de las que, en principio, se podian suponer. Con ello se demuestra una vez más, en forma fehaciente, que los Especialistas de los Pies españoles son conscientes de su Profesión: son unos verdaderos entusiastas de ella; son profesionales completos que quieren dejar una constancia activa en todas y cada una de las manifestaciones que se celebren, ya sea en su propio pais o más allá de las fronteras patrias.*

*Esta vez —asi nos consta— dos importantes personas, benefactores y amigos de los podólogos, han aportado una encomiable ayuda económica para favorecer el desplazamiento de los profesionales a Salzburgo, fletando dos autocares —100 plazas aproximadamente— que según noticias ya están cubiertas. Gracias al desinterés de estos dos grandes amigos ha sido posible organizar un maravilloso viaje, con un recorrido de ensueño y por un precio —a tenor de lo que se ofrece— irrisorio. No nos cabe la menor duda de que en este Congreso Internacional y dada la masiva asistencia de españoles, el papel de nuestros podólogos aumentará considerablemente su valor tanto por su presencia como por su participación en los debates.*

*Si el ejercer dignamente la profesión engrandece y ennoblece al propio profesional permitiéndole aumentar sus ingresos y su nivel social, no debemos en modo alguno olvidar que las relaciones a nivel internacional sirven para dar un toque de señorio, un toque de personalidad. Los contactos profesionales con compañeros de otros paises, estrechando lazos de amistad, cada vez más y más necesarios en el deambular por este mundo, producen en quien los fomenta una sensación de grato sabor, de felicidad, de satisfacción intima ante esta proyección abierta. Es, como un remate a la obra llevada a cabo. Por esto no nos queda la menor duda de que cuando se retorna al hogar después de haber mantenido estos contactos, después de haber participado en los trabajos y quehaceres de compañeros de otras latitu-*

*des, con formas distintas de pensar y de obrar, todo se ve desde un prisma distinto, pudiendo calibrar con más propiedad, lo bueno de lo malo, lo práctico de lo no práctico, lo positivo de lo negativo. Así, quizás, el profesional consciente, se va formando en un campo más amplio, más completo más, como debe ser. Por eso es interesantisimo el participar en estas magnas manifestaciones que de tipo profesional, los podólogos de todo el mundo van celebrando en forma sistemática.*

*Después de la lucha que han venido sosteniendo los podólogos españoles desde hace años. Después de haber conseguido una situación digna. Después de haber alcanzado un nivel social encomiable, sería una lástima que se quedaran parados en mitad de la senda. Si bien es mucho lo que se ha conseguido, no es menos cierto que es mucho lo que les queda por hacer. Y ese «hacer» está en todos los actos profesionales. Lo mismo es importante una buena consulta, que una técnica depurada, que una ciencia al dia, que una participación en un Congreso. Todo, absolutamente todo es importante. Y los españoles —pueblo consciente y orgulloso de su raza— no puede quedar al margen de la actividad profesional, y cuando esta actividad se proyecta fuera de la Patria, mucho más.*

*Así pues, quizás es el momento de congratularnos todos por el éxito alcanzado ante la masiva asistencia de podólogos a Salzburgo. Y ojalá la experiencia obtenida sirva para marcar nuevos derroteros a la profesión que permitan a estos maravillosos profesionales que se entregan con amor, con cariño, con tesón y voluntad al alivio de las dolencias pédicas de sus hermanos, con mejores armas, con mejores técnicas.*

*Los podólogos dejan en su caminar, profundas e indelebles huellas.*


Scholl

ORGANIZACION MUNDIAL PARA EL CONFORT DE LOS PIES

FABRICAS Y GABINETES DE APLICACION EN LAS PRINCIPALES POBLACIONES DEL MUNDO

**Se honra en colaborar con los Sres. Podólogos, poniendo a su servicio su larga experiencia en la especialidad y las reconocidas, calidad y eficiencia técnicas de sus preparados, remedios y aparatos para la higiene de los pies, la corrección de sus defectos y el alivio de sus molestias.**

Amplia información técnica de carácter general o sobre cualquier caso particular. Visítenos.

- Plantillas ortopédicas a medida y pre-fabricadas, en cualquier tipo o medida; de metal, plástico, goma, etc., para pie plano, metatarsalgia, pes-cavus, espolón de calcáneo y otras anormalidades del pie.
- Medias para varices, tobilleras y rodilleras.
- Taloneras - Protectores de juanetes - Separadores de dedos.
- Almohadillas y plantillas de latex espumoso para plantas sensibles.
- Sales, Polvos y Crema Pédico para la higiene de los pies.
- Polvos Bromidrosil para excesiva transpiración maloliente.
- Parches y discos protectores (SIN CALLICIDA).
- Crema SOLVEX para pie-atleta.
- Vendaje elástico ARCH BINDER para pie abierto.
- Vendaje elástico con elevación para apoyo de arco metatarsiano.
- Almohadillado adhesivo PROTECTO PAD para proteger cualquier punto sensible del pie.
- Reductor de hallux-valgus BUNION SPRING.
- Reductor de dedo en martillo HAMMER TOE SPRING.
- Vendajes tubulares patentados GASATUB (Tubegauz).
- Sandalias fisiológicas PESCURA con diseño especial patentado.

Central en ESPAÑA: Rodríguez San Pedro, 5 - MADRID (15) - Tel. 224 75 66

# *Modelos físicos del pie: determinación objetiva de las presiones plantares*

Por JULIO VILLALOBOS HIDALGO
Ingeniero Industrial
Departamento de Neurofisiología
Clínica Coradrán, BARCELONA

Este artículo no quiere ser en modo alguno, un estudio exhaustivo sobre la aplicación de la Ingeniería Biomédica en Podología, sino la presentación de una idea para la determinación objetiva de las curvas Isobaras Plantares, así como algunos conceptos sobre los que se apoya el sistema como recopilación de una parte de la conferencia dada en la Sociedad de Podología de Barcelona el 9 de marzo de 1973.

El artículo está estructurado según el siguiente esquema:

— Métodos de la Ingeniería Biomédica.
— Principios de la dinámica.
— Centro de gravedad y condiciones de equilibrio.
— Solicitaciones de la estructura ósea de la bóveda plantar.
— Condiciones estáticas de la bóveda.
— Determinación objetiva de las presiones plantares.
— Bibliografía.

## METODOS DE LA INGENIERIA BIOMEDICA

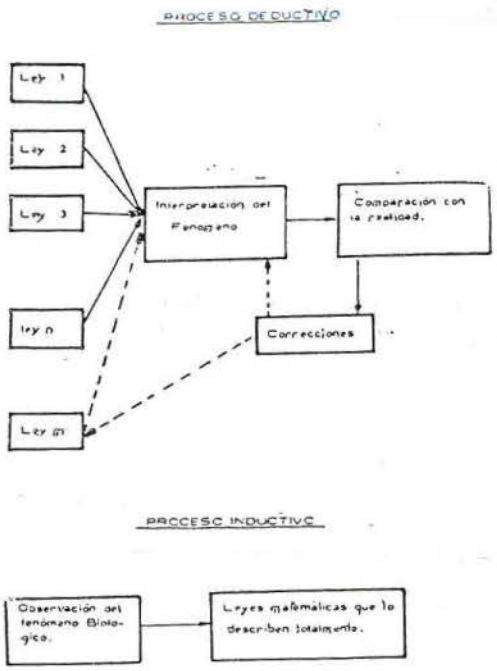
Se ha hablado y escrito mucho de los solapes entre la técnica, entendiendo ésta en el más amplio sentido de la palabra, y la Biología. Los defensores de la hermandad de estas dos ramas pueden mostrar en su favor, que los avances más espectaculares de la medicina moderna han nacido de la hermandad de ambas ramas, mientras que los detractores pueden aducir la despersonalización a la que puede llegar la relación médico-paciente con la antedicha hermandad.

En España estamos aún lejos de alcanzar colaboraciones positivas en este sentido, pero conviene tener formado un juicio para cuando llegue el momento de tomar partido, aunque como siempre la solución está en la justa imbricación de ambas corrientes.

Estos esquemas de trabajo tienen una doble vertiente; por una parte el Biólogo aprovecha los conocimientos del Ingeniero, matemático o físico para llegar a comprender mejor los problemas biológicos, mientras que a la inversa, el técnico aprovecha los conocimientos biológicos del médico para estudiar sistemas biológicos de posible aplicación Industrial, esta rama es la denominada Biónica, en auge actualmente, ya que en ella se tienen depositadas fundadas esperanzas con objeto de encontrar sistemas más eficientes de producción que controlen los ecosistemas con un deterioro mínimo de éstos.

¿Hasta qué punto es lícito, el tratamiento matemático de la función biológica? ¿Pueden los fríos números y diagramas representar objetivamente la gran variedad del proceso biológico? ¿Puede la Biología beneficiarse de alguna forma de los muchas veces vagos modelos matemáticos?

FIGURA 1




Todas estas preguntas tendrán una contestación afirmativa y la hermandad Biología-Ingeniería será fructífera, cuando las ciencias exactas se apliquen a la Biología de una forma «Deductiva». Como se ve en la figura 1, a partir de una serie de leyes físico-matemáticas, se crea una hipótesis que interprete al fenómeno biológico, esta hipótesis en una primera aproximación será imperfecta, que previa comparación con la realidad Biológica tendrá que ser sometida a un proceso iterativo corrector, bien por supresión de algunas leyes que no se adaptaban todo lo bien que habíamos supuesto, bien por la introducción de otra serie de leyes que concretarán más el fenómeno; lógicamente el obtener un modelo matemático que describa en «su totalidad» el fenómeno Biológico es hipotético, por lo menos en el estado actual de la técnica y los conocimientos Biológicos, pero lo que sí obtendremos será un modelo aproximado y válido que nos permitirá un estudio profundo del fenómeno Biológico.

Así, partiendo del estudio de las presiones, trabajo cardíaco, elasticidad arterial, régimen de flujos, viscosidad sanguínea, etc., podremos llegar a un modelo del comportamiento cardio-circulatorio humano, por medio del cual podemos estudiar las diferentes patologías cardiovasculares, así como los efectos que se producen sobre el mismo al modificarse alguna de las variables involucradas.

Partiendo de leyes y circuitos eléctricos se puede llegar a modelos neuronales y de esta forma poder simular el comportamiento de partes del sistema nervioso en determinadas solicitudes.

Partiendo de las leyes de la estática y la dinámica podremos deducir leyes fisiológicas sobre el comportamiento del equilibrio y la distribución plantar del peso en el hombre.

Ahora bien, por muy complicada que sea una ley matemática, nunca podrá representar totalmente el fenómeno biológico; por ello todo modelo matemático que pretenda representar un fenómeno biológico lleva implícito un cierto error, este error se debe a que las fórmulas matemáticas trabajan con constantes exactas, mientras que el cuerpo humano por su propia versatilidad trabaja con constantes aleatorias, así:

— La morfología y las formas biológicas son irregulares, los tejidos tienen densidad variable, los fluidos viscosidad variable, etc. Por ello las constantes físicas que empleamos en las fórmulas tales como: Peso, volumen, centro de gravedad, momentos de inercia, etc., parten de formas geométricas conocidas, para ello el muslo lo consideramos como un cilindro, la densidad del tejido óseo

homogénea, la viscosidad de la sangre constante, etc.

Por ello todo modelo físico, lleva implícito un error que podríamos llamar «error instrumental o de formulación».

— Podría aducirse que este modelo, adolecerá de representatividad dada la gran variancia individual, pero este problema se puede soslayar con facilidad, ya que estos estudios se realizan sobre una muestra grande y estadísticamente representativa del modelo que se quiere estudiar y por ello los resultados totalmente válidos en este sentido. Por ello si queremos estudiar el comportamiento cardio-circulatorio normal, escogeremos una muestra de individuos sin patologías vasculares, sanos y lo más homogénea posible en cuanto a edad, peso, volumen, minuto cardíaco, frecuencia cardíaca, etc..., de esta muestra sacaremos unos datos medios representativa de esta población.

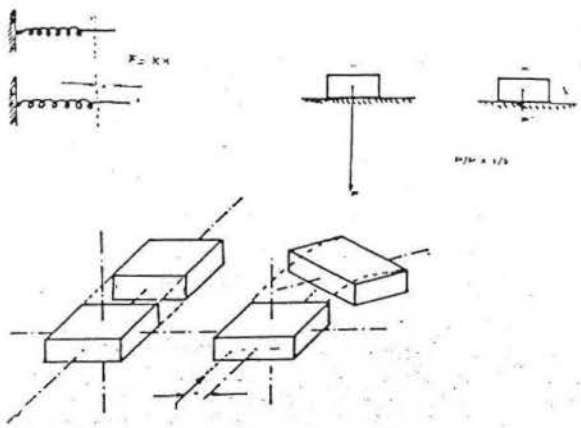
— El proceso inductivo que si bien en algunos casos puede ser válido, en la mayoría es erróneo. Es decir de la observación del fenómeno biológico intentar sacar a priori unas leyes matemáticas rígidas que lo describan, no es lícito.

## PRINCIPIOS DE LA DINAMICA

Antes de adentrarnos en el estudio del pie, quiero exponer una serie de leyes y definiciones, si bien elementales, fundamentales para la comprensión ulterior del proceso. Estos serán por una parte los tres principios fundamentales de la dinámica y por otro las condiciones de equilibrio de un cuerpo articulado.

— La primera ley de Newton nos dice que un cuerpo permanecerá en equilibrio siempre que sobre él no actúe ninguna fuerza, o si actúa alguna se compense por otra igual y de sentido contrario. En la práctica siempre estaremos en este segundo caso, ya que por el mero hecho de estar inmersos en el campo gravitatorio terrestre, no podemos escapar de la acción de éste, además de otra serie de fuerzas tales como rozamiento, viento, etcétera, a lo que indefectiblemente estaremos sometidos.

FIGURA 2



—La segunda ley nos dice que cuando una fuerza actúa sobre un cuerpo:
— Si el cuerpo está fijado (es decir, cuando tiene una serie de enlaces que no le permiten moverse), dicha fuerza producirá una deformación.
— Si el cuerpo está libre, esta fuerza proporcionará al cuerpo una aceleración, directamente proporcional a la fuerza aplicada e inversamente proporcional a la masa del cuerpo en cuestión.
— La tercera ley de Newton o principio a la acción y a la reacción dice que cuando apliquemos una fuerza a un cuerpo, éste reaccionará produciendo una fuerza igual y de sentido contrario a la aplicada.

Veamos pues de una forma genérica, cómo actúan las fuerzas sobre el cuerpo humano.

Todo cuerpo por estar situado en la superficie terrestre está indefectiblemente sometido al campo gravitacional de la tierra. El hombre, pues, estará constantemente sometido a esta Fuerza, denominada Peso, de ca-

# Algesal Activado

POMADA ANTIRREUMATICA Y ANALGESICA
ULTRAPENETRANTE PARA EL TRATAMIENTO
DEL DOLOR LOCAL

FORMULA:

| | |
|---|---|
| SALICILATO DE DIETILAMINA | 10 g. |
| NOPOXAMINA | 1 g. |
| EXCIPIENTE | c.s.p. 100 g. |

POSEE UN OLOR AGRADABLE
NO ENGRASA
TOLERANCIA EXCELENTE

gran poder de penetración

TUBO CON 50 g. DE POMADA - P.V.P. 94,90 Ptas.

KALI-CHEMIE ARZNEIMITTEL

KALI-CHEMIE IBERIA, S.A.
Apartado 12068, Barcelona
Tel. Barcelona 2392327
Tel. Madrid 2769276
Tel. Sevilla 213922
Tel. Valencia 228923
Fabricación y venta: Orfi Farma, S.A.

rácter vectorial cuyo módulo es el producto de la masa del cuerpo por la aceleración de la gravedad, su dirección es la de la línea que une el centro de gravedad del cuerpo con el centro de gravedad de la Tierra y sentido hacia éste; por ello quiero hacer hincapié a la notable diferencia que existe entre la masa de un cuerpo, que es una magnitud escalar y el Peso que es una magnitud vectorial, no debiéndonos dejar sorprender por el hecho de que ambas magnitudes se expresan por el mismo número.

Un ejemplo ilustrativo al respecto, es el estudio de la relación masa/peso en diferentes planetas. En la Luna, debido a su masa, la aceleración gravitatoria es unas 5 veces menor que en la Tierra, por ello a pesar de que la «masa» del astronauta es la misma tanto en la Luna como en la Tierra, el peso de éste será unas 5 veces menor en la Luna, por ello las condiciones tanto estáticas como dinámicas serán diferentes y de existir vida en otras galaxias se puede asegurar que tanto la fisiología como la morfología de los habitantes de estas galaxias serían bien distintas a las nuestras y si alguno de ustedes quisiera ejercer la Podología en estos planetas, tendrían que modificar completamente los conceptos sobre estática y dinámica del cuerpo humano con que actualmente trabajan.

Volviendo a la Tierra, si la fuerza se aplica sobre la línea de acción del centro de gravedad (como se ve en la figura 2, izquierda, abajo) suministramos al cuerpo, sobre el que hemos aplicado dicha fuerza, una aceleración lineal como hemos definido anteriormente; pero si dicha fuerza se aplica fuera de la línea de acción del centro de gravedad (figura 2, central, abajo) además de una aceleración lineal comunicanmos al cuerpo una aceleración angular o lo que es igual, un momento de rotación cuyo módulo será el producto de la fuerza por la distancia entre la línea de acción del c.d.g. y el punto de aplicación de las fuerzas. Así, si empujamos a alguien en la columna vertebral (fuerza aplicada en la línea de acción del c.d.g.) este individuo se desplazará; mientras que si lo empujamos en un hombro (fuerza aplicada fuera de la línea de acción del c.d.g.) además de desplazarse este individuo girará tanto más deprisa cuanto más lejos de su centro de gravedad apliquemos la fuerza y cuanto menor sea su peso, ya que existe un momento resistente denominado Momento de Inercia que se opone a dicho giro. Un ejemplo ilustrativo de la actuación del momento de inercia lo representan los patinadores sobre hielo cuando efectúan giros sobre su propio eje: mientras permanecen con los brazos en cruz, el momento de inercia será grande y la velocidad de giro en consecuencia pequeña, pero cuando juntan los brazos al cuerpo el momento de inercia disminuye y la velocidad de giro aumenta espectacularmente.

## CENTRO DE GRAVEDAD Y CONDICIONES DE EQUILIBRIO

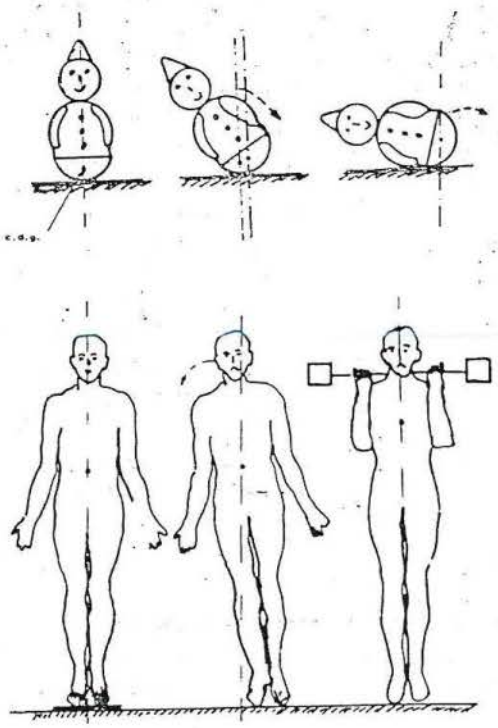
Para que un cuerpo rígido permanezca en equilibrio, es condición necesaria y suficiente que la línea del c.d.g. pase por la superficie de sustentación de dicho cuerpo. Por ello los dos factores que intervienen en la estabilidad son:

— La posición del c.d.g.
— El área de la superficie de sustentación.

Por ello entre más bajo esté el c.d.g. y mayor sea la superficie de sustentación, más estable será el equilibrio. Ejemplo ilustrativo del aprovechamiento de estas características son los muñecos denominados «tentetiesos» (figura 3, arriba), su estabilidad se basa en que toda su masa está concentrada muy cerca de la superficie de sustentación, con lo cual aunque se incline la línea de acción del c.d.g. nunca sobrepasará la superficie de apoyo.

Los animales cuadrúpedos tienen localizado su centro de gravedad relativamente bajo y poseen una gran superficie de sustentación, lo cual les da una gran estabilidad. Estos dos mismos efectos se conjugan para lograr la máxima estabilidad en los automóviles.

FIGURA 3



En el hombre y como consecuencia de la bipedestación, su superficie de sustentación es pequeña y la localización del c.d.g. alta, ambas características nos determinarán un equilibrio muy precario. Ambas condiciones pueden no obstante variarse: Así, si nos calzásemos unos zapatos de plomo desplazaríamos el c.d.g. hacia abajo, mejorando nuestras condiciones estáticas, si por el contrario sostenemos unas pesas sobre los hombros el centro de gravedad se elevaría, siendo las condiciones estáticas mucho más precarias que antes.

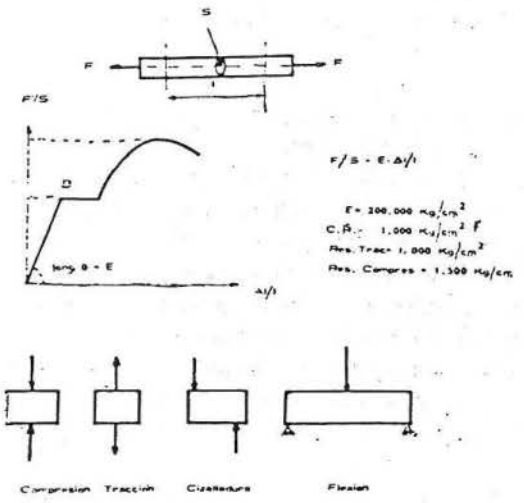
Esta condición que hemos glosado se refiere como ya hemos dicho a sólidos rígidos, pero el cuerpo humano es un complicado mecanismo compuesto de numerosas articulaciones y por ello para que exista un equilibrio posivo, es decir sin intervención de fuerzas antagonistas musculares que compensen los momentos de rotación además de la condición indicada es necesario que:
«todos los centros de gravedad de las articulaciones y todos los centros de giro de las mismas deben de estar en la línea de acción del centro de gravedad».

En posición de reposo y con los brazos pegados al cuerpo esta condición de equilibrio (más restrictiva que la que aplicábamos a los sólidos rígidos) se cumple, pero si por ejemplo moviéramos los brazos, dicha condición deja de cumplirse apareciendo una serie de momentos de rotación que tendrían que ser compensados por momentos musculares antagonistas. Esta situación se llama de equilibrio activo.

## SOLICITACIONES DE LA ESTRUCTURA OSEA DE LA BOVEDA PLANTAR

Dada la complicación que introduciría en este estudio las tensiones ejercidas por del pie me restringiré al estudio del equilibrio del pie merestringiré al estudio del equilibrio pasivo del mismo (sin intervención de músculos y tendones), aun que doy por supuestas las funciones que éstos ejercen en el mantenimiento de las estructuras óseas, así como en la conformación de la bóveda plantar.

FIGURA 4



El hueso en contra de la que se creía antes no es un elemento pasivo, sino que existe una profunda correlación entre las fuerzas que actúan sobre éste y su estructura trabecular interna. Esta idea fue plasmada por Woff en 1870 en la ley que lleva su nombre y que aboga por la reorganización de las trabéculas óseas cuando las condiciones de trabajo varían. De aquí la importancia de conocer cómo actúa el hueso ante diversos tipos de solicitaciones.

Veamos pues cómo se comporta el hueso elásticamente y cómo lo hace frente a distintos tipos de esfuerzo tales como: tracción, compresión, flexión y cizalladura.

Si sometemos una probeta de hueso de una sección determinada y una longitud fija, al irla sometiendo a esfuerzos de tracción progresivos, habrá un período (el representado en la figura 4 por el trayecto lineal AB) denominado período elástico y durante el cual se cumple la ley de Hooke que si cesara el esfuerzo la probeta volvería a sus dimensiones normales. Denominamos «E» al módulo de Young que es la carga a la que habría que someter la probeta para que ésta se alargara en un valor igual a su longitud inicial, este límite es teórico ya que mucho antes que esto ocurra dicha probeta se rompería.

Si seguimos aumentando el esfuerzo, sobrepasando el punto B, entramos en el período plástico, en el cual ya no es válida la ley de Hooke y donde los alargamientos son irreversibles.

Comparado con otros materiales tales como el hierro o el hormigón, el hueso es un material poco elástico en condiciones fisiológicas, si bien existen ciertas patologías que lo hacen elástico y deformable.

Para los efectos que nos interesan, es decir la solicitación del peso del cuerpo sobre la bóveda plantar los efectos que se producen son fundamentalmente de dos tipos:

Flexión, el cual lo podemos descomponer en un esfuerzo de compresión en la parte cóncava de la viga y un esfuerzo de tracción en las fibras convexas de la misma. Puesto que la resistencia a la tracción de hueso es de unos 1.000 Kg./cm.$^2$ y la resistencia a la compresión es de 1.500 Kg./cm.$^2$, la parte convexa de la viga será la que más sufrirá en este tipo de solicitaciones.

Cizalladura, estos esfuerzos cortantes se producen en los apoyos.

## CONDICIONES ESTATICAS DE LA BOVEDA

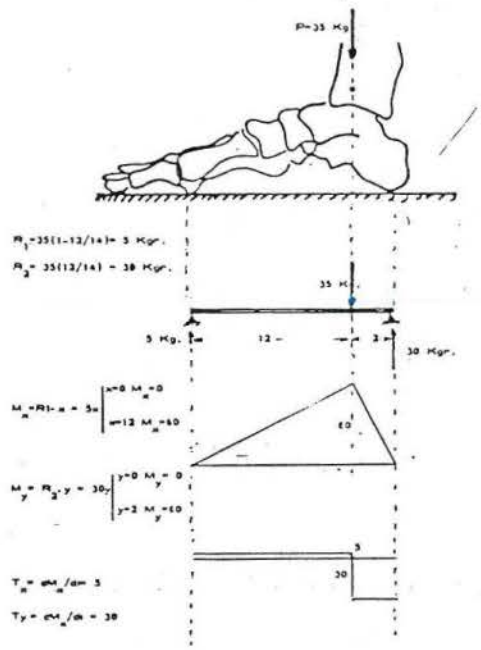
Para estudiar las condiciones estáticas del pie, sometido a la sobrecarga del peso del cuerpo, supondremos éste constituido por una bóveda estructurada en dos arcos, uno interno o medial que supondremos no tiene contacto con el suelo y otro arco externo que se apoya sobre aquél. Dicha bóveda estará apoyada dorsalmente sobre el calcáneo y ventralmente en la cabeza de los cinco metatarsianos.

— En posición de reposo suponiendo la línea de acción del c.d.g., pasando por el centro de giro de la articulación tibio-perónea-astragalina y el pie apoyado en sus dos soportes anteriormente dichos, podemos asimilar esta situación al modelo físico de una viga con dos apoyos cargada con el peso del cuerpo.

Tanto las componentes de traslación como las de rotación están equilibradas. Así si suponemos un individuo de 70 Kg., de los cuales suponemos que 35 Kg. se apoyaran sobre cada pie, las reacciones que aparecen en los soportes son de 30 Kg. en el calcáneo y 5 Kg. en los metatarsianos (figura 5), vemos pues que en esta situación el calcáneo absorbe el 85 % del peso, el máximo momento flexor es de 60 Kg. cms. localizado en la articulación tibio-perónea-astragalina, el máximo esfuerzo de cizalladura se encuentra en el apoyo del calcáneo. Vemos pues que en estas condiciones el calcáneo es el que lleva la mayor responsabilidad en la estática en equilibrio.

Las componentes de rotación son nulas, ya que la línea de acción del c.d.g. pasa por el centro de giro de la articulación. Este es el caso que hemos denominado anteriormente equilibrio pasivo.

FIGURA 5

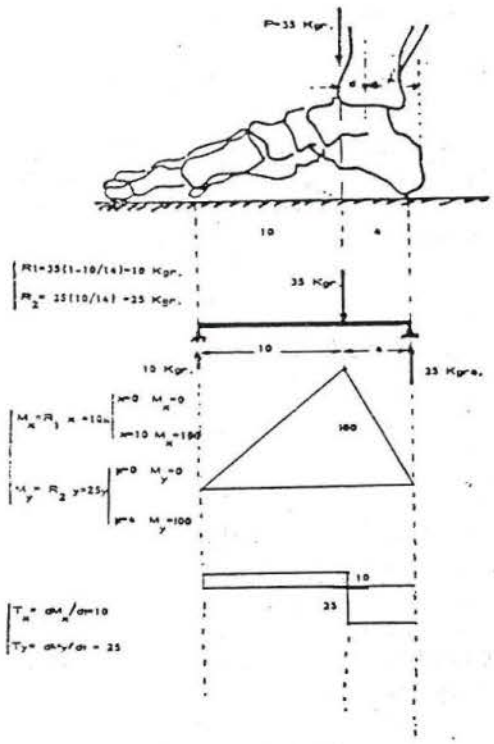


— Si ahora inclinamos el cuerpo hacia delante del centro de la articulación del tobillo, permaneciendo el pie apoyado en los dos soportes descritos.

La reacción en los apoyos en tal caso serán: 25 Kg. en el calcáneo y 10 Kg. en los metatarsianos, lo cual responsabilizará con un 70 % del peso al calcáneo. El momento flexor se localiza en el punto de aplicación del peso con una magnitud de 100 Kg. cms. mientras que el esfuerzo máximo de cizalladura permanece en el calcáneo aunque éste es menor que en el caso anteriormente citado.

Por la forma como varían las reacciones en los apoyos y el momento flexor podemos deducir que a medida que vayamos inclinando el cuerpo hacia adelante el apoyo anterior se irá sobrecargando mientras que el posterior se iría descargando, pero además, puesto que la línea de acción del c.d.g. no pasa por el centro de giro de la articulación, se desarrollará un momento de rotación que nos haría girar la pierna sobre el pie; este momento de rotación tendría por módulo el producto del peso por la distancia de «d». Este momento de giro es compensado por la tensión de los músculos posteriores de la pierna (Soleo y Gemelos unidos al calcáneo por el Tendón de Aquiles). Puesto que a medida que nos vayamos inclinando la distancia «d» irá aumentando, lo cual implica que el momento de giro aumentaría proporcionalmente a esta distancia y puesto que la distancia «d'» (distancia entre el centro de giro de la articulación y Tendón de Aquiles) es fija para poder compensar el creciente momento de giro la tensión de dicho tendón tendrá que ir aumentando progresivamente llegando ésta a ser triple del peso que soporta el propio pie.

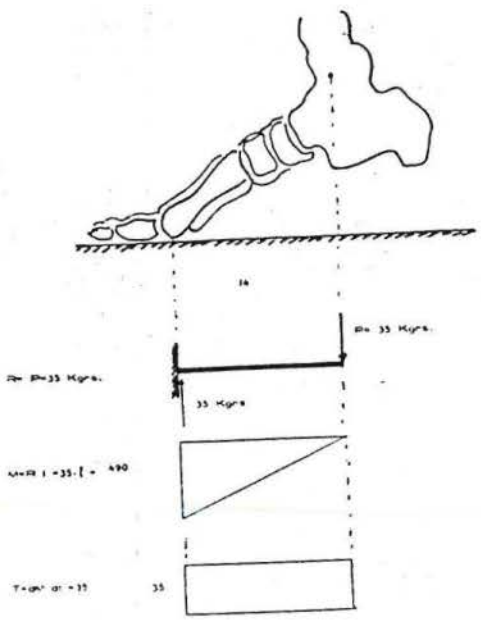
FIGURA 6



Si siguiéramos inclinando el cuerpo llegaría un momento que la línea de acción del c.d.g. caería sobre la cabeza de los metatarsianos, entonces la reacción en el calcáneo sería nula mientras que los metatarsianos deberían soportar todo el peso y el momento de giro en este caso sería máximo que al no poder ser compensado por la tensión de los músculos posteriores de la pierna se llegaría a una situación de inestabilidad que llevaría a la pérdida del equilibrio.

Puesto que esta situación es insostenible instintivamente se soluciona echando el cuerpo hacia atrás, con lo cual la línea de acción del c.d.g. vuelve a pasar por el centro de la articulación.

FIGURA 7



Esta articulación, con sólo un apoyo sobre la cabeza de los metatarsianos y el peso del cuerpo gravitando sobre el centro de giro de la articulación la podemos asimilar al modelo el peso gravitando en uno de sus extremos físico de una viga en volandizo, es decir, con y el otro empotrado. El peso se absorbe todo en la cabeza de los metatarsianos (apoyo único) produciendo un momento flexor de 490 kilogramos cms. en el punto de apoyo mientras que el esfuerzo de cizalladura es constante a lo largo de toda la vida. Como se puede observar, éste momento flexor es notablemente mayor a los vistos en ejemplos precedentes con el consiguiente riesgo de fractura en los apoyos metatarsianos en situaciones de salto

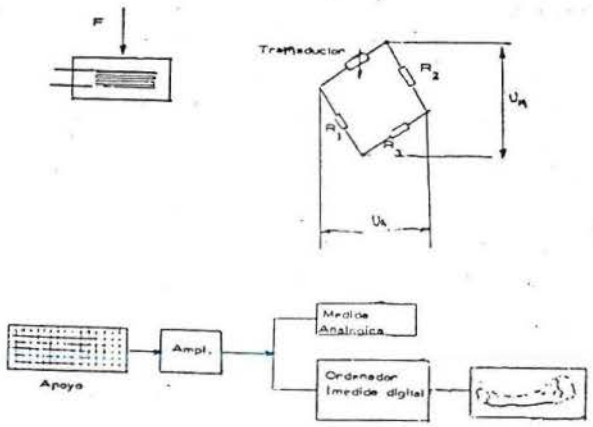
## DETERMINACION OBJETIVA DE LAS PRESIONES PLANTARES

El cálculo de las reacciones en los apoyos, momentos flexores y los esfuerzos de cortadura calculados en el apartado anterior por asimilación a modelos de vigas, como es lógico, no se ajusta exactamente a la realidad aunque nos puede dar una idea sobre la distribución de pesos, reacciones, secciones de mxima peligrosidad y posiciones peligrosas de sobrecarga.

La importancia del estudio de la distribución del peso en la planta de los pies se determinaba hasta ahora por métodos cualitativos, tales como: el Fotoestatograma, Fotopodograma o con los Estaticómetros, aunque estos métodos como hemos dicho, sólo dan una idea cualitativa o comparativa sobre las zonas más o menos cargadas de la planta del pie, pero nunca una idea exacta y cuantificada sobre la distribución de dicho peso, dicho de otra forma, la presión que actúa sobre cada punto del pie y las variaciones de ésta a diversos tipos de solicitaciones tales como: variaciones del c.d.g., sobrecargas, etcétera.

Por ello quiero exponer mis primeras ideas sobre un sistema que creo factible para la evaluación exacta y cuantificada de las presiones plantares.

FIGURA 8




Para resolver un problema de este tipo es necesario estudiar la cuestión en tres etapas.

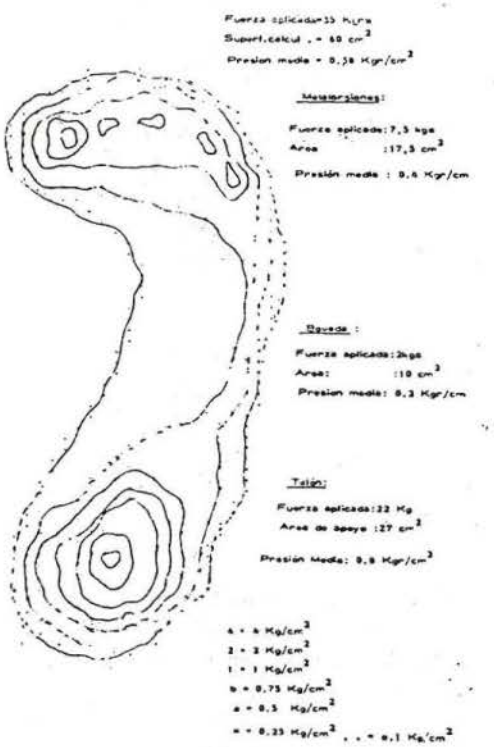
La primera es el problema de la transducción de la presión ejercida por los diversos puntos de la planta del pie en una señal física evaluable y a ser posible susceptible de un posterior tratamiento matemtico y estadístico.

Una aproximación grosera, pero suficientemente intuitiva a la idea expuesta lo representaría una balanza, la cual podemos considerar como un transductor que nos transforme o transduzca el peso de un individuo en el movimiento mecánico de un brazo sobre una escala graduada que nos dará indicación del peso de dicho individuo. Intuitivamente en la idea que propongo habrá, a modo de multitud de microbalanzas cada una de las cuales registrará la presión ejercida sobre una zona minúscula de la planta del pie, con cuyos valores podríamos llegar a determinar un mapa de curvas de isopresión de la planta del pie.

En la práctica este problema se ha resuelto con un transductor del tipo dibujado en la figura 8, ángulo izquierdo. Dicha célula está formada por una bobina pequeñísima inmersa en un material rígido, pero lo suficientemente elástico como para que las fuerzas ejercidas en el exterior de la cápsula produzcan unos alargamientos en la bobina que implicarán unos cambios de resistencia de la misma medibles externamente.

La forma de evaluar estos cambios de resistencia se verifica a través de un dispositivo denominado puente de Wheastone en el cual la señal de salida Um es proporcional a la resistencia de las células (transductor) incluida en el circuito.

Puesto que la magnitud de salida de dicha señal no es suficiente para los posteriores tratamientos de información que pretendemos, es necesario hacerla pasar por un circuito de amplificación, esto corresponde a la segunda dificultad de que habíamos hablado; si bien no constituye una dificultad técnica, posiblemente sí lo sea económica, ya que si suponemos cien células colocadas a modo de mosaico sobre el que se apoyará el pie (figura 8) cada una de ellas necesitaría un circuito de amplificación lo que probablemente haría encarecer considerablemente el sistema. Esta dificultad sería soslayable en el caso de poder obtener una señal suficiente a la salida del puesto de Wheastone.



La tercera etapa del problema se centra en la salida de información; esta puede ser analógica (medida de la presión en g./cm.$^2$) sobre una escala graduada o bien la medida digital con objeto de poder elaborar programas más ambiciosos con ordenador.

En la figura 9 se puede ver una simulación de la salida de información de este sistema. El plano de isobaras plantares fue dibujado por el ordenador según los datos de entrada calculados al margen de la figura.

Debido a la agilidad del método así como a su alta precisión, creo que puede ser de gran aplicación en el campo de la Podología para la construcción casi automática de las prótesis así como para estudios de investigación en todas las patologías del pie, ya que se pueden tratar gran cantidad de enfermos en un mínimo de tiempo y con costos de personal prácticamente nulos.

Barcelona, 30 de abril de 1973

BIBLIOGRAFIA


— Kinesiology of the human body.
Arthur Steindler.

— Clínica y Tratamiento de las enfermedades de los pies.
Ramón Arandes Adán.

— Arquitecture y Géometrie du pied.
Maurice Ledos.

— Anatomía humana.
F. Orts Llorca.

— Análisis de circuitos en Ingeniería.
Hayt y Kemmerly.

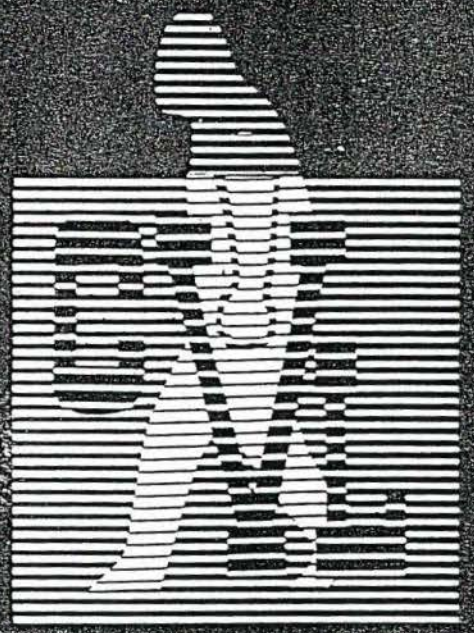
# constantino velasco laínz

y

# BERKEMANN

en
colaboracion
con
la revista española de

# PODOLOGIA



ofrece a los podólogos
una gama completa
de
artículos para los pies

CENTRAL (Oficinas). — Santiago Bernabéu, n.° 4.
Tels. 261 98 75 y 261 44 15. — MADRID-16

ALMACEN. — General Franco, n.° 42.
Tel. 208 98 36. — MADRID-19

DELEGACION CATALUÑA Calle Mallorca, n.° 336 (esq. Avda. Grmo.).
Tel. 257 76 05. — BARCELONA-9

Prótesis de plástico, corcho, cuero, cuero y metal. — Protectores de Hallux Valgus. — Separadores de dedos. — Protectores planta del pie. — Cuñas y almohadillas metatarsales. — Accesorios para la aplicación de plantillas. — Sandalias fisiológicas de madera. — Soportes de cazoleta de Ortholen. — Planchas de PLEXIDUR. — Planchas de ORTHOLEN. — Planchas de PRENYL. — Planchas de HYDROLANYON, etc.

# CONGRESO INTERNACIONAL DE PODOLOGIA

## Salzburgo (Austria), del 28 de Septiembre al 1.° de Octubre

La Redacción de la Revista Española de Podología se complace en publicar las noticias recibidas del Comité Organizador del VII Congreso Mundial de Podología que, como ya es sabido, se va a celebrar en la maravillosa ciudad de Salzburgo en el próximo mes de septiembre y al que sin lugar a dudas, participarán con su presencia una nutrida representación de los Podólogos españoles.

Lo que en la presente se publica, es, sencillamente, un avance general de salutación y orientación sobre lo que se espera será este Congreso de resonancia internacional. En nuestra próxima Revista —que aparecerá dentro de breves días— se publicará ya el programa de Actos así como el viaje organizado para asistir al Congreso. Tanto en uno —Congreso— como en otro —viaje— estamos plenamente convencidos de que los compañeros de toda España han de encontrar muchos alicientes para realizarlo, pues el atractivo turístico de un maravilloso viaje por distintos países y unas espléndidas jornadas en Salzburgo, disfrutando de la estupenda hospitalidad de los austríacos, han de ser grato incentivo para no dejarse perder esta oportunidad.

El Comité Organizador ha sabido aunar en forma perfecta, la faceta científica de las conferencias y temas propios del Congreso, con excursiones, festejos, distracciones sin par. Todo ello ha de dejar en el alma de quienes lo vivan el imborrable recuerdo de unas jornadas inenarrables. Quien ya ha tenido la suerte de conocer y convivir en Austria con sus habitantes, sabe sobradamente, de la amabilidad, gentileza, dulzura, innata educación y señorío que ofrecen a quienes les visitan. Y en este caso, con una concentración de profesionales, nos atrevemos a suponer que todo ello ha de ser mucho mejor.

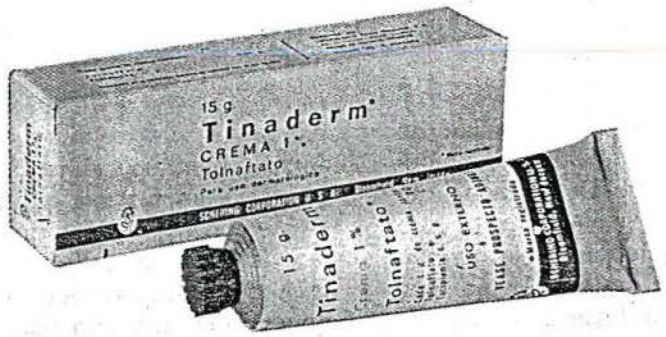
Aparte, las experiencias vividas en cada uno de los Congresos que se han venido celebrando, indican claramente la necesidad de estar presentes, pues no se trata tan sólo de obtener nuevos conocimientos —siempre importante— sino que, además, el convivir íntimamente unas jornadas con profesionales de otros países, fomenta la amistad entre ambos, amplía la visión del campo profesional, aumenta el caudal de experiencias y, en fin, da al profesional, un mayor y más amplio conocimiento de lo que es la Podología. Con todo ello, de vuelta al hogar, muchas veces se modifican conceptos, formas de visitar, ideas y, quien sale mayormente beneficiado es el propio paciente que ve en el profesional que atiende sus dolencias, a un competente, completo y eficaz benefactor.

La Redacción de la Revista, consciente de la importancia de esta magna manifestación profesional que se va a celebrar, se atreve a suponer que la presencia española en Salzburgo será masiva y que una vez más —como en tantas otras— los podólogos españoles sabrán dejar muy alto el pabellón de su Especialidad.

# TINADERM*

(tolnaftato 1%)

CREMA




## acción inmediata
## curación rápida
## en las dermatomicosis

PODAL
CORPORAL
CRURAL
DEL CUERO CABELLUDO
DE LA BARBA
VERSICOLOR

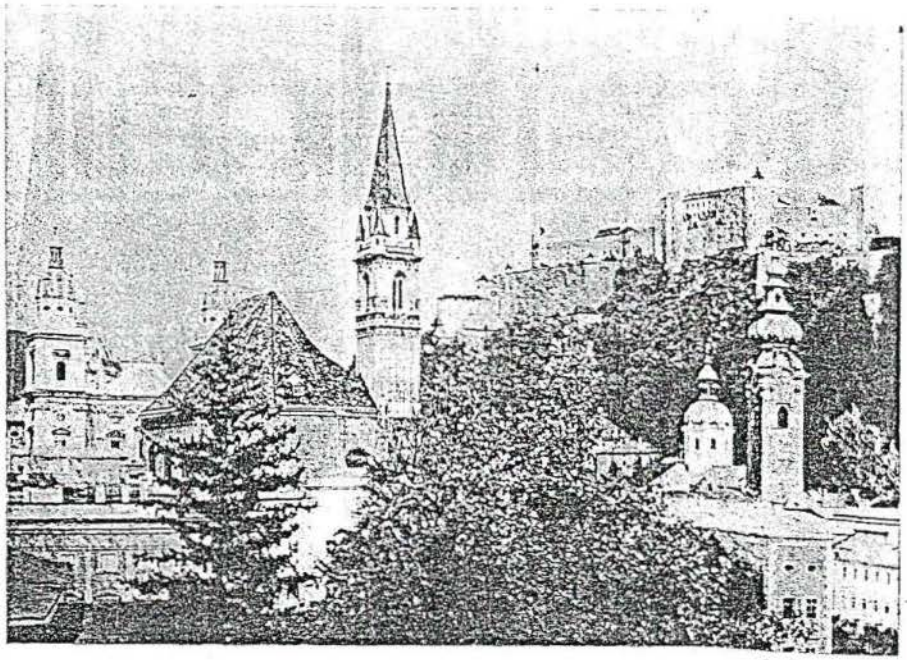
**ADMINISTRACION:** 2 ó 3 veces al día esparcir con los dedos la cantidad de Crema suficiente para cubrir la zona afectada, frotando suavemente hasta su completa absorción. La duración del tratamiento será de 2 a 4 semanas.

**PRESENTACION:** TINADERM Crema, Tubo de 15 grs.

ESSEX (ESPAÑA), S. A.
AFILIADA A
SCHERING CORPORATION, U.S.A.

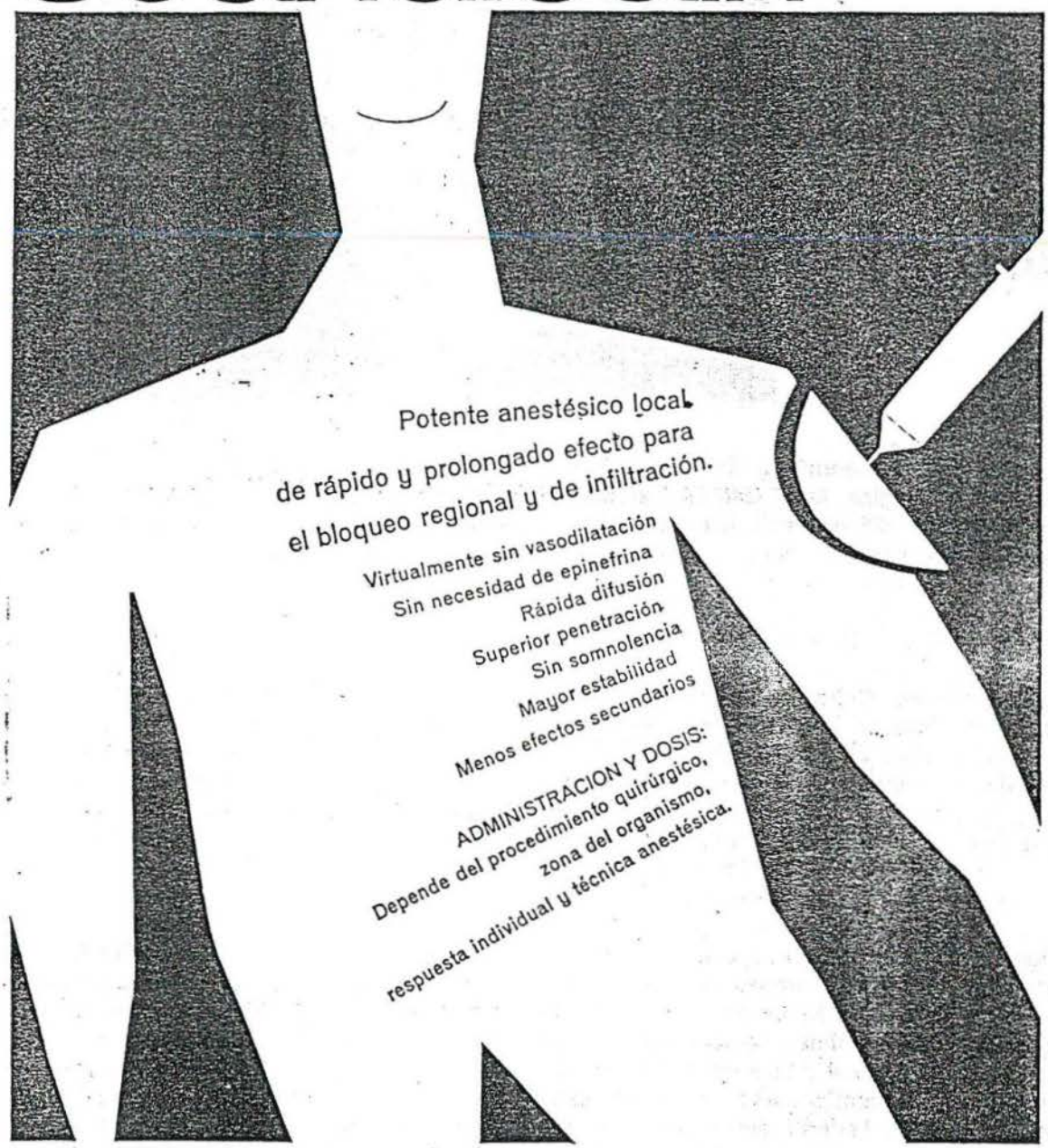
* MARCA REGISTRADA

# Salzburgo



La naturaleza confirió a Salzburgo excepcionales privilegios. La ciudad está situada a una altura de 425 m. entre las tres colinas: Mönchsberg, Kapuzinerberg y Rainberg, desde cuyas cumbres se dominan maravillosas vistas panorámicas, y disfruta de un clima suave y benigno. El río Salzach separa la ciudad, cuyas dos partes están unidas por numerosos puentes. Celtas, tribus germánicas y romanos poblaron la ciudad que luego recibiría el nombre de «Salzpurch». En esta encrucijada de antiguos caminos de mercaderes, los Príncipes-Arzobispos, levantaron la fortaleza, la catedral y muchas iglesias. Los más selectos artistas, elegidos para la construcción de palacios residenciales, fuentes y amplias terrazas, crearon la pequeña «Roma alpina». El centro barroco con sus casonas patricias, jardines y parques, se mantiene en perfecta conservación como antaño. Y, sin embargo, modernísimas comunicaciones por carretera, ferrocarril y aire enlazan Salzburgo con todos los contienentes. La ciudad, capital del Estado Federal del mismo nombre, dispone de un moderno Centro para Congresos internacionales, universidad y academias, cuyos trabajos científicos le han dado renombre. La hospitalidad y simpatía de sus 130.000 habitantes son proverbiales, lo que podrían confirmar muchas personalidades prominentes, como la Reina Isabel II de Inglaterra y el Duque de Edimburgo, el Rey Boudouin y la Reina Fabiola de los Belgas, o el presidente de los Estados Unidos Richard Nixon con su Señora, que visitaron la ciudad con gusto e interés. Sus restaurantes y hoteles tienen fama mundial. Salzburgo con su «duende» especial, sabe celebrar sus fiestas y sabe crear ese ambiente cordial que le caracteriza. En esta ciudad, ya de por sí un joyero de arte multiforme, se fomentan todas las tendencias artísticas. Desde hace más de medio siglo, Salzburgo es lugar de cita para los más destacados intérpretes de la música y del teatro durante sus Festivales. Aquí nació Mozart. La ciudad entera se convierte en inmenso escenario. Los Festivales de Pascua, de Pentecostés, las Semanas Mozartianas, de Música de Cámara, los «Conciertos Palaciegos» y la «Primavera Musical» garantizan una temporada artística permanente. El Teatro Federal, las famosas Marionetas, museos y galerías de arte y artesanía, constituyen un grato complemento para los visitantes. Pero también los bellísimos paisajes que rodean la ciudad ofrecen cualquier posibilidad de descanso y para la práctica de todos los deportes. Modernas instalaciones de cura balneológica completan el mosaico de atractivos de esta ciudad que, según Humboldt, figura entre las tres más bellas de la tierra.

# scandicain



Potente anestésico local
de rápido y prolongado efecto para
el bloqueo regional y de infiltración.

Virtualmente sin vasodilatación
Sin necesidad de epinefrina
Rápida difusión
Superior penetración
Sin somnolencia
Mayor estabilidad
Menos efectos secundarios

ADMINISTRACION Y DOSIS:
Depende del procedimiento quirúrgico,
zona del organismo,
respuesta individual y técnica anestésica.

PRESENTACIONES:

| | |
|---|---|
| 1 % | 3 iny. de 10 c.c.<br>25 iny. de 10 c.c. (E. C.) |
| 2 % | 6 iny. de 2 c.c.<br>25 iny. de 2 c.c.<br>100 iny. de 2 c.c. (E. C.)<br>3 iny. de 10 c.c.<br>25 iny. de 10 c.c. (E. C.) |
| 3 % | 6<br>100 iny. de 2 c.c. (E. C.) |

SUECIA
CONCESIONARIOS
**INIBSA**
Loreto, 8
BARCELONA

# Orientación sobre el VII Congreso Mundial de Podología (F.I.P.)

El momento del gran encuentro de los podólogos de todo el mundo se acerca cada vez más y con ello también el interés por todo lo referente a este Congreso. Por ello, el Comité de Organización ha decidido transmitir una pequeña orientación que seguramente será de interés.

Naturalmente hay una gran cantidad de trabajo de preparación, se trabaja diariamente, se organiza, se negocia —ya que queremos ofrecer una Reunión agradable.

Ya el hecho de que Salzburgo forme el maravilloso marco de este Congreso mundial, es causa de contento y numerosas cartas desde muchos países lo expresan así.

Asumen la protección honorífica del Congreso:

La Sra. Ministro Federal para la Salud, Primaria Dra. Ingrid Leodolter
El Capitán de la Región de Salzburgo Dr. Ing. Hans Lechner.
El Alcalde de la Capital de la Región de Salzburgo, Heinrich Salfenauer

El Presidente de la Sección Federal de Industria de la Cámara Federal de Economía Industrial, el Consejero Federal y Consejero Comercial Franz Walzer ha prometido su apoyo.

La Dirección de la Casa de Congresos de Salzburgo con su Director, el Perito Mercantil Gerhard Gross ha manifestado su actividad en favor del VII Congreso Mundial y muchos amigos de la Vida Pública están ayudando en la organización.

Los envíos a todas las Asociaciones Mundiales han tenido lugar el 10 de enero. ¡El eco es arrollador!

Quisiéramos dar las gracias a las Asociaciones que ya han prestado una organización y colaboración excelentes. La dirección de la Organización ha podido enviar hasta la fecha más de 1.000 formularios de inscripción. Hasta el presente, numerosas inscripciones nos han llegado desde:

*De Ultramar:* América y Australia.
*De Europa:* Suecia, Finlandia, Países Bajos, Francia, Irlanda, Italia, Suiza, Austria, Noruega, Dinamarca, Bélgica, España, Gran Bretaña, Hungría y República Federal Alemana.

Diariamente nos llegan nuevas consultas e inscripciones. Tenemos el agrado de informar que desde España se desplazará a Austria una delegación muy fuerte y también Italia sobrepasará el número de 50 participantes; de esta forma, la *traducción simultánea* puede efectuarse *en 5 idiomas* (francés, inglés, español, italiano y alemán).

También se presentará una exposición muy surtida y amplia de la especialidad. Hasta ahora más de 30 firmas se han inscrito en firme y cada día nos llegan nuevas consultas e inscripciones. Se puede pues predecir que el VII Congreso Mundial ofrecerá también mucho en este sentido.

En cuanto al programa técnico, podemos adelantar que las inscripciones de ponencias son tan numerosas que probablemente no podrán programarse todas las contribuciones. Por ello pedimos su comprensión ya desde ahora, en el caso de que algunas conferencias deban posponerse para Congresos futuros.

El programa social ya les es conocido —y hemos recibido desde muchas naciones muestras de satisfacción y entusiasmo.

Es una experiencia inolvidable para todos no solamente la bella ciudad, sino también la música de Salzburgo, ofrecida por artistas de primera categoría y en un marco festivo, ¡famoso en todo el mundo!

En la excursión al Salzkammergut verán Vdes. además de los maravillosos lagos y montañas, la localidad de St. Wolfgang (conocida por la opereta «En el Caballo blanco») y juntos viviremos estos maravillosos parajes y las alegres melodías.

La noche nos familiarizará con las costumbres austríacas, el Folklore, y muchos esperan ya con interés esta ocasión. No olviden que en esta ocasión deberían llevarse trajes típicos de todas las naciones, para que el entendimiento multicolor entre los podólogos del mundo se convierta, con los trajes típicos de todos los países en una experiencia inolvidable.

Después. Como coronación para todos, sigue la «noche de baile en el Castillo de Klesheim». Un marco grandioso, lleno de belleza y de gracia. Construido bajo el arzobispo Johann Ernst Conde Thun desde 1687 hasta 1709, según proyecto de Fischer von Erlach, y continuado de 1709 a 1727 bajo el arzobispo Anton Príncipe Harrach, y finalmente hasta 1744 bajo el arzobispo Leopoldo Anton Barón de Firmian.

La historia del Castillo de Klesheim siguió siendo residencia de reyes y de grandes hombres de Estado. Hoy día, el Castillo de Klesheim abre sus puertas para grandes recepciones de Estado.

En el resplandor de las luces y en la alegría de unos días pasados maravillosamente, el VII Congreso Mundial de Podología encontrará allí su punto culminante.

Y para terminar queremos admirar el rey entre las montañas del país austríaco. El viaje por la carretera de alta montaña del Grossglockner hasta llegar al hielo y a la nieve eterna maravillará a los viajeros, convirtiendo en una experiencia inolvidable esta maravilla de la naturaleza.

Esperamos con entusiasmo su llegada, la ocasión de conocerles y estrechar lazos por todos los continentes para una más estrecha unión de los podólogos del mundo en una amistosa relación profesional.

Así les decimos:

«Sean cordialmente bienvenidos
en Salzburgo»

Por el Comité de Organización

*Rudolf Mohr*

1.° Presidente de la Asociación
de los Podólogos austríacos

*Marga Schicho*

2.° Presidente
y Dirección de la Organización
del VII Congreso Mundial
de Podología

# Carta a un joven A. T. S

# que desea ser Podólogo

Mi desconocido amigo:

Tu carta ha sido motivo de sorpresa y de satisfacción; por un lado, al no esperar recibir correspondencia desde tu destino y por otra parte, dada la confianza que en mí depositas.

En evitación del riesgo del olvido, descuido que pudiera frustrar tu ánimo, hago un hueco en mis quehaceres y contesto sin demora.

Deseas facultarte en podología y acudes a mí, a quien has conocido por referencias, para que te informe sobre la especialidad.

Tal vez con ansiedad esperes la respuesta pero reconoce que la contestación entraña responsabilidad, pues la elección de un trabajo que nos identifique en el futuro como profesionales es uno de los momentos más comprometidos de la vida del hombre; por tal causa comprenderás que no es fácil disponer fundamentado en la experiencia para que, basándote en ello, puedas acertar.

Creo ser consciente del desbordado entusiasmo, espíritu de superación y sinceridad que manifiestas y siendo este último valor patrimonio de buena fe traicionaría nuestros sentimentos si estas líneas no se expresaran con la dimensión que merece la veracidad.

No te voy a hablar del esfuerzo denodado y preocupaciones que hubo lugar hasta lograr el Decreto 727/1962, de 29 de marzo, por el que «se establece la especialización de Podología para los Ayudantes Técnicos Sanitarios», pero sí, permíteme significarte, que se debió al engrandecimiento de la voluntad de unos hombres que hicieron posible despertar a la dormida conciencia podológica y cuyos resultados actualmente se traducen en un avance cuantitativo sobre el dominio de la especialidad y una transformación cualitativa de su concepto.

A mayor abundancia te resalto que por Orden de 22 de noviembre de 1963 del Ministerio de Educación Nacional (hoy Educación y Ciencia), en virtud del Art. 6.º del citado Decreto, se aprueba el Reglamento de las Escuelas de Podólogos «adscritas a la Facultad de Medicina del Distrito Universitario en que se halle enclavado el centro hospitalario en que radiquen aquéllas».

Este binomio, Decreto-Escuela, constituye la columna de la podología sobre la que descansa la Obra cuya edificación corresponde a todos; podólogos avezados y el maravi-

lloso refuerzo de la juventud salida de las Escuelas.

Tú, querido amigo, si te decides a cursar Podología, tienes una gran suerte al poder formarte en Escuela. Recuerda a los hombres de que te hablaba; a ellos se lo debes. Pensando en tí trabajaron. No. No me contestes. Solamente piensa lo que a tu juicio merecen las personas que se desprenden de lo que disponen sin esperar recibir nada a cambio.

En la actualidad tienes en acción las Escuelas de Madrid y de Barcelona, verdaderos modelos de departamentos podológicos a nivel internacional, donde la enseñanza es impartida en un porcentaje elevado por podólogos en ejercicio que, además de dar el programa, se desprenden de lo más hermoso, la experiencia. Comunican sus errores, sus fracasos y la más convincente ordenación para lograr la preparación del alumno.

Saldrás con el diploma de Podólogo y si has seguido con interés los cursos y sigues manteniendo el entusiasmo que se desprende de tu carta te aseguro que SERAS podólogo, pues tienes, además, la garantía de todos los podólogos que te respaldan a los que puedes acudir ante cualquier duda en la seguridad de que recibirás una leal y sincera respuesta.

Más, si das oído a influencias que minen el estímulo y lenta e insidiosamente excavan en el entusiasmo con menoscabo de la preparación docente, puede suceder que alcances el Diploma, pero aún así, te afirmo que de no mediar un juicio exacto que rehabilite los incentivos del ánimo, NO SERAS podólogo.

Diplomado y conservando esos valores sugiero tu integración a la comunidad podológica. La conexión, el contacto, trato y amistad con compañeros que ejercen la especialidad es de inconmensurable valor.

Por derecho serás miembro de la Delegación de Podología del Colegio a que pertenezcas. Voluntariamente podrás incorporarte a la Agrupación Nacional de Podólogos de España, organización que goza de entera independencia y que al amparo de las vigentes Leyes nació para fines culturales, técnicos y científicos, formando parte de la Federación Internacional de Podólogos (F.I.P.).

Sus reuniones provinciales o nacionales (Congresos, Sympósium, Convenciones, etc). no son «alacena con vidrios» y vienen marcando verdadero interés para que el profesional tome el pulso y observe si se mantiene en línea respecto a los temas que presentan.

En su anual Asamblea Nacional aúnan criterios y voluntades leales, fieles al objeto creativo de la Agrupación, razón por la que a sus miembros no les preocupa que el diálogo establecido de «puertas adentro» discurra de «puertas afuera». Esto es merced al animoso espíritu con que concurren, sabiendo que las concentraciones profesionales les permite reunirse, conocerse, abrazarse y, ¡por qué no!, también lo más bello, perdonarse.

Deseo hablarte de la satisfacción que produce el tener un gabinete; la ilusión de ir equipándole; de la alegría al recibir el primer cliente; del gozo al establecer un tracia con que se espera el resultado del mistamiento y de ser obedecido; de la impaciemmo; de la amargura al no ejecutar algún cliente lo que se le dice y muy principalmente cuando nos damos cuenta de un tratamiento mal impuesto.

Como profesional deberás estar insatisfecho contigo mismo, con inquietud constante de aprender y firmeza de superación; esfuerzo y trabajo verás compensados y la sociedad lo agradecerá.

Pecaría de necio si prejuzgara que cuanto manifiesto será por tí reconocido, pero lo que sí ruego aceptes que la pretensión de estas líneas es que las consideres sinceras.

Y, si algún día tengo conocimiento que te has diplomado en podología o en otra especialidad, sea la que fuere, recordaré nuestras cartas y murmuraré: ¡Señor, condúcele al éxito!

Dámaso GARCIA SAN JOSE
Podólogo - Madrid

# Minicirugía del dedo en martillo

Por LUIS AYCART

Entre los factores más específicos de la formación de helomas, se encuentran las presiones intermitentes del calzado, irregularidades y alineación defectuosa de las falanges, que junto con las rugosidades de los huesos, dan como resultado periostitis crónicas con osificaciones subperiósticas y formación de exóstosis.

También influyen factores de orden general, tales como deficiencias vitamínicas, desequilibrio del metabolismo hormonal de la piel y cambios degenerativos circulatorios y neurológicos.

La formación de helomas sobre el segundo o sobre los dedos más pequeños, y su cronicidad es debida a la contracción de los mismos, de origen congénito o adquirido, y se agrava por los microtraumatismos continuados que el uso de zapatos produce.

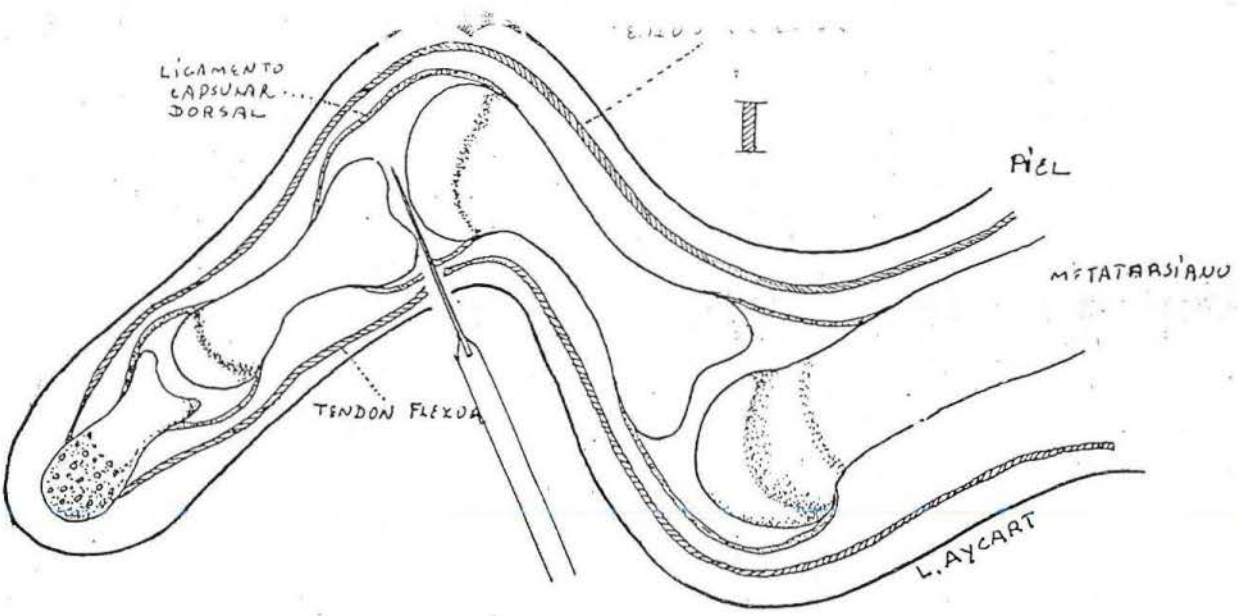
Si estudiamos detalladamente la anatomía de las falanges de los dedos más pequeños, descubriremos por qué se mantiene la mala alineación de estas falanges y la cronicidad de los helomas.

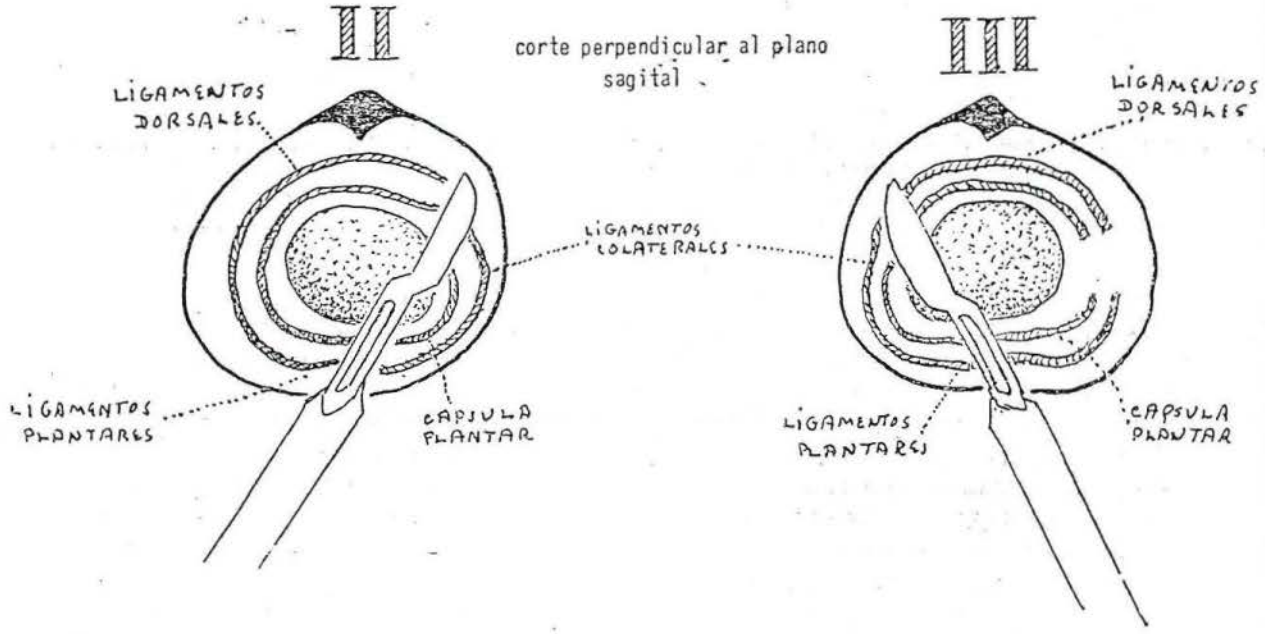
Las falanges proximales presentan unas facetas ovaladas cóncavas en su extremo proximal para su articulación con sus correspondientes del metatarso. Las falanges medias tienen doble faceta en sus extremos proximales para su articulación con dos cóndilos de la parte distal de la falange proximal. Los extremos distales de las falanges medias son de forma similar. Y los extremos proximales de las falanges distales están también doblemente facetados. Las falanges medias decrecen en su tamaño a medida que se alejan del plano sagital. Mientras en el segundo dedo tienen forma y tamaño bien definido, en la correspondiente al quinto será un nódulo de hueso irregular. Lo mismo ocurre en menor grado si se aplica a las falanges distales. Donde frecuentemente existe una soldadura o fusión entre las falanges media y distal del quinto dedo, con mucha menor frecuencia aparece esta irregularidad en otros dedos.

Es obvio que la flexión, la extensión, la rotación, la abducción o la addución, tienden a situar los cóndilos y las prominencias óseas unos contra otras, y llegarán a estar más expuestos a las presiones del calzado y a las fricciones entre sí. Cuando estas posiciones se mantienen por largos períodos de tiempo, la formación de helomas es su consecuencia.

Los dedos en martillo, los dedos en mazo, los dedos rotados, las deformidades de los dedos más cortos se identifican casi siempre por estar acompañadas del heloma correspondiente.

El método quirúrgico más comúnmente empleado por los cirujanos es la amputación de toda la falange o de una parte. Es opinión del autor —el podólogo norteamericano D. Roven—, que cuando no existe anquilosis u otra fijación, es suficiente la liberación de la articulación y la restauración de su alineación y se obtienen buenos resulta-


LIGAMENTO
CAPSULAR
DORSAL
I
METATARSIANO
TENDON FLEXOR
L. AYCART


II
corte perpendicular al plano sagital
III
LIGAMENTOS
DORSALES
LIGAMENTOS
COLATERALES
LIGAMENTOS
PLANTARES
CAPSULA
PLANTAR
LIGAMENTOS
DORSALES
LIGAMENTOS
PLANTARES
CAPSULA
PLANTAR

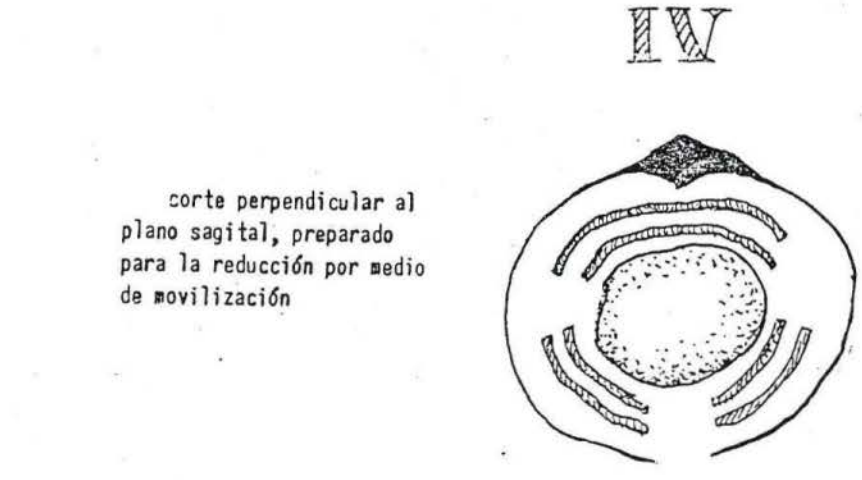

IV
corte perpendicular al plano sagital, preparado para la reducción por medio de movilización

FIGURA A

dos sin necesidad de cortar el hueso (operación por otra parte, más dramática, que la que presentamos).

En casos cuidadosamente estudiados y seleccionados, el autor ha sido capaz de liberar a los dedos de sus contracturas, reducir superposiciones de falanges, e incrementar los espacios interarticulares al mismo tiempo que corregir alineaciones defectuosas de los mismos .Es decir, liberar la articulación interfalángica en su cara plantar y conseguir con hábiles manipulaciones el aflojamiento de la estructura plantar.

En los casos tratables por este procedimiento, que existe hiperflexión de una o dos articulaciones interfalángicas de los dedos pequeños asociados con rotación lateral de los mismos, es necesario la obtención de placas radiográficas para asegurarse de que las superficies articulares no presentan cambios artríticos, hipertróficos o degenerativos de una extensión o una intensidad que pudieran contraindicar la intervención.

Este métodos no produce incapacidad para la deambulación o lo hace en muy contados casos; de hecho, casi todos los pacientes pueden reanudar sus actividades normales ligeras, y abandonar la consulta por su propio pie. No obstante aunque el método es simple, debe seguirse el examen preoperatorio corriente y hacerse con todas las precauciones quirúrgicas normales, asepsia, limpieza de la piel y manipulaciones estériles.

Las tres fases importantes de esta operación son: anestesia, liberación de los segmentos óseos y manipulación correctiva.

## ANESTESIA

Se efectuará mediante bloqueo por la base del dedo afectado en inyección de clohidrato de mepivacaína (Scandicain) al 2 %. Como no ha de actuarse sobre la superficie dorsal del dedo, el autor no encuentra necesario hacer el bloqueo completo. A continuación se inyecta 1/2 c.c. de anestésico intraarticular sobre la que nos proponemos manipular. Esta inyección ensancha la cápsula ya que en algunos casos puede ser fibrótica y adherente, al mismo tiempo que facilita las posteriores manipulaciones. En un reducido número de casos se ha efectuado esta operación con la anestesia producida por la inyección intraarticular solamente, con mucha frecuencia, esto no ha sido suficiente para una operación indolora.

## LIBERACION DE LOS SEGMENTOS OSEOS

Para conseguirlo se hace una incisión punzante en setido transverso en la superficie plantar a nivel de la articulación afectada (fig. a I) siguiendo el surco natural con un bisturí del n.° 17 (Martín). Con otra hoja igual se profundiza la primera incisión en dirección a la articulación (como indica la misma figura a I), para penetrar en la misma han de cortarse al mismo tiempo los ligamentos plantares y la cápsula plantar de la articulación. A continuación con estas misma hoja maniobrando lateralmente (fig. a II) se cortará, junto con parte de la cápsula lateral los ligamentos laterales internos. Después se extrae la hoja, y con otro bisturí del mismo número se vuelve a introducir con el corte en dirección opuesta (fig. a III) por la misma herida para seccionar la cápsula y los ligamentos correspondientes del lado externo, sin que el corte en ambos lados traspase los límites de los ligamentos laterales. Ha de efectuarse con el tacto suficiente, «sintiendo» materialmente el corte, para no acercarse a la superficie lateral de la piel de la articulación de ambos lados (fig. a IV). Durante estas incisiones hay una pequeña hemorragia que puede detenerse por compresión digital y aplicando espongostan.

## MANIPULACION CORRECTIVA

Acabada la sección de ligamentos y cápsulas se efectuaran las maniobras que aconsejen cada deformidad.

Si no existe mala alineación o desviación del eje longitudinal, lo recomendable es hacer tracción longitudinal y reconstrucción de la forma postural más adecuada. Si la parte a corregir presenta desviación del eje longitudinal, deberán combinarse los movimientos rotativos con la tracción longitudinal.

En toda maniobra correctiva, una mano (la izquierda), actuará como fijadora, mientras

que la derecha actuará como inmovilizador. Para corregir un dedo en mazo en el cual solamente se presenta en flexión plantar la articulaciones no están afectadas. Se actuará ticulación interfalángica distal y las otras arde la siguiente forma. Con los dedos de la mano izquierda del operador sujetamos la falange media, mientras que con los dedos de la mano derecha sujetamos la falange distal afectada, en primer lugar impulsaremos todavía más en su flexión plantar, para separar las carillas articulares opuestas, para después tirar de la misma en dirección distal y levantarla gradualmente hasta alcanzar la posición óptima buscada.

Hay que insistir que nunca deberá forzarse hacia la posición óptima de la falange distal, sin desplazarla primero en dirección plantar, para que las carillas articulares se separen una de otra, si no se sigue esta norma podría producirse una fractura con bastante facilidad.

Cuando exista hiperdorsiflexión de la articulación metatarso falángica y flexión plantar de la articulación interfalángica proximal, la técnica operativa ha de ajustarse como sigue: La cabeza de la falange proximal se inmoviliza hacia abajo (dirección plantar) con la mano ziquierda, con los dedos de la mano derecha se moviliza la falange media en la misma dirección para «abrir» la articulación. A continuación se tira de la falange media hacia adelante y arriba, mientras que la falange proximal es suavemente presionada hacia abajo.

Si un dedo en mazo estuviera asociado con otra clase de deformación, se puede corregir al mismo tiempo, pero debe hacerse otra incisión en la articulación interfalángica distal y practicarse la maniobra por separado para la segunda articulación.

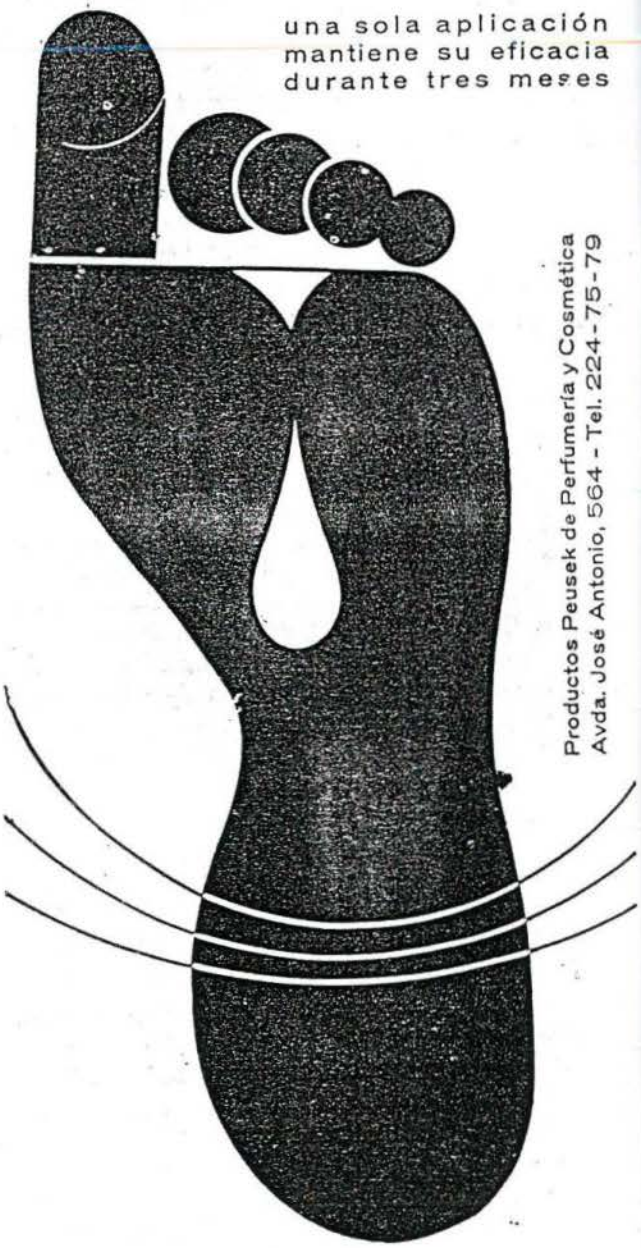
Donde hay flexión plantar en ambas articulaciones interfalángicas, lo corriente es que una sola de ellas produzca la queja principal, por lo tanto solamente debiera tratarse una de ellas.

Postoperatorio. — Para determinar si las maniobras correctivas han sido satisfactorias, se tomará una placa radiográfica, y se efectuarán posteriores manipulaciones si fueran necesarias.

para evitar el sudor de los pies...

Pausek
MARCA REGISTRADA

una sola aplicación
mantiene su eficacia
durante tres meses



Productos Pausek de Perfumería y Cosmética
Avda. José Antonio, 564 - Tel. 224-75-79

La herida se espolvorea con sulfatiazol, se cubre con gasatubo estéril con una lámina fina de foam interiormente, todo ello estéril. No es necesario suturar. Para curas posteriores se puede emplear bioenzima.

En la primera cura el dedo operado debe de ferularse con el vecino. Si la deformidad corregida ha sido extensa se puede añadir sobre el vendaje, y en su región plantar, una cuña de fieltro, al mismo tiempo que se fija con elastoplast al otro dedo, cuidando de no aplicarlo sobre la herida. Si hubiera hinchazón de todo el pie, podremos vendarlo con elastoplast de 3 pulgadas.

El valor de éste u otro procedimiento puede estar determinado por la frecuencia y extensión de las recurrencias. El autor ha podido seguir 65 casos operados por un período de tiempo desde 3 semanas a 15 meses. Los resultados más sobresalientes suelen aparecer en los dedos en mazo, donde se corrigió la mala alineación junto con el dedo en mazo. Las lesiones de la cabeza de la falange proximal y las deformidades del dedo en varo responden bien. En la rotación del quinto dedo, frecuentemente hay recurrencias, por existir causas modificantes, tales como el uso de calzado de vestir. Las lesiones próximas a la uña o sobre el dorso del dedo no tienen recurrencias.

Contraindicaciones. — Como en cualquier sistema u operación, ésta tiene sus contraindicaciones. Cada caso debe estudiarse con anticipación. Un dedo rígido en una posición fija con una cabeza deformada artrítica no es un candidato a esta operación. Si el enderezamiento de la contracción fuera a crear un dedo excesivamente largo y causar problemas de calzado,

El acortamiento del dedo por medio de osteotomía, podría ser la solución al problema. También está contraindicada la operación cuando hay síntomas de inflamación, infección o espasmo muscular. Una maniobra correctiva donde están presentes estos signos clínicos o enfermedad de la articulación, incluyendo procesos inflamatorios agudos, tales como artritis aguda, osteomielitis y gota, está completamente contraindicada.

Antes de empezar una operación de esta índole, debe de revisarse cuidadosamente la anatomía de los dedos. Cada articulación interfalángica distal o proximal tiene una cápsula articular envuelta con una membrana sinovial. El tendón extensor, forma la cápsula dorsal, los ligamentos colaterales refuerzan las cápsula lateral, y los ligamentos plantares completan a cápsula plantar de cada dedo.

Los ligamentos laterales son la principal ligadura de la articulación que mantiene la contigüidad de las superficies articulares. Las contracturas capsulares son la mayor resistencia a la reducción de un dedo en martillo formadas por los ligamentos colaterales y plantares. Los tendones flexores y extensores no son estructuralmente resistentes. Así que la sección de los mismos difícilmente ayudan a corregir la deformidad, los acortamientos acomodativos de músculos y tendones que aparezcan en el dedo tratado por este sistema, son de la importancia muy secundaria.

Cuando la deformidad de un dedo en martillo está completamente desarrollada, ya ha tenido lugar en el mismo cambios estructurales, principalmente en las fibras plantares de los ligamentos colaterales y en el ligamento plantar de las articulación interfalángica proximal. En la mayoría de los dedos en martillo, las superficies hialinas entran dentro de las articulaciones interfalángicas que estarán rodeadas y embebidas de tejidos blandos y presentarán contracturas.

Cuando efectuemos las manipulaciones el paciente deberá estar relajado. La sujección de la falange proximal deberá ser firme, pero no constrictiva. El movimiento para la movilización deberá hacerse como un brinco rápido, como un golpe de muelle, de empujón y tirón, iniciado después de conseguirse el aflojamiento de la articulación afectada.

Para hacerse en dos articulaciones debería realizarse en distintas ocasiones. El autor tiene combinada esta operación con la reducción por medio de limas de las exostosis existentes que se oponen a la movilización y ha obtenido resultados satisfactorios.

Resumiendo, la mala alineación y contracción de los dedos más pequeños son la más importante contribución en la etiología y cro-

nicidad de las excrecencias dorsales y distales que producen dolores articulares. En muchos casos de helomas recurrentes la práctica de quitar las cabezas y los cóndilos de huesos por operación abierta (de Cirujía mayor) puede ser inecesaria. Una simple operación en nuestro gabinete que no produce inhabilitación de las funciones habituales del paciente como la presentada en este trabajo, que ha sido utilizada satisfactoriamente en dedos en martillo, dedos en mazo y dedos rotados, y en otra deformidades de una o más falanges de los dedos.

Esta operación de MINICIRUJIA, que el autor viene realizando desde hace 10 años en su gabinete, permite deambular al paciente inmediatamente, usando un pequeño apósito, y le permite también continuar su trabajo habitual. En la mayoría de los casos puede llevarse puesto el mismo zapato que traía antes de la operación por su simplicidad puede relizarse en consulta, ayuda a mejorar los espacios articulares, corergir y mejorar la alineación de los dedos.


# INCLUSO LA MEJOR PROTESIS PEDICA

será poco menos que inoperante si el calzado no mantiene el pie en posición CORRECTA y CONSTANTE sobre ella, con buena sujeción de retropié y empeine. Si el calzado no es INDEFORMABLE, la acción de apoyo será fugaz...

Un buen calzado AYUDA a la acción de la prótesis; un mal calzado la anula. Estudie cuanto hay en el mercado...
Estudie luego PIEDRO

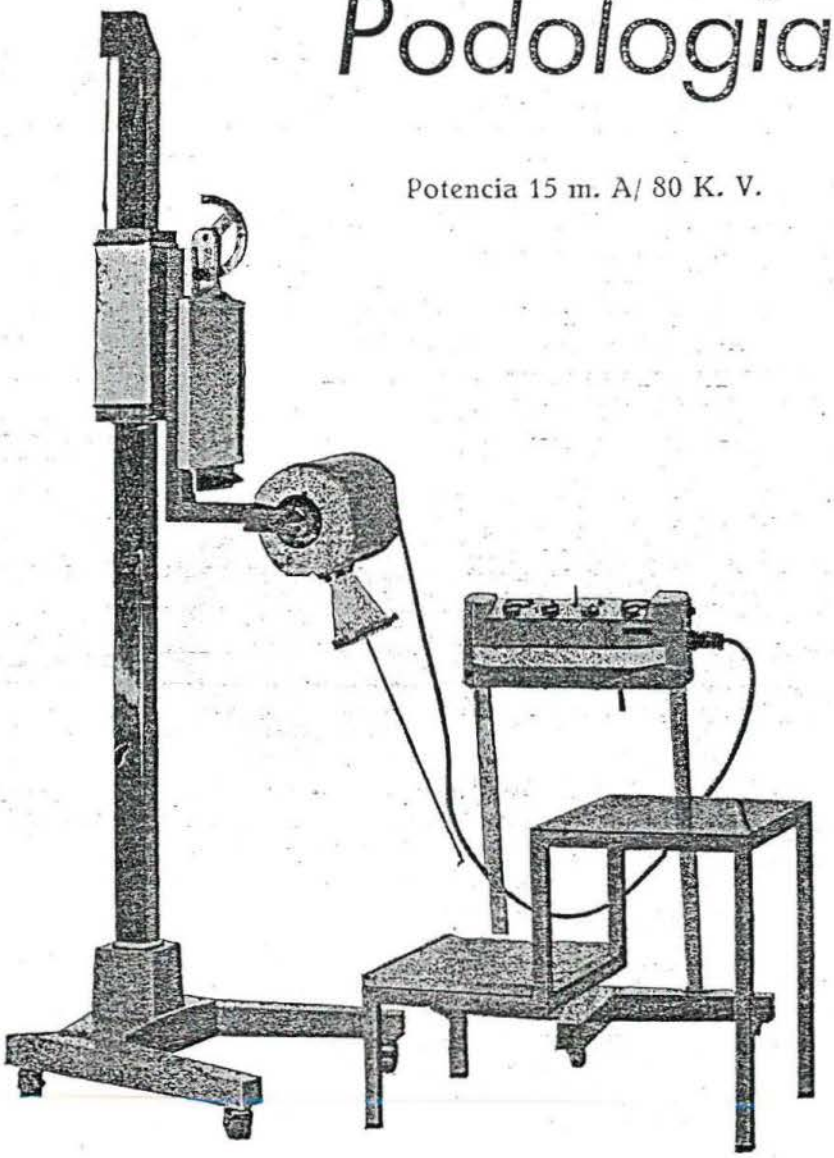
Consulte a PIEDRO Internacional Apartado 7053 tel. 239 53 06
BARCELONA (Delegación de PIEDRO CENTRUM - BERKEL en RODENRIJS - Z. HOLLAND)

MODERNO EQUIPO RADIOL...

PARA

# Podologia

Potencia 15 m. A/ 80 K. V.



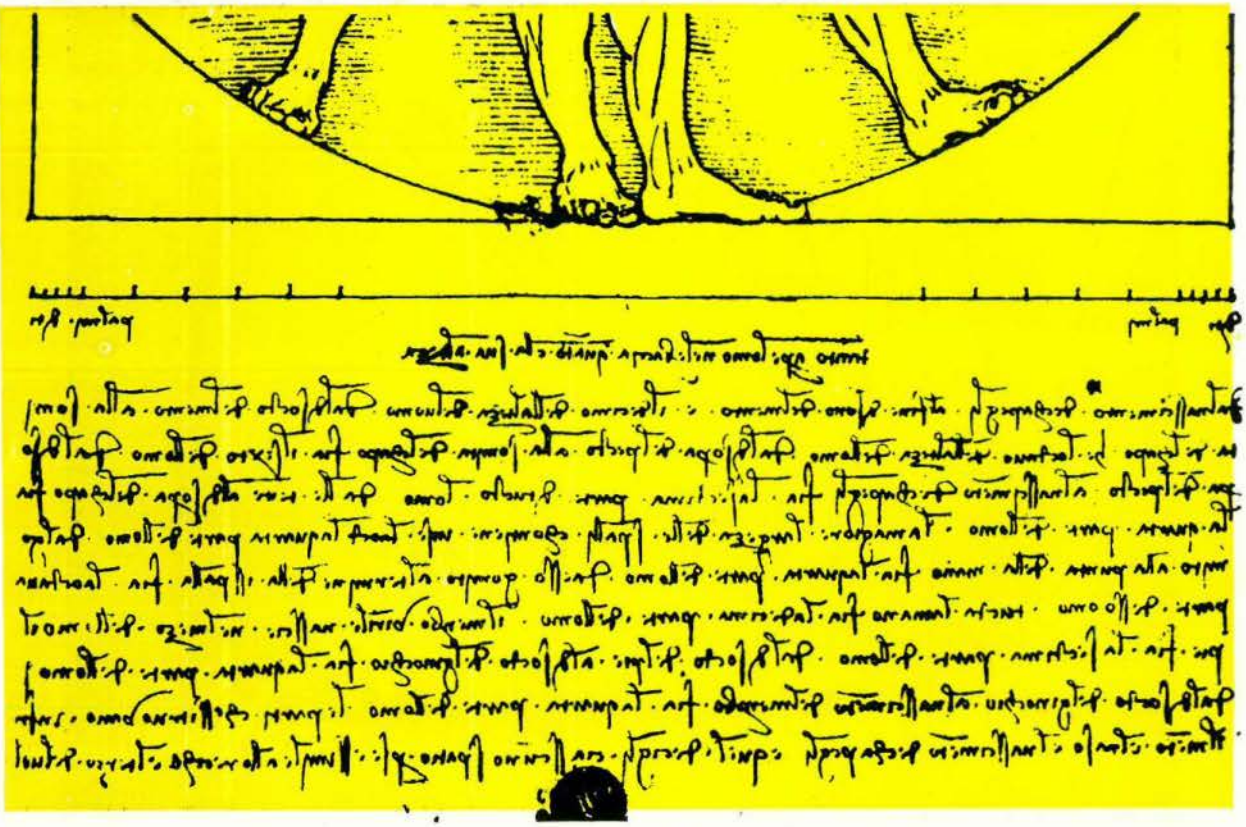
- Versabilidad óptima para obtención de radioscopias y radiografías en todas posiciones y ángulos.
- Características eléctricas regulables para obtener un verdadero radioagnóstico.

**J. M. Marimón**

Aparatos de Rayos X

C/. Talleres, 63 - Tel. 2315637

BARCELONA (1)



# REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

A.P.E.
n.º 33

Mayo - Junio
1973

# podologo:

**¿quién mejor que Ud. puede asegurar la veracidad de este slogan...?**

**¿quién mejor que Ud. para liberar a sus pacientes del enemigo que ataca "la raiz" de la persona...?**

**...¿y quién mejor que Ud. para dar vigor y tranquilidad a esa raiz, con la ayuda de...**

## AKILEINE

que **descongestiona** los pies haciendo desaparecer el ardor en las plantas, a la vez que **desodoriza** y modera la transpiración ya que no contiene formol u otros productos nocivos, que puedan provocar inflamaciones o irritaciones en la piel.

## AKILTROPIC

que **neutraliza los efectos de la transpiración** y elimina la enfermedad de las piscinas.

Pida muestras a Lab. Inibsa - Loreto, 8 - BARCELONA-15

# REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

ORGANO DE LA AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

A. P. E.

Redacción y Administración:
Urgel, 47/51 - Barcelona (11)

**Director:**
Leonardo Escachs Clariana

**Sub-director:**
Pablo Vilató Ruiz

**Redactor jefe:**
Francisco Mañé Domingo

Manualizaciones ESCUELA NORMAL - Deposito Legal: B. 13484


## SUMARIO

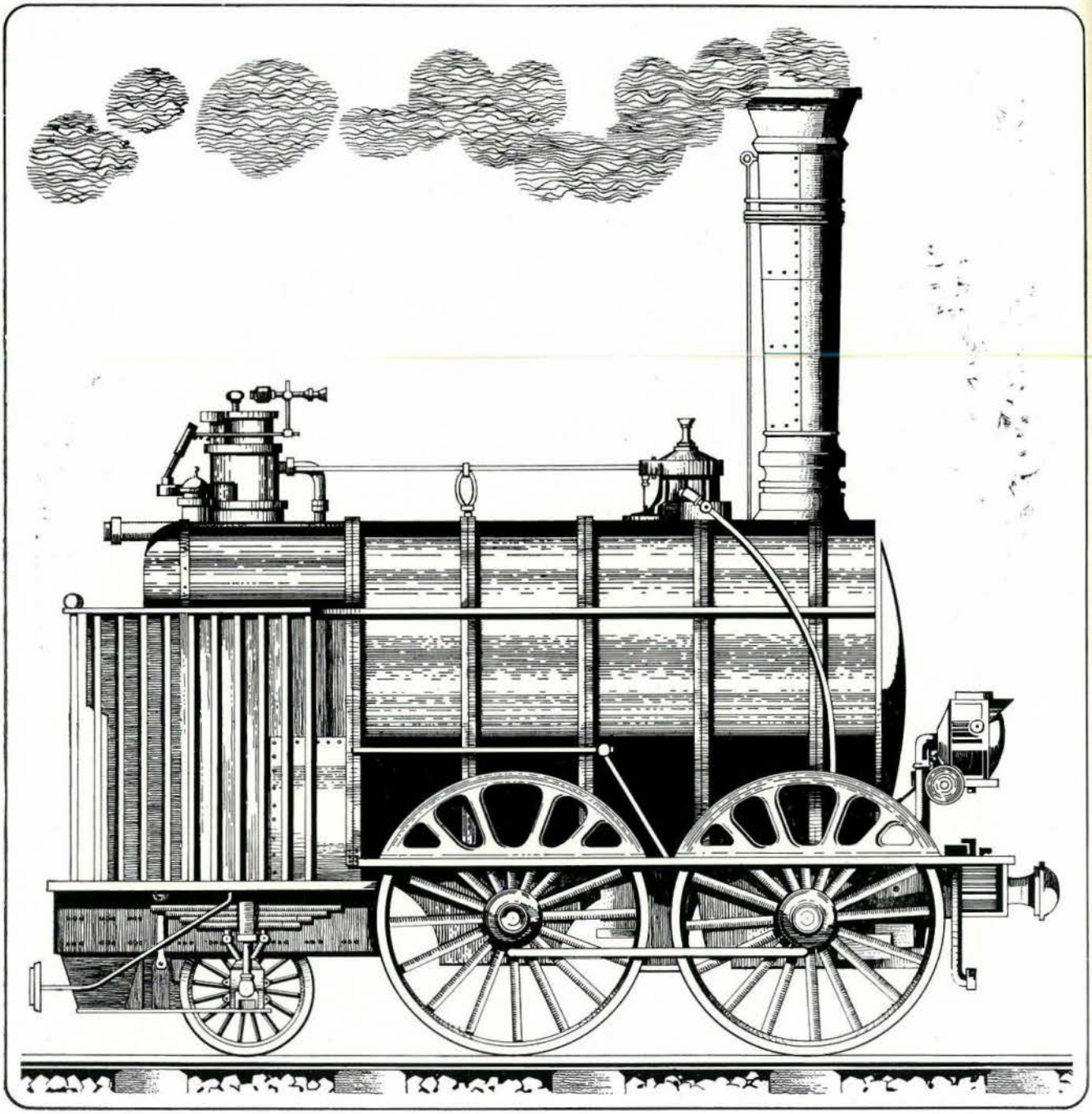

3 Junta de Gobierno

5 Editorial

7 Tratamiento Quirúrgico de las Verrugas

17 Congreso Internacional de Podología

28 Labor de las Delegaciones



en procesos reumáticos...

**ditrone** **cápsulas 100 y 200 mg** (envases con 20 cápsulas)
**supositorios 200 y 500 mg** (envases con 16 y 10 sup. respec.)

**delta ditrone** **envase con 50 cápsulas**

HOSBON S/A

# AGRUPACIÓN DE PODÓLOGOS DE ESPAÑA

## JUNTA DE GOBIERNO

| | | |
|---|---|---|
| Presidente Nacional | D. LEONARDO ESCACHS CLARIANA | Barcelona |
| Vice-Preste. 1.° (Accid.) | D. ZACARIAS GARCIA ANDRES | Madrid |
| Vice-Presidente 2.° | D. ISAIAS DEL MORAL CEJALVO | Valencia |
| Secretario General | D. JOSE A. CALVO GARCIA | Zaragoza |
| Vice-Secretario | D. FRANCISCO MAÑE DOMINGO | Barcelona |
| Tesorero | D. MANUEL GAVIN BARCELO | Barcelona |
| Contador | D. LUIS AYCART VIJUESA | Madrid |
| Vocal 1.° | D. FCO. MORAN VENTURA | Las Palmas G. Canaria |
| Vocal | D. JUAN VIDAN TORRES | S. Compostela |
| Vocal | D. LUIS INCHAURRONDO | Irún |
| Vocal | D. JOSE M.ª BAEZ BASAURI | Bilbao |
| Vocal nato | D ZACARIAS GARCIA ANDRES | Madrid |
| Vocal nato | D JAIME SALA PICH | Barcelona |

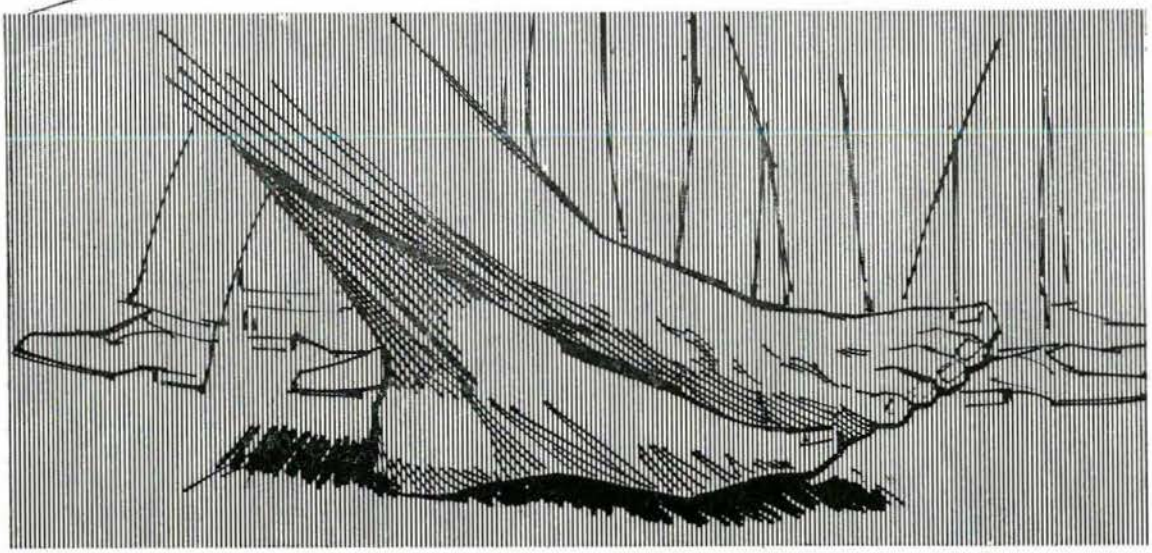
## DELEGADOS DE ZONA

**D. José M.ª Báez Basauri.** Mayor, 27, 6.°. Las Arenas. BILBAO.
**D. José Luis Inchaurrondo.** Paseo de Colón, 65. IRUN.
**D. Juan Vidán Torres.** Preguntoiro, 10. SANTIAGO DE COMPOSTELA.
**D. Antonio Báez Prieto.** Alcalá, 313. MADRID.
**D. José Antonio Calvo García.** Coso, 77, 5.°. ZARAGOZA.
**D. Jaime Sala Pich.** Muntaner, 142. BARCELONA-11.
**D. Isaías del Moral Cejalvo.** Moratín, 6. VALENCIA - 2.
**D. Francisco Morán Ventura.** León y Castillo, 8. LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

## DELEGADOS PROVINCIALES

ALAVA: **D. Julio Crespo.**
ALBACETE: **D. Luis Juan Navarro.**
ALICANTE: **D. José Olcina Morales.**
ALMERIA: **D. Luis Pascua San Miguel.**
AVILA: Sin Delegado Provincial.
BADAJOZ: **D. José Villafaina de la Cruz.**
BARCELONA: **D. Jaime Sala Pichs.**
BILBAO: **D. Víctor Fano Ugarriza.**
BURGOS: **D. Elías Hernando Tamayo.**
CACERES: Sin Delegado Provincial.
CADIZ: **D. Manuel Albala Valle.**
CASTELLON: **D. José Aguilar Beltrán.**
CIUDAD REAL: **D. Luis Barba Vázquez.**
CORDOBA: Sin Delegado Provincial.
GERONA: **D. José M.ª Bosch Doménech.**
GRANADA: **D. Manuel Ruiz Morales.**
GUADALAJARA: Sin Delegado Provincial.
HUELVA: Sin Delegado Provincial.
HUESCA: Sin Delegado Provincial.
JAEN: **D. Leonardo Rodríguez Revuelta.**
LA CORUÑA: **D. Francisco de la Cruz.**
LAS PALMAS: **D. Francisco Morán.**
LEON: Sin Delegado Provincial.
LERIDA: **D. Alfredo Puchol.**
LOGROÑO: **D. Vicente Alvarez.**
LUGO: Sin Delegado Provincial.
MALAGA: **D. Antonio Gutiérrez.**
MADRID: **D. Zacarías Garcia Andrés.**
MURCIA: Sin Delegado Provincial.
ORENSE: **D. Elisardo Bralo Rego.**
PALENCIA: **D. Damián Porro Villarroel.**
PALMA DE MALLORCA: **D. Juan B. Brines.**
PAMPLONA: Sin Delegado Provincial.
SALAMANCA: **D. Antonio Basas Encinas.**
SANTANDER: Sin Delegado Provincial.
SAN SEBASTIAN: **D.ª M.ª Pilar Gómez.**
STA. CRUZ DE TENERIFE: **D. Armenio Méndez.**
SEGOVIA: **D. Francisco García.**
SEVILLA: **D. Francisco Alvarez Gandulfo.**
SORIA: Sin Delegado Provincial.
TARRAGONA: Sin Delegado Provincial.
TERUEL: Sin Delegado Provincial.
TOLEDO: Sin Delegado Provincial.
VALENCIA: **D. Angel Sanchiz Cortina.**
VALLADOLID: **D. Alfonso Domínguez Milán.**
VIGO: **D. Angel Medina Herrero.**
ZAMORA: **D. Juan J. Miguel Barrios.**
ZARAGOZA: **D. José Calvo García.**

¡NUEVA FORMULA!



# Pentoderm®

## Crema dermoprotectora cutánea

**Tubo con 50g de crema** (62,80 ptas.).

MADAUS

**MADAUS CERAFARM, S.A.**

Pujol, 22 - Tel. 211 91 12 - Barcelona-6. Cristóbal Bordiu, 35 - Tel. 254 64 44 - Madrid-3. Pérez Galdós, 95 - Tel. 26 38 98 - Valencia-8.

# EDITORIAL

Cuando el calor invade la tierra y la época de vacaciones permite el desplazamiento de millones de personas, España acoge en su geografía a grandes cantidades de turistas que se esparcen por todas partes, en especial, playas y lugares de costa, luciendo floreadas vestimentas que, en muchos casos, quedan reducidas a la más mínima expresión.

Cada día el mundo busca más la comodidad. Quizás estamos todos un poco cansados de deberes y obligaciones impuestas por las modas que en cada época han marcado el destino de las personas que les ha tocado vivirla. Cuellos duros, corbatas, americanas, etc., etcétera. Hoy, no es así. Hoy, quien ha tenido ocasión de poder estar un rato ocioso sentado en un céntrico paseo de cualquier ciudad de esas que los turistas prefieren, habrá podido observar cómo lo que hace un par de años eran simples balbuceos y tentativas más o menos progresistas, se ha convertido en causa bastante general. PIES DESCALZOS. Sí. Ciertamente son muchas las personas que ya sea por «snob», por «pop», por «hippie», por lo que sea, se las ve deambular descalzas y yo me atrevería a suponer que con cierta satisfacción y felicidad al haber suprimido uno de los tormentos que más molestan al ser humano cuando de caminar se trata. Han suprimido el tan discutido y comentado CALZADO.

No debemos olvidar que la presencia de unos pies descalzos por la calle, en los que, quiérase o no, se ha impregnado la suciedad existente en el suelo, no son causa de admiración. No podemos ni debemos criticar los comentarios que ciertas personas de cierta edad, dedican a quienes practican el «descalcismo». Pero... a la vista de estas personas andando descalzas estoy seguro de que algunos de nosotros en nuestro interior habremos pensado y habremos envidiado el no poder hacer lo mismo suprimiendo ese calor lacerante de los pies, ese sudor molesto y esos roces y presiones que nos martirizan.

No podemos olvidar que hoy día el suelo en especial de las ciudades es un piso sucio, extremadamente sucio y peligroso para la salud del pie —si este camina descalzo— pero... si nos paramos a pensar un poco a la vista de este pie que en buena o mala forma busca el contacto normal con la naturaleza, quizá llegaremos a la conclusión de que es así, DESNUDO, DESCALZO, como el pie debe ir, pues la naturaleza lo ha preparado y predispuesto a ser el sostén del cuerpo en su estado normal y natural. No lo ha dotado de tacones altos, ni de punteras estrechas, no le ha dado envolturas extrañas. El pie, tiene una función para cuyo fin ha sido creado y no nenecesita de aditamentos para desarrollar su función.

Sin ánimo de ser extremistas, no deseamos ni el «descalcismo» ni el «zapatismo» en la forma que actualmente podemos interpretarlo. Pero sí que podríamos pensar un poco en buscar la solución ideal al problema, creando el calzado adecuado a las necesidades de los pies sin que forzosamente haya de ser un tormento para ellos. Un protector del pie para evitarle el recoger la suciedad del suelo; un protector del pie para que éste camine más a gusto. Pero al propio tiempo, un guante para el pie, sin que ejerza presiones y roces sobre las superficies de su anatomía, favoreciendo todos sus movimientos, dando amplitud necesaria para una buena irrigación.

Estamos seguros que esa larga lista de profesionales podólogos que diariamente atienden a un sinnúmero de pacientes; que ven con sus propios ojos los estragos que el calzado produce en el pie; que por boca de sus pacientes saben del tormento que representa el calzado cuando aprieta, han pensado en más de una ocasión que bien valdría la pena se buscara esa solución del CALZADO IDEAL del «GUANTE PARA LOS PIES». Estamos seguros de que tan sólo así el tanto por ciento elevadísimo de afecciones —pequeñas afecciones con grandes molestias— que tienen su origen en los zapatos, se vería libre de este tan molesto problema.

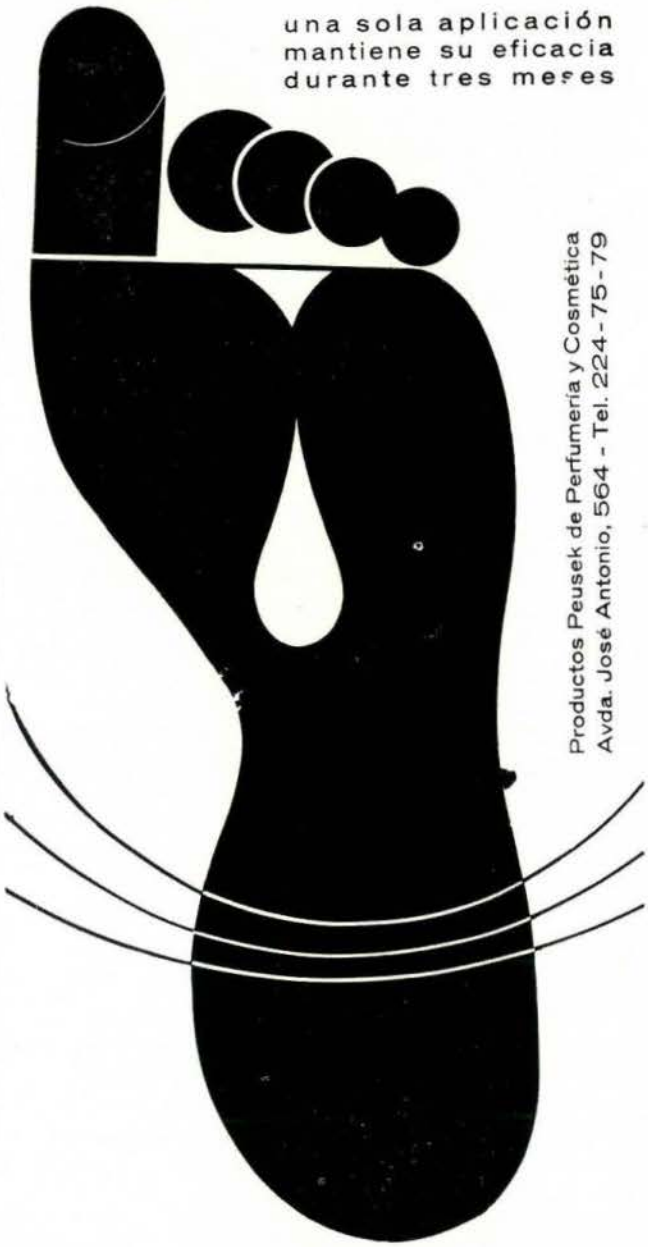
Caminar descalzo por la calle —de momento— parece no es posible para nosotros. La sociedad no lo permite. Ahora bien, si todos estamos convencidos de que el caminar descalzo es bueno para los pies, ¿por qué no lo hacemos cuando estamos en casa? Y quien dice en casa podría ser en todas cuantas ocasiones fuera posible de realizar. Así, aunque en menor cuantía, podríamos liberar un poco a nuestros doloridos pies del sufrimiento constante de una malsana opresión y de un lacerante dolor que enerva, que irrita.

Al igual que es aconsejable practicar unos minutos de ejercicios físicos al levantarse, favoreciendo con ello la elasticidad corporal, no nos olvidemos de nuestros pies y procuremos que de una u otra forma puedan seguir desarrollando sus maravillosas actividades merced a las cuales nos es dado deambular de un lado para otro admirando en todas partes la maravillosa obra de la Naturaleza fruto del Creador.


para evitar el sudor de los pies...

Peusek
MARCA REGISTRADA

una sola aplicación
mantiene su eficacia
durante tres meses



Productos Peusek de Perfumería y Cosmética
Avda. José Antonio, 564 - Tel. 224-75-79

# Tratamiento Quirúrgico de las Verrugas

Por J. ALONSO GUILLAMON
de la Escuela de Podólogos
de Barcelona.

Este trabajo desea reflejar el criterio que tenemos en la Escuela de Podólogos de Barcelona, ante el tratamiento de las verrugas, resaltando especialmente las ventajas de la cirugía y mencionando a la vez brevemente sus posibles inconvenientes. Señalaremos también algunos procedimientos físicos, químicos y medicamentosos, con sus peculiaridades.

Por lo general, no existen incompatibilidades en ser tratadas las verrugas del pie con tratamiento quirúrgico, aunque bien es verdad, que existen algunos casos, que por su localización, bien por su extensión, o la sensibilidad del paciente, pueden ser aconsejables otros procedimientos.

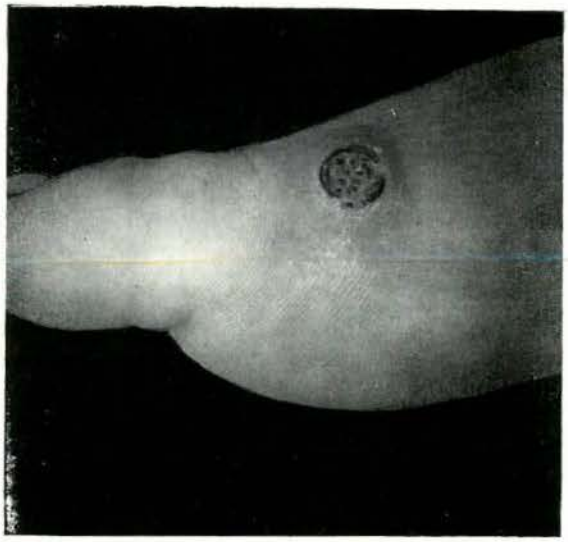
En los dispensarios de Podología del Hospital Clínico de Barcelona, instauramos casi de una manera sistemática el procedimiento quirúrgico, para el tratamiento de las verrugas; considerando que exponemos al paciente a una intervención prácticamente indolora, que es rápida en su curación (y que por tagio) sin complicaciones secundarias y con lo tanto evitamos la autoinoculación y el concasi nulas posibilidades de recidiva.

Para conseguir el resultado apetecido, disponemos de dos técnicas quirúrgicas según la localización de las verrugas. Antes de mencionarlas, creo, sería de mucho interés, poder reflejar todos los períodos que atravesamos para llegar al simple acto quirúrgico propiamente dicho, como también después del mismo.

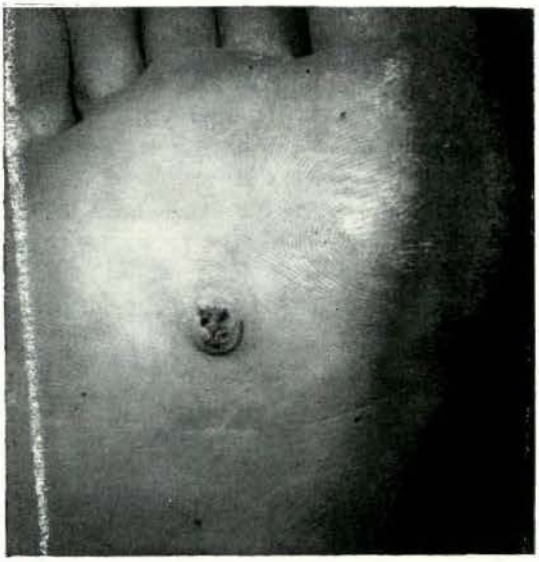
No cabe duda, que no nos serviría de nada disponer de unas técnicas quirúrgicas óptimas, si antes no dominamos bien la esterilización del instrumental, la antisepsia del campo operatorio, la desinfección de las manos del operador, la anestesia local; y posteriormente al acto quirúrgico, la cohibición de la hemorragia, la protección de la herida, el calzado adecuado y las curas postoperatorias.

Vamos a desglosar algunas de estas facetas: En primer lugar vamos a describir el instrumental que disponemos para la extir-

pación de las verrugas.

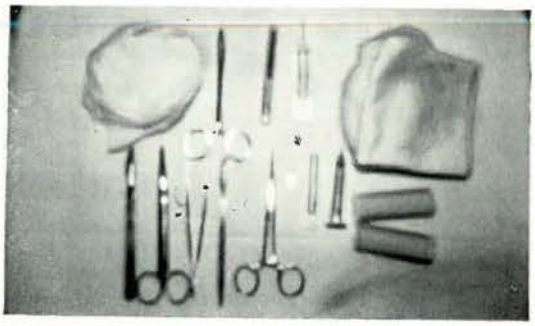


*Verruga cabeza primer metatarsiano.*



*Verruga plntar*

En una caja metálica de 18 x 8 cm. tenemos unas tijeras, un bisturí de hoja cambiable (la hoja del bisturí nos hemos acostumbrado con el n.° 23), una pinza de disección con dientes, un mosquito con dientes, un portatorundas, un portaagujas y agujas de sutura trianguiares y pequeñas. Aparte tenemos los hilos de sutura, seda del n.° 0, y catgut del 000. Gasas, vendas, algodón y tallas estériles.



*Instrumntal necesario para la extirpación quirúrgica de las verrugas.*

Conseguida la esterilización del instrumental, y la desinfección del campo operatorio de una manera desmesurada, teniendo en cuenta que el pie es una de las partes más sépticas del organismo, iniciamos la anestesia local.

Todo anestésico debe de disponer de una acción rápida y segura, estar libre de acciones tóxicas y requerir concentraciones y dosificaciones bajas.

Aunque la combinación de sustancias anestésicas con adrenalina, en concentraciones muy bajas 1 : 100.000, puede ser aplicable en el pie y en tobillo, nosotros no preconizamos su uso, para evitar las complicaciones que puede plantear un aumento de dosificación de la sustancia vasoconstrictora. Los productos anestésicos que más usamos en el servicio, son la novocaina y el Scandicain en concentraciones al 1 %, que en niños la diluimos al 1/2 %; también son muy útiles el

Baycain, novocorpan, Xilocaína, Lidocaina, etcétera. Es útil que cada podólogo se familiarice con una de las sustancias anestésicas, ya que así logra conocer sus efectos y sus reacciones.

Para conseguir el bloqueo de la zona afecta, colocaremos al paciente en decúbito supino, para evitar la lipotimia. Posteriormente

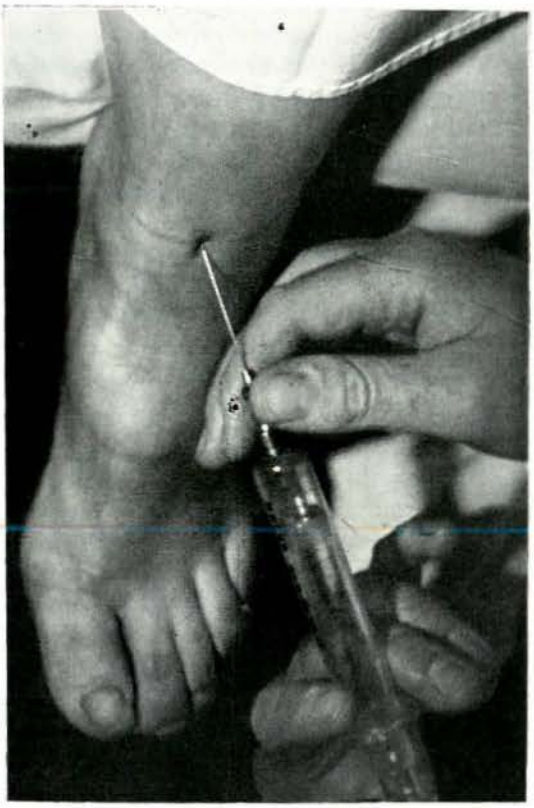
*Localización de la aguja para la anestesia local.*

dispondremos de agujas muy finas y pequeñas, bien con jeringas odontológicas, de un solo uso, o normales y con una cantidad de sustancia anestésica de 2, 3, ó 4 $cm.^3$ aproximadamente. La técnica consiste en inyectar la aguja en tejido sano, a unos 5 mm. de la zona tumoral, y con un plano de inclinación que llegue a la base de la misma, evitando tocarla, ya que provocaríamos el contagio de los tejidos vecinos sanos y producir nuevas infecciones viriásicas. La infiltración de los tejidos debe de realizarse de una manera muy lenta, ya que así evitamos el dolor.

Cuando en vez de anestesiar una zona pequeña, deseamos hacerlo de una parte del pie, deberemos efectuar el bloqueo de los grandes troncos nerviosos. Así en el dorso del pie, tenemos el tibial anterior en el plano profundo y en el superficial las ramas del músculo cutáneo y el safeno interno. En la cara posterointerna se halla el nervio tibial posterior y en la cara posteroexterna, el safeno externo.

Normalmente no debemos usar más de 20 $cm.^3$ de sustancia anestésica al 2 % en los adultos, una de las complicaciones que plantea la anestesia local son las concentraciones altas, que pueden conducir al colapso. Otra reacción que puede plantear la administración de la anestesia local son las sensibilizaciones alérgicas al producto, poco frecuentes y que ceden generalmente con la aplicación de corticoesteroides y antihistamínicos.

En algunos casos, muy pocos por cierto, nos encontramos que el paciente nos rechaza la anestesia local, solicitando la anestesia



*Anestesia troneular (tibial anterior)*

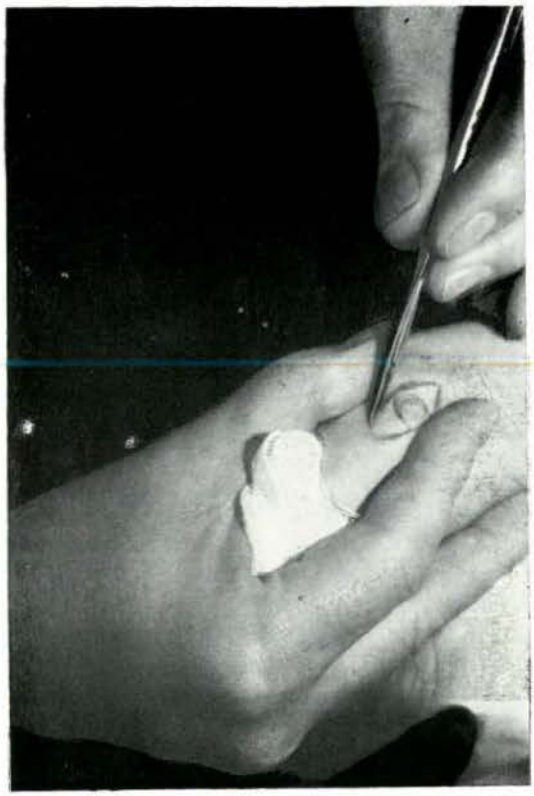
general. Obedece generalmente en pacientes que han sido tratados anteriormente sin éxito con anestesia local y que han sufrido mucho en ella. También puede ocurrir en niños muy pequeños o excesivamente alterados. En estos casos podemos canalizarlos a una clínica u hospital, para que con la colaboración de un médico anestesista, podamos realizar la intervención. Ello obligará a ingresar al paciente al menos un día.

Ahora vamos a iniciar las técnicas quirúrgicas. Para la extirpación de las verrugas, adoptamos dos técnicas diferentes, según su localización: Las que se hallan en el dorso del pie y las que se hallan en la planta. En la primera, realizamos la disección sobre tejido sano y en forma elíptica, en ojal, extirpamos en bloque la masa tumoral. Posteriormente suturamos los bordes de la herida con seda del n.° 0.

Cuando la verruga es plantar, realizamos la disección sobre tejido sano, circunscribiéndonos a la tumuración y dejando un espacio de 1 mm. profundizando hasta llegar al tejido conjuntivo (según técnica de Escachs). En este caso eludimos los puntos de sutura. Previamente a la intervención de las verrugas plantares debemos extirpar las capas hiperqueratósicas que normalmente aparecen, cubriendo la masa tumoral. De esta forma nos permite mejor circunscribir la neoformación papilar.

En esta técnica, como en la anterior, es útil disponer de un colaborador, ya que el operador, puede realizar la hemostasia preventiva con la mano izquierda con presión digital, mientras la derecha practica la intervención. Y el colaborador separa la masa tumoral y con la otra mano seca con gasas la herida.

Normalmente no aplicamos el manguito compresivo a nivel del tobillo, para realizar la hemostasia preventiva, ya que siempre va acompañado de molestias por parte del paciente, al no estar anestesiada la zona donde se halla la compresión. Aunque podemos decir, que debido al poco espacio de tiempo que usamos en la extirpación de la verruga, estas molestias serían mínimas. El procedimiento que usamos para evitar el enmascaramiento del campo operatorio, consiste en la presión digital y la flexión dorsal del pie.



*Incisión para la extirpación de verrugas dorsales.*

Resumiendo podemos decir: Que no aplicamos suturas en la cara plantar del pie, dejando granular los tejidos por segunda intención, evitando de esta forma cicatrices dolorosas. Que sí suturamos la piel, en la cara dorsal del pie, ya que no plantea problemas de presión. Que para evitar la hemorragia peroperatoria no usamos el compresor y sí la compresión digital y el secado con gasas.

*Incisión para la extirpación de verrugas plantares.*

Ahora vamos a matizar, como cohibimos la hemorragia finalizada la intervención. Una vez extirpada la verruga, podemos usar los siguientes procedimientos: el 1.° de ellos consiste en una torunda pequeña de algodón y con un soporte metálico, untamos con solución de percloruro de hierro al 30 %, y hacemos unos toques en forma de paleta, no frotando, sobre toda la superficie cruenta. Hay que advertir que el percloruro de hierro estropea el instrumental en contacto con él. Si existe un vaso que sangra, nos puede ir mejor todavía la bolita del bisturí eléctrico, o bien con unos toques sobre el punto sangrante con el electrocauterio. Otro procedimiento consiste en la aplicación de fibroespuma, espongostán, etc., esponjas hemostáticas, que en contacto con la herida evita la hemorragia y se disuelve fácilmente. También podemos ligar con catput, si sangra un vaso, aunque raras veces es conveniente. Otro de los procedimientos que usamos, es el vendaje discretamente compresivo, sin ninguna clase de hemostáticos. Así resumiendo podemos decir que usamos para cohibir la hemorragia postoperatoria, el percloruro de hierro, el bisturí eléctrico, el electrocauterio y el vendaje discretamente compresivo.

Posteriormente a la cohibición de la hemorragia, aplicamos de una manera sistemática pomadas que estimulen la granulación de los tejidos, tal como el Haluferin pomada, linitul, tulgrasum, etc., evitando los antisépticos colorantes, que puedan enmascararnos la herida. Posteriormente aplicamos el vendaje. Este vendaje lo iniciamos con la colocación de una o dos gasas estériles, mantenidas con esparadrapo ancho, no circular al pie, para evitar los trastornos circulatorios, después aplicamos algodón que cubra la superficie del retropié o del antepié, según esté localizada la herida operatoria y con vendas de 5 x 7, empezamos el vendaje discretamente compresivo. Terminado este, colocamos un vendaje tubular con malla, que mantenemos en sus estremos con esparadrapo.

Normalmente el vendaje que hemos realizado, es lo suficiente voluminoso para que impida utilizar su calzado habitual, por lo que previamente le aconsejaremos nos traiga una zapatilla ancha. Si aun así no entra el pie, colocaremos el talón protegido por el contrafuerte y colocaremos el pie, encima de la zapatilla, sujetándola con una venda o pañuelo en el antepié.

Hoy en día disponemos de unas zapatillas apropiadas para la cirugía del pie, que nos facilita la deambulación y es más estético y cómodo para el paciente. También pueden ser de utilidad las zapatillas que se dispensan en las casas de ortopedia, que se usan para punto de apoyo para los vendajes escayolados de la extremidad inferior.

Finalizada la operación, y estando dispuesto el paciente para regresar a su domicilio, le anotamos unos consejos que debe de seguir:

1.° Que no ande mucho después de la operación, porque es frecuente que sangre la herida.

2.° Que guarde reposo las primeras 24 horas.

3.° Que llame a nuestra consulta (en todas las dudas que se presenten) en caso de que el dolor no calme con un analgésico, si aparece muy manchado de sangre el vendaje, etc.

4.° Que venga a curarse al tercer o cuarto día de la operación.

De medicación le aconsejaremos la aplicación de un analgésico tipo cibalgina o nolotil en supositorios. No siendo necesario el uso de antibióticos.

Las curas las iniciamos al tercer o cuarto día de operado, apreciando la gran satisfacción del paciente por las pocas molestias que ha padecido. En algunos casos, ni llegan a tomar el analgésico. En las verrugas plantares, en esta 1.ª cura, aparece el orificio postoperatorio cubierto de tejido de granulación y de tejidos vecinos, quedando al mismo nivel que la piel. En las próximas curas aparece tejido hiperqueratósico que debemos de resecar tantas veces como se reproduzca y posteriormente la aplicación de pomadas que estimulen la epitelización. La curación total del proceso es de tres semanas aproximadamente. Las curas deben ser simples, sin ninguna clase de almohadillado de descarga de la herida, a excepción de que esté localizada en un punto de mucha presión. Si la verruga estaba localizada en el dorso del pie y se ha extirpado con sutura de los bordes de la herida, realizamos la cura a los 7 días después de la operación, a no ser que anteriormente le molestase. Sacándole los puntos y efectuando una cura seca, que mantendrá durante 3 ó 4 días más.

*Vendaje post-operatorio.*

El instrumental de curas debe ser estéril, así como los apósitos que empleamos, no hay que olvidar que como decíamos anteriormente, el pie es una de las partes más sépticas del organismo y que pueden anidar toxinas tetánicas, y con una puerta de entrada como es la herida quirúrgica, podríamos tener complicaciones graves que debemos prevenir. Existen compañeros que aplican sistemáticamente en todos los casos de cirugía en el pie, una gamma globulina antitetánica. A nuestro modo de entender es innecesario, siempre y cuando se guarde todos los principios que pregonizamos.

Seguidamente vamos a hablar de las complicaciones, por tratamiento quirúrgico de las verrugas. Vemos con relativa frecuencia, pacientes que han sido tratados quirúrgicamente por verrugas plantares y que al cabo de dos meses aproximadamente de la operación, plantean los mismos problemas y en algunos casos éstas han aumentado.

Estos fracasos de la cirugía, pueden aparecer, con la aplicación de técnicas quirúrgicas correctas, bien porque las curas postoperatorias, no se hayan realizado conve-

nientemente, o bien porque se han suturado los bordes de la herida, tal como nosotros aconsejamos, pero en la cara dorsal del pie.

En el primero de los casos aparece un heloma, o sea, que toda aquella oquedad que habíamos producido al extirpar en bloque la verruga, ha sido cubierta de queratina, dando las mismas molestias que la verruga. Este proceso ha sido motivado, al no extirpar las capas hiperqueratósicas que se van apreciando en las curas sucesivas de la herida operatoria, impidiendo la normal cicatrización. En estos casos debemos enuclear este heloma y aplicar una plantilla de descarga de la zona, pudiendo regenerar de nuevo los tejidos, aunque en muchos casos debe ser intervenido nuevamente, como si se tratase de una verruga. Recordamos un caso, en un estudiante de medicina, que fue intervenido en el dispensario de la Escuela, por verruga plantar en el talón, y que no apareció hasta transcurridos dos meses de la intervención, con la aparición de un heloma y que hacía unos días que empezaba a molestarse y que pensaba que se le había recidivado.

Cuando la herida quirúrgica ha sido suturada y se halla localizada en su cara plantar, pueden aparecer cicatrices hiperqueratósicas dolorosas, especialmente si ésta se halla en un punto de imposta, planteando problemas a la deambulación. Esto no quiere decir que todas las suturas en la cara plantar, estén supeditadas a ser dolorosas, pero es verdad que exponemos al paciente a esta compli-

*Heloma post-intervención quirurgica.*

*Cicatriz post-operatoria por por sut ura.*

cación, por ello pregonizamos la cicatrización por segunda intención (según técnica de Escachs). Con este procedimiento prolongamos su curación, si lo comparamos con el que realizamos con sutura, pero eludimos sus complicaciones.

Finalizado de exponer el tratamiento quirúrgico de las verrugas y sus posibles complicaciones, vamos a relatar muy brevemente, los procedimientos físicos, químicos y medicamentosos, más usuales reseñando las ventajas e inconvenientes de algunos de ellos.

Vamos a iniciar con los procedimientos físicos, basados por la acción del frío y de la electricidad.

Por el frío, podemos conseguir la extirpación de las verrugas, por la nieve carbónica, que condiciona la necrosis de los tejidos por congelación. Sus cualidades son: Que el proceso de congelación es indoloro y que es fácil de aplicar. Sus inconvenientes: Que no se puede aplicar en verrugas que estén situadas en una superficie ósea, tendinosa, nerviosa o vascular, o en el caso de que haya poco tejido subcutáneo. Que debe guardar reposo 3 ó 4 días y que no se puede aplicar en las verrugas diseminadas.

Por la acción de la electricidad, podemos conseguir eficaces resultados con los siguientes procedimientos: ELECTROCOAGULACION, ELECTROLISIS, RADIOTERAPIA, Y RADIUMTERAPIA.

LA ELECTROCOAGULACION. Es uno de los procedimientos más usados y eficaces.

Como ventajas tiene: Una acción hemostática y otra acción aséptica. También podemos decir que es muy poco frecuente el desarrollo de cicatrices dolorosas.

Inconvenientes: El más destacable es el retardo de cicatrización en algunos de los casos y motivado precisamente al no saber la profundidad de la tumuración. Si cauteriza mucho los tejidos, facilita el retardo de cicatrización y si por el contrario no llegan a la base tumoral, puede recidivar el proceso. Como en el caso de la nieve carbónica, se debe de evitar la aplicación en superficies óseas, o elementos vitales del pie.

Este procedimiento, lo hemos practicado en un centro quirúrgico, donde veíamos con mucha frecuencia verrugas, y si bien nos daba muy buenos resultados, teníamos algunos casos, que nos obligaba aplicar botinas de yeso, para no impedir la deambulación y descargar por completo la zona cauterizada.

ELECTROLISIS. Consigue la destrucción de los tejidos, aprovechando los efectos cáusticos de la corriente continua.

Posee las mismas ventajas e inconvenientes que la electrocoagulación, se practica en verrugas muy pequeñas.

RADIOTERAPIA. Procedimiento eficaz y muy usado, con grandes éxitos y numerosos fracasos.

*Cicatriz por Radiodermitis.*

Sus ventajas: Que su aplicación es indolora y cuando el proceso va acompañado de éxito la verruga cae, por sí sola, a las tres semanas aproximadamente.

Sus inconvenientes, son los frecuentes fracasos que observamos en nuestras consultas, por radiodermitis, úlceras tórpidas, que en muchas ocasiones debe intervenir la cirugía plástica. También este es el mecanismo de que un proceso completamente benigno, degenere con la aplicación de los Rayos X.

En la Residencia Sanitaria de la Seguridad Social de Barcelona, hubo recientemente unas conferencias, que sacaron en conclusión la no aplicación sistemática en personas de menos de 40 años, de la radioterapia, por procesos artrálgicos o afecciones de la piel, que no estuvieran considerados como malignos.

RADIUMTERAPIA. La extirpación de las verrugas por medio de sustancias radiactivas, posiblemente sea menos aconsejable que la radioterapia, ya que hemos visto más serios problemas y este procedimiento no es en cambio indoloro, ya que hay que aplicar agujas en la zona tumoral con sustancias radiactivas, y con el consiguiente reposo.

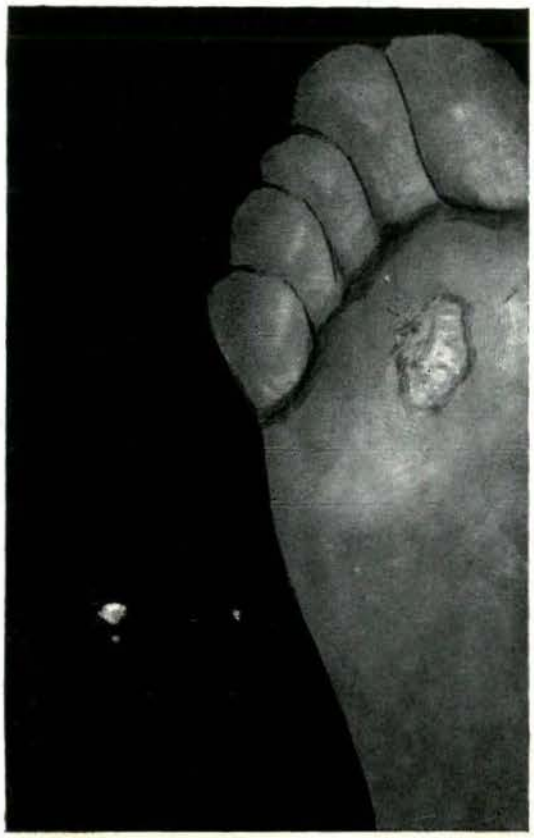
Vamos a seguir a continuación con los procedimientos químicos, posiblemente los más usados para la extirpación de las verrugas.

Desglosamos entre las sustancias químicas las de acción enérgica y las de acción suave.

Entre los primeros, o sea los de acción enérgica, disponemos de los ácidos y los alcalis.

Entre los ácidos enérgicos más usados tenemos:

El ácido monocloroacético, A. Tricloroacético, A. nítrico, A. Pirogálico, el Fubgold, preparado en tabletas, etc.



*Cicatriz por Radiumterapia.*

Entre los suaves: tenemos el nitrato de plata, ácido acético, resina de podofileno, etcétera.

El Acido monocloroacético, es el más eficaz, puede usarse en forma cristalina o en solución sobresaturada. Su aplicación va acompañada de dolor, especialmente en la fase final del tratamiento.

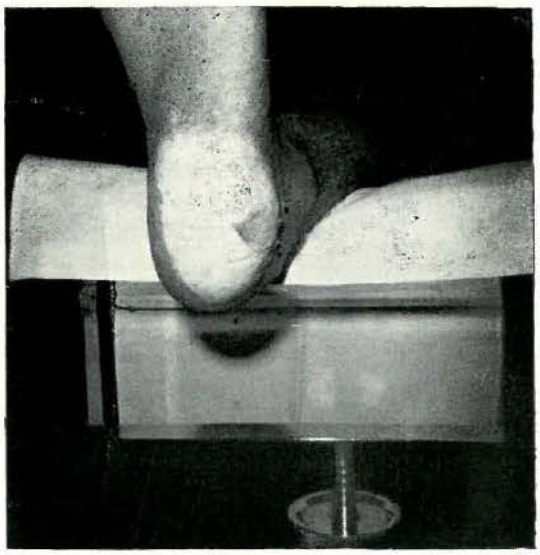
El ácido tricloroacético, es de acción más lenta, por lo tanto es útil para las verrugas localizadas en los espacios interdigitales y las periungueales.

El ácido nítrico, es eficaz pero su acción es muy limitada, por lo que hay que aplicarlo diariamente, o a días alternos, extirpando previamente las escaras por coagulación de

los tejidos de la verruga. Para mantener durante mayor tiempo la sustancia cáustica, sobre la verruga, consideramos útil mezclar el ácido nítrico con papel de filtro, hasta conseguir una manteca.

El Fubgold, es un cáustico de acción penetrante, que se aplica directamente en las verrugas en forma de tabletas y previamente protegidos los tejidos sanos, con fieltro, o con otro almohadillado. Su acción es eficaz.

Los alcalis son poco usuales por lo difíciles que es controlar su acción. Entre ellos tenemos el hidróxido sódico y el potásico. Los ácidos suaves, los usamos muy poco para el tratamiento de las verrugas plantares, ya que su acción es muy superficial y nos condiciona muchas veces a la prolongación del tratamiento y en algunos casos al fracaso.



*Aplicación desmesurada de caústicos químicos.*

Los consideramos útiles para el dorso del pie y las de la mano.

Y ahora, finalmente, vamos a reflejar las sustancias medicamentosas, que si bien no podemos darle la misma importancia que a los procedimientos mencionados, nos dan en ocasiones buenos resultados. Uno de los productos que usamos es la Lisozima, bien en tabletas o en inyectables; es un preparado antiviriásico, de eficacia en muchas alteraciones de la piel. El profesor italiano MARIO SANNINO, detalla una estadística de siete casos, tratados con Lisozima en verrugas plantares, teniendo resultados positivos en 6 de ellos y en el 7.°, la curación de 4 verrugas sobre 5.

El magnesán en comprimidos, es un diurético, que también ha dado muchos resultados a Escachs.

El cloruro de magnesia, la autohemoterapia, reptilase niyectables que es un antihemorrágico, la vit. A, etc., también han dado resultados positivos en las verrugas.

Nosotros consideramos la conveniencia de familiarizarse, con algunos de ellos, para conocer mejor sus reacciones.

Como verán la neoformación papilomatosa, es un proceso que tiene muchísimos tratamientos eficaces para su curación, y a estos hay que tener en cuenta un hecho sorprendente, afirmado por muchos autores dignos de crédito: Que la sugestión puede tener el mismo efecto. Por otra parte las verrugas pueden desaparecer en cualquier momento. Y aquí me hace acordar aquellas palabras de nuestro querido profesor Vilanova (q.e.p.d.), el cual decía, que un tratamiento eficaz para las verrugas consiste en lanzar siete piedras al río en una noche de luna.

**Salzburgo, del 28 de septiembre al 1.° de octubre de 1973.**

# VII CONGRESO MUNDIAL DE PODOLOGIA

Tal y como ya se ha venido anunciando en anteriores Revistas, nos es grato en la presente dar publicidad a las circulares que la Agencia de Viajes ha remitido a todos los agrupados, asi como la información recibida del Comité Organizador del Congreso, incluído un Avance de Programa del propio Congreso.

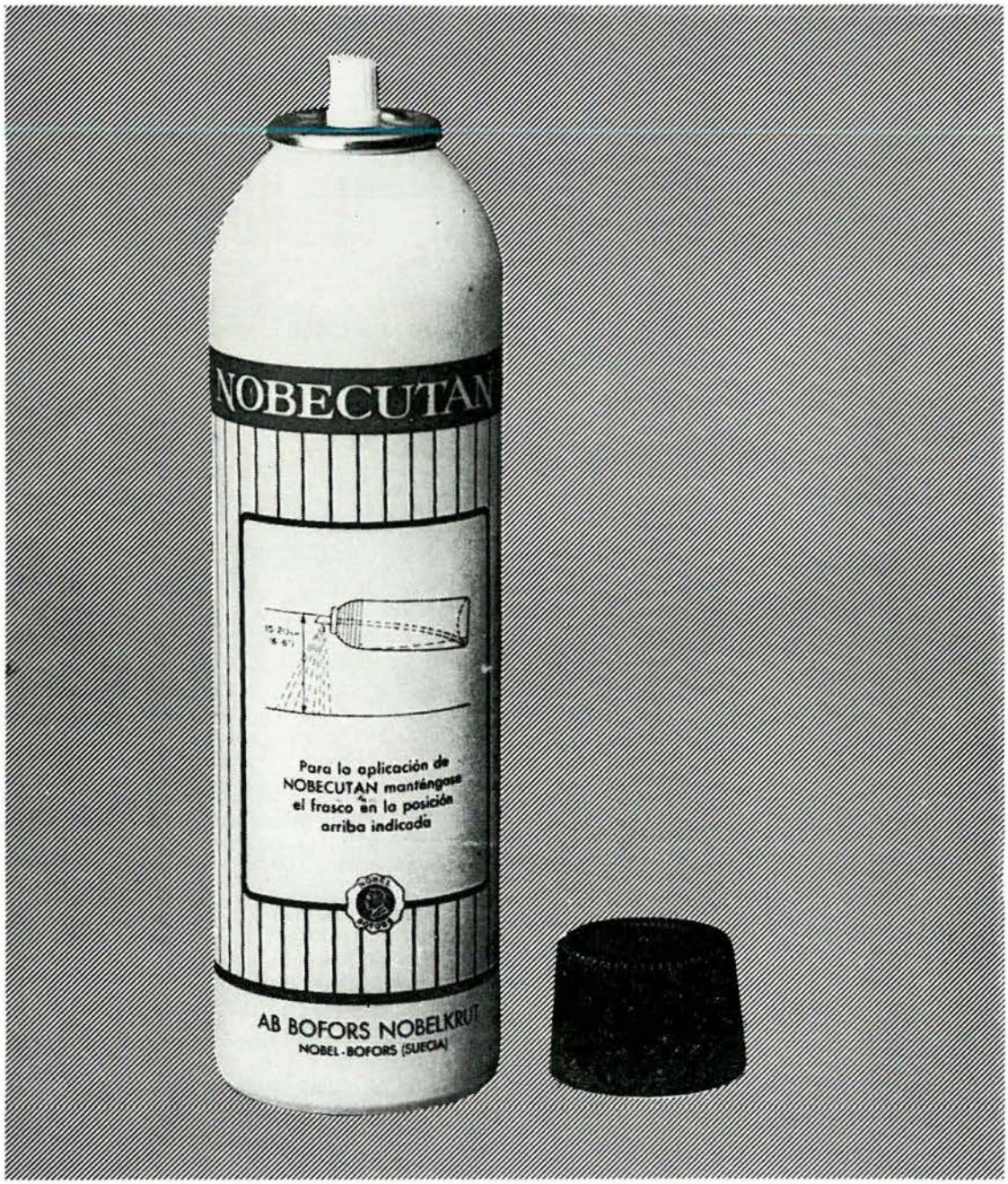
Una vez más hemos de agradecer sinceramente a nuestros colegas austríacos el enorme esfuerzo desarrollado para organizar este Congreso. Por todo cuanto en el Avance de Programa indican, vienen a demostrar su afán de ofrecer a todos los asistentes al mismo, un marco de incomparable belleza unido a una serie de actos científicos dignos de todo elogio y una serie de actos recreativos de los que dejan imperecedero recuerdo a quienes los viven.

Todo ello y quizás más, es lo que Austria y sus habitantes tiene reservado para los Podólogos de todo el mundo que acudan a Salzburgo. Es pues un deber de todos el procurar estar presentes para agradecerles personalmente con la presencia, con el aplauso, con el calor cariñoso de la amistad, ese tremendo esfuerzo llevado a cabo. Estamos seguros de que los que allí acudan regresarán a sus hogares con una luz de intensa felicidad en sus pupilas por las grandes maravillas vistas; con el grato sabor de unos días inolvidables; con el deseo de volver. Esto es Austria y sus habitantes.

Oficiosamente ha llegado a conocimiento de esta Redacción que son ya alrededor de 130 compañeros españoles los que se desplazan a Salzburgo. Es verdaderamente un éxito que pone de manifiesto el constante y creciente interés de los profesionales podólogos ante toda clase de manifestaciones de tipo profesional. Y así Austria, esta vez, se verá «invadida» por una numerosa representación española. Esperemos y deseemos que todo salga según lo programado.

# NOBECUTAN

## APOSITO PLASTICO ESTERIL ANTISEPTICO, EN FORMA DE AEROSOL.




LAB. INIBSA - Loreto, 8 BARCELONA-15

# Programa de viajes a SALZBURGO

**para participar en el VII CONGRESO MUNDIAL DE PODOLOGIA, del 28 de Septiembre al 1 de Octubre de 1973**

Barcelona 1.º de junio de 1973

VII CONGRESO INTERNACIONAL DE PODOLOGIA
Salzburgo, 28 de septiembre al 1.º de octubre de 1973

Muy señor nuestro:

Habiéndonos encargado la AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA, el organizar un viaje colectivo para asistir al Congreso de la referencia, por indicación de la misma plácenos ponernos en contacto con Ud. para remitirle el programa de viaje que hemos establecido para los Delegados españoles.

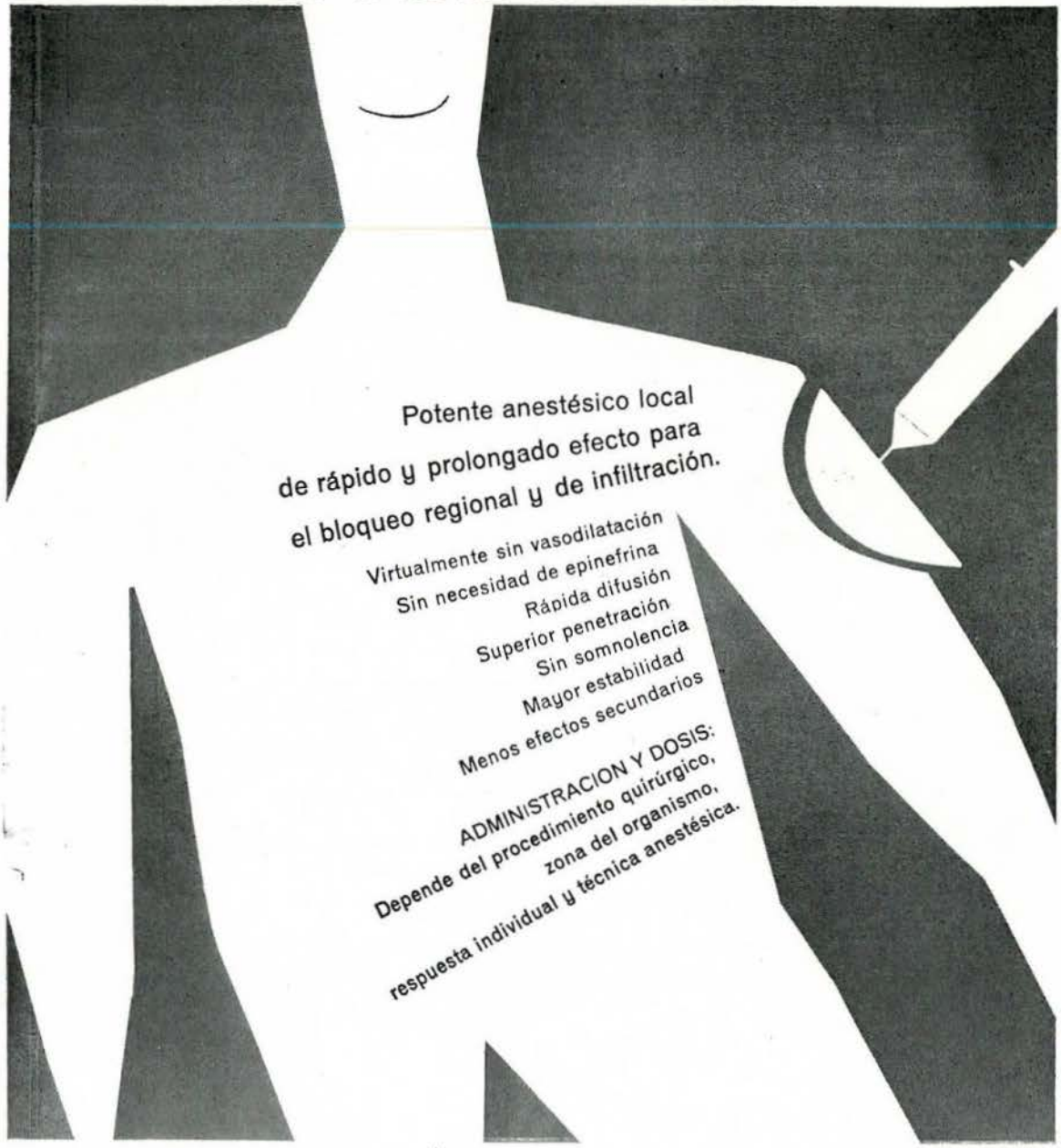
Además del programa de viaje en autocar le remitimos los dos proyectos que podrían efectuarse en avión, por lo que de ser de su interés, le agradeceremos nos lo indique en el Formulario de inscripción en el viaje, que le rogamos nos devuelva antes del 20 de los corrientes, con objeto de solicitar del Comité Organizador del Congreso el correspondiente cupo de alojamiento para los participantes españoles.

Pendientes de sus gratas noticias, quedamos a su más completa disposición para facilitarle cualquier otra información complementaria que desee.

Atentamente

VIAJES LLOS PAGES, S. L.
José Ramón Marín
Director

# scandicain



Potente anestésico local
de rápido y prolongado efecto para
el bloqueo regional y de infiltración.

Virtualmente sin vasodilatación
Sin necesidad de epinefrina
Rápida difusión
Superior penetración
Sin somnolencia
Mayor estabilidad
Menos efectos secundarios

ADMINISTRACION Y DOSIS:
Depende del procedimiento quirúrgico,
zona del organismo,
respuesta individual y técnica anestésica.

PRESENTACIONES:

| | | |
|---|---|---|
| 1 % | 3 | iny. de 10 c.c. |
| | 25 | iny. de 10 c.c. (E. C.) |
| 2 % | 6 | iny. de 2 c.c. |
| | 25 | iny. de 2 c.c. |
| | 100 | iny. de 2 c.c. (E. C.) |
| | 3 | iny. de 10 c.c. |
| | 25 | iny. de 10 c.c. (E. C.) |
| 3 % | 6 | iny. de 2 c.c. |
| | 100 | iny. de 2 c.c. (E. C.) |

SUECIA

CONCESIONARIOS
**INIBSA**
Loreto, 8
BARCELONA

*Castillo de Klesheim*

# ITINERARIO "A"

**21 de septiembre MADRID - BARCELONA**

Salida a primera hora de la mañana con destino a Zaragoza (almuerzo) y continuación del viaje hacia Barcelona. Llegada. Cena y alojamiento en el Hotel.

**22 de septiembre BARCELONA - AIX EN PROVENCE**

Salida a las 09.00 horas (los pasajeros procedentes de Madrid desayunarán en el Hotel) en dirección a la Junquera. Trámites de frontera y continuación del viaje hacia Perpignan y Narbonne (almuerzo). Por la tarde, se proseguirá hacia Aix en Provence. Cena y alojamiento en el Hotel.

**23 de septiembre AIX EN PROVENCE - MONTECARLO**

Desayuno en el Hotel y salida a las 09.00 horas hacia Montecarlo. Almuerzo, cena y alojamiento en el Hotel. Tarde libre para visitar la ciudad.

**24 de septiembre MONTECARLO - VERONA**

Desayuno en el Hotel y salida a las 09.00 horas hacia la frontera italiana. Trámite de policía y aduana continuando hacia Milano (almuerzo). Por la tarde salida hacia Verona. Cena y alojamiento.

**25 de septiembre VERONA - VENECIA**

Desayuno en el Hotel y salida a las 09.00 horas hacia Venecia. Almuerzo, cena y alojamiento en el Hotel. Tarde libre para visitar la ciudad.

**26 de septiembre VENECIA - SALZBURGO**

Desayuno en el Hotel y salida a las 08.30 horas hacia Viena. Almuerzo, cena y alojamiento en el Hotel. Día libre para visitar la ciudad.

**27 de septiembre SALZBURGO - VIENA**

Desayuno en el Hotel y salida a las 08.30 horas hacia Viena. Almuerzo, cena y alojamiento en el Hotel. Día libre para visitar la ciudad.

**28 de septiembre VIENA - SALZBURGO**

Desayuno en el Hotel y salida a las 09.00 horas hacia Salzburgo. Alojamiento en el Hotel. Día libre para participar en los actos preparados por el Comité del VII CONGRESO MUNDIAL DE PODOLOGIA.

**29 de septiembre al 1.º de octubre SALZBURGO**

Estancia en el Hotel a base de habitación y desayuno. Días libres.

**2 de octubre SALZBURGO - BERNA**

Desayuno en el Hotel y salida a las 09.00 horas hacia Berna, pasando por Feldkirch (almuerzo) hasta llegar a la frontera suiza. Trámites de aduana y continuación hacia Berna. Cena y alojamiento.

**3 de octubre BERNA - VALENCE**

Desayuno en el Hotel y salida hacia Ginebra (almuerzo). Tiempo libre. Por la tarde, continuación hacia Valence. Cena y alojamiento.

**4 de octubre VALENCE - BARCELONA**

Después del desayuno, salida a las 09.00 horas hacia Montelimar, para llegar al valle del Ródano y almorzar en Narbonne. por la tarde continuación hacia Barcelona. Llegada a última hora de la tarde (FIN DEL VIAJE para los señores participantes que hayan iniciado el mismo en Barcelona). Cena y alojamiento en el Hotel.

**5 de octubre BARCELONA - MADRID**

Desayuno en el Hotel y salida hacia Zaragoza donde se almorzará. Por la tarde continuación del viaje con destino a Madrid. Llegada a última hora de la tarde y FIN DEL VIAJE.

PRECIO POR PERSONA:

| | |
|---|---|
| Desde Barcelona . . . . . | 13.200'— Ptas. |
| Desde Madrid . . . . . | 14.700'— Ptas. |

ESTE PRECIO INCLUYE UNICAMENTE:

— Transporte en autocar ocupando butaca reclinable.
— Alojamiento en Hoteles de tipo Turista en habitaciones dobles.
— Todas las comidas, excepto en Salzburgo, que sólo incluye el desayuno.
Propinas a maleteros en Hoteles.
— Los servicios de un guía experimentado que cuidará de la buena marcha del viaje.

# ITINERARIO "B"

**SALZBURGO.**—(Congreso - Salida el día 27 deseptiembre. Regreso el día 2 de octubre). Incluyendo alojamiento en habitaciones dobles con baño, todos los desayunos y pasaje de ida y vuelta en avión de línea regular.

| | |
|---|---|
| Desde Barcelona . . . . . | 11.400,— Ptas. |
| Desde Madrid . . . . . | 12.900,— Ptas. |

# ITINERARIO "C"

**BUDAPEST (3 noches), VIENA (3 noches) y SALZBURGO (4 noches).** — Salida el día 22 de septiembre. Regreso el día 2 de octubre. Incluyendo alojamiento en habitaciones dobles con baño; todos los desayunos; traslados desde los aeropuertos a los Hoteles y viceversa; visitas turísticas y pasaje de ida y vuelta en avión de línea regular.

| | |
|---|---|
| Desde Barcelona . . . . . | 18.400,— Ptas. |
| Desde Madrid . . . . . | 19.900'— Ptas. |

Agrupación
de Podólogos de España

**VII CONGRESO MUNDIAL DE PODOLOGIA**
**Salzburgo 28 septiembre al 1.° de octubre 1973**

**FORMULARIO DE INSCRIPCION**

Sr. D. .....

Dirección ..... Teléfono .....

Ciudad ..... Provincia .....

**ACOMPAÑANTES:** (nombre y apellidos)

1.°) .....

2.°) .....

3.°) .....

4.°) .....

NOTA IMPORTANTE:

— El Itinerario «A» está basado en un mínimo de 40 participantes y el «C» en un mínimo de 15, que viajen conjuntamente desde Madrid o Barcelona. De no alcanzarse dicho número el precio del viaje sería incrementado adecuadamente.

— Todos los precios expresados en este programa pueden ser objeto de reajuste en caso de modificaciones de las tarifas vigentes, variaciones en los cambios de moneda, etc.

RESPONSABILIDADES: Esta Agencia declara explícitamente que, como Agencia de Viajes actúa única y exclusivamente como intermediaria entre los viajeros y entidades o personas que facilitan los servicios que constan en los itinerarios, tales como empresas de transportes, hoteles, restaurantes, etc., no siendo, por tanto responsables de las diferencias de los servicios prestados, así como de los de los robos, daños o accidentes que pudieran producirse tanto en las personas como objetos de propiedad de viajeros. En caso de accidente el señor viajero se somete a la legislación en materia de accidentes por carretera de la nación en la que se halla matriculado el vehículo, pagándose en moneda legal del mismo y renunciando a cualquier otro derecho que pudiera corresponderle.

ALTERACIONES: Esta Agencia se reserva el derecho de introducir modificaciones en los viajes, bien por fuerza de causa mayor o mejor desarrollo de los mismos.

EQUIPAJE: Se admite totalmente gratis el transporte de una maleta por persona que no excederá de 30 Kgs. como máximo. El equipaje y demás objetos personales del viajero no son objeto de contrato de transporte entendiéndose a todos los efectos que aquél los conserva siempre consigo, cualquiera que sea la parte del vehículo en que vayan colocados y que son transportados por el propio viajero y de su cuenta y riesgo, sin que el Organizador venga, por tanto, obligado a responder contractualmente de la pérdida o daños que los mismos pudieran sufrir durante el viaje por cualquier causa. Quien desee un seguro que lo cubra ampliamente podrá suscribir una póliza de equipaje por la cuantía conveniente.

**ITINERARIO DE VIAJE EN QUE DESEA SER SUSCRITO** (Rogamos marcar lo que interese)

ITINERARIOS **A** ..... **B** ..... **C** .....

¿DONDE INICIARA EL VIAJE? En Madrid En Barcelona

HABITACIONES QUE DESEA RESERVAR: DOBLES ..... INDIVIDUALES .....

**CARTA DE CONGRESISTA**

Siendo obligatorio el obtener la CARTA DE CONGRESISTA para participar en los actos del Congreso y poder solicitar el alojamiento correspondiente, le agradeceremos tenga en cuenta que tramitaremos la inscripción para Ud. y acompañantes de acuerdo con los datos que figuren en los apartados 1.º y 2.º.

De haber tramitado Ud. directamente dicha CARTA DE CONGRESISTA, le agradeceremos nos indique lo siguiente:

Fecha en que envió la solicitud .....

Para cuantas personas ..... Importe remitido .....

**VII CONGRESO MUNDIAL DE PODOLOGIA (F.I.P.)**

**Salburg 1973 — Del 28 septiembre al 1.° octubre 1973**

Dirección - Organización Kaigasse, 31 - **A. 5020 - Salzburg** (Austria)
Teléf. (06222) 83 2 92

## I N V I T A C I O N

a todas las Asociaciones Nacionales:

La Asociación de Podólogos de Austria invita a Vd. y a todos sus Miembros, cordialmente al:
**VII CONGRESO MUNDIAL DE PODOLOGIA**

En consecuencia, queremos hacerles partícipes de las siguientes particularidades:

1. PROGRAMA: Lo enviamos con el presente escrito y le rogamos lo den a conocer a sus colegas-miembros.

2. INSCRIPCIONES: Recomendamos se inscriban lo más pronto posible y preferentemente en grupos cerrados. En tal caso el grupo inscrito valdrá como Delegación del país respectivo y/o de su Agrupación de Podólogos. Por esto rogamos a las Asociaciones nos comuniquen cuántos miembros de su jurisdicción prevé que acudan para poder mandarles con tiempo la cantidad necesaria de formularios de inscripción. Este ruego debería ser atendido rápidamente, si es posible hasta el 31-3-73 máximo. Así recibirán Vdes. a vuelta de correo las correspondientes documentaciones para el Congreso y para Hotel. Las hojas de inscripción rellenadas por sus congresistas deben ser entonces reexpedidas a Salzburg lo más rápidamente posible para ser tratadas convenientemente, de forma que podamos adjudicarles las plazas de hotel y de participante. Después de recibir el pago de los correspondientes importes, se enviarán a los participantes las cartas de congresista y acompañante y los bonos de hotel.

3. PLAZO DE INSCRIPCION: Se recomienda la máxima prontitud en efectuar las inscripciones. En las inscripciones que lleguen después del 15 de julio 1973 se cargará un suplemento de AS (Schillings Austríacos) 150,— por cada carta de congresista y AS 100,— por cada carta de invitado o acompañante.

4. TARIFA DE PARTICIPACION: Importe de cada carta de congresista **AS 1.250'—**

**Da los siguientes derechos:**

Participación en la solemne inauguración del Congreso.
Participación en todos los actos científicos del Congreso.
Visita de la Exposición Monográfica.
Recepción en el Palacio de los Festivales de Salzburg.
Visita acompañada a la Ciudad y viaje por la región de Salzkammergut (San Wolfgang y «El Caballito Blanco»).
Velada de Folklore: Salzburg en Canciones, Música y Danza.
Velada en el Castillo Klessheim (a unos 4 Km.) (Baile).
Excursión de 1 día por carretera alpina al Grossglockner, hasta el Glaciar Pasterze.

CARTA DE INVITADO: **AS 1.050,— por persona.**

**Da derecho a las siguientes manifestaciones:**

Solemne recepción en el Palacio de los Festivales.
Visita acompañada a la Ciudad y a la Región del Salzkammergut (San Wolfgang y «El Caballito Blanco».

Velada de Folklore: Salzburgo en Canciones, música y danza.
Noche de baile en el castillo de Klesssheim.
Excursión de 1 día por la carretera alpina al Grossglockner hasta el Glaciar Pasterze.

5. ANULACIONES: En las anulaciones que se reciban hasta el 15 julio 1973, se cobrará una indemnización de AS 250'— por persona.
Hasta el 31 agosto 1973, el importe a percibir en caso de anulación será de AS 500,— de indemnización.
No se aceptará anulación alguna después del 31 agosto 1973. Esto en cuanto a las cartas de Congresistas o acompañantes. En cuanto a los importes para el pago de hotel, sólo se devolverán en caso de que se consiga ocupar la habitación reservada-anulada.

6. TRADUCCION SIMULTANEA: Está prevista la traducción simultánea de las comunicaciones o conferencias a los idiomas alemán, inglés, francés, italiano, así como español, pero para cada idioma deberán haber por lo menos 50 participantes que hayan pagado el importe de la carta de congresista hasta el 15 julio 1973.
Preparemos todo lo mejor posible para que su participación en el Congreso sea lo más provechosa posible. Ayúdenos Vd. de forma que con el mayor número de participantes, el VII Congreso Mundial de Podología de Salzburg sea realmente un útil encuentro de podólogos de todo el mundo.

La dirección Organizadora del VII Congreso Mundial de Podología queda gustosamente a su disposición para todas las informaciones adicionales que crea convenientes.

HASTA LA VISTA EN SALZBURGO

**Rudolf Mohr**
1.er Presidente

**Marga Schicho**
2.ª Presidente
Dir. de Organización del
VII Congreso Mundial
de Podología

---

# PROGRAMA DEL CONGRESO

(Salvo cambios)

Tema general:

**Cuidando sus pies en la juventud Vd. tendrá siempre pies sanos**

**Viernes, 28 de septiembre de 1973**

11.00 h. Inauguración solemne del VII Congreso Mundial de Podología y de la gran exposición del ramo profesional con asistencia de altas personalidades del Estado, de Economía y de la Prensa.
A continuación: Visita de la exposición.

14.30 - 18.00 h. Temas científicos.

20.30 h. Recepción musical organizada por las Autoridades de Salzburgo en el «Kleines Festspielhaus» (Palacio pequeño de Festivales) en honor de los asistentes del Congreso, reporteros y expositores.
Artistas de alto rango acompañan a Ud. en una «gira musical a través de Salzburgo». Se suplica traje de Gala.

**Sábado, 29 de septiembre de 1973**

09.00 - 09.30 h. Visita de la exposición del ramo profesional.

09.30 - 12.30 h. Temas científicos.

12.30 - 14.00 h. Almuerzo, Visita de la exposición.

14.00 - 18.00 h. Visita a la antigua ciudad episcopal de Salzburgo con su maravilloso paisaje. St. Wolfgang recibirá a todos los participantes del Congreso con un «ramillete de bellas melodías» de la mundialmente afamada opereta «El caballito blanco» del compositor austríaco Ralph Benatzky. Un acontecimiento inolvidable para todos.

20.30 h. «Folklore de Salzburgo en música, canciones y danzas».
Se suplica a las Damas y Caballeros —si es posible— el uso de trajes típicos de su país (o traje de calle).
Por la noche se puede cenar una auténtica comida «al Salzburgo». (Esta comida no está incluida en la cuota de inscripción).

**Domingo, 30 de septiembre de 1973**

09.00 - 09.30 h. Visita de la exposición profesional del ramo.

09.30 - 12.30 h. Temas científicos

12.30 - 14.30 h. Almuerzo, visita de la exposición.

14.30 - 17.00 h. Temas científicos y clausura.

18.00 h. Fin de la exposición del ramo profesional.

20.30 h. Noche de baile en el Castillo de Klesheim con una gran «sorpresa» a medianoche. (El Castillo de Klesheim es conocido por la estancia del Presidente Nixon).
La comida se puede tomar a discreción. (No está incluida en la cuota de inscripción).
Desde las 19.00 horas hay un servicio de Autobús —ida y vuelta— entre el Palacio del Congreso (Kongresshaus) y el Castillo de Klesheim.
Traje. Damas: de etiqueta o de Cocktail. — Caballeros: Smoking o traje negro.

**Lunes, 1.° de octubre de 1973**

20.30 h. Excursión del día: Visita al «Rey de las montañas de Austria» es decir: Grossglockner con su nieve eterna, la «Pasterze».
(Recomendamos llevar el pasaporte).
Regreso a las 18.00 h.

**¡¡Y ahora les deseamos una muy agradable y venturosa estancia en Austria!!**

# LABOR DE LAS DELEGACIONES

Con el fin de dar cuenta a los Agrupados de esta Delegación Provincial de Podología, de los acuerdos tomados durante la Reunión General celebrada en Zaragoza con motivo del Simposium Nacional celebrado en aquella ciudad, se convocó una reunión para el día 17 de mayo del presente año, bajo el siguiente Orden del Día.

1.° Salutación de la Presidencia.

2.° Estado económico actual de la Delegación Provincial.

3.° Elevación de la cuota de agrupado.

4.° Estado actual de la propuesta de nuevos estudios de nuestra Especialidad.

5.° Estado de tramitación del proyecto de ingreso en la S. S.

6.° Creación de Departamentos dentro de la Agrupación. Informe, resolución y puesta en marcha.

7.° Congreso Internacional de Salzburgo (Austria).

8.° Viaje a los EE.UU. de América.

9.° Nueva organización de la Delegación Provincial de Podología de Barcelona.

10.° Ruegos y preguntas.

Siendo las 23 horas del día de la fecha, abre la sesión el Sr. Delegado Provincial de Podología, saludando cordialmente a todos los asistentes y agradeciéndoles vivamente su asistencia, se complace en ver como a pesar de celebrar estas reuniones en horas propias de descanso, los compañeros amantes de su profesión, no vacilan en sacrificarse, asistiendo a las mismas. Ello es encomiable y digno de agradecimiento.

Seguidamente se pasa al 2.° punto del O. del D. dando cuenta el Sr. Tesorero del estado actual de la economía de la Agrupación Provincial. Debido a un fortuito equívoco, se disculpa por no tener a mano el libro de contabilidad. Debido a ello y puesto en conocimientos de los asistentes, se acuerda que por la Tesorería se remitirá a todos los agrupados una circular con el resumen del estado económico, lo que se aprueba unánimemente.

Pasados al 3.er punto, toma la palabra el Sr. Delegado para exponer los acuerdos tomados en la Asamblea General celebrada en Zaragoza el día 1.° de mayo, en la cual se acordó aumentar las cuotas de agrupado a tenor de las necesidades perentorias de la Agrupación, pasando estas a ser de 100 Ptas. mensuales. Así se acordó por unanimidad entrando en vigor las nuevas cuotas a partir del 2.° trimestre del año en curso. Aparte y en forma espontánea, da cuenta de que un grupo de compañeros asistentes a la mentada Asamblea Nacional, aportó desinteresadamente la cantidad de 1.000 Ptas. cada una con destino a sufragar en parte los gastos dimanantes del desenvolvimiento de la Agrupación.

Por encontrarse presente el Sr. Presidente de la Agrupación de Podólogos de España, D. Leonardo Escachs, el Sr. Delegado Provincial, le invita a que amplíe detalles sobre la reunión habida en Zaragoza, lo que, gustosamente, acepta. Y así, expone una descripción detallada de los gastos que debe mantener la Agrupación de Podólogos así como la Agrupación Provincial, desarrollando en forma exhaustiva los varios «por qué» de la necesidad del aumento de cuotas. Haciendo un inciso al respecto, el Sr. Tesorero, corrobora las palabras del Sr. Presidente, dando cuenta de los gas-

tos como son, compra de maquinaria para las funciones de administración, viajes, correos, instalaciones, etc., etc.

Después de tales exposiciones, en forma unánime se acepta la nueva cuota de 100 pesetas, para la Agrupación de Podólogos de España y, además, una cuota de 25 ptas. para la Agrupación Provincial.

El Sr. Delegado Provincial ruega a todos los asistentes y aparte se aprueba el remitir a todos los agrupados una circular al respecto, sobre la necesidad de efectuar los pagos mensuales de los recibos de la Agrupación por Banco o Caja de Ahorros con el fin de agilizar los cobros y evitar gastos innecesarios de cobro hecho por tercera persona.

Pasados ya al punto 4.º del O. del D. que trata del «Estado actual de la propuesta de estudios de nuestra Especialidad», el Sr. Delegado Provincial, ruega al Sr. Escachs, Presidente de la Agrupación de Podólogos, que sea él quien con voz más autorizada de cuenta a los asistentes de la marcha de los estudios. Así, expone con todo detalle las vicisitudes de nuestra Especialidad, los contratiempos habidos, la proyección de la misma hacia el futuro, el deseo de una modificación de los estudios con los años de carrera precisos para la obtención del Diploma de la Especialidad. Todo ello, siguió diciendo, está en estudio y esperamos en fecha próxima poder dar cuenta del resultado de las gestiones que, como todos saben, no son fáciles de llevar a la práctica. Si no se va más deprisa, no es, por falta de buena voluntad o deseos de los que están al frente de la Agrupación, sino que, siempre es difícil el conseguir modificar estudios, carreras y campos de trabajo. No cejaremos, continuó diciendo, en nuestro empeño y esperamos en todo momento la colaboración de todos los compañeros que se dedican a esta maravillosa Especialidad. Terminó su disertación exponiendo a los asistentes el Plan de Estudios que se considera idóneo para la Especialidad. Todos los asistentes aceptaron unánimemente lo proyectado por el Sr. Presidente.

El 5.º punto que trata del «Estado de tramitación del proyecto de ingreso en la S.S.», es comentado también por el Sr. Presidente al ser la persona que ha llevado personalmente todo el asunto y las negociaciones con las Autoridades de la Seguridad Social. Expone que la idea principal del Simposium celebrado en Zaragoza, fue el acercamiento a la Seguridad Social demostrando que nuestro campo profesional debe ser tenido en cuenta dentro del ámbito laboral y que a la vista de las conclusiones tomadas en dicho Simposium y elevadas al Excmo. Sr. Ministro de Trabajo puedan ser debidamente estudiadas.

Actualmente existen ya un centenar de plazas en centros de Gerontología, ocupadas por compañeros, con unos horarios de trabajo altamente interesantes y unos no menos interesantes honorarios. A este respecto pide la palabra uno de los presentes —el Sr. Masip— quien indica tiene noticias sobre unas declaraciones efectuadas por el Sr. Delegado Provincial de la Seguridad Social de Barcelona referentes a que «se debe abolir este puesto de trabajo por ser demasiado oneroso». Responde a ello el Sr. Escachs indicando va a ser muy difícil tal contingencia a tenor de que tales puestos de trabajo han sido creados y aprobados por el propio Ministerio de Trabajo y por tanto, no se concibe pueda existir una contradicción al respecto.

Pasados ya al punto 6.º, que trata de la «Creación de Departamentos dentro de la Agrupación», pide la palabra el Sr. Escachs para aclarar este punto indicando la necesidad que hay de tal creación y el porqué de ello. Enumera todas y cada una de las facetas necesarias para el mejor desarrollo de nuestra Especialidad, organizando bien cada uno de los apartados que directa o indirectamente, tienen una vinculación íntima con la Podología, Asesores de Estudios; Farmacología (es decir, relaciones con los distintos Laboratorios y Casas Comerciales); Relaciones con fábricas de calzado, de material quirúrgico —tanto nacional como extranjero—; organización de cursillos; archivos, etc., etc. Son muchas las facetas a desarrollar y cada una de ellas altamente interesante. Por tanto, recaba de los asistentes su colaboración para poner en marcha tales Departamentos en los que se tienen puestas unas muy buenas esperanzas. Y se acuerda remitir una circular a todos los agrupados con el fin de darles cuenta de lo acordado y ampliar a todos el deseo de colaboración en pro de la Podología.

El punto 7.º, que trata del «Congreso In-

# Algesal Activado

**POMADA ANTIRREUMATICA Y ANALGESICA ULTRAPENETRANTE PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR LOCAL**

FORMULA:

| | |
|---|---|
| SALICILATO DE DIETILAMINA | 10 g. |
| NOPOXAMINA | 1 g. |
| EXCIPIENTE | c.s.p. 100 g. |

POSEE UN OLOR AGRADABLE
GRASA
NO ENGRASA
TOLERANCIA EXCELENTE

**gran poder de penetración**

TUBO CON 50 g. DE POMADA - P.V.P. 94,90 Ptas.

KALI-CHEMIE ARZNEIMITTEL

KALI-CHEMIE IBERIA, S.A.
Apartado 12068. Barcelona
Tel. Barcelona 2392327
Tel. Madrid 2769276
Tel. Sevilla 213922
Tel. Valencia 228923
Fabricación y venta: Orfi Farma, S.A.

ternacional de Podología a celebrar en Salzburgo (Austria)», despierta el interés de los asistentes. El Sr. Delegado da lectura al Avance de Programa de dicho Congreso el cual, perfectamente organizado, ha de ser altamente interesante para los que al mismo asistan, tanto en su parte científica como en su parte camercial (las exposiciones de material en los Congresos Internacionales, son verdaderamente dignas de ser visitadas). Aparte, siguió diciendo, se tienen noticias de una serie de actos recreativos que el Comité Organizador está organizando para ofrecer a los visitantes de todo el Mundo, detalles de recuerdo imperecedero en un maravilloso marco cual es Austria. Recabó de todos los compañeros estudien la posibilidad de desplazarse para dejar constancia una vez más de la presencia española en todos y cada uno de los actos de tipo profesional que se celebran.

Pide la palabra el Sr. Escachs para indicar las gestiones que se han realizado ya y que se ha conseguido obtener la traducción simultánea al español de todo el Congreso SIEMPRE Y CUANDO EL NUMERO DE ASISTENTES ESPAÑOLES AL MISMO NO SEA INFERIOR A 50 INSCRIPCIONES. Dice, está seguro de poder rebasar con creces tal número pues aparte de la importancia del Congreso en sí, se ha programado un viaje con un recorrido de gran interés y atractivo, a través de la Agencia de Viajes Llos-Pagés de Barcelona y del cual da cuenta a los asistentes, así como del importe del mismo que en sus distintas facetas es como sigue:

Viaje en autocar ..... 13.200 Ptas. por persona

Viaje en avión ..... 18.500 Ptas. por persona

Carta de Congresista ..... 3.750 Ptas.

Todos estos precios pueden sufrir alguna variación si bien en principio son los señalados por la Agencia de Viajes.

Con el fin de ofrecer el máximo de divulgación, se acuerda remitir a todos los Agrupados una circular en la que se exprese el desarrollo del viaje, el programa del Congreso y los presupuestos correspondientes.

Pasados ya al punto 8.° que trata del «Viaje a EE.UU. de América», toma de nuevo la palabra el Sr. Escachs, por indicación del Sr. Delegado para que sea él quien con palabra más autorizada exponga a los asistentes en desarrollo de este viaje. Así, el Sr. Escachs expone la cada día más importante necesidad que hay de mantener estrechos contactos con profesionales de otros países y para nosotros, por una serie de afinidades de estudios, ha de ser altamente provechoso el contacto con los profesionales de EE.UU. Explica someramente el resultado de sus gestiones realizadas en su viaje a aquel país y los contactos por carta mantenidos desde entonces y está plenamente convencido de que, al reanudar personalmente tales contactos, se han de reforzar los lazos que nos unen en provecho, sin lugar a dudas, de la Podología española.

Con el fin de dar cuenta a todos del estado actual del viaje, presenta unos estudios efectuados por una Agencia de Viajes y las condiciones en que se puede realizar. Se ha hecho un estudio sobre 155 personas en vuelo Charter y la forma de pagar el importe puede hacerse mediante el abono de cantidades mensuales en una Cuenta Corriente abierta en el Banco de Bilbao. Además las cantidades abonadas hasta dos meses antes de la fecha de partida serán devueltas a los impositores en el caso de que por cualquier circunstancia no pudieran realizar el viaje. Después de este plazo de dos meses, caso de surgir alguna dificultad, se les descontaría la parte proporcional que la Agencia de Viajes deberá abonar por la reserva de plazas ya sea en el avión como en los distintos hoteles de América.

Los precios que están programados son:

Ida y vuelta Barcelona-Nueva York-Barcelona ..... 10.500 Ptas.

Viaje completo con estancias en Washington, Filadelfia y Nueva York (visitando las Escuelas de Podyatría) ..... 18.500 Ptas.

Estos precios, indica el Sr. Escachs, cubren solamente la parte de viajes y alojamientos, siendo por cuenta de los asistentes, la manutención.

También se acuerda remitir una circular a todos los agrupados con el de ofrecerles una más amplia divulgación al respecto.

Después de unos comentarios sobre este punto, se pasa ya al 9.°, que hace referencia a «Nueva Organización de la Delegación Pro-

vincial de Podología». Se ponen los cargos de los miembros de la Junta adisposición del Sr. Delegado Provincial quien recaba de los asistentes nombres de compañeros para suplir a los actuales. Dado el número de asistentes, resulta un tanto difícil el poder llevar a efecto esta renovación en la forma necesaria por lo cual se toma el acuerdo de remitir una circular a todos los Agrupados con el fin de recabar su colaboración personal ofreciendo los cargos de la Junta provincial, siguiendo de momento los hasta ahora nombrados.

Y ya se llega al punto 10.º, correspondientes a «Ruegos y Preguntas». Comentarios sobre los viajes a Salzburgo y a los EE.UU. son los que animan a todos los asistentes, formulándose preguntas y respuestas sobre aclaración de puntos, fechas, etc. al respecto.

Antes de dar por finalizada esta reunión el Sr. Delegado Provincial invita cortesmente a todos los presentes a la conferencia que el próximo día 25 dará el compañero Mauri, en el Salón de Actos de la Escuela de Podologos de la Facultad de Medicina de Barcelona, sobre el interesante tema: «Parámetros podológicos y alteraciones de la Biomecánica del Pie».

Siendo las 0 h. 30' del día 18 y no habiendo más asuntos que tratar se levanta la sesión no sin antes agradecer a todos los presentes su asistencia y colaboración.

Barcelona a 17 de mayo de 1973.

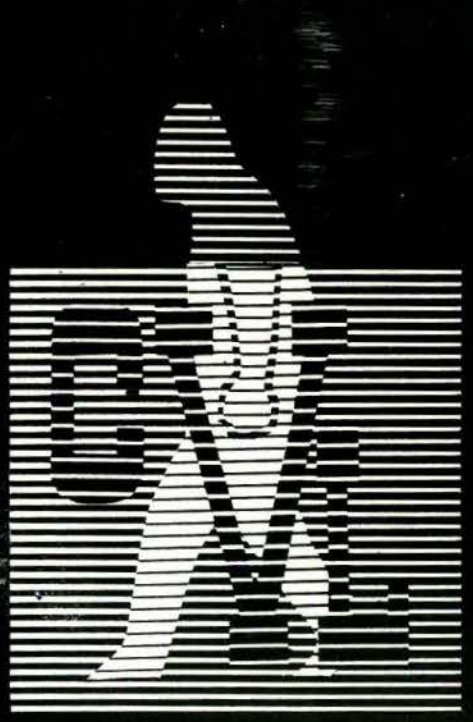

# INCLUSO LA MEJOR PROTESIS PEDICA

será poco menos que inoperante si el calzado no mantiene le pie en posición CORRECTA y CONSTANTE sobre ella, con buena sujeción de retropié y empeine. Si el calzado no es INDEFORMABLE, la acción de apoyo será fugaz...

Un buen calzado AYUDA a la acción de la prótesis; un mal calzado la anula Estudie cuanto hay en el mercado...
Estudie luego PIEDRO

Consulte a PIEDRO Internacional Apartado 7053 tel. 39 53 06
BARCELONA (Delegación de PIEDRO CENTRUM - BERKEL en RODENRIJS - Z. HOLLAND)

# constantino velasco laínz



*y*

**BERKEMANN**

***en colaboracion con la revista española de***

**PODOLOGIA**

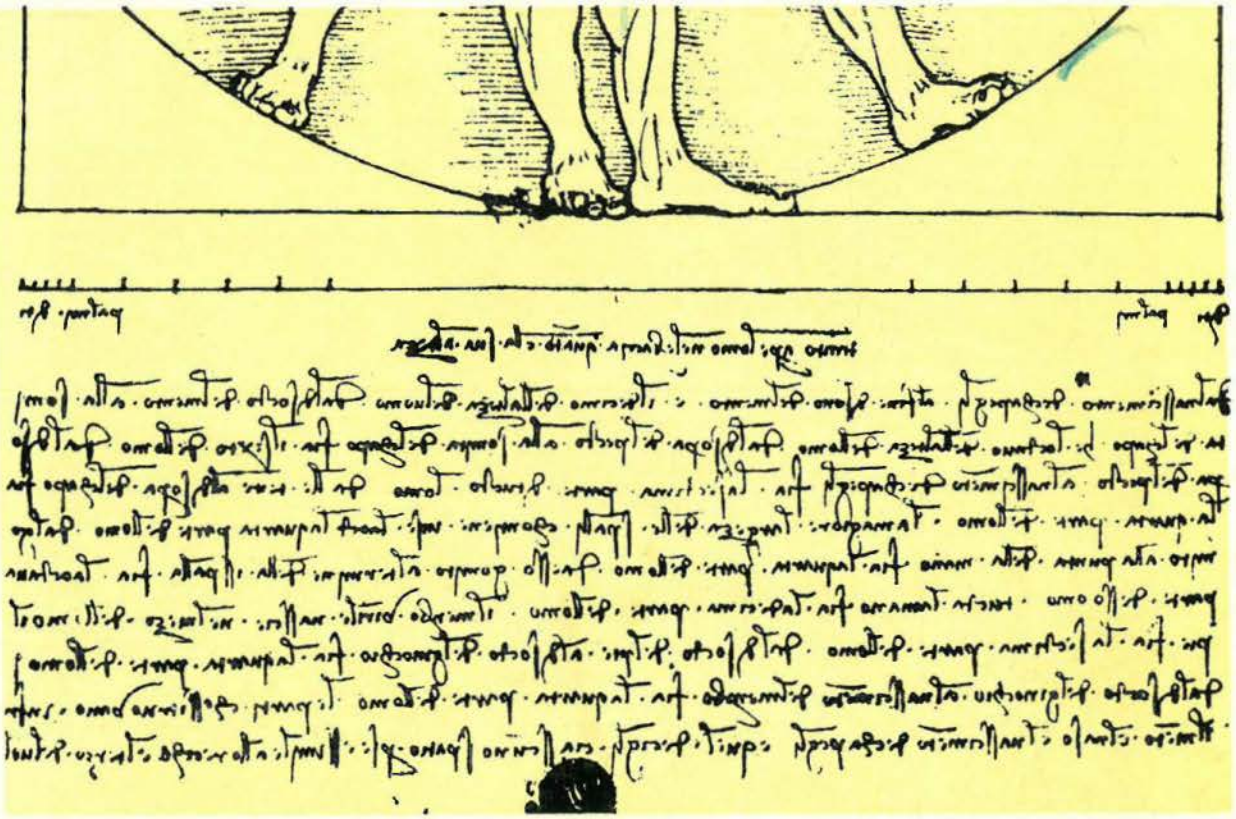
***ofrece a los podólogos una gama completa de artículos para los pies***

CENTRAL (Oficinas). — Santiago Bernabéu, n.° 4.
Tels. 261 98 75 y 261 44 15. — MADRID-16

ALMACEN. — General Franco, n.° 42.
Tel. 208 98 36. — MADRID-19

DELEGACION CATALUÑA Calle Mallorca, n.° 336 (esq. Avda. Grmo.).
Tel. 257 76 05. — BARCELONA-9

Prótesis de plástico, corcho, cuero, cuero y metal. — Protectores de Hallux Valgus. — Separadores de dedos. — Protectores planta del pie. — Cuñas y almohadillas metatarsales. — Accesorios para la aplicación de plantillas. — Sandalias fisiológicas de madera. — Soportes de cazoleta de Ortholen. — Planchas de PLEXIDUR. — Planchas de ORTHOLEN. — Planchas de PRENYL. — Planchas de HYDROLANYON, etc.



# REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

A.P.E. Julio - Agosto
n.° 34 1973

# podologo:

**¿quién mejor que Ud. puede asegurar la veracidad de este slogan...?**

**¿quién mejor que Ud. para liberar a sus pacientes del enemigo que ataca "la raiz" de la persona...?**

**...¿y quién mejor que Ud. para dar vigor y tranquilidad a esa raiz, con la ayuda de...**

## AKILEINE

que **descongestiona** los pies haciendo desaparecer el ardor en las plantas, a la vez que **desodoriza** y modera la transpiración ya que no contiene formol u otros productos nocivos, que puedan provocar inflamaciones o irritaciones en la piel.

## AKILTROPIC

que **neutraliza los efectos de la transpiración** y elimina la enfermedad de las piscinas.

Pida muestras a Lab. Inibsa - Loreto, 8 - BARCELONA-15

# REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

ORGANO DE LA AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

A. P. E.

Redacción y Administración:
Urgel, 47/51 - Barcelona (11)

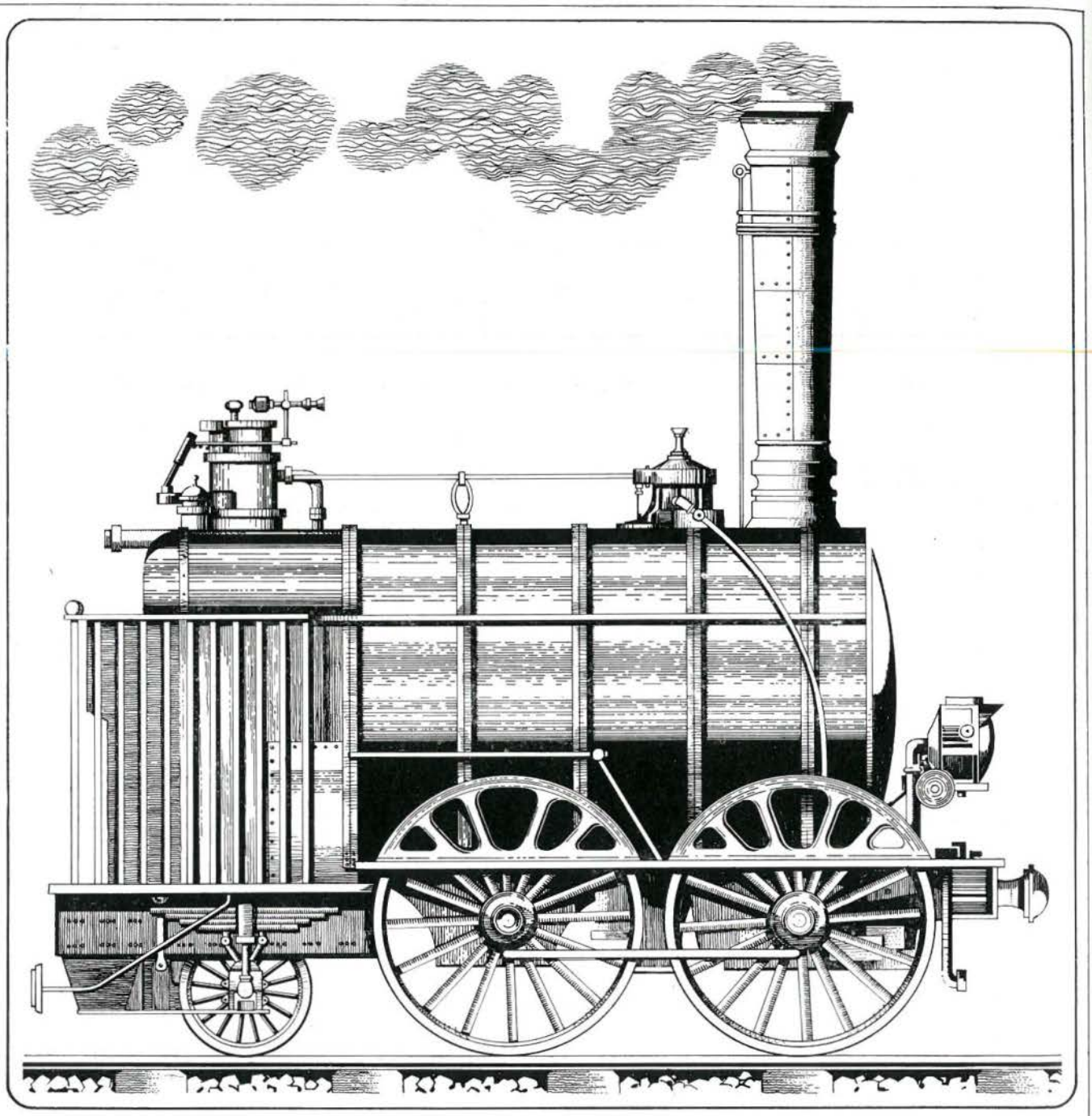
**Director:**
Leonardo Escachs Clariana

**Sub-director:**
Pablo Vilató Ruiz

**Redactor jefe:**
Francisco Mañé Domingo


## SUMARIO


| | |
|---|---|
| 3 | Junta de gobierno |
| 5 | Editorial |
| 7 | El metatarso adducto |
| 11 | Principios generales de Ortonixia |
| 14 | Congreso Internacional de Podología |
| 15 | Experiencias |
| 17 | La Podología en el mundo |
| 19 | La Criminalística aplicada |
| 23 | Biomecánica del pie |
| 29 | Notas terapéuticas |



en procesos reumáticos...

**ditrone** **cápsulas 100 y 200 mg** (envases con 20 cápsulas)
**supositorios 200 y 500 mg** (envases con 16 y 10 sup. respec.)

**delta ditrone** **envase con 50 cápsulas**

HOSBON S/A

# AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

## JUNTA DE GOBIERNO

| | | |
|---|---|---|
| Presidente Nacional | D. LEONARDO ESCACHS CLARIANA | Barcelona |
| Vice-Preste. 1.º (Accid.) | D. ZACARIAS GARCIA ANDRES | Madrid |
| Vice-Presidente 2.º | D. ISAIAS DEL MORAL CEJALVO | Valencia |
| Secretario General | D. JOSE A. CALVO GARCIA | Zaragoza |
| Vice-Secretario | D. FRANCISCO MAÑE DOMINGO | Barcelona |
| Tesorero | D. MANUEL GAVIN BARCELO | Barcelona |
| Contador | D. LUIS AYCART VIJUESCA | Madrid |
| Vocal 1.º | D. FCO. MORAN VENTURA | Las Palmas G. Canaria |
| Vocal | D. JUAN VIDAN TORRES | S. Compostela |
| Vocal | D. LUIS INCHAURRONDO | Irún |
| Vocal | D. JOSE M.ª BAEZ BASAURI | Bilbao |
| Vocal nato | D. ZACARIAS GARCIA ANDRES | Madrid |
| Vocal nato | D. JAIME SALA PICH | Barcelona |

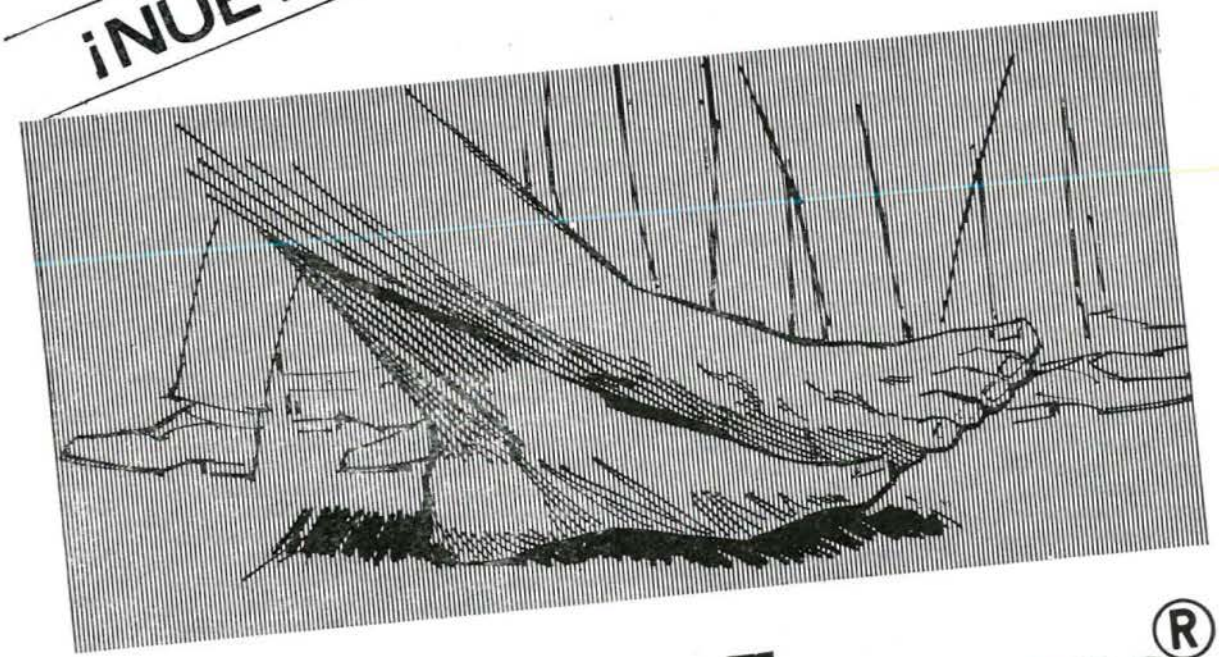
## DELEGADOS DE ZONA

**D. José M.ª Báez Basauri.** Mayor, 27, 6.º. Las Arenas BILBAO.
**D. José Luis Inchaurrondo.** Paseo de Colón, 65. IRUN.
**D. Juan Vidán Torres.** Preguntoiro, 10. SANTIAGO DE COMPOSTELA.
**D. Antonio Báez Prieto.** Alcalá, 313. MADRID.
**D. José Antonio Calvo García.** Coso, 77, 5.º. ZARAGOZA.
**D. Jaime Sala Pich.** Muntaner, 142. BARCELONA-11.
**D. Isaías del Moral Cejalvo.** Castellón, 8. VALENCIA-4.
**D. Francisco Morán Ventura.** León y Castilla, 8. LAS PALMAS DE GRAN CANARIA.

## DELEGADOS PROVINCIALES

ALAVA: **D. Julio Crespo.**
ALBACETE: **D. Luis Juan Navarro.**
ALICANTE: **D. José Olcina Morales.**
ALMERIA: **D. Luis Pascua San Miguel.**
AVILA: Sin Delegado Provincial.
BADAJOZ: **D. José Villafaina de la Cruz.**
BARCELONA: **D. Jaime Sala Pich.**
BILBAO: **D. Víctor Fano Ugarriza.**
BURGOS: **D. Elías Hernando Tamayo.**
CACERES: Sin Delegado Provincial.
CADIZ: **D. Manuel Albala Valle.**
CASTELLON: **D. José Aguilar Beltrán.**
CIUDAD REAL: **D. Luis Barba Vázquez.**
CORDOBA: Sin Delegación Provincial.
GERONA: **D. José M.ª Bosch Doménech.**
GRANADA: **D. Manuel Ruiz Morales.**
GUADALAJARA: Sin Delegado Provincial.
HUELVA: Sin Delegado Provincial.
HUESCA: Sin Delegado Provincial.
JAEN: **D. Leonardo Rodríguez Revuelta.**
LA CORUÑA: **D. Francisco de la Cruz.**
LAS PALMAS: **D. Francisco Morán.**
LEON: Sin Delegado Provincial.
LERIDA: **D. Alfredo Puchol.**
LOGROÑO: **D. Vicente Alvarez.**
LUGO: Sin Delegado Provincial.
MALAGA: **D. Antonio Gutiérrez.**
MADRID: **D. Zacarías García Andrés.**
MURCIA: Sin Delegado Provincial.
ORENSE: **D. Elisardo Bralo Rego.**
PALENCIA: **D. Damián Porro Villarroel.**
PALMA DE MALLORCA: **D. Juan B. Brines.**
PAMPLONA: Sin Delegado Provincial.
SALAMANCA: **D. Antonio Basas Encinas.**
SANTANDER: Sin Delegado Provincial.
SAN SEBASTIAN: **D.ª M.ª Pilar Gómez.**
STA. CRUZ DE TENERIFE: **D. Armenio Méndez.**
SEGOVIA: **D. Francisco García.**
SEVILLA: **D. Francisco Alvarez Gandulfo.**
SORIA: Sin Delegado Provincial.
TARRAGONA: Sin Delegado Provincial.
TERUEL: Sin Delegado Provincial.
TOLEDO: Sin Delegado Provincial.
VALENCIA: **D. Angel Sanchiz Cortina.**
VALLADOLID: **D. Alfonso Domínguez Milán.**
VIGO: **D. Angel Medina Herrero.**
ZAMORA: **D. Juan J. Miguel Barrios.**
ZARAGOZA: **D. José Calvo García.**

¡NUEVA FORMULA!



# Pentoderm®

## Crema dermoprotectora cutánea

**Tubo con 50g de crema** (62,80 ptas.).

MADAUS

**MADAUS CERAFARM, S. A.**

Pujol, 22 - Tel. 211 91 12 - Barcelona-6. Cristóbal Bordiu, 35 - Tel. 254 64 44 - Madrid-3. Pérez Galdós, 95 - Tel. 26 38 98 - Valencia-8.

# EDITORIAL

«Hombres que dejan huella».
«Quien mal anda, mal acaba».
«Va por buen camino».
«Pisa fuerte».

Innumerables serían los refranes que en nuestra lengua aluden en una u otra forma a las extremidades inferiores del ser humano y, más concretamente, a los pies. Esa base de sustentación y traslación que son los pies.

Desde que el hombre adoptó la posición erecta —si es que alguna vez adoptó otra posición que no fuera ésta— los pies pasaron a ser de vital importancia formando parte del aparato denominado «locomotor», es decir, el que permite el movimiento en cualquiera de sus formas permitiendo al ser humano practicar una vida de relación al serle posible, gracias a los pies —amén de otros importantes elementos del cuerpo humano— el trasladarse de un sitio a otro.

Todo trabajo lleva en sí aparejado un desgaste, un esfuerzo, y los pies no podían estar alejados de esta máxima. Su constante trabajar —a veces en fatales condiciones para su integridad— los han hecho campo propicio para una serie de afecciones a las que, unos hombres animados de la mejor buena voluntad, en forma harto rudimentaria primero, más técnica después, y actualmente más técnica y científica, han dedicado sus personales esfuerzos encaminados al alivio de tales dolencias.

La tarea ha sido ardua, dura, constante, tenaz y, a veces, violenta. Pero el tesón de este grupo de hombres ha permitido superar infinidad de dificultades y con sana alegría pueden actualmente vanagloriarse de los resultados obtenidos con su esfuerzo titánico. No es que en sí se haya acabado ya la labor a realizar. No es que se haya alcanzado la ansiada meta. No es que todo vaya «sobre ruedas». Pero sí que del «ayer» al «hoy» hay un mundo de diferencia. Mundo que cualquiera puede comprobar en esas consultas modernas, dotadas del material más adecuado, dignas, propias de un profesional íntegro y capaz. En esas atenciones a los propios pacientes aliviando sus dolencias, aconsejando, orientando, tratando tanto cuanto le es permitido dentro de su campo profesional. En esa superación científica, práctica, técnica, en todo, absolutamente en todo, se puede apreciar el cambio acontecido desde el antiguo Cirujano-Callista y el actual Podólogo. Un cambio que sólo puede ser comprendido por aquellos hombres que lo hicieron posible y por los que diariamente viven inmersos en el ambiente profesional.

Aparte, la constante inquietud desplegada por esos compañeros profesionales, celebrando Congresos, Semanas, Simpósiums, dan una muestra viva y fehaciente de su constante quehacer en pro de la Especialidad y proyectando sus frutos hacia los pacientes. Y ello viene corroborado por el hecho de que cada día más se conoce el nombre de PODOLOGO y la misión que corresponde a quienes la ejercen.

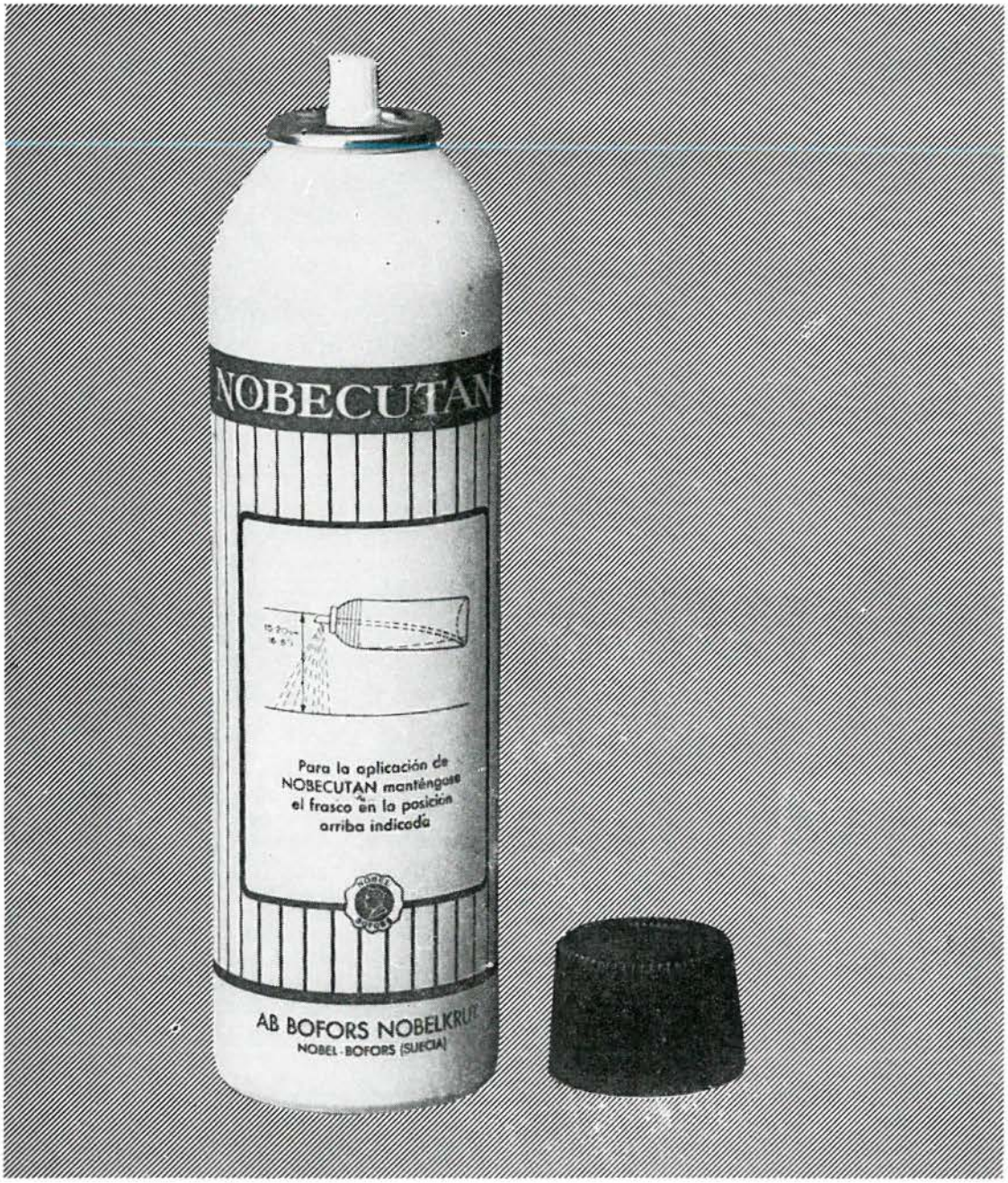
Abusando de los refranes podríamos decir que «Los podólogos van por buen camino». Son «Hombres que dejan huella». Van por buen camino y dejan huella pues el constante caminar de estos profesionales representa el mejoramiento de la Especialidad.

Actualmente sabemos que los profesionales de la Podología se están preparando para asistir a un Congreso Internacional que se va a celebrar en la ciudad de Salzburg. Estamos plenamente convencidos de que la presencia española en tal manifestación internacional también «dejará huella». Y no podemos por menos de desear a quienes al mismo se desplacen toda clase de satisfacciones, con un feliz viaje y un maravilloso Congreso en una no menos maravillosa ciudad.

La huella española, esta vez, dejará su marca en Salzburg (Austria).

# NOBECUTAN

## APOSITO PLASTICO ESTERIL ANTISEPTICO, EN FORMA DE AEROSOL.




LAB. INIBSA - Loreto, 8 BARCELONA-15

# El metatarso aducto y su significado clínico

Trabajo original de:
BRIAN A. ROTHBART, D.P.M.
de San Diego (California) (U.S.A.)
Lector:
FRANCISCO J. JORGE UGARRIZA,
Podólogo
Bilbao (Vizcaya)
del Journal of the American
PODIATRAY Association

**PREAMBULO**

El metatarso adducto, siendo una anomalía estructural, no responde al tratamiento o controles mecánicos, mientras que el metatarso supinado, estando en anómala posición, responde al tratamiento ortopédico. Es un procedimiento común a tratar los graves metatarsus adductus con tratamiento. Este tratamiento puede resultar en un pie que parece ser normal y tolera un zapato, mientras destruye la integridad estructural del propio pie.

El metatarso adducto es una relación estructural a la unión de Lisfranc, indicando la desviación media de los metatarsales respecto a los tarsales menores. Un valor sobre el metatarso adducto es obtenido por medio de radiografías. Usando un modelo de visión dorso-plantar, las coordenadas para el tarsal se marcan y se dibuja una línea (fig. 1).

El axis o eje largo del tarsal menor es representado por una línea que, perpendicularmente, diseca la transacción del tarsal menor. El axis largo de los metatarsales es delineado por el eje largo del segundo radio. Este metatarsal es usado como criterio porque es el más estable de los cinco metatarsianos. Por ejemplo, tiene el menor campo de movimiento con su forma cuneiforme. El valor angular entre los dos hachas superiores representa el grado de adducción metatarsal dentro del pie.

La adducción metatarsal no es una deformidad estructural. Es una inherente relación normal en la cual la parte delantera del pie está medianamente desviada sobre la parte trasera del pie. Durante el desarrollo ontogénico del pie, se produce un crecimiento en un plano transverso torsional en la articulación de Lisfranc. En el nacimiento encontra-

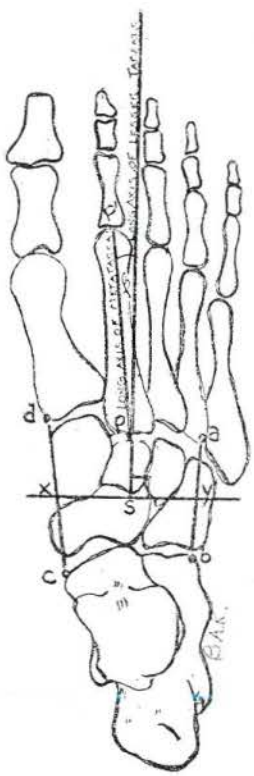



Fig. 1. — Vista ántero-posterior. Metatarso adducto. - a) Aspecto posterior lateral de la base del cuarto metatarsal. - b) Aspecto anterior lateral del os calcis. - c) Aspecto anterior medio de la cabeza del astrágalo. - d) Aspecto posterior medio de la base del primer metatarsal. - x) Biseca la línea c-d. - y) Biseca la línea a-b. - Línea x-y) Línea de transección de los tarsales menores. - Línea s-s) Es perpendicular y biseca la línea x-y (esto representa el eje largo de los tarsales menores. - Línea p-p') Representa el eje largo del segundo metatarsal (Angulo Beta). - Representa el valor clínico del metatarso adducto presente dntro de este pie.

mos un metatarso adducto de 20 a 30 grados. Esto se reduce a 5 ó 15 grados en el adulto (fig. 2).

La excesiva adducción metatarsal es sintomática sólo en poblaciones que usan zapatos. Los dedos son forzados a alinearse con los largos ejes del pie debido a la fuerza mecánica desplazada contra ellos por la parte trasera del zapato. En los pueblos que no usan zapatos y en niños que no se han puesto zapatos las falanges permanecen paralelas a los ejes largos de los metatarsales. El movimiento lateral del hallux visto en pies con altos grados de metatarso adducto, pueden producir dislocaciones y deformidades en la primera articulación metatarso-falángica. Juanetes con síntomas pueden desarrollarse en pies sin anomalías pato-dinámicas. En algunos casos, se puede decir que los zapatos causan el desarrollo del juanete. Los juanetes producidos por fuerte metatarso adducto, no deben ser corregidos quirúrgicamente. Un verdadero metatarso adducto no se presenta; así es, que todos los metatarsales tienen adducción relativa con la línea media del cuerpo. Aunque alineando el hallux con el primer radio es estéticamente deseable que una vez

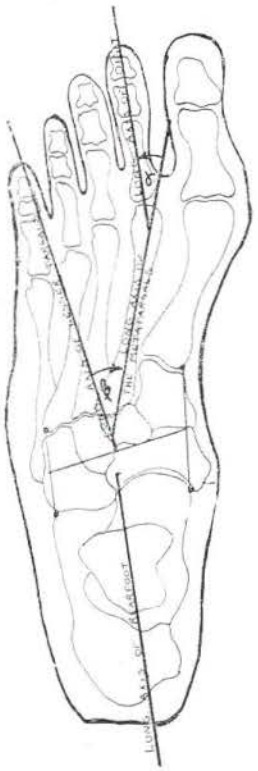


Fig. 2. — Crecimiento ontogenético en la unión de Lisfranc.

que el pie se coloca en un zapato será forzado otra vez a su posición properativa.

Individuos con excesivo tipo de concavidad están más inclinados a desarrollar tilomas plantares y juanetes que otros individuos con tipos rectos. Mientras el valor angular entre las falanges y el correspondiente metatarsal aumenta, la estabilidad de la unión, disminuye. Esto, mezclado con algunas faltas bioquímicas, exacerba la formación de lesiones en la parte delantera del pie. Por ejemplo, el pie recto permanece asintomático, mientras pequeñas deformidades varas en la parte trasera del pie adducto, son tratadas en nuestra Consulta.

Las fuertes adducciones son comúnmente tratadas. El pie es enderezado abduciendo la parte delantera sobre la trasera. Este movimiento del plano transversal no ocurre dentro de la epífisis de los metatarsales. El movimiento se crea en la unión del talo-calcaneal y del tarsal medio lo cual permite a la parte delantera del pie ser pronada o inclinada sobre la parte trasera. El pie parece normal y tolera un zapato pero su integridad estructural se destruye y la excesiva adducción metatarsal existe todavía. El metatarso adducto se puede producir moviendo los metatarsales lateralmente. En la articulación de Lisfranc, permite esta reposición de los metatarsianos.

Mientras el grado de adducción metatarsal aumenta, la efectividad de los aparatos mecánicos disminuye. Por ejemplo, una deformación vara en la parte delantera del pie, con su secuela de síntomas, puede ser controlada en un pie recto. Sin embargo, el pronóstico es cauteloso cuando esta deformidad ocurre en un pie con gran adducción.

El metatarso adducto puede ser disimulado supinando la unión medio-tarsal. La misma forma del borde lateral del pie puede ocurrir; sin embargo, no resulta de un excesivo torques adducto dentro de la unión de Lisfranc, pero es una relación posicional en la cual toda la parte delantera es supinada sobre la trasera. Esta condición es definida como metatarso supinado y es diferenciada del metatarso adducto por lo siguiente: Se impresionan unas placas radiográficas en posición antero-posterior del pie y se dibuja una línea disecando el centro osificado del calcáneo. Si el centro osificado del calcáneo (cuboides) es medio a esta línea el metatarso supinado es diagnosticado. Si el centro del cuboides está en línea con el centro del

calcáneo, un excesivo metatarso adducto es diagnosticado. El metatarso supinado, estando en una anómala posición, responde al tratamiento ortopédico. El metatarso adducto, estando en una anomalía estructural, no responde a un tratamiento o controles mecánicos.

Los dedos no deben ser usados como un signo clínico para determinar la presencia o ausencia de una displasia del plano transverso de la parte delantera del pie. Se puede tener un alto grado de metatarso supinado o adducto, pero si los dedos están paralelos a los largos ejes del pie, aparecerán normales (fig. 3). O se puede tener un tipo de metatarso adducto normal, pero si los dedos se alinean a los metatarsianos, los digitales aparecen medianamente desviados. Por tanto, la mediana desviación de los digitales no es patognómica de la displasia de la parte delantera del pie y una falta de desplazamiento medio no indica, necesariamente, un pie normal. El importante índice clínico es la forma lateral del borde del pie. Si está presente, se sospecha la patología de la parte delantera; si está ausente —indiferente a la posición de los dedos —el tipo de metatarso adducto es normal y la unión del tarsal medio no está máximamente inclinado.

Un excesivo metatarso adducto y talipes equinos, ocasionalmente ocurren dentro del mismo pie. Nos referimos a esto como un talipes equipo-varus o un zopo o deformación. Clásicamente, esta enfermedad ha sido tratada con un concepto de que el pie es un apéndice de la pierna. Cuando el pie estaba doblado se trataba de enderezarlo, pensando poco en la integridad de la unión o la estructura ósea. Se reconoce ahora que las deformaciones o zopos pueden ser, bien posicionales o estructurales en origen. Las anomalías posicionales son dóciles a la terapia. Si nembargo, las deformaciones estructurales de zopo son extremadamente difíciles de tratar y son generalmente compensadas, creando una anomalía posicional en la dirección opuesta.

El metatarso supinado responderá a consecutivos tratamientos. Kite lo describe diciendo que: «Si se encuentra resistencia aduciendo la parte delantera sobre la trasera, entonces, el os calcis, sería girando».

Esto abre el talo-calcaneal permitiendo a la unión medio-tarsal ser inclinada y, por lo tanto, corrigiendo la deformidad en la unión horizontal. Si, por otra parte, el tipo varo es un problema estructural en la unión de Lisfranc, por ejemplo, el excesivo metatarso adducto, entonces la aplicación de sucesivos tratamientos no alteraría el tipo adducto.

El tipo equino, análogo al varo, puede ser bien posicional o estructural en naturaleza. Si posicional, por ejemplo, debido a un espasmo tónico, el músculo hinchado puede ser llevado a su largura sicológica normal; sin embargo, si la deformidad es estructural —por ejemplo, un tobillo bloqueo equino— el tratamiento está prohibido.

Retrospectivamente podemos entender los complicados grados de éxitos-fallos reportados en la literatura. Estas anomalías posicionales responden; las estructurales no. Nosotros, ahora, diferenciamos entre los dos y tratamos de acuerdo con esto. Una deformidad congénita equino excesivo, metatarso adducto (estructural deformidad zopo), requiere la separación de la unión por medio de la cirugía y alargamiento del tendón de Aquiles.

Una deformidad adquirida del equinus metatarso supinado (zopo mezclado), necesita cirugía y tratamiento.

Un diagnóstico de talipes equino-varus ya no es suficiente. Se debe determinar a qué nivel de los factores etiológicos se originan. Provisto de esta información, con un tratamiento lógico de adecuada terapia, puede ser reducido.

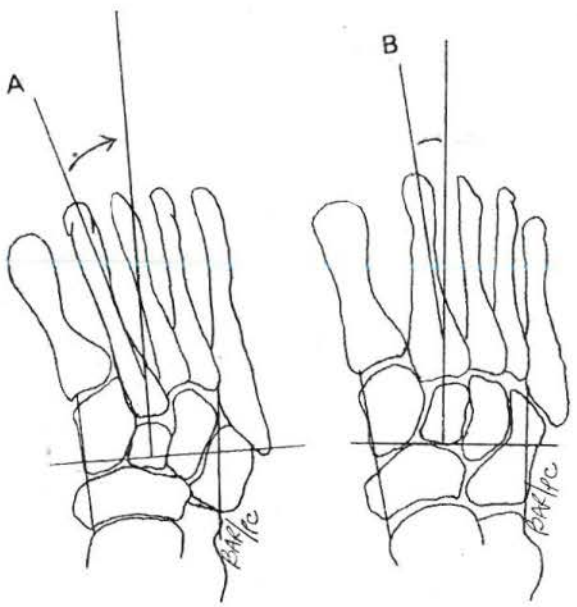



Fig. 3. — Abducción digital y metatarso adducto. - Angulo Alfa) Angulo de abducción digital. - Angulo Beta) Angulo del metatarso adducto.

# Algesal Activado

**POMADA ANTIRREUMATICA Y ANALGESICA ULTRAPENETRANTE PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR LOCAL**

FORMULA:

| | |
|---|---|
| SALICILATO DE DIETILAMINA | 10 g. |
| NOPOXAMINA | 1 g. |
| EXCIPIENTE | c.s.p. 100 g. |

POSEE UN OLOR AGRADABLE
NO GRASA
NO ENGRASA
TOLERANCIA EXCELENTE

**gran poder de penetración**

TUBO CON 50 g. DE POMADA - P.V.P. 94,90 Ptas.

KALI-CHEMIE ARZNEIMITTEL

KALI-CHEMIE IBERIA, S.A.
Apartado 12068, Barcelona
Tel. Barcelona 2392327
Tel. Madrid 2769276
Tel. Sevilla 213922
Tel. Valencia 228923
Fabricación y venta: Orfi Farma, S.A.

# Principios generales de Ortonixia

Por **Francisco FARRERAS**
Podólogo
HOSPITALET DE LLOBREGAT
(Barcelona)

## RECUERDOS ANATOMO-FISIOLOGICOS DE LA UÑA

La uña es una lámina queratinosa incurvada que se extiende tangencialmente por la superficie de la piel para acabar libre en su parte anterior, constituyendo el LIMBO UNGUEAL.

La parte principal del LIMBO está constituida de queratina dura y es lo que se llama UÑA RADICULAR, que se adhiere por su parte inferior a una lámina de queratina más blanda dando lugar al LECHO UNGUEAL.

La UÑA RADICULAR y el LECHO UNGUEAL arrastran, a partir de la matriz, a la LUNULA, adhiriéndola al cuerpo de la uña.

El LIMBO CORNEO representa la superposición de la uña radicular y el lecho ungueal se desliza, durante su crecimiento, sobre el ECTODERMO UNGUEAL, en cuyos elementos aumenta su espesor.

Las células se aplanan progresivamente a medida que se aproximan a la superficie.

La UÑA RADICULAR presenta una queratinitis particularmente dura, pobre en grasa y rica en azufre. El LECHO UNGUEAL, por el contrario, posee una queratinización blanda, cuya hipertrofia da lugar a la ONICOGRIFOSIS.

## ASPECTOS BIOLOGICOS DE LA UÑA

Se sabe que los árboles pequeños pueden ser conducidos hacia determinada dirección si sobre ellos se ejerce una tensión moderada durante un período suficientemente largo de su desarrollo. Se sabe, también, que esta presión o tensión constantes, pueden ser perfectamente toleradas.

Se puede hablar de fenómenos parecidos en las FORMACIONES CORNEAS VIVAS, en nuestro caso, de la UÑA HUMANA, puesto que, igual que en el tejido óseo, la forma y estructura del TEJIDO CORNEO vienen determinados por su función —estímulo funcional.

Una presión anormal ejercida sobre la cara superior del LIMBO UNGUEAL obstaculizará su crecimiento. Al contrario, una tracción exagerada hacia arriba producirá, a nivel del lecho ungueal, una DEFORMACION DE SU ESTRUCTURA INTERNA, siendo el proceso de transformación proporcional a la intensidad y exigencias mecánicas.

Como pueden ver, se trata del Tercer Principio Físico de la Acción y la Reacción que dice que: «Siempre que se aplica una fuerza sobre un cuerpo, aparece otra igual en sentido opuesto».

En este PRINCIPIO FISICO SE BASA LA TEORIA FISICA DE LA ORTONIXIA, nueva terapéutica INCRUENTA de las ONICOCRIPTOSIS que, ineludiblemente, debe formar parte del RECYCLAGE DEL PODOLOGO actual.

A las técnicas conocidas hasta ahora para tratar las UÑAS INCARNATAS, divididas en dos grupos: CRUENTAS e INCRUENTAS, deberemos añadir de ahora en adelante a esta nueva ORTOSIS UNGUEAL, denominada **ORTONIXIA,** ya empleada en Inglaterra después de la Segunda Guerra Mundial; posteriormente en Francia y, muy recientemente, en España, cuyos primeros intentos, que yo sepa, los hicieron en Barcelona, con notable éxito, los eminentes compañeros J. SALA PICH y E. RODRIGUEZ VALVERDE.

Mi propósito, mediante esta podríamos decir charla, es pretender hacer llegar al que lo ignore la TEORIA DE LOS PRINCIPIOS GENERALES DE ESTA NUEVA TECNICA, sin cuyo dominio sería del todo imposible llevarla a la práctica, a feliz término, con conocimiento de CAUSA-EFECTO.

## TECNICA DE LA ORTODONCIA

Consiste en la colocación de una brida metálica correctora, ACTIVA o NO, aplicada sobre la cara superior de la LAMINA UNGUEAL permitiendo una mejoría inmediata y duradera al dar a la uña FORMA y DIMENSION con el fin de evitar cualquier conflicto doloroso con los surcos y rodetes peri-ungueales. La acción prolongada del AGRAFE, aumenta la renovación fisiológica del tejido ungueal y transforma su estructura interna, sobre todo a nivel del LECHO UNGUEAL y CUERPO MUCOSO.

Su puesta en práctica exige determinadas condiciones preliminares:

1.° La uña deberá estar en buen estado.

2.° Esmerada preparación de la uña previa ablación de los surcos superficiales demasiado queratinizados.

3.° Obtención del negativo de la uña.

4.° Obtención del positivo en yeso de calidad.

5.° Calcular, sobre el positivo de yeso, las dimensiones de la misma y disponerla para su aplicación sobre la uña humana.

6.° FIJACION DE LAS BRIDAS MEDIANTE LOS GARFIOS.

7.° HABILIDAD Y DECISION DEL PODOLOGO.

## DIFERENTES FORMAS DE UÑAS INCARNADAS

**Uña voluta.** — En espiral o enrollada. Es la que, vista de frente, se caracteriza por una curvatura exagerada y convexidad superior. Vista dorsalmente, por una pérdida del paralelismo de sus bordes y, vista de lado, por una convergencia de los mismos.

**Uña en Teja de Provenza.** — Es la que incurre adoptando la forma de teja provenzal. Vista de frente se caracteriza por un aplanamiento de su parte media con verticalización lateral de sus bordes pudiendo alcanzar los 90 grados de angulación. Vista dorsalmente, se caracteriza por un paralelismo riguroso de sus bordes en plicatura o doblez lateral.

**Uña simplemente incurvada.** — En la que tiende a acantonarse inflamando los surcos peri-ungueales.

## ESQUEMA Y DENOMINACION DE LAS PARTES QUE CONSTITUYEN LA ORTOSIS CORRECTORA E INSTRUMENTAL NECESARIO PARA SU PUESTA EN PRACTICA

Son precisos tres tipos de alicates especiales para manipular el acero también especial:

a) Alicates para cortar el alambre.
b) Alicates para doblarlo.
c) Alicates (más especiales si cabe), para confeccionar el anillo central tensor de la brida que, en definitiva, constituyen la actividad del alambre.

El ALAMBRE, consta de TRES PARTES:

a) Anillo central.
b) Brancas laterales.
c) Garfios.

## INTERPRETACION DE LOS FENOMENOS FICIOS UTILIZADOS EN ORTONIXIA

El ALAMBRE o AGRAFE puede ser ACTIVO o PASIVO.

Es ACTIVO, cuando la forma del alambre difiere, más o menos, de la de la uña. Esta actividad viene dada por la deformación progresiva del ágrafe para tensarlo y fijarlo siguiendo la curvatura ungueal.

Es PASIVO, cuando abraza totalmente la forma de la uña, no pudiendo ser utilizado en el caso de que exista convergencia o espirilización de los bordes laterales de la uña; UÑA VOLUTA.

En la aplicación del AGRAFE habrá que distinguir dos fases en el estado patológico de la uña: la EVOLUTIVA y la ESTACIONADA.

Se considera FASE EVOLUTIVA el período durante el cual la LAMINA UNGUEAL es objeto de fuerzas persistentes que la incarnan y la que la uña dobla el alambre manteniendo su tendencia a la deformación, debiendo entonces recurrir a la propiedad activa del alambre, intentando crear un ESTADO DE EQUILIBRIO, sin desplazamiento, en el que igualaremos las fuerzas de ACCION y de REACCION, anulando las fuerzas de penetración de la uña.

Para que en este período haya una corrección de la PLACA UNGUEAL es necesario que inmediatamente después de la aplicación del alambre, las fuerzas de la ACCION sean superiores a las de la REACCION, en este caso las de penetración de la uña. Así, las partes laterales de la misma sufrirán una tracción hacia arriba que tenderán a corregirla. Esto, hasta que, en un segundo tiempo, se logre un equilibrio entre la acción y la reacción.

Se considera FASE ESTACIONARIA el período durante el cual no se ejerce ninguna presión —UÑA INCARNADA CONSTITUIDA— en cuyo estado, las fuerzas de penetración son inexistentes y, por tanto, no será necesario corregir la curvatura frontal ungueal.

En los dos casos la uña, no penetrando más en los tejidos, no podrá disminuir su anchura quedando igual al ancho del alambre y a un mismo nivel toda ella, constituyendo una nueva anchura anterior.

En este caso la corrección es más fácil por el hecho de que las fuerzas de acción elásticas del alambre sólo tienen que vencer la resistencia natural que ofrece la uña al deformarse, lográndose rápidamente un equilibrio de fuerzas.

En el curso de las aplicaciones siguientes se irá controlando la tendencia del enclavamiento de los bordes contrayendo el alambre progresivamente a los 5-6 meses, como máximo, la uña recuperará su forma y dimensión.

La actividad del AGRAFE, viene regulada por las propiedades de elasticidad, grueso, resistencia, largo y forma del alambre.

Las FUERZAS DE ACCION, serán tanto más potentes cuanto más alejada sea la posición de los ganchos de la posición inicial en la medida donde la elasticidad del hilo no sea superado.

**CONCLUSION**

La TECNICA DE LA ORTONIXIA sólo adquiere su valor en la concepción y aplicación rigurosa de susposibilidades.

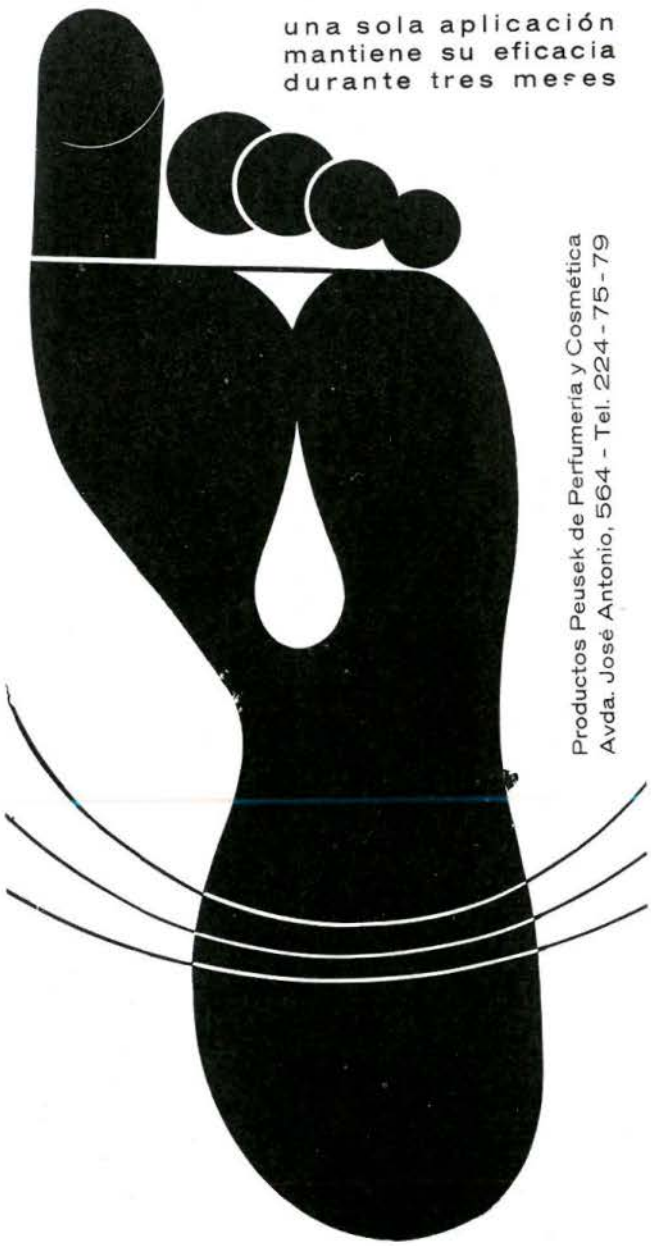
Teóricamente, es capaz de tratar con éxito la mayor parte de las DEFORMIDADES UNGUEALES.

Los RESULTADOS dependen, en gran parte, de la habilidad y conocimientos del PODOLOGO. No se trata de ser frío y sistemático en la corrección, y es aquí donde empieza la aplicación práctica del AGRAFE.


**para evitar el sudor de los pies...**

Peusek
MARCA REGISTRADA

una sola aplicación
mantiene su eficacia
durante tres meses



Productos Peusek de Perfumería y Cosmética
Avda. José Antonio, 564 - Tel. 224-75-79

# CONGRESO INTERNACIONAL DE PODOLOGIA

**SALZBURGO, 28, 29, 30 DE SEPTIEMBRE Y 1.º DE OCTUBRE DE 1973**

A pocas fechas de la celebración de esta magna manifestación profesional de carácter internacional que los colegas austriacos han organizado, y haciéndonos eco del sentir de la Agrupación de Podólogos de España, es motivo de inmensa y grata satisfacción el comprobar cómo los profesionales españoles han respondido en forma masiva, unánime, a la llamada y divulgación que de dicho Congreso se ha hecho. Y quizá, por primera vez, más de 130 profesionales inscritos en firme y más de 30 esperando turno por si el fallo de alguien les permite el desplazarse, dan fe, sin lugar a dudas, del interés despertado por este Congreso de Podología que tendrá como marco una maravillosa ciudad. Salzburgo.

Quien ya conoce aquel país, sabe del proverbial cariño, entrega y simpatía que ofrece a sus visitantes. Sabe de la dulzura de sus habitantes para con los extranjeros. Nosotros, españoles, sabemos del cariño que hacia nosotros sienten y en qué forma se desviven para hacernos muy agradable nuestra estancia entre ellos. Como aseverando tales palabras, ahí tenemos un magnífico programa de actos en los que, aparte de la ciencia (como base del Congreso), se brinda a los asistentes un sin fin de agasajos de los que, podríamos decir, «dejan huella». A ello ha de ayudar, como es lógico, el marco en el que se van a desarrollar.

País de fábula, de ensueño, con sus lagos, sus castillos, sus casitas policromadas, la alegría de sus habitantes, el folklore tan especial de la región, va a ser lo que ante los atónitos ojos de los espectadores desfilará como una película en color como homenaje de los organizadores, que han puesto en su confección todo su corazón y toda su estima. Así es Austria, y así son sus habitantes.

Como se ha dicho ya en otra ocasión, por la desinteresada y nunca bastante agradecida colaboración de dos benefactores de la Podología, se han fletado dos autocares que con salida uno de Madrid y el otro de Barcelona, efectuarán un maravilloso recorrido por tierras de Francia, Italia, Austria y Suiza, visitando, entre otras, importantes ciudades como Marsella, Montecarlo, Milán, Venecia, Viena —sin nombrar, como es lógico, a Salzburgo, sede del Congreso—, Zurich, Ginebra, etc., etc., en un viaje que —Congreso incluido— tendrá una duración de 13-14 días. En realidad, unas estupendas vacaciones.

Habiendo superado el número señalado por el Comité Organizador para poder disfrutar de la traducción simultánea, nos consta con toda certeza de que los compañeros españoles y demás profesionales de habla castellana, disfrutarán de esa traducción que permitirá hacer completamente comprensible el desarrollo total de las incidencias del Congreso. Así, de esta manera, el aprovechamiento del mismo será completo.

Aparte de la presencia masiva de asistentes, tenemos noticias de que algunos compañeros han presentado ponencias y suponemos que también en esta parte activa, viva, de todo Congreso, la presencia española será efectiva, será real.

Ahora ya sólo nos resta esperar y desear que el viaje de ida, así como la estancia en Salzburgo y, por colofón, el viaje de regreso, se realicen con toda normalidad y que los compañeros desplazados a Austria hagan llegar hasta los que, por múltiples mativos, no hayan podido tener la satisfacción de efectuar este viaje, todo el dulce sabor de su estancia en Salzburgo. Y quiera Dios que entre todos los compañeros allí desplazados se encuentre uno con ánimo y disposición para plasmar en unas notas la crónica del viaje y estancia y que esta Revista, portadora de noticias, pueda hacer partícipe de la misma a todos y cada uno de los compañeros agrupados.

Con este deseo, y la esperanza de un feliz Congreso, os saluda,

**La Redacción**

# EXPERIENCIAS

Por **A. Díaz Cuesta**
Podólogo
CADIZ

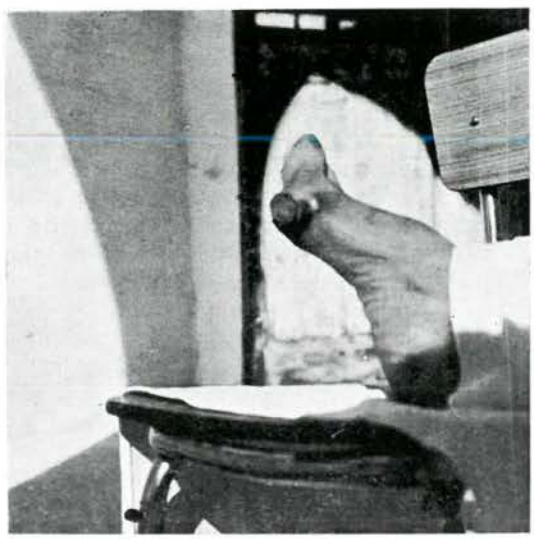
Posiblemente este trabajo no encierra en sí otro mérito que el puramente narrativo de un caso vivido por el que esto suscribe y relacionado con un paciente recluido en las Hermanitas de los Pobres de Jerez de la Frontera (Cádiz). Y si bien con ello no quiero en modo alguno sentar plaza de «docto» y enseñar a quienes saben más que yo, sí al menos dejar constancia de este caso al que podríamos considerar un poco fuera de lo normal.

El paciente, señor A. M. P., de 64 años, de estado soltero y natural de Fregenal de la Sierra (Badajoz), de profesión labrador y, actualmente —tal como se indica—, recluido en las Hermanitas de los Pobres. Fui requerido para visitar a dicho señor, y a la exploración pude comprobar la existencia de diversas hiperqueratosis en ambos pies y, en especial, la voluminosa excrecencia localizada en la articulación metatarso-falángica del primer dedo del pie derecho (figs. 1 y 2). En el pie izquierdo debo consignar que a nivel de las cabezas de los metatarsianos 4.º y 5.º, por su cara plantar, existía una extensa hiperqueratosis que presentaba un proceso inflamatorio agudo y que condicionaba un intenso y lacerante dolor al paciente. Establecido ya el cuadro y, por ende, el tratamiento a seguir, procedí a intervenir sobre el pie izquierdo en primer lugar, por considerarlo de mayor urgencia. Previamente solicité los pertinentes análisis de albúmina, glucosa y acetona, en orina, que fueron negativos.

Procediendo con extremo cuidado, para evitar innecesario dolor al paciente, fui extirpando la hiperqueratosis hasta el momento en que hizo su aparición un tejido esfacelado, con un olor nauseabundo desprendiendo, es decir, dando salida a una acumulación purulenta. Profundizando un poco más, apareció una fístula que desbridé para favorecer el drenaje del pus allí acumulado y con un estilete descubrí que la cavidad infectada, esa enorme bolsa repleta de pus, arribaba hasta la parte dorsal del pie. Así pues, procedí también a desbridar por esta parte, haciendo un legrado de ambas zonas para permitir la salida del tejido esfacelado y necrosado existente. Seguidamente apliqué en las heridas una pomada antibiótica de amplio espectro y rogué a las hermanas en función de sanitarias —o enfermeras —que le aplicaran un tratamiento con antibióticos. La curación normal y completa se produjo a los pocos días no habiéndose producido recidiva alguna hasta la fecha, lo que nos permite suponer que el tratamiento seguido ha sido correcto y de resultados definitivos.

Una vez el pie izquierdo estuvo ya en condiciones de apoyarse normalmente en el suelo, procedí al estudio de la excresencia del pie derecho que imposibilitaba, por su exagerado volumen, a calzarse el paciente. La prevención personal ante tan prominente abultamiento —en mi larga experiencia nunca me había encontrado en caso semejante— se acentuaba ante el hecho de que algunos colegas citados anteriormente habían emitido su opinión referente a la posibilidad de estar en presencia de una neoplasia y que por tanto, no quisieron en modo alguno intervenir.

No soy yo quien está en condiciones de poder discernir si mi actuación fue la correcta y adecuada pero sí puedo asegurar que si actué sobre tal concreción fue, sencilla-



mente, por no estar en modo alguno convencido de la posibilidad de encontrarnos ante una neoplasia. Ello unido al deseo de poder aliviar las molestias a dicho señor me indujeron a proceder.

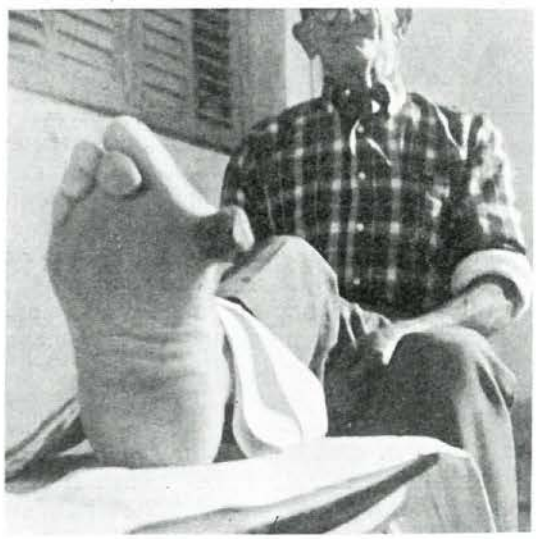
Siempre con el mayor cuidado, intentando efectuar pequeñas escisiones sobre la excrecencia, me encontró en la imposibilidad de llevarlas a cabo a tenor de la pétrea dureza que presentaba la misma. Tan sólo con la ayuda de una fresa puntiaguda, y con mucha paciencia, pude, poco a poco, ir disminuyendo el volumen de la callosidad hasta su mitad aproximadamente y sin que apareciese en ningún momento otro tejido que el propio de las células queratinizadas formadoras, como todos sabemos, de las hiperqueratosis. Para no apurar en demasía el tratamiento y dejar una zona hipersensible, aconsejé al paciente que, en espera de otra visita, procediera a abrir un agujero en el zapato, a la altura correspondiente a la callosidad, dejando que la misma aflorara a través de éste y evitando, así, dolor e inflamación por roce.

Por motivos diversos estuve unos dias sin ver al paciente hasta que fui requerido con carácter de urgencia por las hermanas para que pasara de nuevo a visitar a dicho señor pues acusaba unos intensos dolores que, incluso, le imposibilitaban el reposo nocturno. Ante el temor de cualquier tipo de complicación debida a mis manipulaciones, me personé rápidamente en el Asilo y visto que fue el pie del paciente pude observar que su dolor y malestar era debido a la formación de un absceso. Lo desbridé para dar salida al líquido purulento acumulado y procedí a curarlo en la forma acostumbrada en estos casos. A pesar de todo, había algo, «algo», que no acababa de estar claro en mi mente. ¿Cómo se había podido formar este absceso? La respuesta a tal pregunta me vino contestada por las propias monjas y por algunos de los compañeros del propio paciente. Fueron estas personas las que me indicaron que hacía unos días habían sorprendido al señor «in fraganti» con una lima de cerrajero en la mano, limándose animadamente la callosidad. Ahí estaba explicado todo. Posiblemente la actuación de este señor estuvo influenciada por mi proceder con la fresa y torno y creyó que con una lima mayor podría él mismo solucionar la papeleta, eliminando la callosidad restante. La lima en cuestión, sin que se se sepa cómo, apareció al cabo de unos días en manos de otra persona de la misma Institución, practicando otra barbaridad.

Pasados unos días, y cuando ya el absceso estaba resuelto, creí adecuado el intentar suprimir el resto de la excrecencia y ahora, plenamente convencido de que podía «trabajar» tranquilo al actuar sencillamente sobre un tejido queratinizado, más o menos duro, pero muy lejos de ser un tejido neoplásico, procedí de la siguiente forma al serme del todo imposible realizar maniobra alguna con instrumentos de corte dada la dureza de la callosidad. Empapé un algodón con agua fenicada y cubrí con éste toda la callosidad por espacio de unos cinco minutos. Transcurrido este tiempo procedí a efectuar unos cortes circulares desde la misma base, sin dejar de observar tanto la cara del paciente como la zona operatoria ni un solo momento para, ante cualquier anomalía, no continuar. Afortunadamente, a Dios gracias, todo salió bien y la excrecencia fue eliminada completamente.

Es motivo de grata satisfacción el poder consignar que, actualmente, el paciente, feliz y contento, se ha reincorporado plenamente a su vida normal, libre de la pesadilla que durante tanto tiempo le había atormentado.

A todos los compañeros que ya tengan experiencia sobre tales casos, les ruego encarecidamente sepan disculparme« Y a aquellos compañeros que me lean y no hayan vivido aún un caso como el que me permito exponer, sepan ver en mis humildes líneas el sincero y único deseo de poderles ser útil.



# La podología en el Mundo

No ha mucho los periódicos de toda España daban cuenta de un suceso ocurrido en Madrid y cuya desgraciada protagonista fue la madre política de un conocido presentador de T.V.E. Entre las varias explicaciones y comentarios que del caso se hicieron una de ellas nos llamó poderosamente la atención por sus especiales características que incidían en forma directa con nuestra Profesión. Debido a ello, y a la importancia que quizás en un futuro pueda tener, nos permitimos transcribir algunos de los párrafos aparecidos en la prensa en general.

«HERALDO DE ARAGON». — Jueves, 15 de febrero de 1973.

«Continúa el misterio sobre el asesinato de .....»

Juntamente con una serie de consideraciones al respecto y que no interesan en modo alguno al asunto que nos ocupa, llegamos al final del artículo publicado en el que podemos leer:

«Por último, señalamos que a primera hora de la tarde del miércoles ha sido exhumado el pie de la víctima y HA SIDO CONVOCADO EL PODOLOGO al que ésta acudía para cuidarse sus pies. El pie será también remitido al Instituto de Medicina Legal para atar todos los cabos...»

«HERALDO DE ARAGON». — Sabado, 17 de febrero de 1973.

«Aumenta el misterio en torno al asesinato de...»

«El Podólogo que la asistía no reconoce los pies de la víctima.»

En este artículo el periodista hace mención al desarrollo de las investigaciones, y en uno de sus puntos señala:

«El Podólogo que cuidaba los pies de... fue convocado por el Juez de la Escuela de Medicina Legal, para identificar el pie de la víctima que el fuego dejó indemne. El Podólogo, hombre de amplios conocimientos en su profesión, ha sido tajante: "No puedo decir ni sí ni no". Ni reconoce el pie ni deja de reconocerlo. Después de un examen exhaustivo, el Podólogo ha dicho: "Me hallo incapacitado para decir si se trata del pie de mi cliente ... tenía unos pies normales, sin deformidades ni taras que atrajeran la atención de ningún Podólogo". Como el Podólogo ha sido tajante...»

Pasando ya a otro suceso ocurrido, esta vez en Barcelona, tenemos de nuevo conocimiento de algo intimamente relacionado con la especialidad de Podólogo. También aquí se habla de huellas de pies. Nos permitimos transcribir lo que el periodista escribió:

«EL NOTICIERO UNIVERSAL». — Miércoles, 19 de diciembre de 1973.

«La huella delatora.»

«A la infeliz ... la mataron, sin duda. El matador dejó una ANCHA Y COMPLETA HUELLA DE SU PIE, tinto en sangre de la víctima. Y sobre la sábana que cubría a ... La huella apenas si ha dicho que es de un pie masculino y que el hombre estaba descalzo. Los dibujos de las crestas son tan deficientes que aclaran poco. Y suponiendo que hubieran sido limpios y claros, ¿con qué huellas plantares de archivo podían cotejarse? No hay más remedio que esperar. Y si un día se llega a contar con algún sospechoso, tomarle la huella plantar y cotejar con esta huella que hoy debe conservarse unida al expediente de investigación.»

Este comentario, ya de por sí elocuente, se ve ampliamente reforzado por un trabajo presentado en las V Jornadas de Podología Argentinas por el podólogo de Buenos Aires don Juan Luis FERULLI, a quien felicitamos efusivamente por su acierto en tema de tanta importancia y que nos permitimos transcribir íntegramente a continuación:

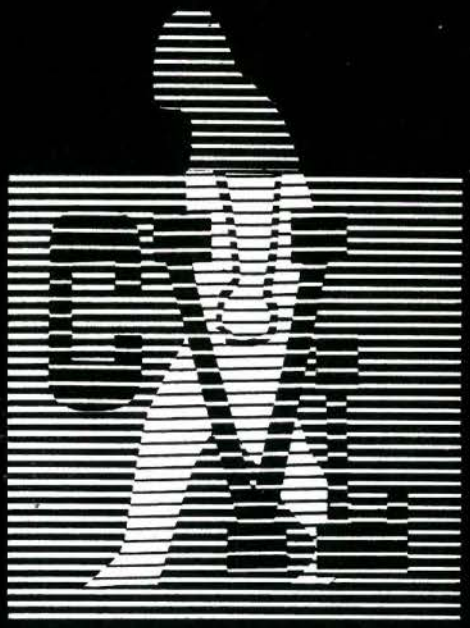
# constantino velasco laínz

*y*

# BERKEMANN

*en*
*colaboracion*
*con*
*la revista española de*

## PODOLOGIA



*ofrece a los podólogos*
*una gama completa*
*de*
*artículos para los pies*

CENTRAL (Oficinas). — Santiago Bernabeu, n.º 4.
Tels. 261 98 75 y 261 44 15. — MADRID-16

ALMACEN. — General Franco, n.º 42.
Tel. 208 98 36. — MADRID-19

DELEGACION CATALUÑA. — Calle Mallorca, n.º 336 (esq. Avda. Grmo.).
Tel. 257 76 05. BARCELONA-9

Prótesis de plástico, corcho, cuero, cuero y metal. — Protectores de Hallux Valgus. — Separadores de dedos. — Protectores planta del pie. — Cuñas y almohadillas metatarsales. — Accesorios para la aplicación de plantillas. — Sandalias fisiológicas de madera. — Soportes de cazoleta de Ortholen. — Planchas de PLEXIDUR. — Planchas de ORTHOLEN. — Planchas de PRENYL. — Planchas de HYDROLANYON, etc.

# La criminalistica aplicada a la podología

Por **Juan Luis FERULLI**
Buenos Aires
(República Argentina)

A los efectos de lograr el peritaje de un pie que se desea identificar, puede definirse de la siguiente manera: Se trata de la disciplina que estudia los métodos, formas y modalidades para la conducción y verificación de los hechos que pueden ser delictivos, así como también de un determinado acontecimiento accidental y que son propensos a la impunidad, por existir en primera instancia la absoluta creencia de qué pruebas o semiplena prueba de la identidad del damnificado y, como derivación de ello, puede hallarse acoplados la incógnita de los móviles que llevaron al hecho y la identidad de su autor o autores, investigación del modo, cómo, dónde y quién constituye la función colaboracionista de la Criminalística.

La Medicina y la Química aportan sus conocimientos a la investigación, agregándose otras ciencias, de donde nacen las disciplinas legales que, sistematizadas, dan origen a la Criminalística. Tales ciencias se complementan para una misma finalidad: la Investigación.

La Criminología estudia al autor del hecho; la Medicina Legal a la víctima y la Criminalística al hecho en sí representado por el cuerpo hallado, una parte de él o, específicamente, un órgano amputado; nuestro caso «el pie», de cuyo peritaje puede surgir la reconstrucción del hecho, la identificación del damnificado y la individualización de los ejecutores.

Como en la intervención que llevó a cabo el suscripto, quien ha aportado datos concretos de identificación en resonantes casos, como los de Martins y Nildo Zentemo, y uno de los macabros hallazgos en la ciudad de Luján, de un cadáver sin manos, en el que, pese a su estado de descomposición, se observaba un pie plano, así como un principio de incrustación de la lámina ungueal en su parte interna; en el mismo pie se le advertía el segundo dedo en garra y el quinto encimado. Estos pies, aparentemente, habrían recibido tratamiento por podólogo y a la víctima se le calculaba el tamaño del calzado entre el número 40 y 41.

Substancialmente la finalidad que se persigue es la capacitación para formar podólogos en Identificación Pédica, en el sentido estricto de la palabra. Es la faz de colaboración, en forma individual o en equipos, con las autoridades que investigan un hecho donde se requiere el reconocimiento del pie, tanto sea en la Capital Federal y zonas circunvecinas, incluso provinciales, como en cualquier parte del territorio argentino.

Para una mejor ordenación de la actividad que debe desarrollar el podólogo en Identificación Pédica, veremos criminológicamente cuáles son los fundamentos de su función:

1.º Si los pies peritados presentan huellas de haber sido tratados o no por profesionales de la rama podológica.

2.º En caso afirmativo, por el corte de las uñas o tratamiento de anomalías de la piel como: Helomas plantares; interdigitales; subungueales; granulomas; papilomas, etc. Tratar de establecer el tiempo aproximado de la última intervención.

3.º Ver la posibilidad de determinar si el trabajo obedece a una técnica podológica especial.

4.º Informar qué tipo de calzado usaba habitualmente el pie peritado, teniendo en cuenta particularidades de la arcada plantar, la disposición de los dedos, la estructura del tarso, la conformación del metatarso, los apoyos del talón y antepié; respecto de la presencia de hiperqueratosis, si el calzado era de horma angosta y tacón alto u otros

# TINADERM*

(tolnaftato 1%)

**CREMA**

## acción inmediata
## curación rápida
## en las dermatomicosis

PODAL
CORPORAL
CRURAL
DEL CUERO CABELLUDO
DE LA BARBA
VERSICOLOR

**ADMINISTRACION:** 2 ó 3 veces al día esparcir con los dedos la cantidad de Crema suficiente para cubrir la zona afectada, frotando suavemente hasta su completa absorción. La duración del tratamiento será de 2 a 4 semanas.

**PRESENTACION:** TINADERM Crema, Tubo de 15 grs.

ESSEX (ESPAÑA), S. A.
AFILIADA A
SCHERING CORPORATION, U.S.A.

* MARCA REGISTRADA

detalles, si el pie corresponde al sexo masculino o femenino.

5.° Señalar y describir las comprobaciones que surjan de la observación plantar, informar si el calzado que usaba era acompañado de una determinada ortesis o plantillas.

6.° Si hubiere peritaje sobre huellas de pies descalzos marcadas en superficies duras o moldeadas sobre relieve en pavimentos semiblandos o semiduros.

7.° Si el pie peritado se encuentra en estado de descomposición total o parcial, con mayor o menor pérdida de substancia, verificar si la región tenar pédica puede permitir, no obstante ello, tomar la impresión papiloscópica, fase fundamental para cualquier clase de peritaje pédico; además, visualizar con la lupa profesional tramos del órgano investigado a fin de que se establezca una particularidad como signo transitorio o permanente constituido en piel y/o uñas.

8.° Reconocido el pie como órgano correspondiente al sexo femenino o masculino, establecer el número de calzado que usaba, angosto o ajustado, debido a la presencia de un 5.° dedo varo, hallux valgus de origen traumático...

En base a estos ocho puntos fundamentales de la tarea específica del podólogo en Identificación Pédica y al estudio y clasificación del sistema de Pelmatoscopia utilizado como elemento de identificación Jurídico Social de los recién nacidos, la Identificación Pédica puede tener una amplitud insospechada, no sólo en hechos delictivos sino en el terreno social por imposición de la época y el progreso de la civilización, recordando sucesos de magnitud donde, por extensión nuestra modalidad sistematizada, puede llegar hasta el extranjero como disciplina colaboracionista de la Medicina Legal y de la Criminología.

## GENERALIDADES SOBRE EN QUE FORMA DEBE ACTUAR EL PODOLOGO EN IDENTIFICACION PEDICA

Hemos compulsado criteriosamente cada una de las facetas que incumben directamente al identificador, de manera que su intervención no puede significar superposición alguna, ni mucho menos incurrir en faltas que alteren el ritmo normal de una investigación o colaboración, donde su presencia debe limitarse, exclusivamente, al cumplimiento de sus facultades y derechos o a las directivas que pudiera recibirse, teniendo en cuenta, por sobre todo, que su participación en un hecho está circunscrita a disposiciones específicas por las cuales se establecen las modalidades y obligaciones de cada colaborador.

Para organizarnos de acuerdo a un régimen disciplinario que rija el más correcto desempeño de nuestras funciones, tendremos en cuenta fundamentales principios, los cuales pueden desglosarse de la siguiente manera:

1.° Si se trata de un hecho delictivo, sobre cuya investigación se ha solicitado la cooperación del identificador, éste, antes de actuar, deberá presentarse a la autoridad máxima o firmante de la citación, a los efectos de identificarse y obtener la anuencia necesaria para comenzar su tarea.

2.° Si la presentación es espontánea, tratará de informarse de cuál es el funcionario principal que entiende en la causa, a fin de ofrecer sus servicios técnicos.

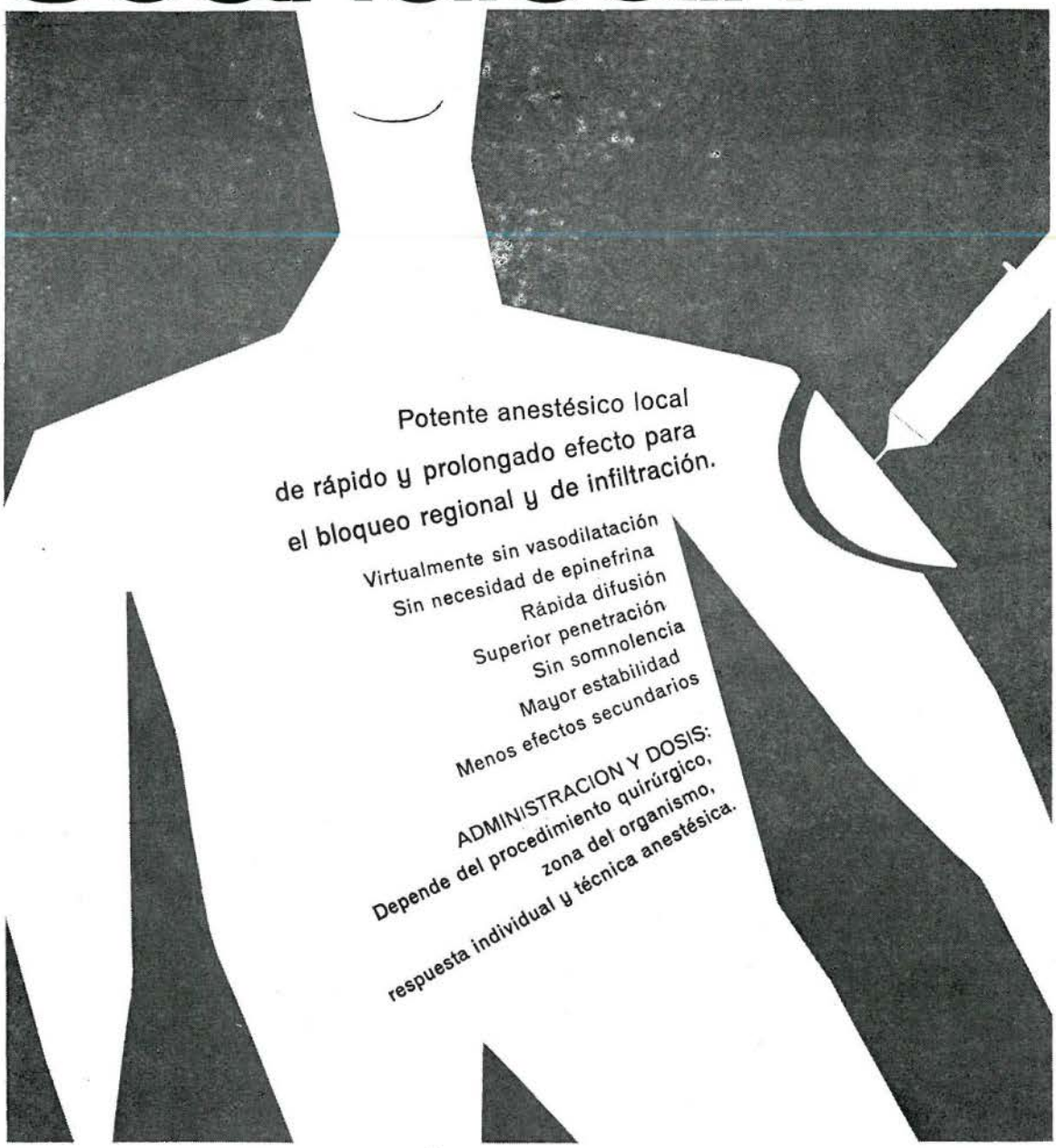
3.° Si se trata de un lugar abierto, donde debe actuar de primera intención, su tarea sólo debe ser presenciada por las autoridades que intervienen; por lo tanto, es muy importante estar plenamente seguro que su actividad no será obobservada por personas ajenas a la investigación y, si ello ocurriere, el podólogo debe solicitar la colaboración policial, a fin de que se aleje todo público interferente que pueda provocar alteraciones perjudiciales para la investigación.

4.° Si el peritaje se realiza en locales cerrados se tomarán las mismas medidas precaucionales referidas anteriormente.

5.° El informe del trabajo realizado debe ser puesto en propias manos del funcionario que dirige la investigación, contra entrega de un recibo que especifique el cumplimiento de la tarea técnica.

En virtud de que la Criminalística está relacionada con la Podología, es de obligación del Podólogo llevar un fichero de sus pacientes, con el objeto de poder brindar colaboración a las autoridades que así lo desearan para llevar llevar a feliz término una investigación tanto de hecho criminal como accidental.

# scandicain



Potente anestésico local
de rápido y prolongado efecto para
el bloqueo regional y de infiltración.

Virtualmente sin vasodilatación
Sin necesidad de epinefrina
Rápida difusión
Superior penetración
Sin somnolencia
Mayor estabilidad
Menos efectos secundarios

ADMINISTRACION Y DOSIS:
Depende del procedimiento quirúrgico,
zona del organismo,
respuesta individual y técnica anestésica.

PRESENTACIONES:

| | | |
|---|---|---|
| 1 % | 3 | iny. de 10 c.c. |
| | 25 | iny. de 10 c.c. (E. C.) |
| 2 % | 6 | iny. de 2 c.c. |
| | 25 | iny. de 2 c.c. |
| | 100 | iny. de 2 c.c. (E. C.) |
| | 3 | iny. de 10 c.c. |
| | 25 | iny. de 10 c.c. (E. C.) |
| 3 % | 6 | iny. de 2 c.c. (E. C.) |
| | 100 | |

SUECIA

CONCESIONARIOS
**INIBSA**
Loreto, 8
BARCELONA

# Biomecánica del pie con relación a las afecciones podológicas

**Expuesto en las Jornadas de Tucumán**
Podólogo: CARLOS NOYA
(Buenos Aires)

Debo comenzar señalando que, salvo rara excepción, todas las afecciones pédicas se deben, en parte, a una distorsión orgánica de origen mecánico. La biomecánica del pie comprende el complejo articular, osteo-fibro-cartilaginoso, muscular-inervado e irrigado. Cuando este conjunto orgánico funciona normalmente la combinación de las fuerzas, facilitadas por las palancas del pie, realizan la tarea estático-dinámica sin inconvenientes. El estudio anatofisiológico de los órganos intervinientes en el mencionado complejo articular, sin lugar a dudas, resultaría muy interesante, pero por razones de tiempo sólo consideraremos algunas características de los huesos y músculos de la pierna. Los huesos constituyen la parte pasiva de la mecánica; unidos entre sí forman las articulaciones de distinto género, proporcionando los arcos de sostén y combinando las palancas para el movimiento del salto, la carrera y la marcha.

Los 26 huesos en el pie son importantes para el cumplimiento de la tarea estático-dinámica y, por lo tanto, debemos colaborar con nuestra acción profesional para que no se invalide la función de ninguno. Señalo esta particularidad debido a la observación diaria de prótesis u ortesis aplicadas a los pies, y, en especial, a los niños que denuncian un desconocimiento de la función maravillosa del pie como órgano de sostén y locomoción, reduciendo la capacidad física al limitar a los órganos en el cumplimiento de su tarea, por no respetar a la anatomía y privar de libertad a la función. Además, cada hueso es importante por su forma, tamaño y características propias para su función y, por lo tanto, conviene destacar detalles sobresalientes de algunos.

El cuboides presenta en su cara inferior una prominencia llamada oblicuo del cuboides, que separa los dos tercios posteriores del tercio anterior, dando lugar al canal osteofibroso por donde pasa el tendón del peroneo lateral largo. Si bien la forma y posición del cuboides protege y facilita el movimiento del tendón, quizás resultaría insuficiente en casos de vencimiento del arco estático o de marcada supinación. De ahí que me interese señalar la importancia de la apófisis estiloide del quinto metatarsiano, que junto con la prominencia del oblicuo del cuboides, forman un arco protector indestructible.

## APOFISIS MENOR O SUSTENTACULO TALIS

Es interesante notar cómo se presenta esta carilla ántero interna, ofreciendo apoyo al astrágalo y facilitando así el paso de arterias, vasos, venas, etc., que vienen de la pierna y van a todo el pie, siendo protegidos por esta arquitectura ósea que le ofrece este apoyo.

## METATARSIANOS

Los metatarsianos afectan la forma de gancho, presentando una gran prominencia en las cabezas distales, que hacen que el cuerpo de los huesos den lugar a una cavidad receptiva de todos los órganos nobles que vienen de la pierna al pie, arterias, venas, músculos, tendones, nervios, etc. Creo que es muy importante tener en cuenta esta función de los metatarsianos, dado que es común encontrar indicaciones de correcciones en esta zona, que son contraproducentes, como lo veremos más adelante.

## FALANGES

La vida de las ciudades con pisos duros y el uso de calzados inapropiados hacen que el pie vaya perdiendo parte de su función, y por ello es fácil comprobar que los dedos tienen un movimiento muy limitado y hasta se

les resta importancia en su función.
Sin embargo, si tenemos en cuenta que el primer dedo es el punto de despegue del pie, como el último, efecto de la fisiología del paso.

La colaboración de los cuatro restantes aunque con menos incidencia, favorecerán dichos despegues y armonizarán el andar.

También sería de interés señalar detalles del calcáneo, el astrágalo, las cuñas, etc., cómo se corresponden para formar esta maravillosa arquitectura que cumple simultáneamente dos funciones distintas: la estática y la dinámica.

Pero, con lo considerado, nos damos cuenta cuán importante es cuidar que este órgano de sostén y locomoción sea favorecido en sus funciones, y no impedido como ocurre generalmente cuando se le fijan posiciones, o desvían sus formas anatómicas.

## ARCOS DEL PIE, ARQUITECTURA Y FUNCION

**Longitudinal interno** o arco de la marcha, formado por: calcáneo, tuberosidad interna, astrágalo, escafoide, tres cuñas, tres metatarsianos y falanges respectivas.

**Longitudinal externo** o arco de la estática formado por: calcáneo, tuberosidad externa, cuboides, dos últimos metatarsianos y las falanges.

**Arco anterior metatarsiano** o transverso anterior formado por las cabezas distales y cuerpo de los metatarsianos.

El número real de arcos es infinito, tanto se tome en el sentido longitudinal o transverso pero, por razones de orden práctico, nos limitaremos a los mencionados. Es conveniente señalar primero, que la disfunción de cualquiera de estos arcos es motivo suficiente para comprometer la posición de todos, de manera que no se puede señalar la descomposición mecánica con relación a la distorsión de un solo arco, sino que todos se ven comprometidos.

## FISIOLOGIA DEL PIE

La función del pie es estático-dinámica y será útil considerar separadamente una de otra.

## ESTATICA

En la posición estática la tibia y el peroné reciben el peso del cuerpo y lo transmiten al pie, a través del astrágalo. Cuando la función se cumple normalmente, la distribución del peso se realiza en forma equilibrada y sin inconvenientes. Pero cuando intervienen causas que distorsionan esta armonía, comienzan a descomponerse las fuerzas y se complica el mecanismo.

## DINAMICA

La función dinámica del pie incluye el salto, la carrera y la marcha, siendo esta última la de mayor interés por considerar, debido a que es la más común y nos afecta a todos en la vida de relación.

La marcha es el medio normal de trasladarnos y, durante toda la vida, será la primera y última función de cada día. La forma es bien conocida: comienza por el apoyo del talón (tuberosidad interna), continúa hacia afuera, corre por todo el lado externo hasta la articulación metatarso falángica del quinto dedo, para pasar en forma transversal, hacia adentro, hasta la articulación metatarso falángica del primer dedo, donde los sesamoideos hacen de pivot facilitando el despegue que se realiza por intermedio del primer dedo.

## DISTORSION ORGANICA Y SU RELACION CON LAS AFECCIONES PEDICAS

### Causas que pueden incidir en la pronación del retropié

Pisos duros, calzado inadecuado, aumento de peso, marcha forzada, etc. Cualquiera de estas causas predisponentes, o más de una, en muchos casos, irán determinando distintos grados de aplanamiento: pronación de retropié y supinación del antepié y su abducción. De acuerdo con el grado de incidencia de la supinación, la cabeza distal del primer metatarsiano irá perdiendo función de fulcro; razón por la cual se verá exigido el primer dedo en su función de despegue. Con tal motivo se manifestará una hiperqueratosis interfalángica plantar del primer dedo, en razón de la fuerte presión que hará en cada paso de la deambulación. Esta circunstancia traerá aparejado un predominio muscular que generalmente lleva a la rotación y abducción del dedo que, en última instancia, provocará la onicocriptosis externa u onicofosis. En este proceso es concomitante la elongación del **arco longitudinal** dando lugar al traumatismo ungueal.

Prosiguiendo esta distorsión orgánica, por la falta de apoyo del primer metatarsiano, se ve sobrecargado el segundo, donde se irá produciendo una hiperqueratosis plantar sobre la articulación metatarso falángica. Esta callosidad aumenta introduciéndose en las capas de la dermis, atrofiando las papilas, y comportándose como un cuerpo extraño, muy doloroso a la presión que toma la forma inversa a la resistencia, a manera de núcleo.

La manifestación de esta hiperqueratosis se considera como una señal de la patología del metatarso caído, también llamado descenso del segundo metatarsiano, pero no es ni una cosa ni la otra.

Si analizamos la patogenia ya referida, nos daremos cuenta que la etiología se circunscribe a la descomposición mecánica que aleja a la cabeza distal del primer metatarsiano de su función, o sea que no cumple con el 33 % que se le asigna en su tarea estático-dinámica. Razón por la cual, el segundo metatarsiano se ve exigido por la sobrecarga del trabajo extra. Por lo tanto, la cabeza distal del segundo metatarsiano tiene que realizar una función triple que le resulta imposible cumplir y mucho menos, cuando la presión exagerada ha traumatizado la piel, dando origen a la hiperqueratosis o heloma.

En consecuencia, tenemos dos males bien marcados que irán incidiendo en la formación de otros. Uno, es la descomposición mecánica que obliga a un mayor esfuerzo para el cumplimiento de su función, y el otro mal lo constituyen las afecciones hiperqueratósicas del primer dedo, segundo metatarsiano, onicocriptosis y probable onicomicosis.

Esta circunstancia complica la función estático-dinámica del pie y como un mal trae a otro, el mayor esfuerzo provocará un exceso de transpiración que dará como resultado la maceración de la piel, grietas, fisuras, ojos de gallo y micosis. Por otra parte, la defensa instintiva para evitar el dolor de las afecciones descritas, lleva a contracturar los dedos y, en consecuenvia, se irán formando dedos en garra, otros cabalgarán y se formarán helomas dorsales y plantares.

Como podemos apreciar después de esta descripción, los pies estarán en un estado calamitoso por todas las efecciones adquiridas ya mencionadas y otras que nos falta agregar, tales como hallux valgus, juanetes, etcétera, todo esto se relaciona con los pies planos y planos valgos en sus distintos grados, donde el pie cede por una o varias de las causas ya mencionadas y al no poder responder a su función de apoyo y deambulación, por una exigencia mayor a su capacidad se fatigan los músculos y no responden con su contribución a los ligamentos que resultan insuficientes y, en consecuencia, los arcos ceden y el pie se aplana.

Por otra parte, nos encontramos con los pies cavos o excavados, a los que acompaña la misma etiología y esta variante se debe a la condición orgánica del individuo.

Las causas predisponentes pueden ser las mismas, pero la reacción instintiva que lleva el pie a la contractura, en los casos de personas muy favorecidas en su condición física, fijan la posición exagerada de los arcos longitudinales, dando lugar a la formación del pie cavo. De acuerdo con esta deformación, se suceden las afecciones correspondientes, siendo las más comunes: los helomas plantares del primero y quinto metatarsiano, debido al predominio muscular de la zona tenar e hipotenar, y a la posición oblicua de los metatarsianos y por su descenso vertiginoso. Esto hace que la cabeza distal del primer y quinto metatarsiano predomine en el apoyo, razón por la cual sufren la consecuencia de la presión que ejerce el retropié sobre el antepié, por falta de apoyo estático. Por otra parte, la tensión generalizada y, especialmente, la de los músculos desequilibra la inervación e irrigación, trayendo como consecuencia edemas maleolares por retención de líquido, varices; hiperhidrosis, epidermofitosis, ojos de gallo, cabalgamiento de los dedos, hiperqueratosis y helomas, etc., etc.

He descrito las dos patologías extremas que acompañan a la mayoría de las afecciones podológicas, con el fin de señalar las particularidades de cada una, para saber diferenciar, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento. Por lo considerado vemos que toda afección podológica obedece generalmente a una mecánica descompuesta o impedida. Pero esta causa interna es producida comúnmente por factores externos, como por ejemplo los pisos duros, el calzado inadecuado, los pesos adicionales, los desarrollos prematuros, etc. Hay causas que no se pueden evitar tales como el piso duro, pero sí se pueden contrarrestar, favoreciendo al pie en su estática y dinámica a través de la aplicación de tres principios activos en los zapatos de los tres tercios de los pies, esto es: una cavidad receptiva para el talón, en

el zapato (de función supielevadora); un apoyo en el tercio medio a manera de polea, con dos vertientes laterales de contención, que no impidan la elasticidad de dicho apoyo que de ninguna manera llegue a ser rígido, y en el tercio anterior, una jineta activa falángica por delante del rodete digital. Estos tres principios de compensación anatomo-fisiológico exigen una capacidad técnica para la preparación y ajuste de los materiales a usar y un conocimiento profesional para hacer los controles periódicos, hasta alcanzar el óptimo resultado.

No quiero ahondar más en el tema pero, como ejemplo, para que no queden dudas al respecto, tengo que señalar que las correcciones que se hacen para un pie plano y un pie cavo son las mismas, y a veces cometen mayor error elevando más el arco longitudinal interno, en los casos de pie cavo.

Como debo limitarme al espacio reducido que me han acordado, me ocuparé de señalar las técnicas de las descargas, cuñas de trabajo y protecciones que constituyen el caballo de batalla de la Podología.

Una atención podológica puede ser realizada con una buena preparación del campo, con una buena técnica, e instrumental excelente, pero, si no se complementa la terminación con descargas y protecciones se ha realizado una tarea inconclusa, y, por lo tanto, con posibilidades de fracasar. Se entiende que las descargas no constituyen la solución definitiva, ni son de uso permanente porque resultan antihigiénicas y antiestéticas; pero por su acción paliativa son indispensables como complemento de la intervención podológica.

Con las descargas o cuñas de trabajo corregimos en forma previsoria el mecanismo del pie, hasta el uso y ajuste del corrector o compensador que indique el médico y aplique el técnico ortopédico. Es el medio más efectivo, no solamente para librar de dolor, sino para modificar los juanetes, hallux valgus, dedo martillo, etc. Tanto con las descargas como en las cuñas de trabajo es importante el material que se use, la zona en que debe aplicarse, el lugar, espesor y tamaño del apósito. Si falla cualquiera de los detalles señalados, es probable que en vez de


# INCLUSO LA MEJOR PROTESIS PEDICA

**será poco menos que inoperante si el calzado no mantiene el pie en posición CORRECTA y CONSTANTE sobre ella, con buena sujeción de retropié y empeine. Si el calzado no es INDEFORMABLE, la acción de apoyo será fugaz...**

Un buen calzado AYUDA a la acción de la prótesis; un mal calzado la anula Estudie cuanto hay en el mercado...

Estudie luego PIEDRO

Consulte a PIEDRO Internacional Apartado 7053 tel 2295?06 BARCELONA (Delg. de PIEDRO CENTRUM - BERKEL en RODENRIJS - Z. HOLLAND)

beneficiar y ser confortable, pueda resultar molesto y hasta perjudicial. El primer ejemplo para aplicar lo tenemos en la descarga del arco anterior metatarsiano. Si se nos presenta un paciente con un heloma plantar debajo de la cabeza distal del segundo metatarsiano, a la altura de la articulación metatarso falángica, y procuramos descargar la zona afectada elevando los metatarsianos, con un espesor alto, ancho bien adelante, para corregir, según se indica equivocadamente, por creer que el arco está vencido, cometeremos un gran error y habremos fracasado; comprendo que es fácil confundirse, porque esté muy generalizada la enseñanza errónea que el segundo metatarsiano está descendido, cuando en realidad, lo que ocurre es que el primer metatarsiano está sustraído de su función, a causa de la supinación del del antepié, y esta circunstancia hace que el segundo metatarsiano se vea obligado a realizar un 33 % más del trabajo que normalmente le corresponde. De manera que debe procurarse la forma en que el primer metatarsiano cumpla con su función de apoyo, y para esto, mientras no se invierta el sentido elicoidal que ha tomado el pie, la solución paliativa se logra colocando un espesor alrededor de los 5 mm de altura debajo de los sesamoides, inmovilizando el apósito con un cruce de adhesivos para que no se desplace y cumpla con su función de fulcro o pivot. Los casos en que el primer metatarsiano tenga una mayor diferencia con respecto al segundo resultando muy corto, el espesor debe ser mayor para compensar. Les puedo asegurar que a medida que ustedes vayan adquiriendo experiencia con esta técnica irán restando importancia a la corrección metatarsal y le prestarán mayor atención a la corrección de los dos tercios posteriores, porque si la cavidad receptiva para el talón combina bien con el apoyo medio, el arco anterior se verá beneficiado y sin inconvenientes, y si deseamos favorecer la descarga del arco transverso anterior procuraremos la función de los dedos con el activo funcional falángico que debe coincidir debajo de los dedos, por delante del rodete digital.

Otro ejemplo para continuar con las cuñas de trabajo es el del pie cavo que presenta comúnmente helomas en el primero y quinto metatarsianos en la zona comprendida por la articulación metatarso falángica. También en estos casos se procura descargar con una fuerte elevación debajo de los metatarsianos centrales y, en vez de mejorar, se empeoran debido al impedimento que limita la flexo-extensión de la articulación metatarso-falángica. Para buscar la solución al problema hay que averiguar la causa y, en el caso del pie cavo, las afecciones propias de estos pies se deben a la falta de apoyo estático de manera que lo que corresponde es colocar una cuña de trabajo en forma de arco, bien elevado, calculando que la cúspide puede tener 15 a 25 mm. de continuar hasta el talón con un bisel externo en el retropié. Así resolveremos provisoriamente la sobrecarga del 1.° y 5.° metatarsianos.

**Dichas descargas propiamente**

Para onicocriptosis: La manera de resolver sin dolor las uñas encarnadas y sin usar ningún anestésico, es por medio de las descargas en los laterales sobre la articulación interfalángica; a veces hay que proteger la parte dorsal y también corregir el apoyo plantar.

Todas las descargas deben hacerse por detrás de la uña, alejándose lo menos posible, con tal de conseguir que la zona donde se ingurgita la uña esté separada de todo roce o presión, sea del segundo dedo, o del zapato.

Se sobreentiende que antes de haber hecho la protección, se ha hecho la debida preparación del campo y la correcta desinfección. Como ya dije, las descargas se hacen por detrás de las uñas, alrededor de la articulación interfalángica y deben sujetarse con moleskín, rodeando el dedo sin apretar para no impedir la circulación. Y en cuanto a la falange ungueal la protección que se hace con gasa y la aplicación medicamentosa debe ser independiente, puede ser cambiada por el paciente; pero no así la descarga, que no debe tocar ni sacar aun cuando haga los pediluvios recomendados. En consecuencia, a los 2 ó 3 días, el estado inflamatorio debe desaparecer y recién comenzar a explorar. Conviene señalar que en las onico criptosis no es la uña la que se desvía, sino el surco ungueal el que se pone por delante; y si podemos evitar el corte de uña corrigiendo el surco adelantamos el tratamiento. Pero en los casos en que se hace necesario cortar la uña recién cuando sana el tejido puede completarse la atención con la uña acrílica, y resolver sin inconvenientes dicha afección. La descarga de los juanetes se hace por detrás de la cabeza del 1.° metatarsiano, con un espesor suficiente como

para evitar el roce del zapato que afecte la forma de una media luna, y ésta debe hacerse como todas las descargas con fieltro engomado y no con otros materiales mullidos porque son menos eficaces.

**Espolón calcáneo inferior:** Además de la cavidad, alrededor del espolón de supi-elese la apófisis mayor del calcáneo con un apoyo transversal bien elevado próximo a la inserción del tendón de Aquiles en el talón se puede presentar un espolón calcáneo posterior, una bursitis, una teno-sinovitis periostitis o un eritema pernio, cualquiera de estas afecciones se alivian con una descarga que, aplicada debajo del talón, aleja al contrafuerte de la zona afectada, y además otra descarga en la parte posterior por debajo de la inserción del tendón para separar el zapato. Toda descarga debe hacerse con fieltro y protegerse con moleskín, que además de actuar como emoliente en algunos casos protege de manera conveniente, evitando la incidencai del roce favoreciendo el tratamiento medicamentoso.

Las técnicas para las descargas del resto de las afecciones: hallux valgus o dedos en garra; dedos encimados; ojos de gallos; juanetes de sastre, etc., que son reducibles, aquí las tengo que omitir por razones de espacio.

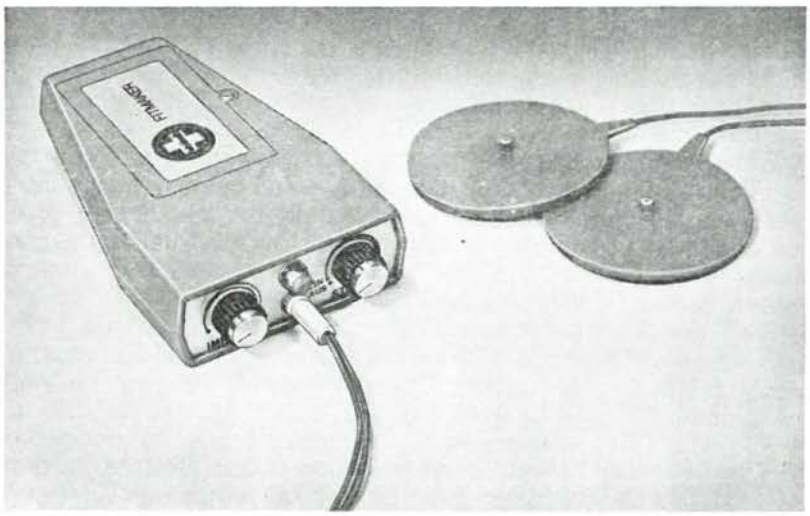
Para terminar quiero recordar, que por distintas causas externas se distorsionan las funciones del pie, provocando una mecánica descompuesta o impedida, y por esta circunstancia se vayan manifestando las distintas afecciones del tratamiento podológico.

La solución definitiva es corregir el mecanismo del pie, y esto se consigue con la compensación ortopédica. Como esto escapa a la tarea del podólogo, he señalado la forma provisoria de corrección que hace de nexo con lo definitivo que es la autorizada opinión del médico. La aplicación de descargas y cuñas de trabajo además de proporcionar alivio inmediato facilita al desenvolvimiento de la tarea podológica y es el complemento indispensable para realizar la función profesinal.

**¡¡Compañero!!**

**Nuestra Revista necesita de la colaboración de todos para sobrevivir. No la olvides.**

**Tus experiencias y conocimientos profesionales pueden servir de mucho para otros compañeros. Divúlgalos.**


**MODERNICE SU CONSULTA** y ayúdese con los eficaces tratamientos por impulsos electrónicos del rentable FITMAKER...

Pida información.

Representante en España:

**J. L. VILA-PLANA**

Conde Borrell, 211 - puerta 33
Teléfono 93/239 53 06

BARCELONA - 15

**Indicadísimo en los tratamientos de:**

- HALLUX VALGUS (con bursitis o con inflamación artróssica)
- METATARSALGIAS (posturales, reumáticas, circulatorias)
- ESPOLON DEL CALCANEO Y OTRAS EXOSTOSIS
- TENDONITIS - DISTENSIONES - ERITEMA PERNIO -
- VARICES - PRINCIPIOS DE CLAUDICACION, etc.

# Tratamiento de los pies planos en el niño

Artículo publicado en la Revista «TRIANGULO» de la Revista Sandoz de Ciencias Médicas.
Dr. Arthur J. HELFET,
de Ciudad de el Cabo

Si bien es mucho el tiempo transcurrido desde que se publicó el trabajo que a continuación insertamos, hemos de reconocer que los conceptos que en el mismo se debaten pueden ser motivo de estudio y comentario, al considerar que los mismos escapan un poco a las formas más en boga hoy en día. Si de su lectura se obtiene algún provecho o cualquier compañero podólogo, de los que tengan paciencia en leerlo, quiere exponer sus puntos de vista al respecto, esta Redacción se dará por satisfecha al haber conseguido despertar un interés podológico sobre el importante tema de los «PIES PLANOS EN EL NIÑO».

La naturaleza ha formado el pie para que el peso del cuerpo descanse sobre tres puntos, a saber: El talón y las cabezas del primero y quinto metatarsiano (fig. 1). Este trípode sólo es posible por la existencia de dos arcos plantares, uno transversal y otro longitudinal. Cuando el longitudinal no está desarrollado (pie plano congénito) o está deformado por la posición del pie (pie valgus), el peso reposa también sobre el borde interno, que no está destinado normalmente a servir de punto de apoyo (fig. 1). En estas condiciones pierde el pie su flexibilidad y agilidad naturales y el andar es torpe; el niño tratará de compensar esta debilidad, marchando con los pies hacia adentro. Si la deformación inicial es moderada, el niño conseguirá, a veces, normalizar su pie y su andar. Por el contrario, si es incapaz de corregirla, marchará dirigiendo sus pies hacia afuera, a lo «Charlot». Una distribución anormal del peso sobre los pies, provoca también deformaciones del calzado. En el pie valgus, el peso está desplazado hacia el borde exterior del contrafuerte, deformándolo y produciendo un desgaste excesivo del reborde externo del tacón.

Desde que los niños comienzan a llevar zapatos, se han hecho ensayos para corregir los pies planos. Una visita a cualquier clínica ortopédica o a un centro de reclutamiento o de instrucción militares, hará dudar de la eficacia de los métodos terapéuticos utilizados hasta aquí.

1. Las escuelas continentales (Europa), han desarrollado numerosas formas de soportes de los arcos plantares, basados en el principio de que el arco plantar debe ser formado y mantenido sosteniéndolo por debajo. Este método tiene la desventaja de que no corrige la normal distribución del peso (fi-

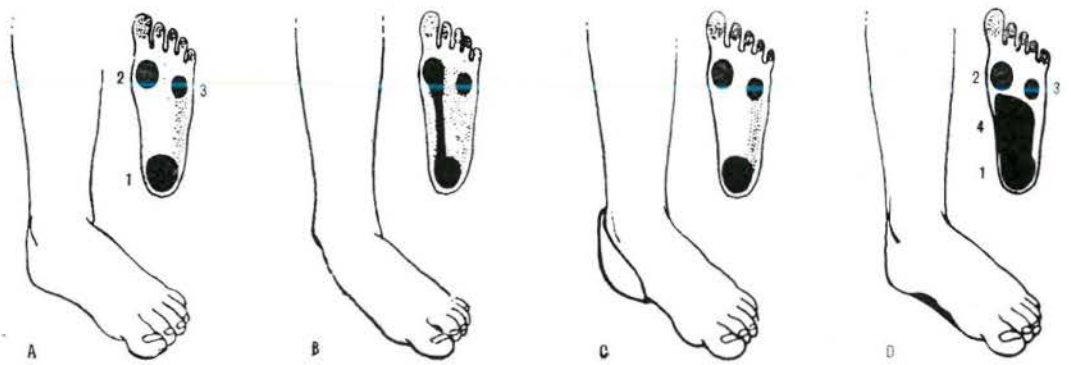



Fig. 1. — Distribución de los puntos de presión: A) pie normal. - B) pie plano con superficie de apoyo normal a lo largo de la cara interna del pie. - C) pie plano con un contrafuerte corrector del talón: restablecimiento de los tres puntos de apoyo normales de la planta del pie. - D) pie plano provisto de un alza plantar: la distribución anormal del peso persiste. (Reproducido con autorización del editor del «Lancer».)

gura 1 D); por otra parte, esta plantilla que sostiene permanentemente el arco plantar, dificulta el desarrollo normal del pie, en lo que concierne a su resistencia y estabilidad. Los pies planos reaparecen tan pronto como se suprime el aparato. La mayoría de los niños que llevan plantillas de soporte, deben continuar llevándolas aún siendo adultos.

2. Desde antes del comienzo de este siglo, los ortopédicos ingleses y americanos han preferido el método que consiste en elevar y alargar el tacón del zapato sobre su borde inferior (tacón de Thomas). Este procedimiento ha demostrado ser muy eficaz para corregir las formas leves y moderadas de rodillas zambas en la infancia, pero no es satisfactorio para curar los pies planos, por las siguientes razones:

a) Mientras que el contrafuerte del calzado se adapta perfectamente al pie, el aparato permite, en efecto, corregir la desviación del talón hacia el exterior, pero provoca, al mismo tiempo, una desviación parcial de todo el pie hacia el interior. Por consiguiente, el pie tiende a escurrirse hacia la cara externa del zapato y así se produce un desgaste exagerado del tacón y una deformación del contrafuerte (fig. 5 A).

b) Estos zapatos reforzados sólo son eficaces mientras se adaptan perfectamente al talón del pie. Es necesario por tanto, mantener los tacones en perfecto estado y reemplazarlos tan pronto como el contrafuerte esté deformado (fig. 5 A). En la práctica, vigilar y mantener los zapatos en buen estado es, a la vez, molesto y caro.

c) Para que el método sea eficaz, el niño debe llevar exclusivamente calzados especiales. No debe caminar nunca descalzo, ni llevar zapatillas, botas de fútbol, zapatos de tenis o de goma.

d) La ligera desviación del pie hacia adentro, debida a llevar este calzado especial, produce una deformación equivalente del talón hacia afuera desde el momento en que el niño vuelve a llevar zapatos corrientes. El método es, por tanto, completamente eficaz y su aplicación es fastidiosa y cara.

## CONTRAFUERTE CORRECTOR DEL TALON

Hemos discurrido un método de tratamiento de los pies planos, basado en dos nuevas premisas:

1.° Si la parte anterior del pie permanece plana, la curvatura del arco longitudinal depende de la inclinación del talón, y cuanto más enderezado esté, más curvado estará el arco plantar. Cuando el talón se mantiene en posición vertical, el pie halla su arco normal (fig. 2).

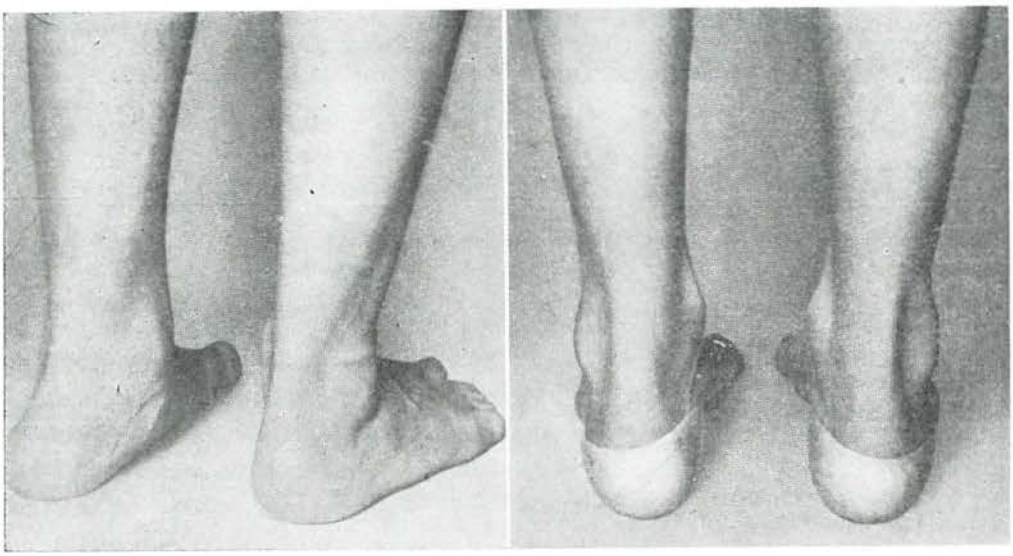


Fig. 2. — Efecto de los contrafuertes correctores del talón: reforma de un arco plantar por enderezamiento del talón. A) pie plano desviado hacia el exterior. B) pie completamente corregido. Estos pies tienen en posición normal arcos plantares muy curvados.

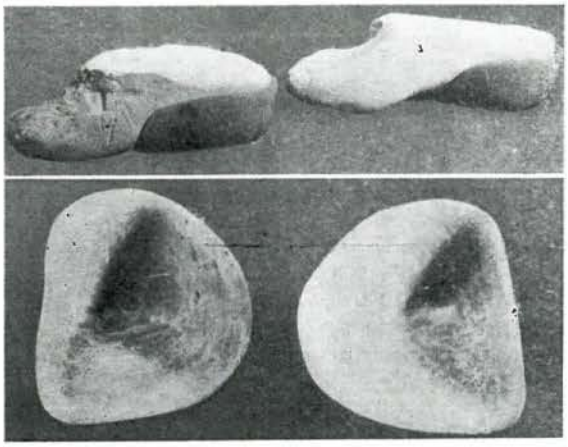


Fig. 3. — Contrafuertes correctores hechos de fibras de vidrio plastificadas.

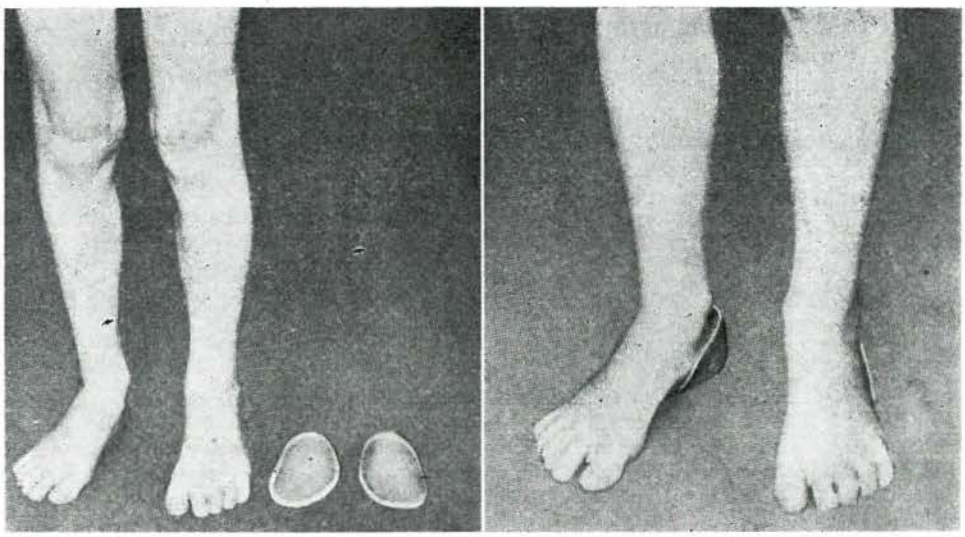


Fig. 4. — Niño de 6 años. Pies valgus típicos corregidis y normalizados por llevar contrafuertes del talón. No es necesario una corrección exagerada. La marcha con los pies dirigidos hacia afuera y la pesadez del paso desaparecieron rápidamente.

2.º En lugar de producir un arco plantar sosteniendo el pie debajo, hay que tratar de obtener este resultado mediante un contrafuerte del talón que mantiene la posición de éste, por la forma de las paredes laterales (figs. 1 C y 3). Al crecer, el pie adopta la forma que conviene a sus posibilidades funcionales (recordemos a este respecto la costumbre china, abandonada hoy, de vendar apretadamente los pies de las niñas dándoles forma de pies zambos incorregibles), y como los músculos funcionan normalmente en el contrafuerte del talón, el niño tendrá pies equilibrados con arcos normales (figura 1 C). Sus pies se harán robustos y ágiles y no hay que tener recaída cuando se le priva de sus zapatos.

Estos soportes pueden ser construidos en plástico o en metal, la forma más adecuada para mantener el talón en posición vertical normal. Al principio, hemos ensayado un aparato con una base inclinada, pero hemos observado que era esencial que el fondo del contrafuerte fuese plano, para que el peso del niño mantenga los lados del aparato en buena posición. Estos soportes se adaptan perfectamente al contrafuerte del zapato y son tan agradables de llevar que el niño se olvida de ellos (figs. 4 y 5).

El esquema de la figura 1 muestra los tres puntos de apoyo del pie normal (A); la defectuosa distribución del peso en el pie plano (B); cuando lleva alza plantar (D). El llevar contrafuertes en el talón permite restablecer los tres puntos de apoyo normales (C).

Se ha visto que un niño provisto de contrafuerte de este tipo mejora, casi inmediatamente, su marcha. No vuelve sus pies hacia afuera o hacia adentro; es más ágil y pierde su pesadez. El empleo de este aparato prolonga la duración de los zapatos, que no se deforman más. Los tacones se desgastan normalmente y no sólo en su parte exterior.

He utilizado desde hace más de siete años este sistema de contrafuerte de talón en más de 500 niños. No hay duda de que éste es el método adecuado para obtener un arco plantar estable. El niño deber llevar este aparato durante dos o tres años, por término medio, para curarse. Basta con un par de contrafuertes, porque el aparato puede transferirse de un zapato a otro y, también, puede usarse en sandalias, zapatos de goma, botas de fútbol, etc., etc., con tal de que el contrafuerte del aparato, sandalia o bota, sea lo bastante sólido para mantenerlo en posición.

El llevar un aparato de este tipo es beneficioso cuando está bien adaptado al pie, puesto que favorece el desarrollo correcto tanto del pie normal como del anormal. Creemos que sería conveniente que estos aparatos fuesen vendidos en las casas de ortopedia, farmacias o por empleados calificados en los buenos almacenes de calzados. El médico de cabecera o el médico escolar los prescribirían al niño y éste los llevaría sin interrupción hasta que no los necesitase más. Generalmente transcurren de 6 a 12 meses antes de que el crecimiento del niño haga necesaria la compra de un número mayor.

Hasta ahora, estos contrafuertes se han fabricado individualmente en materia plástica, después de hacer un vaciado de yeso de los pies del niño. Su precio es relativamente caro, pero las economías que se obtienen en reparaciones de zapatos, lo compensan con creces. Una firma de Ciudad del Cabo ha empezado a estudiar que material es el que mejor se presta para la fabricación en serie de aparatos durables y ligeros, con dimensiones tipos y a precio de venta muy reducido.

Hemos utilizado este mismo aparato para tratar los enguinces del pie de los adultos. Proporciona un gran alivio, muy superior al que se obtiene con las plantillas que comprimen, permanentemente, el arco longitudinal. Por desgracia, estos aparatos son demasiado abultados para el calzado corriente. El problema a resolver, es encontrar un material resistente, de poco espesor; con ello sería posible y ventajoso, el empleo de contrafuertes correctores también para los adultos.

Estamos pesuadidos de que el empleo de estos contrafuertes constituye un método sencillo y eficaz que permite el desarrollo normal de los pies en el niño.

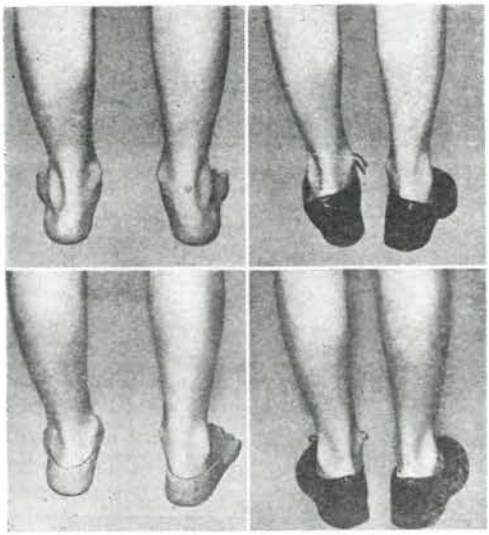
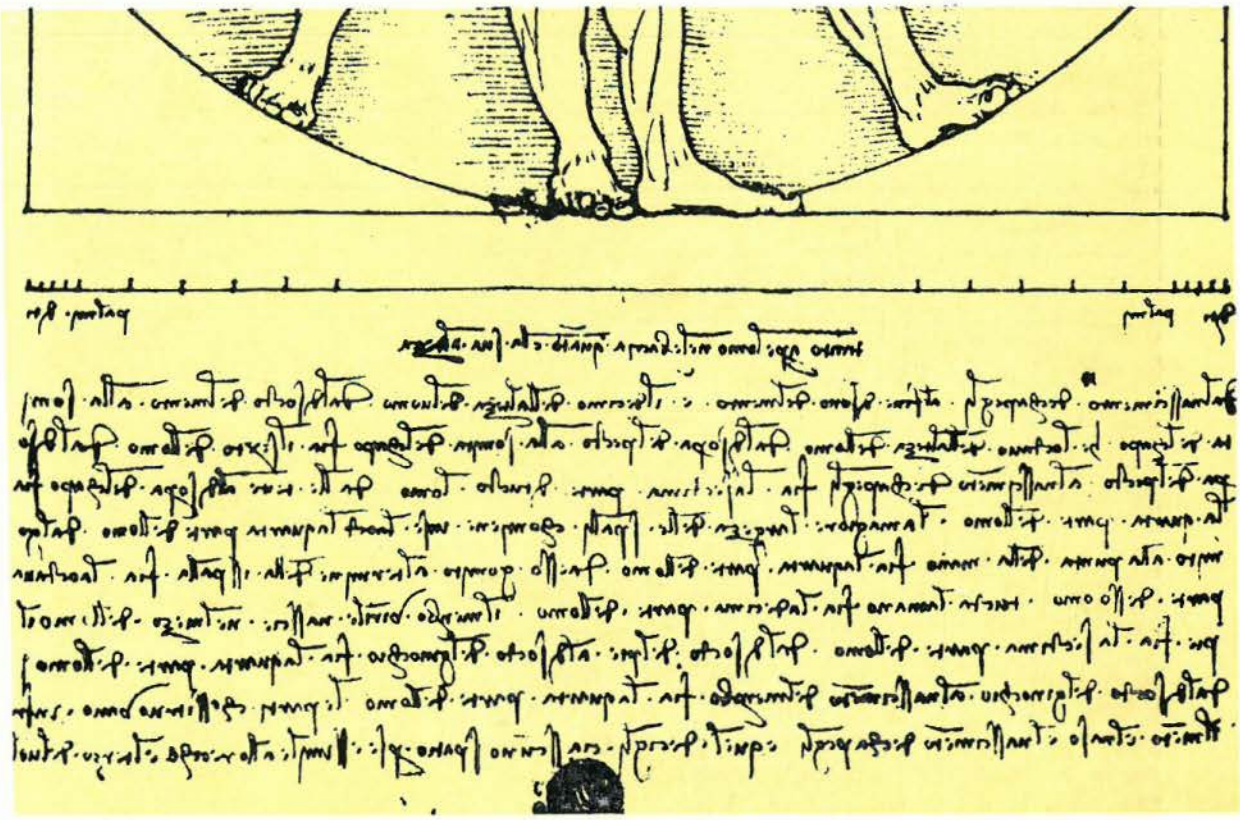


Fig. 5. — A) Niño robusto de 5 años y medio. Gran deformación de los zapatos en la cara externa, agravada por el hecho de que los tacones también están deformados. B) La rectificación satisfactoria de los pies se obtiene mediante contrafuertes correctores de fibra de vidrio plastificada, por lo que el niño se mantiene normalmente en sus zapatos. Su pie tiene un arco plantar de poca curvatura.



# REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

A.P.E. Septiembre-Octubre
n.° 35 1973

**podólogo:** **¿quién mejor que Ud. puede asegurar la veracidad de este slogan...?**

**¿quién mejor que Ud. para liberar a sus pacientes del enemigo que ataca "la raiz" de la persona...?**

**...¿y quién mejor que Ud. para dar vigor y tranquilidad a esa raiz, con la ayuda de...**

**AKILEINE** que **descongestiona** los pies haciendo desaparecer el ardor en las plantas, a la vez que **desodoriza** y modera la transpiración ya que no contiene formol u otros productos nocivos, que puedan provocar inflamaciones o irritaciones en la piel.

**AKILTROPIC** que **neutraliza los efectos de la transpiración** y elimina la enfermedad de las piscinas.

Pida muestras a Lab. Inibsa - Loreto, 8 - BARCELONA-15

# REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

ORGANO DE LA AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

A. P. E.

**Redacción:**
Diputación, 118, 2.°, Pral, 2.ª, Barcelona (15)

**Director:**
Leonardo Escachs Clariana

**Sub-director:**
Pablo Vilató Ruiz

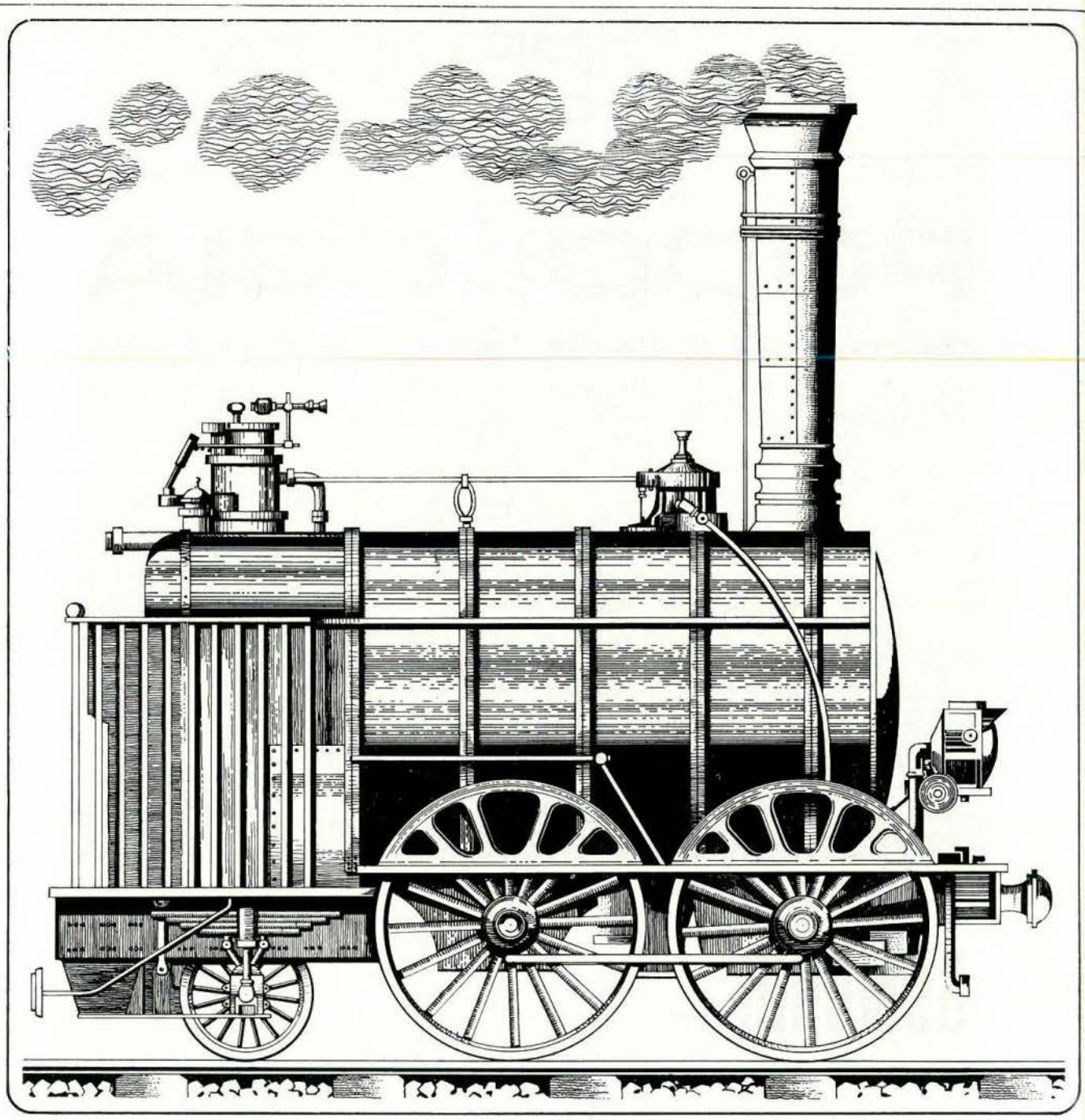
**Redactor jefe:**
Francisco Mañé Domingo

**Administración:**
Manuel Gavin Barceló

GRAFICAS RENACIMIENTO - Depósito Legal B-13.484 - 1974


## SUMARIO


| | |
|---|---|
| 3 | Junta de Gobierno |
| 5 | Editorial |
| 7 | Consideraciones |
| 9 | Podología Laboral: Su importancia social |
| 15 | Patología del talón |
| 26 | Agrupación de Podólogos de España (Viaje a EE.UU) |
| 28 | La Podología en el Mundo |



en procesos reumáticos...

**ditrone** **cápsulas 100 y 200 mg** (envases con 20 cápsulas)
**supositorios 200 y 500 mg** (envases con 16 y 10 sup. respec.)

**delta ditrone** **envase con 50 cápsulas**

HOSBON S/A

# AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

## JUNTA DE GOBIERNO

| | | |
|---|---|---|
| Presidente Nacional | D. LEONARDO ESCACHS CLARIANA | Barcelona |
| Vice-Preste. 1.° | D. ZACARIAS GARCIA ANDRES | Madrid |
| Vice-Presidente 2.° | D. ISAIAS DEL MORAL CEJALVO | Valencia |
| Secretario General | D. JOSE A. CALVO GARCIA | Zaragoza |
| Vice-Secretario | D. FRANCISCO MAÑE DOMINGO | Barcelona |
| Tesorero | D. MANUEL GAVIN BARCELO | Barcelona |
| Contador | D. LUIS AYCART VIJUESCA | Madrid |
| Vocal 1.° | D. FCO. MORAN VENTURA | Las Palmas G. Canaria |
| Vocal | D. JUAN VIDAN TORRES | Santiago de Compostela |
| Vocal | D. LUIS INCHAURRONDO | Irún |
| Vocal | D. JOSE M.ª BAEZ BASAURI | Bilbao |
| Vocal nato | D. ZACARIAS GARCIA ANDRES | Madrid |
| Vocal nato | D. JAIME SALA PICH | Barcelona |

## DELEGADOS DE ZONA

**D. José M.ª Báez Basauri,** Mayor, 27, 6.°. Las Arenas. BILBAO.

**D. José Luis Inchaurrondo.** Paseo de Colón, 65. IRUN.

**D. Juan Vidán Torres.** Preguntoiro, 10. SANTIAGO DE COMPOSTELA.

**D. Antonio Báez Prieto.** Alcalá, 313. MADRID.

**D. José Antonio Calvo García.** Coso, 77, 5.°. ZARAGOZA.

**D. Jaime Sala Pich.** Muntaner, 142. BARCELONA-11.

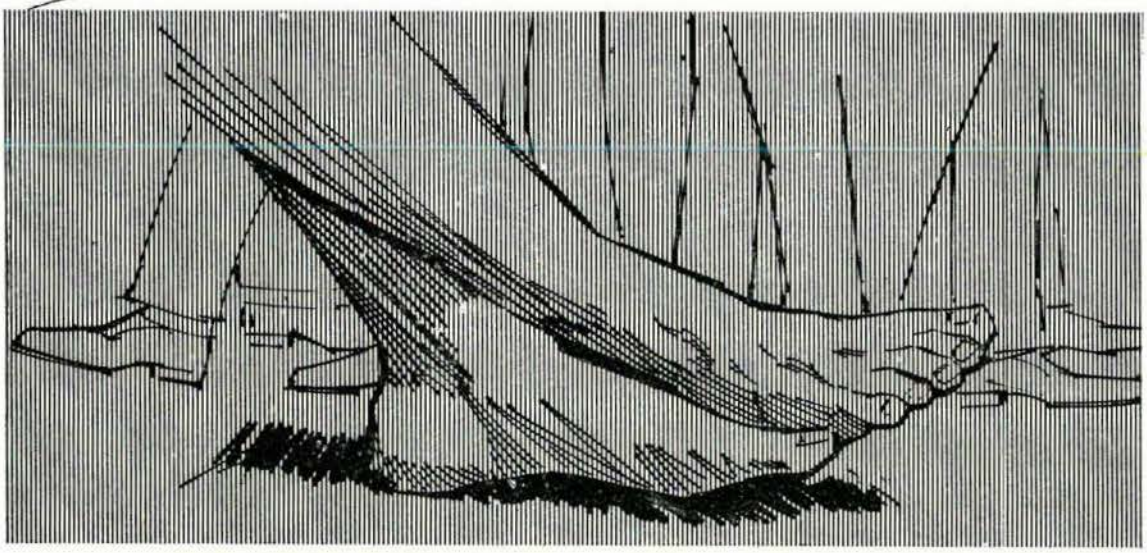
**D. Isaías del Moral Cejalvo.** Castellón, 8. VALENCIA-4.

**D. Francisco Morán Ventura.** León y Castillo, 8. LAS PALMAS DE GRAN CANARIA.

## DELEGADOS PROVINCIALES

ALAVA: **D. Julio Crespo.**
ALBACETE: **D. Luis Juan Navarro.**
ALICANTE: **D. José Olcina Morales.**
ALMERIA: **D. Luis Pascua San Miguel.**
AVILA: Sin Delegado Provincial.
BADAJOZ: **D. José Villafaina de la Cruz.**
BARCELONA: **D. Jaime Sala Pich.**
BILBAO: **D. Víctor Fano Ugarriza.**
BURGOS: **D. Elías Hernando Tamayo.**
CACERES: Sin Delegado Provincial.
CADIZ: **D. Manuel Albala Valle.**
CASTELLON: **D. José Aguilar Beltrán.**
CIUDAD REAL: **D. Luis Barba Vázquez.**
CORDOBA: Sin Delegado Provincial.
GERONA: **D. José M.ª Boch Doménech.**
GRANADA: **D. Manuel Ruiz Morales.**
GUADALAJARA: Sin Delegado Provincial.
HUELVA: Sin Delegado Provincial.
HUESCA: Sin Delegado Provincial.
JAEN: **D. Leonardo Rodríguez Revuelta.**
LA CORUÑA: **D. Francisco de la Cruz.**
LAS PALMAS: **D. Francisco Morán.**
LEON: Sin Delegado Provincial.
LERIDA: **D. Alfredo Puchol.**
LOGROÑO: **D. Vicente Alvarez.**
LUGO: Sin Delegado Provincial.
MALAGA: **D. Antonio Gutiérrez.**
MADRID: **D. Zacarías García Andrés.**
MURCIA: Sin Delegado Provincial.
ORENSE: **D. Elisardo Bralo Rego.**
PALENCIA: **D. Damián Porro Villarroel.**
PALMA DE MALLORCA: **D. Juan B. Brines.**
PAMPLONA: Sin Delegado Provincial.
SALAMANCA: **D. Antonio Basas Encinas.**
SANTANDER: Sin Delegado Provincial.
SAN SEBASTIAN: **D.ª M.ª Pilar Gómez.**
STA. CRUZ DE TENERIFE: **D. Armenio Méndez.**
SEGOVIA: **D. Francisco García.**
SEVILLA: **D. Francisco Alvarez Gandulfo.**
SORIA: Sin Delegado Provincial.
TARRAGONA: Sin Delegado Provincial.
TERUEL: Sin Delegado Provincial.
TOLEDO: Sin Delegado Provincial.
VALENCIA: **D. Angel Sanchiz Cortina.**
VALLADOLID: **D. Alfonso Domínguez Millán.**
VIGO: **D. Angel Medina Herrero.**
ZAMORA: **D. Juan J. Miguel Barrios.**
ZARAGOZA: **D. José Calvo García.**

¡NUEVA FORMULA!



# Pentoderm®

## Crema dermoprotectora cutánea

**Tubo con 50g de crema** (62,80 ptas.).

MADAUS

**MADAUS CERAFARM, S. A.**

Pujol, 22 - Tel. 211 91 12 - Barcelona-6. Cristóbal Bordiu, 35 - Tel. 254 64 44 - Madrid-3. Pérez Galdós, 95 - Tel. 26 38 98 - Valencia-8.

# EDITORIAL

*Ya se prepara un nuevo Curso. Las escuelas de Madrid y Barcelona, aprestan sus armas docentes para dar guerra a la plantilla de alumnos inscritos, ofreciéndoles su ya dilatada experiencia y el caudal de conocimientos modernos que se van adquiriendo en distintas formas. Todo ello ha de revertir en una mejor preparación y un mejor aprovechamiento de las lecciones que en las escuelas se profesen.*

*Un año más. ¡Con qué velocidad consumimos las horas! Pero así, sin darnos cuenta, los días se van sucediendo formando los meses y éstos los años para, en conjunto, formar una vida. Y estos días, meses y años, han formado una serie de vidas de Podólogos que han dejado una profunda huella de su paso por este mundo. Nombres que han sido grandes dentro de la Especialidad y nombres que, a no dudar, lo serán en el futuro. Los primeros, formados en la dura Escuela de la Vida, por sí solos, con tesón, con voluntad enorme, con espíritu de sacrificio y con entrega total, consiguieron sus previstos ideales y metas. Los segundos, los que serán, formados la mayor parte de ellos en estas Escuelas que hoy funcionan y que servirán para dar pleno testimonio de su paso por las mismas y de los conocimientos adquiridos en sus aulas. Todos, los que «fueron» y los que «serán», juntos, son esa gran familia de Podólogos.*

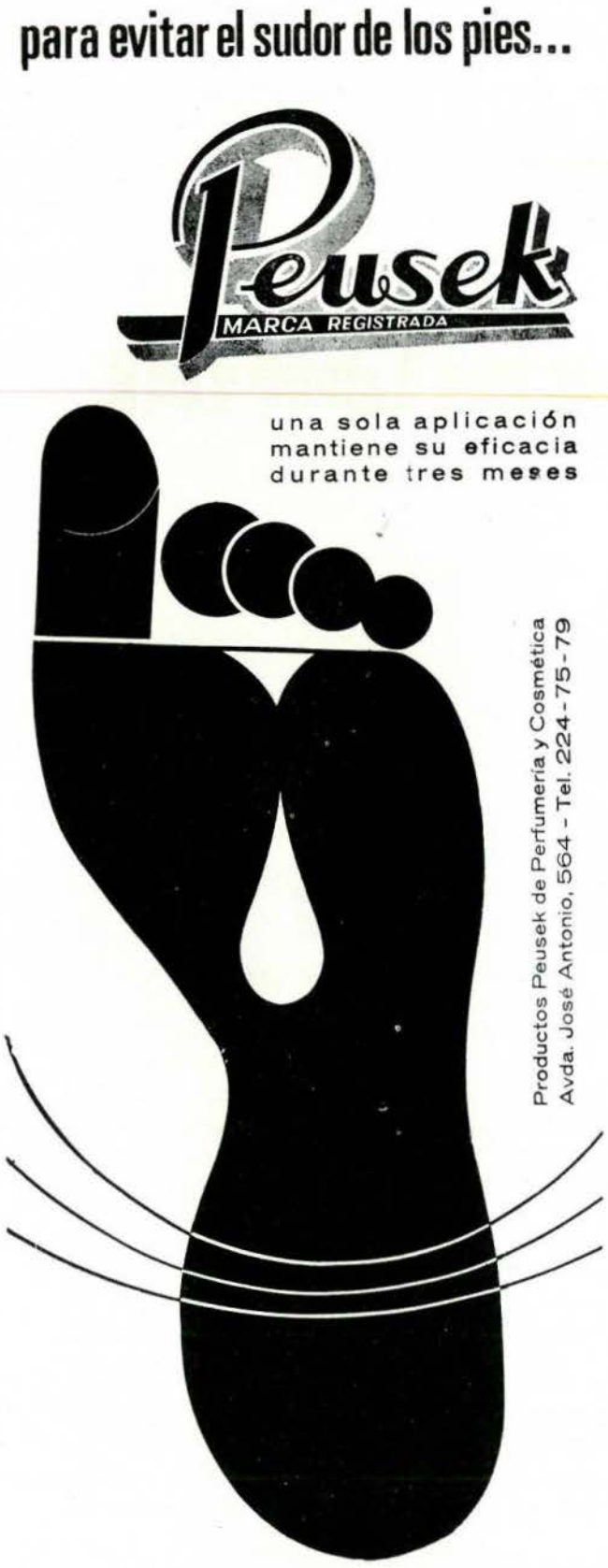
*Estamos plenamente convencidos de que al comenzar un nuevo curso en las Escuelas los que están al frente de las mismas tienen en su corazón la misma ilusión que la que embarga al futuro padre. El nacimiento de un hijo, lleva parejo un cúmulo de alegrías de satisfacciones y felicidad, aunque, a veces, la vida, sirva para desengañarnos amargamente de ello, pero en el momento de nacer, es una plena e íntima satisfacción la que anida en el corazón de los padres. Y yo estoy seguro, repito, que quienes están al frente de tales Escuelas, al comenzar un nuevo Curso han de tener en sus corazones la misma felicidad y la misma satisfacción de quien espera a un hijo, porque, en realidad, hijos son de las Escuelas, los profesionales que de las mismas salen. Cuántas ilusiones, esperanzas, anhelos anidan en los nuevos estudiantes son difíciles de describir. Cada uno de ellos, con su pequeño, o grande, sacrificio, se apresta a estudiar una materia que le permita ejercer una profesión libremente escogida y, por tanto, de su agrado. Cuantas esperanzas puestas en «¡¡Cuando tenga el Título!!» Lo sé, así nos consta y en más de*

*una ocasión hemos sido partícipes de la expresión verbal de tales ilusiones y deseos. Por ello estamos convencidos de que en este curso presto a comenzar, no han de faltar tampoco estas esperanzadas ilusiones que, en realidad, sirven para poner el mayor cariño, interés, afán y ansia de saber de todos y cada uno de los Alumnos que empiezan sus estudios.*

*Si ello no fuera suficiente, cada año las Escuelas celebran unos Cursos de perfeccionamiento para los profesionales en ejercicio, pues cada año, las técnicas, las materias de estudio, los materiales de trabajo, los conocimientos todos en general, sufren variaciones y adelantos que precisan ser conocidos por todos estos profesionales en ejercicio para que al vertirlos en sus pacientes les permitan solucionar afecciones y problemas podológicos para los que, de no estar al corriente, al dia, de estas nuevas técnicas, seria dificil dar la adecuada solución. Y los profesionales conscientes de tal necesidad, acuden a sus Escuelas año tras año, dando con ello el más fiel exponente de sus ansias de superación asi como de su entrañable amor a esa Especialidad de Podologia.*

*Pueden estar orgullosos los compañeros que, al frente de la Agrupación de Podólogos de España van recogiendo esta semilla, fruto de una siembra durante años, y engrosando sus filas de profesionales cada vez mejores, cada vez más capacitados, cada vez más técnicos y científicos que dan un fiel exponente de la verdadera magnitud de la Podología y de los que la ejercen, para el alivio de afecciones y dolencias de los pies, en contraposición a algunos sectores mezquinos que pretenden usurpar las funciones propias de tales profesionales y que como es de todos sabido, tan bien reglamentadas están en el Decreto 727/62 de fecha de 29 de marzo.*

*Por esta razón expuesta en último término comprendemos perfectamente el afán y ansia de superación de los Podólogos pues con esta arma es como mejor se puede combatir a quienes invaden su campo sin estar legalmente autorizados para ello. Nuestros mejores plácemes y felicitaciones a todos.*

# Consideraciones

Por ANTONIO ALONSO DIAZ
Podólogo (Oviedo)

ES MUY CONVENIENTE TENER EN CUENTA DURANTE EL TRATAMIENTO DE LAS ANOMALIAS DEL PIE DEL NIÑO (pies planos, cavos, zambos, etc.):

QUE: La finalidad que tienen las plantillas ortopédicas es la de mantener el pie en posición fisiológica normal cuando el niño camina o cuando el niño está de pie. Es decir, ayudan a mantener al sistema esquelético debidamente alineado (función estática del aparato locomotor), coordinando, al mismo tiempo, los movimientos al entrar en juego los músculos y ligamentos (función dinámica de dicho aparato locomotor).

QUE: Para completar un racional tratamiento, es INDISPENSABLE que el niño realice diariamente, ejercicios de los miembros inferiores. En verano, podemos hacerle caminar descalzo por playas y prados y, en épocas de más frío o si el niño es propenso a resfriarse, puede hacerlos en su casa, provisto de calcetines de lana (caminar de puntillas sobre los bordes interno y externo del pie; a la «pata coja», etc.). En los casos de pie cavo es muy recomendable el subir de frente y bajar de espaldas un plano inclinado de un 30 % de desnivel aproximadamente. También lo es el ejercicio de la bicicleta. Estos ejercicios, cuanto más intensos sean, mejor. Estimularemos a los niños para que se entretengan con juegos en que para su realización participen activamente los miembros inferiores.

QUE: Con el ejercicio reseñado y con el tratamiento vitamínico que en muchas ocasiones es prescrito por el médico especialista, lograremos la recuperación del «tono neuro-músculo-esquelético». No debemos de olvidar nunca que la corrección de toda malformación del pie, ha de orientarse, en primer lugar, a conseguir esta recuperación.

QUE: El resto del tiempo procuraremos que el niño esté calzado con *botitas flexibles,* de atadura de cordón (deben rechazarse las botas de suela gruesa y las de hebillas; las primeras por no permitir realizar debidamente los movimientos *al gran complejo de articulaciones que integran el pie* y las de hebilla por no fijar la parte posterior del pie (retro-pie), convenientemente). NO DEBEMOS OLVIDAR QUE EL CALCANEO ES EL TIMON QUE GRADUA EL ABOVEDAMIENTO Y RESPONSABILIZA LAS DESVIACIONES DE LOS EJES DEL PIE, por cuya razón, éste debe de estar firmemente sujeto *pero sin impedir el libre movimiento de sus articulaciones.*

QUE: La correcta posición del pie se consigue mediante el acoplamiento a las botas, de las plantillas ORTOPEDICAS, confeccionadas con molde o fotopodograma, según sea el grado de anomalía observado. Las bo-

tas ortopédicas, si no son debidamente confeccionadas para cada caso, con igual sistema observado para la confección de las plantillas, en la mayoría de los casos *son perjudiciales.*

## DEBEMOS DE TENER SIEMPRE MUY PRESENTE

QUE: De igual forma que se consiguen resultados extraordinarios con las plantillas bien confeccionadas —especialmente en los primeros años— puede perjudicarse el pie del niño si las que se han aplicado, no son las adecuadas a su caso. Procuraremos no iniciar el tratamiento antes de que el niño haya cumplido los dos años de edad (tiempo este en que se considera que la evolución espontánea favorable, ha alcanzado un grado óptimo). De todos nosotros es conocido que, en los casos de un geno-valgo o pie zambo de cierta intensidad, la iniciación del tratamiento por medio de las férulas nocturnas, se inicia en los primeros días del nacimiento del niño.

QUE: El pie del niño, entre los dos y seis años, experimenta un gran desarrollo, en relación con su crecimiento. Por consiguiente, deben de practicársele F. P. G. *cada seis u ocho meses,* los cuales, al mismo tiempo que servirnos para la oportuna corrección de las plantillas, nos darán una visión exacta de la evolución del tratamiento, que, en circunstancias favorables, viene a ser de uno a dos años.

## ADVERTENCIA MUY CONVENIENTE PARA LAS MAMAS

El niño no aprende a caminar sino que lo hace espontáneamente, cuando su aparato locomotor y sistema nervioso, han alcanzado el desarrollo necesarios.

Se ha llegado a esta afirmación como resultado de las experiencias en animales inferiores y estudios hechos también en el niño. Por ejemplo, Gessen y Thomson, en observaciones comparativas con niños gemelos, estimulaba a uno de ellos a subir escalones y a gatear con frecuencia. Por el contrario, a su hermanito, lo mantenía en inactividad. Transcurrido seis meses y puestos ambos a realizar dichos ejercicios, todo el progreso del primero de ellos era igualado por el que había permanecido inactivo, al cabo de sólo dos semanas.

El niño, cuando se encuentra en condiciones de dar los primeros pasos, es quien nos pide que le pongamos en el suelo, por medio de su lenguaje que es el «pataleo». No debemos obligarle a que lo haga antes de tiempo «porque el de la vecinita lo haya hecho antes». Esta anticipación podría perjudicarle al no encontrarse sus estructuras en condiciones de soportar el peso de su cuerpecito. Tiene tiempo en hacerlo en condiciones favorables.

Si obramos con esta precaución, le evitaremos el arqueamiento y otras malformaciones del pie. El ponerle en el «taca-taca», andador, etc., antes de tiempo, también por idéntica razón, le puede perjudicar.

# *Podología laboral, Su importancia social*

Por FRANCISCO FARRERAS
Podólogo (Hospitalet-Centro)

La O.I.T. y la O.M.S. definen a la Medicina del Trabajo diciendo que ha sido creada para fomentar y mantener el más alto nivel de bienestar físico, mental y social del trabajador en todas las profesiones, previniéndole de todo daño que pueda ser causado por el trabajo, protegiéndole contra los riesgos nocivos para su salud y dándole el trabajo que más convenga a sus facultades fisiológicas y sociológicas. Es decir, adaptar el trabajo al hombre y el hombre al trabajo.

El empleo de nuevas técnicas industriales, el creciente número de trabajadores de la Industria, el desarrollo actual de los SEGUROS SOCIALES que ya no están limitados a algunos trabajadores y a determinadas Industrias, sino que se extienden a las grandes masas con carácter de obligatoriedad; así como la necesidad de conocer cada vez mejor las enfermedades producidas por el trabajo, justifican plenamente el nacimiento de la PODOLOGIA LABORAL que podríamos definir como el caudal de conocimientos y actividades destinados a prevenir y a trabar todas las afecciones de los pies del hombre que trabaja, obteniéndose, como consecuencia lógica, un mejor rendimiento laboral y un trabajo más efectivo y de mejor calidad, ahorrando energías y disminuyendo el riesgo de errores, accidentes, tensión psíquica y fatiga gratuita.

Un empleado constituye una costosa inversión. Su instrucción, mantenimiento y sueldo representan un gasto elevado para la Empresa por lo que se impone su protección si queremos garantizar su plena productividad.

Siendo los pies el pilar de sustentación y quizás de los puntos más vulnerables por accidentes de trabajo, estamos obligados a reconocer que el empleado que trabaja sobre sus pies será mucho más eficaz si no presenta alteraciones podológicas.

LA PODOLOGIA LABORAL encaja a la perfección dentro del encuadre actual de la SEGURIDAD SOCIAIL y de la MEDICINA DEL TRABAJO al hacerse imprescindible por su IMPORTANCIA SOCIAL que viene dada como repercusión lógica de las afecciones de los pies en el rendimiento de la vida profesional realizada en bipedestación.

A menudo se escoge el oficio en edades tempranas, obligando la mayoría de ellos a largas permanencias de pie, cuya extremidad sufre una sobrecarga excesiva para su potencia funcional, siendo evidente que de ello se derivan daños persistentes que la PODOLOGIA LABORAL pretende evitar.

Recientes estadísticas sobre la IMPORTANCIA SOCIAL de las AFECCIONES DE LOS PIES demuestran que de 1.000 MECANICOS-

TORNEROS, 500 padecen alteraciones biomecánicas, o sea el 50 %; de 100 CAMAREROS, en 60 se hallaron PIE PLANO; de 200 DEPENDIENTES de grandes almacenes, 125 presentaban problemas ortostáticos y así sucesivamente hasta llegar a la conclusión de que de unos 600 pacientes con PROBLEMAS PODOLOGICOS, 100 eran INEPTOS PARA EL TRABAJO.

Cae por su peso, pues, que las AFECCIONES PODOLOGICAS, sean estático-mecánicas o de las partes blandas, deben considerarse como ENFERMEDAD SOCIAL, cuya profilaxis, sería importante empezara en la EDAD ESCOLAR y continuase en la EDAD PROFESIONAL, llevado a cabo siempre, bajo las directrices de los PODOLOGOS, empleando medidas encaminadas a educar al público, empezando por PADRES, EDUCADORES, MAESTROS y PROFESORES DE GIMNASIA, inculcándoles conocimientos generales de la arquitectura del pie, morfología y funcionalismo, proponiendo a la vez, revisiones periódicas a partir de los dos años de edad en todos los CENTROS DE ENSEÑANZA y lugares donde concurran colectividades, teniendo como objetivo principal la amplia gama de consideraciones PODO-PROFILACTICAS que tienden a evitar deformidades, buscando sus causas en las imperfecciones de los hábitos posturales de las distintas situaciones y actitudes de la vida motora del niño y de la vida ortostática del trabajador, basándonos en los nuevos CONCEPTOS PODOLOGICOS aunque estén en contradicción con los clásicos todavía hoy en día muy extendidos entre los círculos médicos.

El pie doloroso del trabajador debe considerarse como una monstruosidad arquitectónica y una maravilla anatómica por la enorme responsabilidad que tiene de soportar su peso durante toda la jornada laboral a menudo excesiva y por la intensa actividad que despliega gracias a la interrelación de sus 26 huesos, 107 ligamentos y 19 músculos que hacen que mantenga en equilibrio una masa

**Compañero:**

**Sabemos que no nos falta tu ayuda y cooperación a nuestra Revista.**

**Redacta en ella tus experiencias profesionales.**

de 1,80 m de altura y 80 kg de peso. Cosa difícil que se podrá comprobar si intentamos poner en equilibrio no importa qué sea de estas dimensiones sobre una superficie no mayor que la de las plantas de los pies. De lograrlo, obtendremos una bonita torre de fuerza.

Comprendido esto, la más pequeña alteración en este complicado mecanismo tendrá enormes consecuencias dolorosas de origen mecánico traducidas en los problemas ortostáticos que todos conocemos.

LA PODOLOGIA, en su aplicación LABORAL se dividirá en dos vertientes: PREVENTIVA y CURATIVA.

LA PODOLOGIA LABORAL PREVENTIVA se llevará a cabo adoptando y poniendo en práctica una serie de medidas profilácticas tendentes a estudiar los LIMITES Y TOLERANCIAS FISIOLOGICAS de la funcionalidad del pie del trabajador, especialmente en los casos de ortostatismo laboral prolongado, sobrecarga ponderal en obligada actitud bípeda y demás posiciones antiergonómicas forzadas.

Esta vertiente tendrá como principal y único objetivo aumentar el nivel general de la salud del pie en todos los empleados de la Industria, pretendiendo con ello disminuir el número de ACCIDENTES DE TRABAJO, EL ABSENTISMO LABORAL y la FRECUENCIA DE LOS CAMBIOS EN LOS PUESTOS DE TRABAJO; mejorar las RELACIONES LABORALES, IDENTIFICAR PRECOZMENTE LAS ENFERMEDADES SISTEMATICAS que se manifiestan en los pies, disminuyendo el grado de RIESGO INDUSTRIAL y atenuando las SIMULACIONES. Gracias todo ello a la anticipación de las EXPLORACIONES PODOLOGICAS que se efectuarán antes de su ingreso y durante las REVISIONES PERIODICAS PRE-ESTABLECIDAS, con la ayuda del PODOPHOT DE REVELADO INMEDIATO que nos dará, al instante, la disfunción y anormal morfología si la hubiere.

Dentro del programa de las funciones propias de esta vertiente, constituirán temas importantes la REVISION DE LOS PUESTOS DE TRABAJO y el COMBATIR LA PATOLOGIA DE LA OPRESION POR EL CALZADO.

Dado que el 75 % de las horas de trabajo, en muchas Industrias se realiza de pie, se hará imprescindible el CONTROL DE LA RACIONALIDAD DEL CALZADO en cuanto a su forma y materiales empleados en su elaboración, pues no deberemos olvidar que las presiones, rozamientos y zizallamientos, así como las diversas afecciones epidérmicas y ungueales, ya sean de origen vírico, parasitario o microtraumático, fácilmente afectarán el equilibrio emocional del trabajador repercutiendo en su rendimiento laboral. Destacaremos de entre todas ellas a las AFECCIONES DEL APARATO UNGUEAL y los TILOMAS PAPILOMATOSOS por las repercusiones socio-laborales y económicas que motivan por las incapacidades que ocasionan.

En cuanto a la segunla vertiente de la PODOLOGIA LABORAL, la TERAPEUTICA o TRATAMIENTOS CURATIVOS, incluirá:

— CUIDADOS GENERALES DEL PIE, actos de quiropodia que se den en el trabajo.

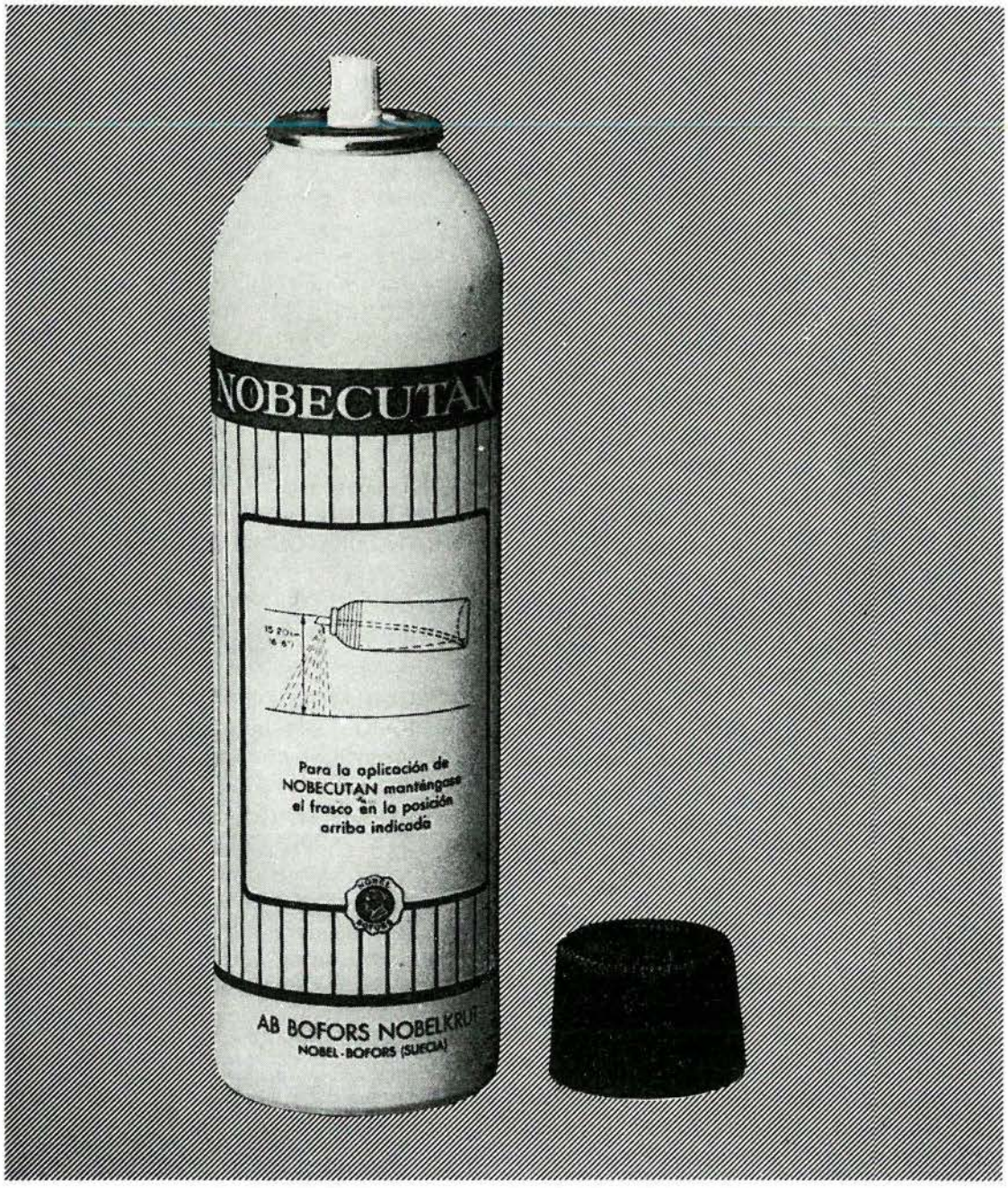
— CUIDADOS DE EMERGENCIA EN EL TRABAJO, distensiones, torceduras, golpes, arrancamientos de uña, etc.

— REHABILITACION en los trabajadores con pies planos u otras afecciones biomecánicas en las que se vea comprometida la estática del individuo que trabaja, recurriendo para ello a movimientos reeducadores de autopostura y gimnasia compensadora y finalmente,

— TRATAMIENTO QUIRURGICO PODOLOGICO al que deberá recurrirse con frecuencia por lo repetidos casos que se presentan, motivados siempre por alteraciones biomecánicas o por el uso de CALZADO Y CALCETINES IRRACIONALES que a menudo contribuyen, cuando no son los cau-

# NOBECUTAN

## APOSITO PLASTICO ESTERIL ANTISEPTICO, EN FORMA DE AEROSOL.




**LAB. INIBSA - Loreto, 8 BARCELONA-15**

santes directos, a la aparición de QUERATOPATIAS VIRALES localizadas en las zonas de apoyo de la región plantar que precisan ser enucleados por tratarse de EPITELIOSIS contagiosas de origen infeccioso cuyo tamaño oscila de 2-3 mm. hasta 1 cm., pudiendo aparecer aisladas, agrupadas o diseminadas y cuyo tratamiento si bien puede ser QUIMICO a base de nitratos de plata o de plomo; FISICO, a base de alta frecuencia, termocauterio o galvanoterapia, el más aconsejable de todos será el QUIRURGICO PODOLOGICO, enucleando el tumor viral, cuidando de que sea bien «descapsulado», sin que quede ningún cotiledón de la varruga.

Dentro de las afecciones microtraumáticas que nos ofrece la PODOLOGIA LABORAL destacan las AFECCIONES DEL APARATO UNGUEAL, especialmente las ONICOCRIPTOSIS, originadas casi siempre por las antinaturales circunstancias en que se halla esta porción distal del pie, la IRRACIONALIDAD DEL CALZADO, los problemas BIO-MECANICOS que con frecuencia presenta el trabajador al tener que soportar una jornada laboral excesiva en obligado ortostatismo y a la COEXISTENCIA de un cuerpo duro con otro de blando que dan lugar a frecuentes ONIXIS LATERALES, con la aparición de la consiguiente hipertrofia del rodete ungueal que exige, sin premisas, solución quirúrgica definitiva, de técnicas especiales que solamente el PODOLOGO realizará con plena efectividad por su total dedicación a la CIRUGIA MENOR DEL PIE que le permiten depurar y hasta matizar las técnicas más resolutivas.

En estos casos, de no intervenir el PODOLOGO, por lo general, el paciente es sometido a la ABLACION TOTAL DE LA UÑA, con lo que no se logra nada nuevo, salvo una mejoría transitoria que dura exactamente el tiempo que tarda en crecer la uña ya que al persistir las causas mecánicas que originan el proceso está garantizada la RECIDIVA. Así se da el caso bastante repetido de que al mismo paciente-trabajador se le ha extirpado hasta 6 veces la uña con el consiguiente problema socio-laboral y económico que ello representa por las repetidas bajas en el trabajo y el absentismo y deficitario rendimiento en su misión.

Estos problemas laborales podrían evitarse totalmente empleando técnicas quirúrgicas podológicas de entre las que destacaremos por su comprobada eficacia la AMPUTACION DE RODETES —técnica personal de ESCACHS— con sus distintas variantes y la ENUCLEACION DEL TUMOR VIRAL, disecándolo y cuidando de que, como más arriba se ha dicho, sea bien descapsulado.

LA CIRUGIA PODOLOGICA solamente el PODOLOGO la realizará con plena efectividad por las razones señaladas, asegurándonos el éxito si antes de iniciarla tenemos en cuenta una serie de consideraciones y pormenores que abarquen desde el preoperatorio hasta el final del vendaje lo que exigirá un estudio premeditado antes de toda intervención como por ejemplo la ASEPSIA, la preparación PSICOLOGICA del paciente, la obtención de las pruebas analíticas de orina y valor globular, la higiene de los pies del paciente 10 minutos antes de salir de su domicilio el día de la intervención y el recordarle que debe llevar unas zapatillas anchas de paño para que pueda salir calzado y con el pie vendado de nuestra consulta. Me permito recordarles que si el paciente es diabético, cosa frecuente, pero está bien controlado, con preparación adecuada, no presentará riesgo quirúrgico mayor que el de cualquier otro enfermo.

En el supuesto caso de evidente infección se recurrirá a los antibióticos de amplio espectro si la infección es piógena. Pero si la infección es micótica, cosa más frecuente de lo que se cree, se diferenciará porque los síntomas son superficiales quedando destruidos solamente los márgenes de la piel circundante a la herida, produciendo síntomas leves que se solucionan rápidamente con la aplicación de fungicidas.

EN RESUMEN, teniendo en cuenta que la población laboral española pierde al año, por afecciones de los pies, unos 6 millones de horas de trabajo y siendo evidente la actual superespecialización de la Medicina, la PODOLOGIA LABORAL es IMPRESCINDIBLE como especialidad de equipo, en la SEGURI-

DAD SOCIAL Y EN LA MEDICINA DEL TRABAJO quedando concretado su campo de acción a la conducta siguiente:

— CUIDADOS GENERALES DEL PIE.

— CUIDADOS PODOLOGICOS DE EMERGENCIA DEBIDOS AL TRABAJO.

— REHABILITACION.

— EXPLORACION PODOLOGICA SISTEMATICA ANTES DEL INGRESO, EN LAS REVISIONES PERIODICAS Y EN LOS MOMENTOS EN QUE EL EMPLEADO CONSULTE AL PODOLOGO.

— REVISION DE LOS PUESTOS DE TRABAJO COMPROBANDO LA ACTITUD POSTURAL DEL TRABAJADOR.

— COMBATIR LA PATOLOGIA DE LA OPRESION POR EL CALZADO.

— PROFILAXIS.

— TERAPEUTICA PODOLOGICA.

Y para terminar les recordaré que, como representantes de una profesión de cierta categoría será condición «sine qua non» realizar las exploraciones con educación y cortesía demostrando en todo momento nuestra capacidad y competencia para tratar los problemas podológicos laborales, sin olvidar que por tratarse de una profesión relativamente nueva seremos muy observados por todos lo que nos obligará a cuidar de nuestra reputación profesional.


**INCLUSO LA MEJOR PROTESIS PEDICA**

**será poco menos que inoperante si el calzado no mantiene el pie en posición CORRECTA y CONSTANTE sobre ella, con buena sujeción de retropié y empeine. Si el calzado no es INDEFORMABLE, la acción de apoyo será fugaz...**

**Un buen calzado AYUDA a la acción de la prótesis; un mal calzado la anula. Estudie cuanto hay en el mercado...**

**Estudie luego *PIEDRO***

*Consulte a PIEDRO Internacional, Apartado 7053, Tel: 239 53 06 BARCELONA* (Delegación de PIEDRO CENTRUM - BERKEL en RODENRIJS-Z HOLLAND

# Patología del Talón

Por el Dr. DE LA VEGA
Facultad de Medicina de
VALLADOLID

*Esta conferencia fue desarrollada por el eminente Dr. en el I Congreso Nacional de Podología celebrado en Madrid.*

Queridos amigos sanitarios: Para mí esta reunión es evocadora de las que cotidianamente tengo dentro del marco de la Universidad, pero con una diferencia: en el marco de la Universidad en función de un cargo docente, estimulando el quehacer cotidiano de la formación de los futuros médicos, enseñamos a los aprendices a médicos y, en cambio, aquí no puedo venir a enseñar nada, puesto que todos Vds. conocen los problemas podológicos mejor que yo. Sin embargo, hay algunos aspectos personales, íntimos, que debo exponerlos en este momento haciendo alusión a las amables palabras que de no ser de mi buen amigo el Sr. Escachs, yo no aceptaría y que si acepto es simplemente como tributo a un homenaje que todos juntos dedicamos a la Podología. Podología que se inició con unos contactos personales con nuestro queridísimo amigo el Prof. Dr. D. J. Lelièvre (q.e.p.d.), de la Facultad de Medicina de París y que se han estimulado y crecido en la Universidad de Barcelona con un grupo de colaboradores a los cuales, en este momento, me place poner de relieve, para guardarles un grato recuerdo ya que con ellos hemos podido colaborar, realizando una labor de colaboración en las enfermedades podológicas.

Durante algún tiempo me convertí en paladín esforzado de la causa podológica y no quiero con ello decir que vengo —ni es este tampoco el marco adecuado— con más o menos pasión a defender una postura que yo, hoy en día, no considero personal pero sí importante para trenzar un futuro lleno de posibilidades con que borrar las dificultades que se cernían sobre los sanitarios —en este momento Podólogos— haciendo vislumbrar, como decíamos, unas posibilidades dentro de un gran relieve social de perspectivas económicas y de raigambre de investigaciones. En este sentido, saben Vds. que rodeado de este equipo de colaboradores plasmamos estos conocimientos en un Manual de Podología, en donde si algo interesante tiene, es el preámbulo del mismo, levantando bandera a la importancia de la Podología, ya que sobre el pie se concretan unas series de enfermedades propias del pie, lejanas del pie, pero que realmente vierten en la personalidad la enfermedad, y como decimos en este preámbulo, a veces una decisión familiar, social, depende de un mal de pies y, por tanto, hemos de cuidar estos pies. Desgraciadamente hemos de reconocer que muy mal cuidado mientras que, por ejemplo, las manos, lo han sido mucho más y todo ello quizás de-

bido a que los pies se llevan escondidos dentro del calzado.

Revisando la casuística de la Patología del Pie vemos que es muy frecuente —casi constante por la evolución de la vida e incluso, a veces, se inicia en los comienzos de la vida presentándose enfermedades de tipo congénito— y por ello nos permitiremos centrar esta charla en un aspecto de la Patología del Pie en lo que hace referencia a la PATOLOGIA DEL TALON.

Durante mucho tiempo la patología del talón venía adscrita a un dolor de tipo pinchazo que dificultaba la marcha y obligaba, a veces, a caminar de puntillas molestando extraordinariamente al enfermo el cual acudía al médico, acudía al podólogo en función de su profesión de especialista, y se le hacía el diagnóstico de «exóstosis sub-calcánea» (espolón sub-calcáneo). Entiéndase bien que hacemos referencia a un tipo de enfermedad, la más frecuente de la patología del pie. Pero rompiendo con una verdad de perogrullo en Medicina, hemos de abstenernos de pensar sólo en esta enfermedad y saber que lo que genéricamente se estudia en Podología con el nombre de «TALALGIA», representa un denominador común, un cuadro sindrómico, expresivo de una serie de enfermedades que seguidamente comentaremos si bien antes de entrar en detalles, bien merece la pena que aunque sea en forma suscinta, tracemos algunos conocimientos, recordemos algunos conocimientos de la fisio-patología del pie.

A este propósito, el grupo de colaboradores al cual me he referido, hemos realizado un trabajo de investigaciones anatomo-fisiológicas del talón del pie —también la hicimos en su día de la parte anterior— y hemos estudiado esta región que está formada por los siguientes elementos:

Eje óseo. — Este eje óseo está formado por el talón, el esqueleto del pie, el esqueleto calcáneo, la porción más importante del pie. Esta porción tan importante del pie, del calcáneo, y que nosotros, incluso subrayamos dicha importancia a través de la disposición trabecular del calcáneo que también ha sido motivo de nuestros estudios y en los que nos ha sido permitido describir un 5.° sistema trabecular importantísimo para la función dinámica del calcáneo; el sistema del sustentáculum tali, carrilla articular del calcáneo y que este sistema lo adscribimos a la función dinámica importantísima del calcáneo, sumándolo a los otros cuatro sistemas ya descritos en el calcáneo y que nos permite, a través de la arquitectura del calcáneo, estudiar su propia función, no estudiándolo como una pieza de disección de un órgano morfológico, sino de un órgano dinámico. Este dinamismo lo aplicamos cuando quitamos los conceptos de Khumann sobre la arquitectura ósea y que tanta importancia tuvo para estudiar la resistencia del extremo superior del fémur y lo aplicamos también al calcáneo. Este sistema arquitectónico nos permite ver, a través de la disposición trabecular del calcáneo, la función de este hueso y así hemos podido descubrir el quinto sistema, actualmente admitido y que permite estudiar la función del calcáneo dentro de un órgano que soporta la carga en un 75 %.

En este momento abrimos pues un paréntesis y quienes ya tengan conocimiento del trabajo funcional del pie, tal vez les llama la atención que en relación con los estudios del norteamericanos Morton, entendía este autor que si bien el calcáneo representaba un papel importante en la sustentación bípeda, sin embargo, no lo era todo, sino que había una distribución de fuerza, según la marcha, a distribuir por todos los metatarsianos, fundamentalmente por el primero que recibe una doble carga que los demás, pero también por todos los metatarsianos. Sin embargo, a través de nuestros estudios sobre radiografías hemos establecido un paralelogramo de fuerzas descomponiendo la fuerza de sustentación del calcáneo lo que nos ha permitido valorar este 75 %, en contraposición del 50 % de Morton.

Para nosotros, pues, el calcáneo es pieza fundamental para la posición bípeda y por eso es fundamental también que estudiemos esta patología en relación con las alteraciones estructurales del calcáneo. Pero no solamente ha tenido importancia el estudio de la estructura del calcáneo como pieza anatomo-funcional, sino también en correlación con otros huesos y, fundamentalmente en relación con huesos de la pantorrilla y en correlación con

los huesos del pie, especialmente, con el astrágalo.

Todos Vds. saben que de todos los huesos hay uno que tiene una importancia fundamental: el astrágalo. Es el hueso que distribuye, que encauza la fuerza, recogiéndola regulándola y distribuyéndola en la estación bípeda a los correspondientes metatarsianos. Estos están en relación con aquellos conceptos elementales de anatomía que ya conocemos. Esta forma del astrágalo que le da un ángulo de inclinación, un ángulo de declinación, un ángulo de torsión. Pero esto de por sí no sería nada; sería un aspecto muy frío de este problema. Y es por ello que un colaborador nuestro, estudia la distribución arquitectónica del astrágalo, conjuga esta distribución arquitectónica con la del calcáneo, empalma esta distribución arquitectónica y le permite también describir cinco sistemas arquitectónicos trabeculares dentro del astrágalo de tal manera que haciendo una recopilación de los sistemas arquitectónicos trabeculares dentro del calcáneo y del astrágalo se nos permite hablar de los siguientes sistemas:

*Sistema de prospección anterior.* — Formado por los haces cuboides y los haces escafoides, astrágalo-escafoideo.

*Sistema de prospección posterior.* — Consta a su vez de dos sistemas trabeculares; uno, el sistema llamado talámico, en forma de abanico, que se bifurca, que se pierde en la cortical del calcáneo en forma divergente de gran importancia funcional; otro sistema, el tibio-calcáneo del astrágalo.

Además de estos dos sistemas existe otro, importantísimo, que es el formado por los haces trabeculares tibio-calcáneo-astragalinos, en donde al lado de las formas arquitectónicas ya reconocidas desde hace mucho tiempo, uno de nuestros colaboradores ve otro sistema de estudios planigráficos que es sistema de dispersión externa, el cual relaciona la carilla articular del astrágalo con la tibia y lo proyecta hacia el sustentáculum tali y empalma con el otro sistema que habíamos estudiado combinado del calcáneo, y demostrados, de una manera ya fechaciente, la importancia que tiene para la estática la dinámica del pie, la existencia de este quinto sistema para mantener el pie en su posición erecta, para levantar el pie en posición equina y para evitar que resbale, que patine el astrágalo por delante del calcáneo.

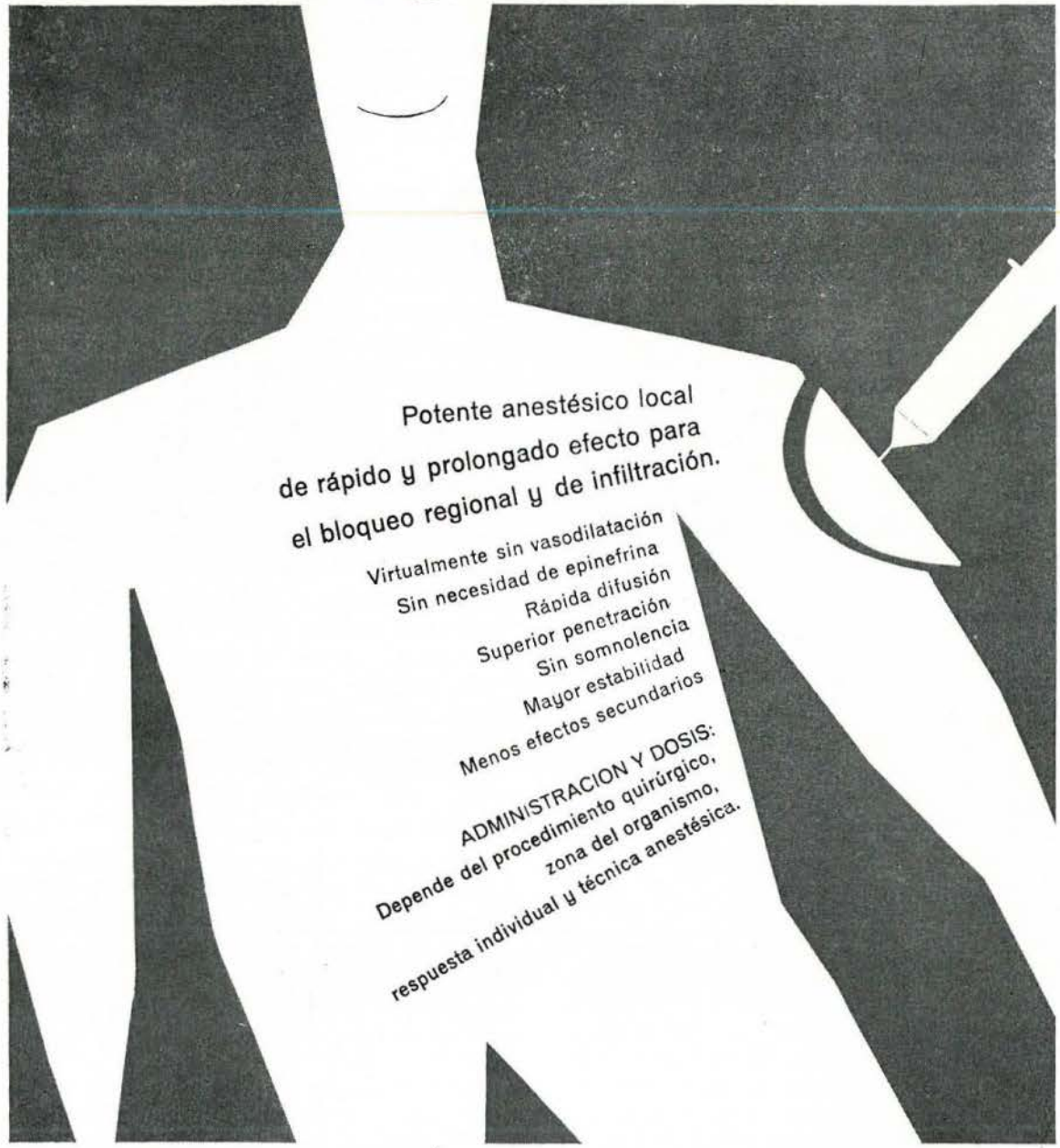
En el mismo orden de ideas hemos de considerar también otro sistema arquitectónico importantísimo: es el sistema de enlace, de unión, que mantiene los dos sistemas anteriormente citados.

Por último, tenemos un sistema plantar y tenemos un sistema posterior del calcáneo. Un sistema que es el sistema aquíleo.

Dentro de la patología del talón hemos de ver la importancia que tienen estos sistemas, pero fundamentalmente uno: el sistema aquíleo. Y este sistema aquíleo no tiene una personalidad por sí solo, sino que la tiene porque forma parte de otro sistema que no es óseo, sino que es un sistema ligamentoso, estudiado primero por Siber, recogido por nosotros y plasmado luego dentro de la patología con el nombre de «Sistema Aquíleo-Calcáneo-Plantar». Así pues, en la patología del talón hemos de hacer referencia a este sistema y vamos a ver cómo a través de este sistema Siber, ampliado por nosotros, podemos explicarnos parte de esta patología. Vamos pues a hacer referencia a las exóstosis y espolones.

En el calcáneo, como Vds. muy bien saben, pueden aparecer unos salientes óseos en todo el calcáneo, pero fundamentalmente hay unos puntos críticos, que son una porción póstero-inferior, en donde normalmente aparece el consabido «espolón calcáneo» y que da lugar al cuadro más frecuente de Talalgia (dolor de talón). Dolor que aparece al comprimir el punto (como la señal de un timbre), manifestado por el propio enfermo como un pinchazo, a veces de gran agudeza, obligando al paciente a caminar de puntillas. En esta región póstero-inferior del calcáneo puede aparecer este espolón y se da la circunstancia anatómica de ser el punto de inserción del ligamento plantar; ligamento plantar que entra pues en conexión con esta formación ya posterior del calcáneo y que representa la

# scandicain



Potente anestésico local
de rápido y prolongado efecto para
el bloqueo regional y de infiltración.

Virtualmente sin vasodilatación
Sin necesidad de epinefrina
Rápida difusión
Superior penetración
Sin somnolencia
Mayor estabilidad
Menos efectos secundarios

ADMINISTRACION Y DOSIS:
Depende del procedimiento quirúrgico,
zona del organismo,
respuesta individual y técnica anestésica.

PRESENTACIONES:

| | | |
|---|---|---|
| 1 % | 3 | iny. de 10 c.c. |
| | 25 | iny. de 10 c.c. (E. C.) |
| 2 % | 6 | iny. de 2 c.c. |
| | 25 | iny. de 2 c.c. |
| | 100 | iny. de 2 c.c. (E. C.) |
| | 3 | iny. de 10 c.c. |
| | 25 | iny. de 10 c.c. (E. C.) |
| 3 % | 6 | iny. de 2 c.c. (E. C.) |
| | 100 | iny. de 2 c.c. (E. C.) |

SUECIA

CONCESIONARIOS
**INIBSA**
Loreto, 8
BARCELONA

osificación de un núcleo secundario, la parte posterior del talón.

Otra localización de los espolones reside en la porción posterior del calcáneo, donde se inserta el ligamento Aquiliano. Por lo tanto ya vemos, en esquema, que en un calcáneo radiografiado de perfil podemos ver dos salientes óseos: uno dirigido en forma de espina de rosal, en forma de pezón, en forma de orla, según las propias formas expresivas de la imagen radiográfica que se proyecta hacia la planta del pie como un impacto percutiendo sobre la misma planta durante los movimientos especialmente ambulatorios y que determina este dolor. Representa pues una osificación del ligamento de inserción del ligamento plantar. Por otra parte, en el extremo opuesto tenemos otro saliente óseo que representa la inserción del ligamento rotuliano, en donde puede aparecer también una exóstosis y que representa una calcificación no de un ligamento aponeurótico, sino de un ligamento de inserción. Esto nos conduce, como de la mano, a admitir dos tipos de calcificaciones en el calcáneo: calcificaciones ligamentosas y calcificaciones aponeuróticas; especialmente en este segundo caso, las que miran en la vertiente del tendón de Aquiles.

Sobre esto se ha llamado la atención y se ha proyectado gran parte de la patología de las exóstosis, pero hemos de señalar que para nosotros no representa un hecho patológico en sí, sino que representa un hecho fisiológico llevado a una gran alteración, pero un hecho fisiológico en suma, porque representa la calcificación de unos elementos completamente anatómicos y normales y que pueden presentarse en personas completamente normales y pueden ser también un hallazgo completamente casual. Personas que no se hayan quejado nunca de dolor en los pies cuando por cualquier circunstancia se les practique una exploración radiográfica se puede poner en evidencia la existencia de estas exóstosis. Me refiero, concretamente, a la póstero-inferior y a la posterior.

Se da la circunstancia también —y ello debe llamarles la atención— la existencia de personas con una exóstosis que aquejan dolores, se las trata mediante intervención quirúrgica de la exóstosis y luego continúan quejándose a pesar del tratamiento correcto y a pesar de haberles extirpado también la bolsa serosa. ¿Cómo explicar esto? ¿Cómo explicar que una persona con una exóstosis no se queje? ¿Cómo explicar que una persona con exóstosis en un calcáneo se opere de aquélla sin molestarle y sin embargo, el pie doloroso, el pie molesto, es el que no tiene exóstosis? O sea, que todo ello viene a representar puntos de vista a través de la clínica, que aparentemente se presentan como contradictorios, si bien tienen su explicación. Nosotros creemos que es patológico en relación con los hechos de la patogenia expuestos y que explican la existencia de exóstosis en el post-pie y, sin embargo, vemos como no representa nada más que un exceso evolutivo y, por tanto, un hecho podríamos decir involutivo senil de regresión por la edad y puesto por la edad. La edad que no es la del calendario en relación con el nacimiento. Cada persona tiene la edad que le marcan sus vasos y, por tanto, esto forma ya parte del componente vascular. Así vemos como hoy personas con una involución senil precoz, con un envejecimiento precoz que presentan este transtorno de calcificación de la formación aponeurótica o de la formación ligamentosa. Pero es que dentro del calcáneo existe también otra localización de las exóstosis que son las exóstosis localizadas en la porción superior del calcáneo dando lugar a un transtorno denominado Enfermeda de Haglund. Haglund describió tres enfermedades. Una la exóstosis superior del calcáneo, no representando nada más que la sobreutilización del calcáneo, generalmente por un mal entendimiento entre el pie y el calzado al ser éste demasiado apretado; y la prueba de ello es que el paciente acusa el dolor en el lugar donde está el reborde del zapato. Esto viene estereotipado radiológicamente por la presentación de una lesión ósea en el mismo sitio donde acaba, como decimos, el reborde del calzado. Es pues, una calcificación patológica por conflicto entre el pie y el calzado.

Como tratamiento basta modificar las condiciones del calzado y, a veces, se modifica el cuadro clínico. Muchas veces retrógrada incluso la lesión. A mayor abundamiento, a mayor progresión de la lesión se necesita

también recurrir entonces a un tratamiento quirúrgico de la misma manera que aquellas exóstosis el dolor lacerante, el dolor intenso, condicionan una intervención quirúrgica. El tratamiento quirúrgico debe hacerse mediante la extirpación del espolón de calcáneo mediante la incisión de Sicar la maniobra de Brandes o con escoplo y martillo.

Otro tipo de espolón, como decíamos anteriormente, es el posterior y que representa la inserción del tendón de Aquiles. Por tanto ya tenemos: tendón de Aquiles, porción posterior del calcáneo y, además, ligamento plantar. Esto forma un todo, esto forma un sistema calcáneo-plantar al que hemos dado personalidad clínica a través de unos estudios ontogénicos, filogénicos, anatómicos y clínicos. Vamos a ver, a estudiar la realidad de todo ello.

Desde el punto de vista filogénico vemos que la porción posterior del calcáneo no representa otra cosa que la calcificación del calcáneo posterior y que presentan algunos animales primates superiores; los más cercanos dentro de la escala zoológica al hombre son aquellos que necesitan ya los pies para una marcha plantígrada y que necesitan por tanto apoyar este calcáneo y, por tanto, desarrollar este calcáneo. El hombre lo tiene muy desarrollado de modo que representa la calcificación del músculo gastronemio. Representa también, desde el punto de vista ontológico, como un hueso sesamoideo intercalado dentro de un tendón que es el tendón del triceps, que empalma con el ligamento plantar y que sería parecido a la rótula intercalada entre el cuádriceps y el ligamento rotuliano. Lo que ocurre es que posteriormente por un hecho evolutivo y por desplazamiento posterior del calcáneo se suelda este tubérculo posterior que tiene su núcleo de osificación secundario. Entiéndase bien que esta soldadura la vemos después del nacimiento; embriológicamente podemos captar fases diferentes de volución de este tubérculo posterior, en donde representa una pieza intercalada como dijimos, a manera de sesamoideo y que permanece hasta después del nacimiento, hasta que viene la soldadura posterior como núcleo secundario de osificación, pero en virtud de una función de la bidedestación, como queda demostrado realizando un estudio matizado de la función del astrágalo en la escala de Mhann. Además hay otro hecho importante; si nosotros vemos además la inervación de los músculos posteriores de la pantorrilla y de la planta del pie, vemos que corresponden al mismo nervio: el nervio ciático-poplíteo interno. Debe llamarles también la atención un hecho anatómico banal en apariencia, pero que para nosotros es de gran importancia porque nos establece un clima de unidad patológica nerviosa a través de esta comunidad de inervación que es el ciático-poplíteo interno que inerva el tricpes crural y los músculos plantares. Por tanto vemos ya que este nervio dependiente de la segunda raíz sacra se encarga de establecer esta unidad también bajo este punto de vista.

Pero es que todavía hay más. Realizando estudios embriológicos hemos podido captar estas fases y hemos podido ver el hecho evolutivo como núcleo de osificación hasta que llega a soldarse completamente y entonces vemos que este núcleo representa como un hueso sesamoideo y que la inserción del tendón de Aquiles se abre directamente dentro de este tubérculo posterior sin estar rota la estructura perióstica, sino que las fibras ligamentosas del tendón de Aquiles se continúan con las fibras de Charpei, del esqueleto del calcáneo. Hay pues una unidad entre fibra ligamentosa y entre trabécula posterior y fibras de Charpei, del calcáneo. Este que fue el concepto de Siber y que nosotros hemos ampliado, nos permite señalar la existencia de una unidad que podemos referir a través de la exploración histológica y podremos ver cómo se prolonga también sobre la planta del pie, permitiéndonos establecer un criterio de unidad patológica.

Dentro de la patología del talón podríamos hablar concretamente de lo referente al contrafuerte óseo en sus aspectos completamente diferentes si bien de la misma cuestión. Por una parte tenemos unas enfermedades que tienden a la osificación de estos ligamentos. Son enfermedades que osifican estos ligamentos y estas aponeurosis; son las exóstosis que hemos comentado. Pero luego hay otras enfermedades de signo contrario que son enfermedades de menos, que son en-

fermedades privativas en donde no hay calcificaciones, sino decalcificaciones; y estas enfermedades donde hay decalcificación llevan también un sello bien matizado por un hecho patogénico que es la sobreutilización también del hueso. Hablamos en este momento de las lesiones por sobrecarga que si bien las conocen Vds. dentro de la Podología como localizadas especialmete en el segundo metatarsiano con el nombre de «Pie del Recluta», «Pie de Marcha» u «Osteopatía dinámica» y que nosotros involucramos dentro del concepto de «Insuficiencia del Primer Metatarsiano», derrocando el concepto ya clásico del arco anterior sustentado por muchas escuelas y que nosotros demostramos de un modo incontrovertible la no existencia de un arco anterior y, por lo tanto, el concepto de pie plano anterior es un concepto falso, como es falso también que el pie se apoye a manera de taburete, de tres patas, de trípode, con tres ejes de sustentación, sino que tiene una sustentación posterior y anterior; anterior en toda la cabeza de los metatarsianos, según la idea de Morton y estudiada por estudios radiográficos y estatitográficos.

Si al ver un radiofotopodograma que corresponde a un pie plano de 4.° grado que llamamos nosotros y se nos permite estudiar al mismo tiempo que la huella plantar la disposición del esqueleto, o sea, que conjuntamente estudiamos el aspecto radiológico y el aspecto de la huella plantar. Así podremos apreciar cómo en la parte anterior todas las cabezas de los metatarsianos se apoyan. Lo ocurrido es que hasta hoy se había estudiado un pie de cadáver, se había estudiado un pie en reposo, mirando el pie del enfermo en la camilla, pero no se había estudiado funcionalmente como se debe estudiar un pie. Un pie debe ser estudiado con el paciente en posición erecta, cargando sobre el mismo, cual corresponde a su función. A nadie se le ocurrirá estudiar un corazón en la mesa de autopsias; sería un estudio morfológico, pero no sería un estudio dinámico. El corazón se estudia funcionando. Por lo tanto hemos de estudiar el pie en función, en carga. Así creemos deben ser los estudios funcionales del pie y los estudios de la marcha que estamos realizando. Por tanto podemos apreciar en un radio-fotopodograma cómo se apoyan todas las cabezas de los metatarsianos, si bien la cabeza del 1.° recoge doble fuerza que la de los demás, pero solamente el 25 % de esta fuerza se proyecta en el antepié, ya que el 75 % forma parte de la que se proyecta al talón y cuya patología suscintamente estamos revisando.

Hay otro hecho que salta a la vista contra toda lógica. ¿Por qué un pie se apoyará un trípode de sustentación entre el talón, la cabeza del 1.° metatarsiano y la del 5.°, si este 5.° metatarsiano es precisamente el hueso menos desarrollado, que incluso puede llegar a perderse? En el estudio de la escala zoológica vemos que hay animales cuyo dedo —5.° dedo— lo tienen completamente perdido. ¿Cómo se puede explicar que asuma una responsabilidad de trabajo mayor que el 2.°, 3.° y 4.°? Por lo tanto, para nosotros el 2.°, 3.° y 4.°, trabajan lo mismo que el 5.° y el primero el doble que los demás. Pero funcionalmente es más importante en este aspecto el talón ya que recoge la fuerza transmitida por el astrágalo que regula, reparte, distribuye esta fuerza especialmente cargándola sobre el calcáneo. En el talón puede presentarse otra enfermedad como hemos dicho por decalcificación, por usura del calcáneo, por usura de la porción posterior. Nos referimos concretamente a la denominada «Epifisitis del calcáneo».

La epifisitis del calcáneo se produce por demanda sobre su utilización. Tiene poca reserva contentiva y al relacionarlo con hechos estructurales, con hechos personales o bien por exceso de demanda, de todo lo cual es solicitado en su tarea, revierte en forma de alteración de la morfología del calcáneo fundamentalmente de la estructura de la porción posterior rompiéndose ésta y tornándose entonces pignótico, atígrado, imágen que se recoge en la radiología y que tiene un paradigma y un grupo de enfermedades muy parecidas entre sí que podríamos unir pues todas llevan la misma etiqueta de enfermedades por sobreutilización. Me refiero a la enfermedad de Khöler I, de Khöler II, de Deutschlander. Todas estas enfermedades se han estudiado con el nombre de Malacias por sobreutilización de modo que la epifisitis posterior no es más que una manifestación de

un sobre esfuerzo, una lesión por decalcificación, signo contrario de las enfermedades por osificación que habíamos hablado anteriormente.

Al lado de esta patología podemos encontrar otro aspecto interesante cual es que todo el calcáneo aparezca como erizado de púas, dando lugar a un cuadro denominado «pancalcaneitis exostosante» o «Enfermedad de Haglund». Haglund describió la pancalcaneitis exostosante como la calcificación de la inserción de ligamento aquiliano y especialmente la exóstosis posterior del calcáneo, enfermedad también llamada de Haglund y la pancalcaneitis por sobrecarga que hemos estudiado posteriormente.

Al lado de estas afecciones hemos de tener en cuenta un cuadro que constituye una talalgia y que viene representado por el calcáneo plano de Lelièvre.

Lelièvre ha descrito una alteración del calcáneo en su porción anterior que es la cara horizontal del calcáneo; enfermedad con un marcado carácter ancestral primitivo y que presenta un retroceso evolutivo pero determinante de muchas molestias. Es por lo tanto de tipo congénito y de muy difícil tratamiento si bien pueden realizarse intervenciones para vascularizar la porción posterior del calcáneo, si bien estas generalmente no nos conducen al resultado apetecido.

Hemos estudiado el aspecto más importante de las enfermedades óseas del calcáneo dejando de lado las enfermedades tumorales de las que tenemos algún caso; las enfermedades infecciosas del tipo de las agudas, de las osteomielitis crónicas u osteomielitis específicas como la tuberculosis. Y vamos ya ahora, por extensión de este estudio, a efectuar un breve comentario de dichas enfermedades de partes blandas.

En primer lugar debemos considerar las enfermedades de las bolsas serosas. En el pie se ha hablado de la existencia de numerosas bolsas serosas, especialmente como más importante, la que fue descrita por Lenoir y que asienta en relación con la cara inferior del calcáneo en la porción inferior a éste. Esta bolsa serosa frecuentemente está en relación con el espolón de calcáneo y debe dársele una personalidad clínica porque la tiene también «per se», o la tiene adquirida en relación con algunos procesos que pueden contaminar esta bolsa serosa y hacerla expresiva. La pueden hacer partícipe de un cuadro patológico de otro tipo, de tipo general, concretamente la blenorragia, la lues, el reumatismo, etc., que muchas veces pueden proyectarse en la bolsa serosa del pie. De esta forma se ha hablado de «bursitis de tipo gonocócico», a veces acompañada de exóstosis y a veces no y que puede presentarse en la lues puesto que en otro tiempo esta enfermedad era un cajón de sastre muy socorrido y hoy ya va perdiendo terreno. También en un brote reumático se puede producir una talalgia. Pero, por último, tenemos las alteraciones de estas bolsas serosas por transtornos estáticos. En este sentido, pues, vean cómo empalmamos la alteración de la estructura del hueso con las alteraciones de las partes blandas especialmente en relación con los cambios de posición del asiento del pie. Estamos hablando del denominado «pie zambo».

Hay muchos tipos de pie zambo. El más corriente es el pie plano y cuando hay un pie plano valgo, que es lo más frecuente, de la porción posterior estira las porciones aponeuróticas de la planta que son las apófisis, las tuberosidades calcáneas inferiores, espepecialmente la interna, dando lugar a las exóstosis. Pero pueden hacer que se presente una irritación del tejido conjuntivo y se convierte en bolsa serosa que sufrirá un proceso inflamatorio de tipo traumático y que a la postre presentan las mismas secuencias anatomo-patológicas que un hecho inflamatorio de tipo microbiano.

Para acabar esta patología de partes blandas deberíamos referirnos a la patología de la piel, de escasa importancia, a no ser por el engrosamiento que presenta en esta región. Pero especialmente deberíamos referirnos al tendón de Aquiles.

Como Vds. saben, el tendón de Aquiles forma parte de este sistema anteriormente comentado. A veces una alteración de sobrecarga no revierte sobre el calcáneo, sobre la

porción dura del sistema, sino que revierte sobre una porción blanda, resentida, es el tendón de Aquiles. No es que esté consentido previamente, sino que se encuentra alterado por una suma de efectos, de traumatismos que actúan sucesivamente sobre el tendón de Aquiles, dando lugar a un aspecto especial de la patología del talón bajo el epígrafe de: «Rotura subcutánea del tendón de Aquiles». Esto ha sido producto de grandes especulaciones. Recientemente en Francia se ha estudiado por Mathiev una tesis doctoral sobre «La rotura subcutánea del tendón de Aquiles», pero fundamentalmente tienen importancia los últimos trabajos de la escuela escandinava que a través de los actos quirúrgicos nos han puesto en conocimiento de lo que ocurre en el tendón de Aquiles cuando presenta una rotura. Recogiendo 78 casos, Lydon y Aber, en colaboración con Horen, han visto que el tendón de Aquiles puede romperse por sobreutilización como lo demuestra el hecho de presentarse en personas que realizan trabajos violentos. Han previsto la posibilidad de que represente una perturbación del sistema vascular, y para esto han realizado estudios angiográficos visualizando las arterias del tendón de Aquiles y llegando a la conclusión de que la alimentación de todo el tendón corre a cargo de los vasos del periostio del músculo y que lo aporta el paratendón, tejido conjuntivo ambiental del tendón de Aquiles. Se ha estudiado, incluso valorado, la importancia de esta circulación y se ha visto que hay un circulación a precario, exactamente a los 4-6 centímetros de la inserción del tendón de Aquiles, y se ha visto que esto no tiene nada que ver con la patología vascular.

La patología vascular es en principio patología de personas viejas, aunque los jóvenes también pueden tener sus vasos enfermos. De todas maneras hemos de comprender que las arteriopatías obliterantes son las frecuentes en los ancianos, con arterioesclerosis que pueden determinar alteraciones de la íntima, calcificaciones de la media y que determina un angostamiento del vaso con un régimen ya precario de circulación. Pero no es esto lo que ocurre en la rotura sub-cutánea del tendón de Aquiles. Se presenta en individuos jóvenes con vasos elásticos, con buena circulación, pero no en este punto crítico del tendón de Aquiles, donde ha habido una perversión vascular por la solicitud extrema de la sobrecarga debida a un ejercicio excesivo o violento, cuyos efectos sumados, conducen a esta perturbación vascular. Estos mismos autores, en combinación con Legengrin, han estudiado también el aspecto clínico de la rotura subcutánea y, aparte del dolor en forma de chasquido con importancia del pie, tiene importancia el conocimiento de unos signos como el de cargar o el de lijar que no representan otra cosa que la rotura del triángulo posterior y que, radiográficamente, presenta cuando se contrasta este espacio entre el tendón de aquiles y el calcáneo y los músculos flexores; se rompe este triángulo. La rotura ya fue previamente señalada por Nespar. Tingard ha señalado también la importancia que tiene el relieve de la piel proyectándose hacia el plano posterior.

Hemos podido ver algunos casos de rotura sub-cutánea del tendón de Aquiles y hemos visto como el diagnóstico a veces es muy fácil bajo el aspecto clínico, pero otras veces hay dificultades radiológicas, incluso para establecer el diagnóstico y nos ha parecido entrever, entonces, la existencia del unsigno, que nos ha parecido también importante, para hacer el diagnóstico y que viene representado por el arrugamiento, por el plegamiento de la porción distal del tendón de Aquiles en virtud de la elasticidad del mismo en el momento de romperse. La rotura del tendón de Aquiles nos plantea más problemas que los quirúrgicos y, de ordinario, tiene lugar una buena reflexión del tendón, mediante los tratamientos adecuados.

No acabaríamos esta charla sin tener disquisición sobre el aspecto, también importante, en la patología del pie, que se ha considerado como patología del talón, pero ha sido un hecho erróneo al interpretar la localización del dolor. Es muy importante buscar el dolor en el pie y buscarlo en los puntos críticos como si realizáramos una exploración mediante un teclado. Buscar las teclas correspondientes, las teclas dolorosas y que, podríamos decir, son expresivas de las correspondientes localizaciones y por tanto, de las correspondientes enfermedades del pie.

Hemos hecho referencia a lo que concierne al talón. Hemos de hacer referencia también a una parte próxima al talón. La planta del pie.

En la planta del pie pueden presentarse también dolores. Fundamentalmente este tipo de dolor ha venido plasmado en tres aspectos clínicos diferentes. Un aspecto clínico ha sido el denominado «neuroma plantar», o enfermedad de Thomas Morton. Otro ha sido el denominado «pie ancestral» por D. Morton Finalmente, el pie por insuficiencia del primer metatarsiano que deroca el concepto antiguo de «pie plano anterior».

Son infinitos los argumentos que podemos esgrimir para demostrar la no existencia de un aplanamiento del arco anterior del pie. Lo que se aplana, en realidad, en el arco longitudinal, entendido en la parte anterior y posterior del pie, pero nunca, nunca, el arco anterior. Y ello no es posible, porque, el arco anterior, no existe. Es, sencillamente, un error de apreciación objetiva, pero no es una realidad.

Así que este dolor de la planta del pie hemos de relacionarlo siempre con un síndrome de insuficiencia del primer dedo, de lo que también nos hemos ya ocupado. Y, por último, antes de hacer referencia a una enfermedad del sistema óseo, ligamentoso, plantar y cutáneo del pie, debo significarles la gran importancia que tiene el no acabar la Historia Clínica de un paciente, ni orientar un tratamiento por inocuo que sea, sin haber llevado a cabo una exploración del sistema vascular del pie. El pie tiene un sistema vascular y este sistema vascular, padece. Y padece fundamentalmente, porque el pie representa una estructura acra, distante, como las manos. Las enfermedades vasculares, donde primero se manifiestan es, precisamente, en las partes distales, en donde es más deficiente la irrigación. Por tanto, me permito rogarles que no cometan nunca el error de tratar mediante plantillas, mediante extirpaciones de «juanetes», mediante la corrección de unos pies planos, mediante tratamientos anti-reumáticos, mediante extirpación de uñas de las llamadas «uñas incarnadas» sin haber hecho antes lo que podríamos decir, un inventario de la lesión, del estado de la circulación del pie, mediante haberle tomado el pulso. Para ello hay dos exploraciones rutinarias, elementales y que están al alcance de todas las posibilidades económicas. Tomar el pulso del pie —como se toma la radial—, en la pedia y realizar una exploración oscilométrica. Pulso y oscilometría, marcarán la pauta que ya vendrá previamente acusada y señalada por el enfermo, a veces en forma de un dolor banal (ante ello muchas veces nos entretenemos en aplicar plantillas) pero que en realidad encubre una evolución vascular que puede ser fatal para el enfermo portador de esta lesión.

El enfermo, a veces, da cuenta de tres síntomas que son elementales, expresivos de la enfermedad vascular: Dolor, con una característica especial, con una personalidad; dolor de tipo intermitente; dolor propio de las enfermedades vasculares; cansancio, cojera. Alteración del color de la piel; de ordinario, palidez. Modificaciones de la temperatura, de ordinario, con frialdad. Ya tenemos pues que, el dolor, la frialdad y la palidez, es el cuadro que presentan las enfermedades vasculares que nos inducen a realizar una exploración adecuada. Si esta exploración no se realiza, no se podrá encaminar debidamente al paciente para efectuar un tratamiento adecuado y el enfermo puede llegar entonces a manos de un especialista que se vea precisado a emplear métodos definitivos procediendo a mutilaciones.

De modo pues y como final, el permitirme señalar a Vdes. sobre la importancia que tienen las enfermedades vasculares para que, sabiéndolo, realicen también esta sencilla, rutinaria, pero precisa exploración, en todo enfermo podológico.

# TINADERM*

(tolnaftato 1%)

**CREMA Y SOLUCION**

## acción inmediata
## curación rápida
## en las dermatomicosis

PODAL
CORPORAL
CRURAL
DEL CUERO CABELLUDO
DE LA BARBA
VERSICOLOR

**ADMINISTRACION:** 2 ó 3 veces al día esparcir con los dedos la cantidad suficiente para cubrir la zona afectada frotando suavemente hasta su completa absorción, la duración del tratamiento será de 2 a 4 semanas.

**PRESENTACION:** TINADERM Crema, Tubo de 15 grs.
TINADERM Solución, Frasco con 10 $cm^3$.

ESSEX (ESPAÑA). S. A.
AFILIADA A
SCHERING CORPORATION, U.S.A.

* MARCAS REGISTRADA

# Agrupación de Podólogos de España

Querido colega:

Durante el Congreso Nacional de Podología celebrado en Barcelona en el año 1971, propusimos a la Asamblea —y fue aprobado— el proyectar un viaje científico-turístico a Norteamérica. Nos movió a proponerlo el haber asistido en el año 1968 a una Convención Internacional en Washington. Allí pudimos comprobar en lo referente a la parte científica el alto nivel universitario de los colegas de aquella nación; las magníficas escuelas que poseen y, además, lo bien recibidos que son los españoles. Por lo tanto, comprendimos cuán interesante podría resultar para todos los colegas españoles el mantener un intercambio personal y científico con dichas escuelas y los profesionales americanos. De ahí nació esta idea y de ahí parte el que lo pongamos en vuestro conocimiento. Aparte de todo cuanto hace relación con la especialidad en su faceta científico-profesional, no debemos ni podemos olvidar ni un solo momento la parte turística, sin que nos sea dable el comentar y mucho menos discutir sobre si es mejor América o Europa. Lo que sí es muy cierto es que América es DIFERENTE. Y en esta diferencia está el interés en conocerla.

Para conseguir nuestros propósitos nos era necesario encontrar una agencia de viajes que con todo cariño nos preparara el viaje, buscando una época propicia para efectuarlo en las mejores condiciones posibles y aprovechando los descuentos que en determinados meses del año efectúan las compañías de aviación. No ha sido fácil de encontrar pues quizás hemos apurado al máximo nuestras aspiraciones pero, al fin, nos es dable el poderte comunicar que ya está en proyecto la idea del viaje a EE. UU. para la primavera del año 1975 y de lo cual más ampliamente tendrás noticias a través de la próxima Revista.

Las plazas serán limitadas y se reservarán de acuerdo con el orden de recepción del correspondiente Boletín de Inscripción. Se ha solicitado de la agencia de viajes el estudio de dos modalidades de pago del importe del viaje. Una, normal, cual es el pago de una determinada cantidad en el momento de la inscripción y el resto antes de emprender el viaje. Otra, la de poder efectuar unos ingresos mensuales por una cantidad a convenir y que permitirían aportar el importe del viaje —si no en su totalidad, sí en su mayor parte— antes de la fecha de salida. Como sea que estos son los proyectos y no hay nada en firme, os lo adelantamos para que empecéis a pensar en todo ello. Siendo nuestro deseo el dar la mayor divulgación a este proyecto de viaje y estando a muchas fechas aún de su puesta a punto, suponemos que habrá tiempo más que suficiente para poder organizar un desplazamiento perfecto y de acuerdo con nuestras aspiraciones. De todo ello en sucesivas Revistas iréis recibiendo amplia información.

El estudio que se va a realizar será sobre viajes y estancia en hoteles pero sin manutención, pues por las enormes distancias existentes en las ciudades americanas resulta mucho más el desayunar, comer o cenar cerca del lugar que en aquel momento te encuentres. Aparte, la economía sale beneficiada pues se puede conseguir comer por un precio bastante inferior al que se percibe en los hoteles, dando al propio tiempo esa libertad de escoger a cada uno lo que más le agrade.

No nos cabe la menor duda de que esta idea largo tiempo acariciada ha de tener de vuestra parte una buena acogida. Nosotros que ya hemos pasado la maravillosa experiencia de estar en contacto personal con nuestros colegas americanos y hemos podido visitar un poco sus ciudades, captando su forma de ser, de desenvolverse, estamos seguros que, para quienes realicen este viaje ha de ser fuente de estupendas experiencias, tanto profesionales como sociales. La visita a este gran país es sin lugar a dudas el sueño acariciado por muchos de nosotros y que si no se ha llevado a cabo ha sido quizá por el enorme dispendio que en época y condiciones normales viene a representar el viaje. Por eso ahora que se nos brinda la oportunidad de desplazarnos por un módico precio, visitando importantes ciudades y las Escuelas de Podólogos en las mismas ubicadas, estamos seguros, repetimos, que ha de faltar espacio, han de faltar plazas para dar cabida a todos los compañeros que se inscriban.

Esperando con ilusión el próximo número para seguir dándote información al respecto y deseando que nuestro proyecto tenga una favorable acogida por tu parte, te saluda afectuosamente,

Fdo.: *Leonardo Escachs*

Presidente

# La podología en el Mundo

*Una vez más nuestros colegas argentinos nos ofrecen, a través de las páginas de su Revista un interesante tema que si bien no podemos calificar de científico, encierra en cada una de sus palabras la perfecta base para el perfecto desarrollo de la Especialidad. Por tal motivo, agradeciendo a la Srta. Catalina Zlachevsky, podólogo de Buenos Aires, su clara visión de lo que es y debe ser la vida profesional, nos permitimos trasladarlo a las páginas de nuestra Revista para conocimiento de nuestros lectores.*

Desde el punto de vista físico, el cuerpo del ser humano es un arcano de maravillas en el que la Anatomía y la Biología juegan con tal perfección que el andar de los siglos no cesa de sorprender a los hombres de ciencia, con nuevas revelaciones acerca del infinito poder de la Creación. Es un microcosmos en permanente consonancia con el macro-cosmos. Si tomamos, como ejemplo, solamente los cinco sentidos del hombre observamos que su comunicación con el medio ambiente, es total, a través de esos conductos que le permiten ver, oír, oler, gustar y palpar.

Pero desde el punto de vista de su evolución, la persona humana está más maravillosamente dotada aún. Posee un aparato psíquico que genera las ideas a través de la inteligencia, el razonamiento y la voluntad. Y una sensibilidad de la que parten los sentimientos que regulan las reacciones frente a los estímulos. Ideas y sentimientos elaboran los procesos mentales con los que el hombre maneja su capacidad de optar y decidir; es decir, su libre albedrío. Este libre manejo de los valores origina los principios morales con que cada individuo adapta su yo al mundo que le circunda.

Utilizando este enfoque, estimamos que los profesionales que eligen su actividad dentro del arte de curar disponen de cinco sentidos cardinales que los ubican, con cierta justeza, dentro de la sociedad en la que les toca actuar. Nos referimos a los que consideramos inherentes a nuestra Especialidad, la Podología.

1.° Sentido de la vocación.
2.° Sentido común o de la lógica.
3.° Sentido de la responsabilidad.
4.° Sentido del amor al prójimo.
5.° Sentido de la ubicación.

1.° SENTIDO DE LA VOCACION. — Nace con el individuo. No se hace. Es la auténtica necesidad de ejercer una tarea que refleje, además de una capacidad física y mental adecuada a su desenvolvimiento, un íntimo deseo de aplicarla con la mayor perfección en beneficio del que sufre. Llegando hasta el sacrificio, si fuera necesario, en aras de su cultivo fiel y honesto.

Es el primer sentido que debe consultarse en el momento de elegir y decidir una carrera.

2.° SENTIDO COMUN O DE LA LOGICA. — Se aplica de acuerdo con las circunstancias, con el momento, con el individuo que se trata y, sobre todo, con el gran amor que se pone en lo que se está haciendo. Se apoya sobre los conocimientos adquiridos y se proyecta a través de una serie de imponderables en los que juegan la inteligencia, la buena voluntad y un gran deseo de colaborar con eficacia. Generalmente aflora en los momentos de mayor dificultad, sea cual fuere su magnitud.

El consejo que dicta el sentido común no está en los libros ni enciclopedias, sino en el aporte de la capacidad personal.

3.° SENTIDO DE LA DESPONSABILIDAD. Es hijo de la conciencia y acumula en sí, algo de los demás sentidos. Necesita de la seriedad, de la honradez, la formalidad, el pundonor y la dignidad, para poder proceder en todos los casos. Avala la acción del profesional a través de toda su carrera y lo induce a proseguir su camino, aún en las dificultades, sin traicionar jamás las propias convicciones basadas sobre la obligación contraída frente a la sociedad. Estimula el sentido del deber y origina el de la disciplina. Crea una conducta.

Es la piedra angular sobre la que reposa el prestigio y el honor del profesional.

4.° SENTIDO DEL AMOR AL PROJIMO. — Es la musa inspiradora de la vocación. Va unido al sentido de la vocación, con el que se complementa. Son consecuentes. Se manifiesta en un plano eminentemente espiritual y está signado por los sentimientos. La auténtica voluntad de servir lo induce a dar pasos cada vez más largos y más positivos en favor de una Humanidad muy desarrollada técnicamente, pero muy doliente física y espiritualmente.

Pone en juego el sentido de la responsabilidad.

5.° SENTIDO DE LA UBICACION. — O del respeto mútuo. Se fundamenta sobre una base eminentemente ética y está referido a un aspecto muy personal y subjetivo. Abarca varios planos, de los que derivan la ubicación frente a sí mismo, frente al asistido, al colega, a la Medicina y al médico y a la sociedad.

Frente a sí mismo, con un profundo respeto por lo que se ha elegido hacer, no descuidar ningún detalle que contribuya a su cumplimiento personal y la presentación del gabinete con todos sus aditamientos en óptimas condiciones de higiene y corrección. De igual modo quien concurre al domicilio del asistido. Con respeto a éste, mantener igual respeto hacia su persona, su dolencia, su integridad física, su condición social, su edad, su sexo, su religión, raza y color. No olvidar jamás que se interviene como conductor de su alivio y, en el mejor de los casos, de su curación. Pero no, como un semidiós.

FRENTE AL COLEGA: Debe mantener una línea de conducta correcta hacia él. Con res-

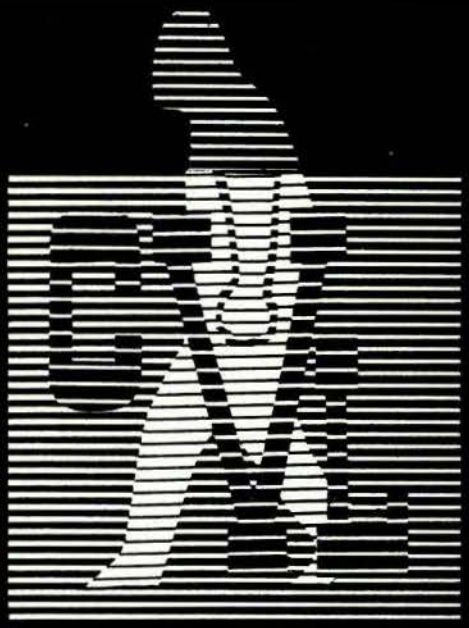
# constantino velasco laínz

*y*

# BERKEMANN

*en*
*colaboracion*
*con*
*la revista española de*

## PODOLOGIA



*ofrece a los podólogos*
*una gama completa*
*de*
*artículos para los pies*

**CENTRAL (Oficinas). — Santiago Bernabéu, n.° 4**
**Tels. 261 98 75 y 261 44 15. — MADRID-16**

**ALMACEN. — General Franco, n.° 42**
**Tel. 208 98 36. — MADRID-19**

**DELEGACION CATALUÑA — Calle Mallorca, n.° 336 (esq. Avda. Gimo.)**
**Tel. 257 76 05. — BARCELONA-9**

**Prótesis de plástico, corcho, cuero y metal. — Protectores de Hallux Valgus. — Separadores de dedos. — Protectores planta del pie. — Cuñas y almohadillas metatarsales. — Accesorios para la aplicación de plantillas.- Sandalias fisiológicas de madera. — Soportes de cazoleta de Ortholen.— Planchas de PLEXIDUR. — Planchas de ORTHOLEN. - Planchas de PRENYL.- Planchas de HYDROLANYON, etc.**

peto, mesura, condescendencia y tolerancia. Ser cauto y recatado. Consultar al que se cree más capacitado, en los casos de necesidad. Pero no retacear sus consejos basados en su capacidad y honestidad profesional, cuando sea consultado a su vez, con este fin. Transmitir los conocimientos afianza y da seguridad en sí mismo.

FRENTE A LA MEDICINA Y AL MEDICO. — Ante todo respetar las jerarquías. Es éste quizás, el momento cumbre de la verdadera ubicación del Podólogo. Respetar la Medicina y a quienes la ejercen, es respetar el dolor y el sufrimiento del prójimo. Acudir a ella con el máximo de cautela y de la cordura. En la Medicina está encerrada la clave de muchas soluciones, pero, lo importante, es saberla consultar y luego manejar. Para ello aplicar únicamente los conocimientos adquiridos sin invadir campos que correspondan a otros profesionales. Con ello se reduce al mínimo la posibilidad de equivocarse.

FRENTE A LA SOCIEDAD. — Todo individuo que va a actuar en favor de un sector social, contrae una obligación con la sociedad. Dentro de su modestia, es la nuestra, una Profesión consultada en regular proporción. En tal medida, los cinco sentidos que acabamos de exponer, nos comprometen, de hecho, de deber y de derecho, a dar plena satisfacción al sector sufriente de la sociedad. Salir a su encuentro con plena conciencia de ello, es cumplir con un deber sagrado de humanidad, de profesional y de patriota.

REF. B-C

**"HOSCH"** PIEZAS DE MANO ESPECIALES PARA INTERVENCIONES EN CALLOSIDADES Y UÑAS

Como herramientas especiales y muy eficaces le recomendamos nuestras piezas de mano HOSCH para callosidades y uñas Sus cabezas están equipadas con una lámina rotativa que permite quitar en capas las callosidades y las uñas más espesas. Estas láminas rotativas son recambiables y afilables.

Las piezas HOSCH son normalizadas y se adaptan a cualquier tipo de torno.

Al pasar su pedido sírvase precisar Ref. B-C para callosidades o Ref. N-U para uñas.

**APARATOS, MOBILIARIO E INSTRUMENTOS PARA PODOLOGIA**

**SOLE PALOU**

**Barcelona-2 - Vergara, 7 - Teléfono 221 48 30**
**Madrid-14 - Av. José Antonio, 15 - Teléfono 221 01 95**

REF. N-U

# BUZON PROFESIONAL

Hemos recibido en la Redacción de la Revista la pregunta de un compañero acerca de la Epifisitis calcánea, su evolución clínica y tratamiento, a lo cual trataremos de responder en estas líneas, esperando sea satisfactoria nuestra contestación, al mismo tiempo que nuestro deseo sería iniciar con ella un espacio dedicado a consultas relativas a la profesión al cual tengan acceso todos los compañeros.

## EPIFISITIS CALCANEA, O ENFERMEDAD DE SEVER

Está clasificada entre los síndromes generales de osteocondrosis, y puede ser considerada como un daño por tracción. Prevalece más entre los jóvenes activos entre los 9 y 13 años, siendo el resultado de una deformación aguda o crónica del tendón de Aquiles que no está fusionado todavía en la apófisis posterior del calcáneo. Es netamente dolorosa a la presión en el extremo posterior del calcáneo, siendo a menudo un padecimiento bilateral. A veces pueden aparecer tumefactas las caras laterales del talón, aunque no necesariamente. Uno de los síntomas más característicos es el dolor agudo que se produce al apretar las caras laterales del talón con la mano. Las imágenes radiográficas no dan señales características, pues la fragmentación de la apófisis no difiere necesariamente de la de un talón normal a esa edad, pero la fragmentación unilateral con condensación ósea de la apófisis, completa el cuadro clínico confirmando el diagnóstico.

Los niños que padecen esta afección, tienen generalmente un pie valgo, y los factores que pueden desancadenar este dolor son:

— presión de la cara interna por el valguismo muscular anormal.

El tratamiento más adecuado es el siguiente:

— vitamina D para acelerar los trastornos de osificación del pie

— corrección de la línea de Helbing con plantilla dura

— calor local seco

— aspirina para el dolor

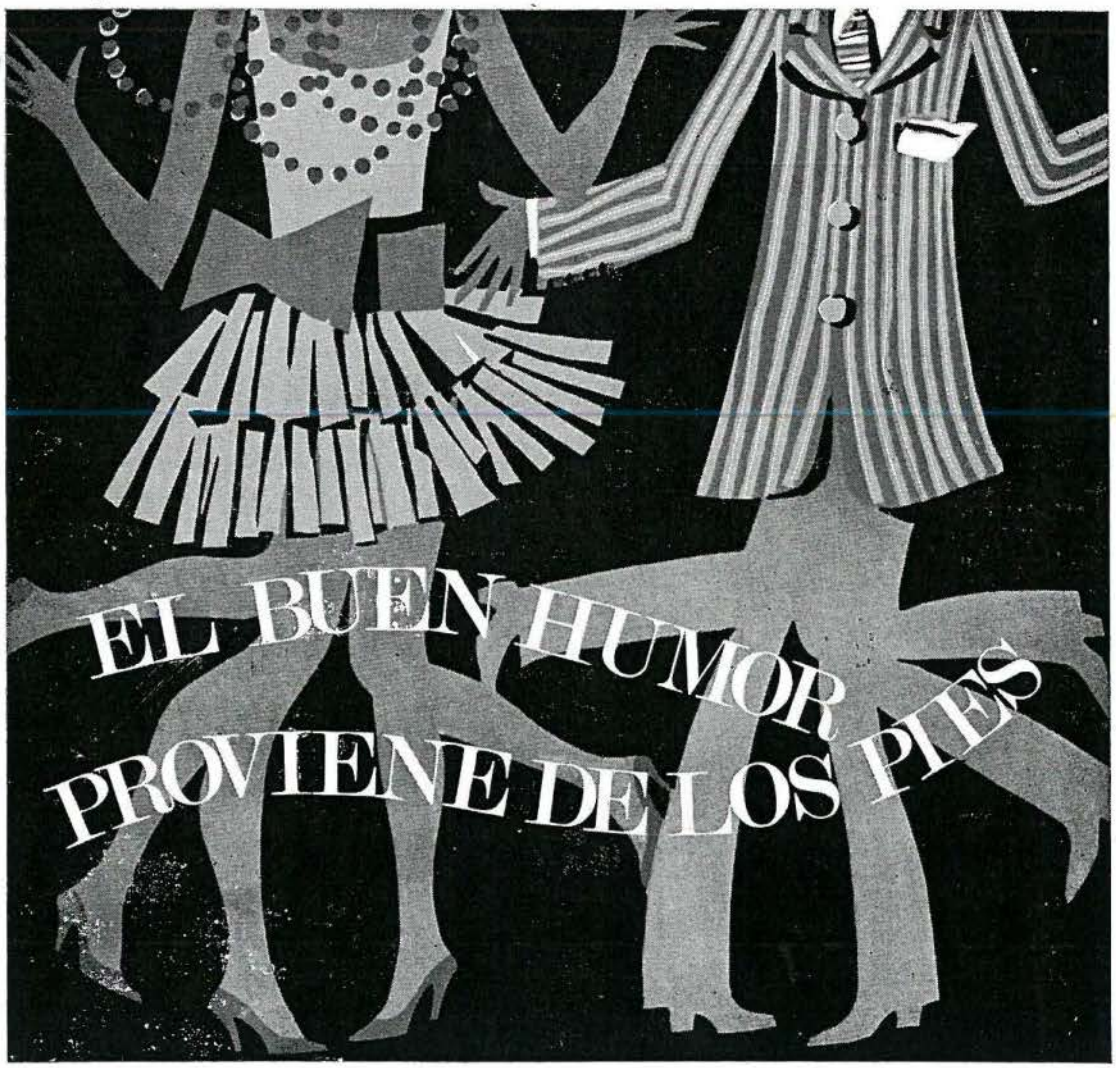
— en casos rebeldes, infiltraciones en el nervio tibial posterior a base de corticoides asociados a anestesia local

— también se hace necesaria la reducción de la actividad física del niño dentro de los límites del dolor, hasta que éste ceda.

Lamentamos el retraso en la aparición del presente número de la Revista, motivado por causas ajenas a la misma. Junto con el próximo número recibirán también la anterior atrasada, número 36, que eran las dos que faltaban editar.

# REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

A.P.E. Noviembre-Diciembre
n.° 36 1973




**podólogo:** **¿quién mejor que Ud. puede asegurar la veracidad de este slogan...?**

**¿quién mejor que Ud. para liberar a sus pacientes del enemigo que ataca "la raiz" de la persona...?**

**...¿y quién mejor que Ud. para dar vigor y tranquilidad a esa raiz, con la ayuda de...**

**AKILEINE** que **descongestiona** los pies haciendo desaparecer el ardor en las plantas, a la vez que **desodoriza** y modera la transpiración ya que no contiene formol u otros productos nocivos, que puedan provocar inflamaciones o irritaciones en la piel.

**AKILTROPIC** que **neutraliza los efectos de la transpiración** y elimina la enfermedad de las piscinas.

Pida muestras a Lab. Inibsa - Loreto, 8 - BARCELONA-15

# REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

ORGANO DE LA AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

A. P. E.

**Redacción:**
Diputación, 118, 2.°, Pral, 2.ª, Barcelona (15)

**Director:**
Leonardo Escachs Clariana

**Sub-director:**
Pablo Vilató Ruiz

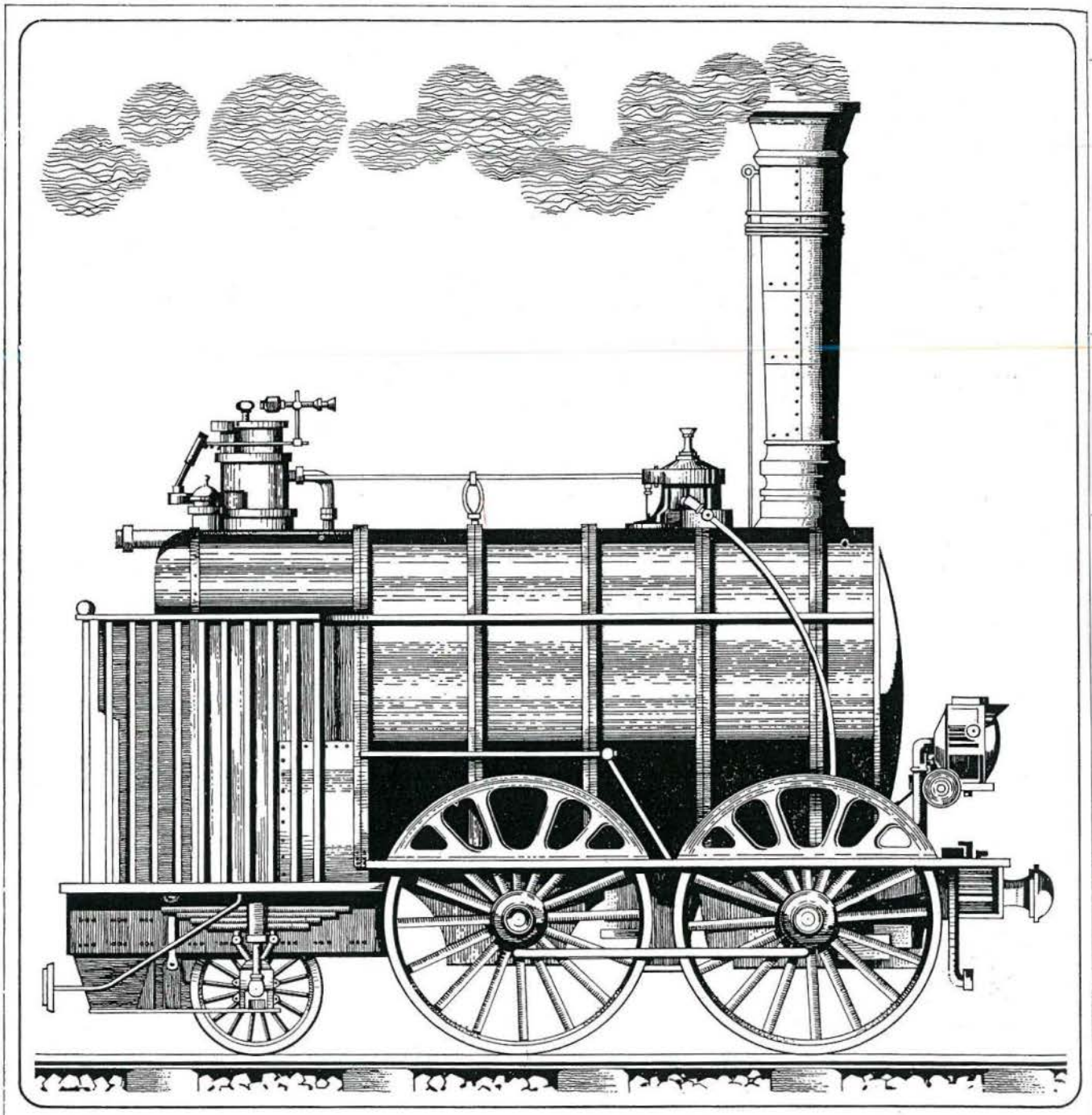
**Redactor jefe:**
Francisco Mañé Domingo

**Administración:**
Manuel Gavin Barceló

GRAFICAS RENACIMIENTO - Depósito Legal B-13.484 - 1974

## SUMARIO

3 Junta de Gobierno
6 Editorial
8 Higiene y Podología
21 Viaje a EE. UU.
28 II Symposium Nacional de Podología
32 Carta abierta



en procesos reumáticos...

**ditrone** **cápsulas 100 y 200 mg** (envases con 20 cápsulas)
**supositorios 200 y 500 mg** (envases con 16 y 10 sup. respec.)

**delta ditrone** **envase con 50 cápsulas**

HOSBON S/A

# AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

## JUNTA DE GOBIERNO

| | | |
|---|---|---|
| Presidente Nacional | D. LEONARDO ESCACHS CLARIANA | Barcelona |
| Vice-Preste. 1.º | D. ZACARIAS GARCIA ANDRES | Madrid |
| Vice-Presidente 2.º | D. ISAIAS DEL MORAL CEJALVO | Valencia |
| Secretario General | D. JOSE A. CALVO GARCIA | Zaragoza |
| Vice-Secretario | D. FRANCISCO MAÑE DOMINGO | Barcelona |
| Tesorero | D. MANUEL GAVIN BARCELO | Barcelona |
| Contador | D. LUIS AYCART VIJUESCA | Madrid |
| Vocal 1.º | D. FCO. MORAN VENTURA | Las Palmas G. Canaria |
| Vocal | D. JUAN VIDAN TORRES | Santiago de Compostela |
| Vocal | D. LUIS INCHAURRONDO | Irún |
| Vocal | D. JOSE M.ª BAEZ BASAURI | Bilbao |
| Vocal nato | D. ZACARIAS GARCIA ANDRES | Madrid |
| Vocal nato | D. JAIME SALA PICH | Barcelona |

## DELEGADOS DE ZONA

**D. José M.ª Báez Basauri,** Mayor, 27, 6.º. Las Arenas. BILBAO.

**D. José Luis Inchaurrondo.** Paseo de Colón, 65. IRUN.

**D. Juan Vidán Torres.** Preguntoiro, 10. SANTIAGO DE COMPOSTELA.

**D. Antonio Báez Prieto.** Alcalá, 313. MADRID.

**D. José Antonio Calvo García.** Coso, 77, 5.º. ZARAGOZA.

**D. Jaime Sala Pich.** Muntaner, 142. BARCELONA-11.

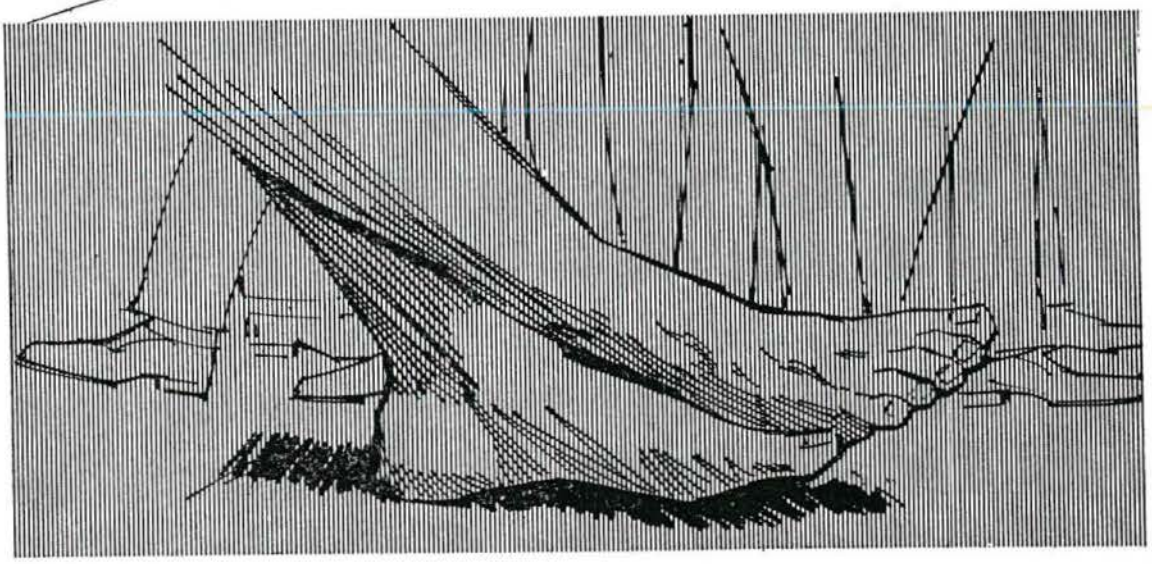
**D. Isaías del Moral Cejalvo.** Castellón, 8. VALENCIA-4.

**D. Francisco Morán Ventura.** León y Castillo, 8. LAS PALMAS DE GRAN CANARIA.

## DELEGADOS PROVINCIALES

ALAVA: **D. Julio Crespo.**
ALBACETE: **D. Luis Juan Navarro.**
ALICANTE: **D. José Olcina Morales.**
ALMERIA: **D. Luis Pascua San Miguel.**
AVILA: Sin Delegado Provincial.
BADAJOZ: **D. José Villafaina de la Cruz.**
BARCELONA: **D. Jaime Sala Pich.**
BILBAO: **D. Víctor Fano Ugarriza.**
BURGOS: **D. Elías Hernando Tamayo.**
CACERES: Sin Delegado Provincial.
CADIZ: **D. Manuel Albala Valle.**
CASTELLON: **D. José Aguilar Beltrán.**
CIUDAD REAL: **D. Luis Barba Vázquez.**
CORDOBA: Sin Delegado Provincial.
GERONA: **D. José M.ª Boch Doménech.**
GRANADA: **D. Manuel Ruiz Morales.**
GUADALAJARA: Sin Delegado Provincial.
HUELVA: Sin Delegado Provincial.
HUESCA: Sin Delegado Provincial.
JAEN: **D. Leonardo Rodríguez Revuelta.**
LA CORUÑA: **D. Francisco de la Cruz.**
LAS PALMAS: **D. Francisco Morán.**
LEON: Sin Delegado Provincial.
LERIDA: **D. Alfredo Puchol.**
LOGROÑO: **D. Vicente Alvarez.**
LUGO: Sin Delegado Provincial.
MALAGA: **D. Antonio Gutiérrez.**
MADRID: **D. Zacarías García Andrés.**
MURCIA: Sin Delegado Provincial.
ORENSE: **D. Elisardo Bralo Rego.**
PALENCIA: **D. Damián Porro Villarroel.**
PALMA DE MALLORCA: **D. Juan B. Brines.**
PAMPLONA: Sin Delegado Provincial.
SALAMANCA: **D. Antonio Basas Encinas.**
SANTANDER: Sin Delegado Provincial.
SAN SEBASTIAN: **D.ª M.ª Pilar Gómez.**
STA. CRUZ DE TENERIFE: **D. Armenio Méndez.**
SEGOVIA: **D. Francisco García.**
SEVILLA: **D. Francisco Alvarez Gandulfo.**
SORIA: Sin Delegado Provincial.
TARRAGONA: Sin Delegado Provincial.
TERUEL: Sin Delegado Provincial.
TOLEDO: Sin Delegado Provincial.
VALENCIA: **D. Angel Sanchiz Cortina.**
VALLADOLID: **D. Alfonso Domínguez Milán.**
VIGO: **D. Angel Medina Herrero.**
ZAMORA: **D. Juan J. Miguel Barrios.**
ZARAGOZA: **D. José Calvo García.**

¡NUEVA FORMULA!



# Pentoderm®

## Crema dermoprotectora cutánea

**Tubo con 50g de crema** (62,80 ptas.).

MADAUS

MADAUS CERAFARM, S.A.

Pujol, 22 - Tel. 211 91 12 - Barcelona-6. Cristóbal Bordiu, 35 - Tel. 254 64 44 - Madrid-3. Pérez Galdós, 95 - Tel. 263898 - Valencia-R.

# El Presidente
# y Junta de Gobierno

de la Agrupación de Podólogos de España, conjuntamente con la Dirección y cuadro de Redacción de la Revista Española de Podología, amigos, laboratorios que nos honran con su colaboración y a todos cuantos se relacionan con la especialidad, unas venturosas navidades y elevan sus preces al altísimo para que nos conduzca a todos en 1974 por el camino de la superación y la unidad profesional.

# EDITORIAL

*Otro año que finaliza. Un capítulo que se cierra con el balance anual y otro capítulo que se abre para el año próximo a comenzar. Por un lado, el balance permite darse cuenta de la labor llevada a cabo y los resultados obtenidos; por otro lado el estudio de los trabajos a realizar, apoyándose indefectiblemente en esos resultados obtenidos marca la pauta, marca el camino a seguir.*

*Haciendo un rápido repaso del año que finaliza, se podria decir que los podólogos españoles han seguido por el camino trazado sin haber obtenido en el mismo grandes metas pero sin haber perdido ni una pequeña parte de sus deseos y aspiraciones. No ha sido un año demasiado fructifero en cuanto a la realización de actos notorios pero si, en cambio, ha sido un año de estudio, de tomas de contacto, de proyectos y preparaciones futuras. Y de sobras es sabido que esta tarea callada, ingrata, escondida no es de efectos rimbombantes pero si de resultados altamente positivos. Y es verdaderamente necesario en todos los órdenes de la vida hacer alguna vez un pequeño alto en el camino para serenar las ideas y proyectar las aspiraciones del tipo que sean hacia el futuro. Por ello debemos suponer que los podólogos han hecho en este año que finaliza un «alto en el camino» y en el año que ahora está próximo a comenzar, se podrán apreciar plasmados en bellas realidades, ese cúmulo de estudios y de proyectos desgranados a la sombra. Todo ello en beneficio de la colectividad profesional.*

*Si bien es muy importante la capacitación científico-práctica de los profesionales, procurando estar constantemente al dia en sus conocimientos, técnicas, materiales, etc. —de todo ello se cuidan perfectamente las Escuelas de Podólogos de Madrid y Barcelona—, nunca se debe olvidar que la proyección de tal capacitación, el dar conocimiento, el «hacer saber» de esa capacitación de los podólogos, es altamente necesaria para dar fe que todos y cada uno de los profesionales que la ejercen, son personal competente y debidamente preparado para el cometido de su función profesional, dando buena cuenta de ello la actuación diaria de los podólogos en el trato con sus pacientes. Resultados todos ellos positivos, avalados por unos conocimientos cada dia más profundos sobre los más importantes temas de la especialidad.*

*Cuando una colectividad está regida por hombres conscientes animados de la mejor buena voluntad, con un tesón inigualable, con un cariño hacia su profesión digno de todo elogio, no se pueden esperar más que magnificos resultados a cualquiera de las tareas que los mismos emprendan. Y a fuer de sinceros debe ser reconocida la valía de esos hombres, profesionales, que forman la Junta de Gobierno de la Agrupación de Podólogos de España, siempre al frente de la tarea impuesta y siempre dispuestos a laborar en pro de la Podología y de los compañeros que la ejercen. Buena prueba de ello está a la vista de quien quiera verla, haciendo un re-*

*paso del «ayer» y del «hoy» de los profesionales Podólogos.*

*Como nota más destacada quizás en el ejercicio que finaliza, debe ser comentado el viaje a Salzburgo para asistir al Congreso Internacional que se celebró en dicha ciudad y al que asistieron una nutrida representación de profesionales españoles —quizás una de las más nutridas representaciones españolas en un Congreso Internacional— dejando una vez más, allende fronteras, una profunda huella de su paso. Y ello es muy importante, pues debe pensarse que los podólogos españoles forman parte de la Federación Internacional de Podologia. Debe pensarse que los podólogos españoles han estado siempre en primera linea de todas cuantas confrontaciones de tipo profesional se han celebrado no tan sólo en Europa sino, incluso, en América del Norte y del Sur. Allí donde ha habido una reunión de profesionales, allí ha estado, como mínimo un representante de los podólogos dando fe con su presencia, de su amor a la profesión y de su cariño hacia todos los profesionales que la ejercen cualquiera que sea su nacionalidad. Desde el primer momento, como se dice, han dejado amplia constancia de su presencia y en más de una ocasión se han tomado como ejemplo algunos de sus conocimientos básicos, algunas de sus experiencias y desarrollo de la especialidad en España.*

*Por todo cuanto queda reseñado, aunque en forma somera, y que a buen seguro está en el ánimo de todos los podólogos españoles, ha de comprenderse la importancia que tiene su proyección segura, firme, constante, más allá del plano personal. Colectivamente en España y colectivamente en todo el mundo, han de demostrar en todo momento que son unos profesionales conscientes, capacitados, dignos y eficientes, que vienen ocupando un determinado lugar en la Sociedad y que su labor profesional está a la altura que se merece para bien de los pacientes afectos de problemas podológicos, abarcados dentro de su propio y muy bien definido campo profesional.*

*Por todo ello y a plena satisfacción se ha de procurar mantener esta tónica que analtece a los profesionales que ejercen esta maravillosa especialidad que es la PODOLOGIA.*


**INCLUSO LA MEJOR PROTESIS PEDICA**

**será poco menos que inoperante si el calzado no mantiene el pie en posición CORRECTA y CONSTANTE sobre ella con buena sujeción de retropié y empeine. Si el calzado no es INDEFORMABLE, la acción de apoyo será fugaz...**

**Un buen calzado AYUDA a la acción de la prótesis; un mal calzado la anula. Estudie cuanto hay en el mercado...**

**Estudie luego *PIEDRO***

*Consulte a PIEDRO Internacional, Apartado 7053, Tel. 239 53 06 BARCELONA* (Delegación de PIEDRO CENTRUM - dERKEL en RODENRIJS-Z. HOLLAND

# Higiene y Podología

El pie está sometido cada día a múltiples agresiones ya que, a menudo, se encuentra cerrado en un calzado mal adaptado. Por ello, los cuidados que se le prodigan son, a veces, inútiles.

Las afecciones del pie son numerosas y en este campo es mejor prevenir que curar. De hecho, la educación del niño, desde su más tierna infancia, sobre la higiene del pie, es altamente interesante.

INTRODUCCION

Para determinar las reglas de higiene aplicables al pie, es necesario antes conocer los principales accidentes que le pueden ocurrir y es quizás, por ello, que resulta casi imposible el separar la HIGIENE de la POLOGIA.

Nos limitaremos a estudiar los procesos que atañen al pie y se aprecian en una exploración externa correctamente hecha. No nos fijaremos en procesos ósteo-articulares que requieren un examen profundo mediante huellas (F.P.G., etc.), a veces mediante Rayos X, y de los cuales, el tratamiento, no es del dominio de la higiene, sino de la Ortopedia e incluso, en los casos más graves, de la Cirugía.

Veremos pues, sucesivamente:

a). — LA PODOLOGIA EXTERNA. Es decir, el estudio de los procesos que se manifiestan a nivel de las partes blandas de la piel.

b). — LA ESTRUCTURA DEL PIE. Bajo el punto de vista de elección del calzado así como las etapas de un examen del pie.

c). — LA HIGIENE GENERAL DEL PIE. Que va, desde la elección de un calzado correcto a los diversos cuidados que permiten evitar los procesos estudiados en Podología.

1. PODOLOGIA

A. *Lesiones de origen vascular*

1.° Transtornos vaso-motores.

a). — ENFERMEDAD DE RAYNAUD. Es debida a una hipertonía de la pared arterial que provoca una vaso-constricción intensa y que se desencadena bajo la acción del frío, de un choque emotivo violento e, incluso a veces, bajo la influencia del calor. La afección progresa paso a paso. Al principio las crisis de isquemia son de corta duración pero, poco a poco, se van alargando lo que conlleva transtornos tróficos del dedo o dedos afectados. El tratamiento consiste en la administración de vitaminas del grupo B y de vasodilatadores.

b). — ERITROMEGALIA. Seegún Lalièvre, mientras que la enfermedad de Raynaud ataca preferentemente a las manos más que a los pies, la eritromegalia lo hace en sentido contrario.

Se produce una vaso-dilatación importante en la zona arterial de los capilares. Se nota una impresión de calor intensísimo así como una coloración roja de la piel a nivel de las zonas afectadas.

Se trata a los pacientes con adrenalina, ganglioplégicos, y baños locales fríos.

### 2.° CONGELACIONES Y SABAÑONES

Son consecuencia, en grados diferentes naturalmente, de una exposición prolongada al frío y a la humedad. La aparición de estas manifestaciones se acelera con todo lo que retrase o impida la circulación, particularmente, por usar calzados demasiado estrechos. Además hay que hacer notar que la vascularización relativamente pobre en los pies, los hace más sensibles a la acción del frío.

En las congelaciones será necesario proceder a la hospitalización lo más rápidamente posible. Mientras se espera el traslado, debemos abstenernos de calentar rápidamente la zona congelada.

### 3.° TRANSTORNOS DE LA CIRCULACION DE RETORNO Y VARICES

La planta del pie está vascularizada por una red venosa llamada «Plantilla de Lejars». La circulación de retorno está facilitada por la marcha que comprime esta red venosa y empuja a la sangre hacia las safenas.

Es muy importante no traumatizar esta plantilla venosa llevando calzados demasiado duros o plantillas demasiado abovedadas. Un traumatismo prolongado y algunas deformaciones del pie pueden desencadenar un éstasis venoso a nivel de las venas marginales. De ser así, en este lugar, se desarrollarán varices que mostrarán una neta tendencia a la extensión y a las complicaciones. Estas complicaciones van desde el edema vespertino simple, a las úlceras varicosas, sin olvidar los diversos eczemas varicosos y la dermitis ocre.

El tratamiento precoz será médico. Mas tarde, recurriremos a los esclerosantes con todas sus contraindicaciones e inconvenientes. Al final, sólo será válido el tratamiento quirúrgico.

### 4.° MAL PERFORANTE PLANTAR

Se trata de un transtorno plantar que comienza a nivel de una zona de compresión, o sea, en un lugar mal irrigado. En un principio es un higroma simple que después se hace una úlcera grisácea la cual se infecta fácilmente y puede conducir a una septicemia. La úlcera crece cada vez más; destruye los tendones y los huesos sub-yacentes. La región se vuelve indolora a la palpación si bien, a veces, el paciente acusa dolores irrradiados intolerables.

Al principio se puede tratar por una resección de la cabeza ósea a nivel de la cual se efectúa la compresión. Con esto se permitirá el restablecimiento de un riego normal. En la fase ulcerada es necesario prescribir reposo y curas antisépticas. Pero la afección recidiva y, a veces, es necesaria la amputación de la región lesionada.

## B. — *Lesiones de las partes blandas*

Las partes blandas afectadas será, primero, la aponeurosis plantar; después los tendones y sus vainas y, por fin, en los casos más raros, los nervios.

### 1.° APONEUROSIS PLANTAR

Esta enfermedad que también se llama «Enfermedad de Lederhose», es el homólogo plantar de la enfermedad de Dupagtien o «retracción de la aponeurosis plantar».

La afección podal se caracteriza por una esclerosis de la aponeurosis plantar, acom-

pañándose de la formación de nódulos superficiales. La esclerosis aparece, muy a menudo, a continuación de traumatismos en la zona. Sin embargo, tiene, a veces, un origen médico encontrándose a menudo en sujetos que presentan afecciones medulares. El tratamiento debe ser quirúrgico y consiste en una amplia resección de las nudosidades. El tratamiento médico es ineficaz.

2.° TENOSINOVITIS SECA

Esta afección está localizada a nivel de las vainas de los tendones. Existe una hipertonía de la pared fibrosa. El tendón se desliza con dificultad y los movimientos son dolorosos. La afección cede, a menudo, con las inyecciones de hidrocortisona acompañadas de un vendaje elástico del pie. En caso de recidiva, se tratará quirúrgicamente. La vaina del tendón será abierta longitudinalmente, dándole la posibilidad de moverse de nuevo libremente.

3.° BURSITIS RETRO-CALCANEA

Se trata de una afección debida al frotamiento de los contrafuertes demasiado duros a nivel de las tuberosidades posteriores del calcáreo. La bolsa serosa se hipertrofia y hace que el llevar calzado sea del todo imsoportable. Si no existe exóstosis —muy importante— la curación se obtendrá con algunos días de reposo y la supresión definitiva de contrafuertes duros en el calzado.

4.° AQUIELITIS

Esta afección asienta a nivel del tendón de Aquiles. La zona atacada con más frecuencia es la que está situada aproximadamente 2 cms. por encima del punto de inserción del tendón con el calcáneo.

El origen hay que buscarlo en una fatiga excesiva del tendón que trabaja en un calzado elevado por atrás y demasiado rígido. Para la mayor parte de los autores, se da un acúmulo de micro-traumatismos que provocan una tendinitis la cual, poco a poco, se va haciendo crónica.

En este estado crónico, la Aquielitis se hace dolorosa, causando a veces degeneración del tendón y rotura del mismo.

El tratamiento consiste, sobre todo, en reposo prolongado del tendón, con infiltraciones locales de hidrocortisona. En los casos graves se podrá inmovilizar el pie en ligero equinismo para evitar la tensión del tendón.

5.° NEUROMA PLANTAR

Esta afección se llama también «Enfermedad de Thomas Morton» o «Neuralgia de Morton». El neuroma está localizado casi siempre a nivel del nervio plantar del tercer espacio inter-metatarsiano. Este nervio, formado por la reunión de dos ramas, es relativamente fijo y se encuentra fácilmente comprimido entre la tercera y cuarta cabezas metatarsianas, particularmente en los casos de personas que llevan calzados demasiado estrechos.

La afección se caracteriza por un dolor fulgurante que aparece durante la marcha. El dolor se aviva al comprimir con los dedos en el espacio inter-metatarsiano indicado.

El tratamiento es quirúrgico. Se incinde por la vía plantar y se busca el neuroma, el cual se reseca. Después se le coloca una plantilla ortopédica con la que se consigue aumentar el espacio libre entre las cabezas metatarsianas, evitándose así una nueva compresión sobre el nervio.

C. — *Lesiones cutáneas*

Estas afecciones son visibles inmediatamente, con un examen superficial del pie.

Lesiones cutáneas debidas a frotamientos:

1.° LAS AMPOLLAS

Se trata de un abultamiento líquido epidérmico debido al frotamiento del calzado. Esta pequeña lesión no presenta, por sí misma,

ninguna gravedad, pero su repetición deja a la dermis desnuda y puede ser una puerta abierta a la infección y a la supuración. A la larga, con la renovación de los traumatismos, se nota una hiperqueratosos y el paso al estado de higroma.

2.° LOS HIGROMAS

Merecen un estudio particular, pues se forman cada vez que existe una compresión de las partes blandas del pie entre el plano óseo sub-yacente de defensa del pie a la agresión de un calzado inadecuado o bien la señal de una deformación, más o menos grave, del pie.

Sería inútil conocer las diversas etapas de formación de este hidrogma.

a) Período inicial llamado también período de sensibilidad. En el aparece una hiperqueratosis, es decir, un espesamiento de la capa córnea cutánea, pero la afección es todavía indolora o muy poco dolorosa.

b) Período secundario o período doloroso: La hiperqueratosis aumenta y da una formación cónica que se introduce, comprime los filetes nerviosos sub-yacentes y deforma la bolsa serosa de la articulación. Esta se hipertrofia y se hincha con una serosidad. En este estado son necesarios los cuidados del Podólogo quién extirpará el higroma y evitará las diversas compresiones.

c) Tercer período o período supurado: El paso de gérmenes patógenos a la bolsa serosa da lugar a un pequeño absceso «en botón de camisa», formado por dos capas infectadas. Una superficial, entre la dermis y la epidermis; otra, más importante, a nivel de la bolsa serosa.

Exteriormente la zona está edematosa y dolorosa al tocarla. En este momento es necesario que el sujeto esté en reposo, tratando la infección local con antisépticos y antibióticos, procediendo a la resección completa de las partes córneas superficiales.

Si la infección persiste habrá que pensar en un posible paciente diabético.

d) Período final o período insoportable: La supuración mal cuidada termina por parar ella misma. La bolsa serosa se cierra y forma adherencias con los puntos córneos de la capa superficial. Debajo de estos elementos dolorosos, relativamente superficiales se instala una necrosis ósea igualmente dolorosa. La marcha y el uso de calzado se hace totalmente imposibles.

El tratamiento consiste en una intervención quirúrgica que deberá remediar la deformación ósea y suprimir la región necrosada. Es inútil quitar las partes blandas patológicas ya que son una manifestación de la afección y no su causa original.

Ahora nos queda por ver, las diversas variedades de higromas:

— Si la presión se ejerce sobre una superficie ósea reducida, tenemos la formación de un «callo». Este consiste en la producción de una hiperqueratosis en forma de cono que se introduce hacia la bolsa serosa y el hueso.

El «callo» puede ser duro y entonces corresponde a la descripción clásica del higroma. El «callo» puede ser también de consistencia blanda, si se forma en un sitio en el que la piel frota contra la piel y el sudor, al acumularse, provoca una maceración. Esto corresponde a lo que llamamos «ojo d gallo», el cual vemos desarrollar muy a menudo a nivel de un espacio inter-digital.

— Si la presión se ejerce sobre una superficie ósea más extensa, se produce la formación de una «dureza». En su fondo puede existir una superficie abombada y lisa o bien una superficie abombada y erizada con muchos puntos córneos.

— Si la presión se ejerce sobre una zona particularmente extensa, se da la formación de una «callosidad». Al repetirse la presión sobre una zona extensa, la callosidad es poco profunda y poco marcada y al principio, existe una simple hiperqueratosis superficial bajo la cual se encuentra la piel prácticamente sana.

También se clasifica a los higromas según

su localización anatómica. Entonces tenemos:

— El heloma dorsal inter-falángico que se encuentra en las diversas articulaciones interfalángicas y marca la deformación de los dedos en garra.

— El heloma terminal, que indica un dedo demasiado largo que no puede alojarse en el calzado y se incurva hacia abajo.

— El heloma sub-ungüeal. Es una afección frecuente en las mujeres que llevan zapato de tacón alto y que desplazan el apoyo del peso del cuerpo hacia el antepié. Esta localización se infecta fácilmente y da lugar a menudo a la formación de un panadizo, de lenta curación.

— El heloma o callo de los espacios inter-digitales. Se presenta como una aureola roja, edematosa, que tiene a menudo un punto negro en el centro. Se d aen las personas que llevan zapatos de punta estrecha.

— La dureza. Muchas veces su localización indica una deformación importante del pie. Cuando se encuentra bajo la cabeza del primer metatarsiano y del quinto, indica un pie cavo. Cuando se encuentra bajo las cabezas de los metatarsianos centrales, indica una caída del arco anterior.

— El «heloma de juanete». Este higroma, característico del hallux valgus, se desarrolla sobre el borde interno del pie y llega a ser, muy rápidamente, doloroso.

— La hiperqueratosis. Que es más bien el síntoma de un exceso de carga que de una deformación real del pie. Se da, sobre todo, en sujetos obesos y también entre las personas que no dan ningún cuidado higiénico a sus pies.

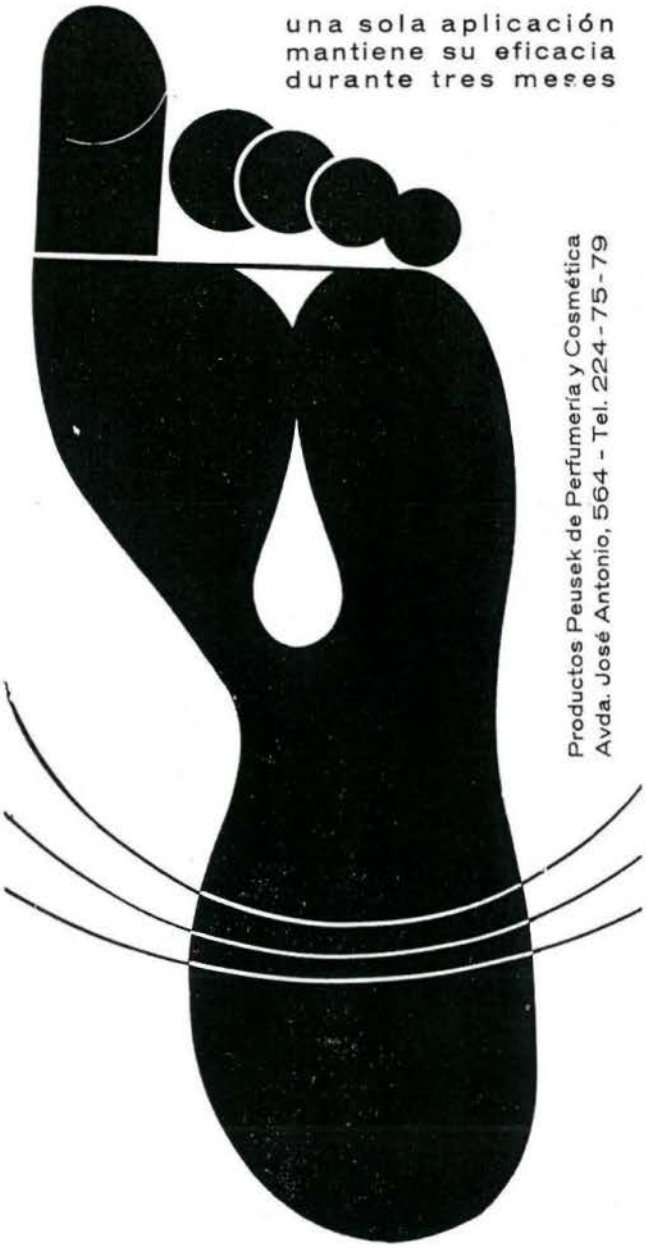
## TRANSTORNOS SUDORIPAROS

Corresponden a una disfunción de las glándulas sudoríparas que se encuentran en la planta del pie.


para evitar el sudor de los pies...

Peusek
MARCA REGISTRADA

una sola aplicación
mantiene su eficacia
durante tres meses



Productos Peusek de Perfumería y Cosmética
Avda. José Antonio, 564 - Tel. 224-75-79

1.° ANHIDROSIS

Esta afección puede ser congénita. En ese caso proviene de una aplasia de las glándulas sudoríparas. Mas a menudo es de carácter adquirido y acompaña a algunos estados mobosos tales como el mixedema, la caquexia y la diabetes. En la anhidrosis la piel está seca, apergaminada, a veces agrietada y, a menudo, muy caliente al tacto.

2.° HIPERHIDROSIS

Se encuentra en los sujetos de nervios inestables. Puede estar acompañada de sudor en las palmas de las manos. La secreción sudorípara es a veces tan abundante que el pie se macera con una humedad permanente que conlleva, a menudo, el desarrollo de afecciones dermatológicas.

Se aprecia casi siempre la aparición de fermentos ácidos grasos del sudor, principalmente, del ácido butínico que conlleva la aparición de un olor fétido. Esta fermentación está provocada por la presencia del Bacterium fétidum. En este momento la afección toma el nombre de BRONHIDROSIS y puede ser soportable mientras se tengan unos cuidados higiénicos regulares.

AFECCIONES DERMATOLOGICAS

1.° EPIDERMOFITIA

Llamada también «pie de atleta». Son varios los gérmenes que la provocan, del género «tricofites» con T interdigitales; T subrum y T inertagrofites, hasta el género «Epidermofites» con E. flocosium y también el género «Cándida» con la C. albicans.

El desarrollo de estas micosis es debido al encuentro de varios factores a nivel de la piel, que las favorecen. En un principio, la humedad constante de la planta de los pies que no se evapora en algunos calzados. Después, la temperatura relativamente elevada, particularmente en verano, época en que la afección llega a su paroxismo y, por fin, la presencia de un medio alcalino, el sudor, que contiene amoníaco y sales amoniacales.

La piel está alterada en su constitución, pues los gérmenes segregan fermentos queratolíticos; la epidermis se adelgaza, lo que favorece la penetración, más o menos profunda, de las esporas.

La epidermofitia, puede revestir diversos aspectos:

El aspecto de INTERTRIGO. Que marca el comienzo de la afección, generalmente a nivel de los espacios inter-digitales. La epidermis está en principio delgada y enrojecida después se aprecia la aparición de escamas que se extienden poco a poco.

El aspecto ECZEMATOSO. Sobre una capa eritematosa se forman vesículas que contienen un líquido claro. Según los casos, estas vesículas pueden secarse dando lugar a escamas o bien romperse y luego infectarse, lo que dará lugar a una infección mixta micótico-microbiana.

El aspecto HIPERQUERATOSICO. Los tegumentos se sengrosan sobre toda la superficie plantar y la afección evoluciona hacia la liquenificación, a menudo muy dolorosa. Se llama liquenificación, al engrosamiento de la epidermis a nivel de la capa queratinosa que se fisura y se agrieta.

El tratamiento de la Epidermofitia, como todo tratamiento anti-micótico, es largo y el resultado, a veces, incierto. Es más fácil prevenir con cuidados y precauciones que curar.

2.° QUERATODERMIAS DIVERSAS

Se trata de afecciones que se manifiestan por la aparición de hiperqueratosis en regiones en las que no se produce habitualmente las presiones que dan lugar a los higromas. Estas queratodermias pueden ser de origen infeccioso (gonococia) tóxico (arsénico) y, también, pueden ser congénitas.

3.° VERRUGAS PLANTARES

Se trata de una afección virásica que se manifiesta por la formación de papilomas epidérmicos los cuales, bajo la influencia de la presión a la que está sometida la superficie

plantar, se introducen en la epidermis y se recubren de una capa córnea. La verruga encajada, delimita una ozna cónica tapizada de tejido córneo. Poco a poco, tiene tendencia a dar colonias hijas y la afección se extiende cada vez más.

La verruga está muy irrigada y sangra fácilmente al cortarle capas, lo que permite hacer un diagnóstico diferencial con el higroma, o mejor dicho, con la dureza, dada su localización.

Se trata por coagulación para evitar toda diseminación de la afección y después se extrae la zona coagulada por escisión.

4.° PSORIASIS PLANTAR

La psoriasis es una afección que se manifiesta por placas muy escamosas que se quitan fácilmente al pasarles el bisturí. Al caerse estas placas, aparece una fina capa traslúcida y después una especie de lámina sangrante.

D. — *Lesiones de las uñas*

La uña está constituida por una lámina córnea que nace en un repliegue de la capa de Malpighio, formando lo que se llama la matriz ungüeal, siendo de la uña, quizá, la parte más frágil.

Lateralmente las uñas están introducidas en los surcos laterales ungüeales. La uña puede estar alterada por deformaciones debidas a la agresión del calzado y pueden ser igualmente asiento de micosis y de afecciones traumáticas.

1.° UÑA INCRUSTADA

Bajo la influencia de una compresión debida al calzado la uña se incurva y se incrusta en los bordes laterales. Esto explica crusta en los bordes laterales. Esto explica el nombre de «Uña en teja provenzal» que se da esta afección.

Este proceso se trata quirúrgicamente para evitar toda reproducción ulterior.

2.° UÑA INCARNADA

Para que se produzca una uña incarnada es necesario que exista una compresión que haga penetrar el borde lateral en el surco peri-ungüeal. El surco es hundido y la uña se encaja en las partes blandas vecinas.

A menudo esto se infecta y no cicatriza hasta que la uña deja de penetrar en los tejidos circundantes.

Se puede evitar la formación de la uña incarnada, por una parte, escogiendo calzados de puntas redondas que no ejerzan ninguna presión sobre dicha uña y, por otra parte cortando cuidadosamente las uñas, dejando libres los bordes ungüeales.

Cuando la infección se ha establecido es absolutamente necesario cortar la uña y retirar el fragmento incrustado en las partes blnadas, sin olvidar tratar la infección si la hay.

3.° ONICOGRIFOSIS Y ONICOSIS

En estas dos afecciones, la uña aumenta de espesor considerablemente. En el primer caso, de manera irregular; en el segundo, en forma regular y uniforme.

El aumento de grosor se produce, bien por micro-traumatismos repetidos debidos a un calzado incorrecto o bien por un trauma importante y único.

4.° ONICOMICOSIS

Las micosis atacan a la uña en una región próxima a la matriz. Sobre la lámina córnea, la uña no puede ser invadida.

Se forma a nivel de los bordes laterales o del borde libre de la uña un tejido hiperqueratósico que da una uña estratificada, con tendencia a eliminarse en forma de láminas.

La onicomicosis —sin tratamiento— evoluciona a menudo hacia la caída completa de la uña.

El tratamiento consiste en limar la uña lo más posible para adelgazarla y dar aplicaciones tópicas repetidas de anti-fúngicos.

## II. *ESTUDIO DEL PIE*

### 1.° ARQUITECTURA DEL PIE

Es interesante estudiar la arquitectura del pie y de las cabezas metatarsianas.

Existen tres fórmulas de cabezas metatarsales y para cada una de éstas hay 2 fórmulas digitales posibles. Todo esto no corresponde naturalmente, más que a los casos más frecuentes. El total es inferior al 100 %, pues existen, en teoría, 431 combinaciones posibles, lo que no quiere decir, que existan todas.

Los calzados están fabricados sin ninguna imaginación, en tipo «standard», por lo que es evidente que el 90 % de las personas, están condenadas a ir mal calzadas (fisiológicamente hablando) y, por tanto, a sufrir deformaciones del pie. Estas deformaciones serán todavía más graves, cuando las modas ridículas hagan adoptar formas de calzados anti-anatómicos.

Fórmulas metatarsales

| | |
|---|---|
| Tipo GRIEGO | |
| 2 > 1 > 3 > 4 > 5 | 28 % |
| Tipo EGIPCIO | |
| 1 > 2 > 3 > 4 > 5 | 16 % |
| Tipo CUADRADO | |
| 1 = 2 = 3 = 4 > 5 | 56 % |

Fórmulas digitales

| | |
|---|---|
| Tipo GRIEGO<br>2 > 1 > 3 > 4 > 5 | 13 % |
| Tipo STANDARD<br>2 > 3 > 1 > 4 > 5 | 9 % |
| Tipo EGIPCIO<br>1 > 2 > 3 > 4 > 5 | 48 % |
| HALLOMEGALIA<br>1 >> 2 > 3 > 4 >> 5 | 15 % |
| Tipos EMI-CUADRADO<br>1 = 2 > 3 > 4 > 5 | 23 % |
| Tipo CUADRADO<br>1 = 2 = 3 = 4 > 5 | 3 % |

### 2.° EXAMEN DEL PIE

Un examen del pie debe de abarcar todos los aspectos. Se estudiará sucesivamente.

a) El aspecto cutáneo.

Se mirará el color y el calor que nos indicarán si la circulación es suficiente o no.

Se buscarán los diversos higromas. Ellos confirmarán los dolores referidos por el sujeto e indicarán, netamente, algunas deformaciones del pie (higromas dorsales característicos de los dedos en garra, de los pies cavos, o las durezas bajo las cabezas metatarsales centrales características del antepié plano).

Se verificará que no exista ninguna dermatosis en evolución.

b) El aspecto de las faneras.
Un estudio de las uñas permitirá evidenciar una deformación, o bien una micosis o un espesamiento hipertrófico.

c) El estudio podológico completo.
No puede ser hecho más que tomando una huella y estudiando sus características.

Este estudio de la huella debe ir acom-

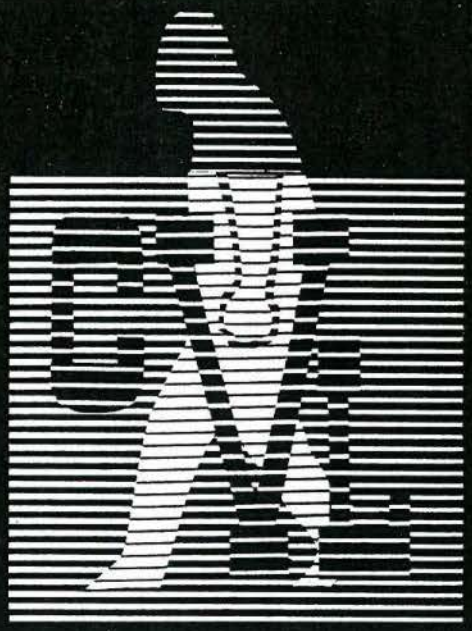
# constantino velasco laínz

*y*

# BERKEMANN

*en*
*colaboracion*
*con*
*la revista española de*

## PODOLOGIA



*ofrece a los podólogos*
*una gama completa*
*de*
*artículos para los pies*

CENTRAL (Oficinas). — Santiago Bernabéu, n.° 4
Tels. 261 98 75 y 261 44 15. — MADRID-16

ALMACEN. — General Franco, n.° 42
Tel. 208 98 36. — MADRID-19

DELEGACION CATALUÑA — Calle Mallorca, n.° 336 (esq. Avda.G Imo.)
Tel. 257 76 05. — BARCELONA-9

Prótesis de plástico, corcho, cuero y metal. — Protectores de Hallux Valgus. — Separadores de dedos. — Protectores planta del pie. — Cuñas y almohadillas metatarsales. — Accesorios para la aplicación de plantillas. - Sandalias fisiológicas de madera. — Soportes de cazoleta de Ortholen. — Planchas de PLEXIDUR — Planchas de ORTHOLEN. - Planchas de PRENYL. - Planchas de HYDROLANYON, etc.

pañado obligatoriamente, por el examen del pie al podoscopio. Pero no nos pararemos en esto.

III. *HIGIENE DEL PIE*

1.° ELECCION DE CALZADOS CORRECTOS

a) *Defectos a evitar*

El hombre pasa la mitad de su vida con los pies metidos en el calzado. Por ello es necesario elegirlo correctamente.

Hemos visto ya cuantas formas de calzado están lejos de ir bien a la mayoría de las formas del pie. Entonces, hay que saber elegir entre los modelos comerciales, los menos nocivos. Así, debemos evitar los siguientes defectos:

1.° — El hundimiento del arco anterior. Para ello será necesario escoger calzado con los tacones poco altos.

2.° — La bursitis retrocalcánea. Para evitarla será preciso usar un calzado que no suba demasiado y que «agarre» bien por debajo del calcáneo.

3.° — La agresión regular de las uñas. Habrá que escoger un calzado con refuerzo anterior o punta fuerte, no demasiado resistente.

4.° — El hundimiento de las bóvedas longitudinales. Será preciso escoger un calzado que posea una cierta bóveda devida a la presencia de un cambrillón.

También hemos de procurar evitar el comprar:

1.° — Calzados excesivamente anchos que rocen en múltiples puntos durante el desarrollo del paso y que son el origen de numerosas ampollas, de higromas o de durezas.

2.° — Calzados demasiado cortos que obliguen a los dedos a replegarse y son el origen de los dedos en garra.

2.° MATERIALES A ELEGIR

La suela del calzado debe de estar hecha de cuero bastante duro. El pie normal, debe de encontrar en ella un apoyo suficiente. El tejido (del zapato) debe estar constituido por cuero sólido. Este tipo de calzado soportará el uso sin deformarse notablemente, mientras que un calzado fabricado con materiales menos sólidos, se torcerá con el uso y poco a poco, provocará una deformación del pie.

Es preciso proscribir el uso de suelas de caucho no recubiertas de cuero en su interior y, sobre todo, de calzados con sucedáneos plásticos del cuero, tipo skay. En efecto, estos materiales no permiten la necesaria aireación y su utilización favorece la creación de factores que favorecen las afecciones cutáneas, a saber: El aumento de la temperatura y la instalación de una humedad continua que conlleva una maceración de la piel, en forma constante.

3.° EL CALZADO FISIOLOGICO

Actualmente los fabricantes tienden a evitar los calzados casi simétricos, en los cuales, el eje mayor parte del punto de apoyo del y atraviesa el dedo medio para confeccionar calzado en el cual el gran eje atraviesa el segundo dedo.

Para facilitar el desarrollo del paso al final del despegue, es necesario que la punta del calzado se eleve ligeramente; aproximadamente unos 8 m/m.

El calzado ideal no existe. Para ir «bien calzado», sería preciso que cada persona pudiera hacerse confeccionar los zapatos a medida por un zapatero.

b) *Cuidados de los pies que permitan evitar las principales lesiones eventuales*

1.° LESIONES VASCULARES

Los zapatos deben ser bastante espaciosos para no dificultar la circulación. Las suelas demasiado duras y demasiado gruesas habrá que evitarlas también ya que lesionan la Plantilla de Lejars y dificultan la circulación

de retorno por las safenas. Para evitar los sebañones, será necesario no exponerse al frío con calzado húmedo.

2.° LESIONES DE LAS PARTES BLANDAS

Los zapatos deben estar bien adaptados al pie evitar trotamientos que den lugar a bursitis y tendinitis.

3.° LESIONES CUTANEAS

Asimismo, para evitarlas, será necesario evitar los roces y escoger calzados bien adaptados, dejando un juego suficiente a nivel de los dedos.

Naturalmente todo higroma, deberá ser tratado regularmente, por el Podólogo.

Si la formación de los higromas es debida a una deformación ósteo-articular del pie será preciso confeccionar una plantilla ortopédica adecuada para mejorar las presiones en dichos puntos si bien esta consideración nos aleja en mucho del dominio de la Higiene.

4.° TRANSTORNOS SUDORIPAROS

Para evitar la maceración por el sudor, es preciso proscribir el uso de calzados plásticos y recomendar calcetines de lana o algodón que absorven perfectamente el sudor y mantienen a los pies secos.

Es necesario cambiar de calzado diariamente e incluso en los casos de marcada hiperhidrosis, no estará de más el cambiar dicho calzado varias veces en el mismo día.

Cada noche, los pies deben ser bañados y enjabonados, pero deberán evitarse los baños demasiado prolongados que debilitan la piel; ha de tenerse también la preocupación de secarlos cuidadosamente, especialmente, los espacios inter-digitales. Este baño debe ir seguido de una fricción alcohólica como la fórmula:

| | |
|---|---|
| Formol ..... | 10 gr. |
| Alcohol alcanforado ... | 10 gr. |
| Alcohol 70° ..... | c.s.p. 100 ml. |

o bien con esta otra solución:

| | |
|---|---|
| Tanino ..... | 1 gr. |
| Alcohol 70° ..... | c.s.p. 100 ml. |

a continuación debe espolvorearse con:

| | |
|---|---|
| Tanoformo ..... | 10 gr. |
| Talco ..... | 90 gr. |

o bien con este otro preparado:

| | |
|---|---|
| Tanino ..... | 10 gr. |
| Talco ..... | c.s.p. 100 gr. |

Por la mañana, antes de ponerse los calcetines, se pueden espolvorear con gel de sílice deshidratada que tiene la ventaja de ser particularmente absorbente.

Existen, naturalmente, numerosas fórmulas de lociones y de polvos, algunos de los cuales son especiales para esta afección.

ANHIDROSIS

Debe tenerse especial cuidado en evitar que la piel se seque en demasía y se agriete. Para ello conviene bañar los pies cada noche durante bastante rato, secarlos y, seguidamente, practicar un masaje sobre los mismos con una crema muy grasa del tipo Coldcream que contiene algo de salicilato de metilo.

5.° AFECCIONES DERMATOLOGICAS

a) *Epidermofitosis*

Los cuidados de limpieza diaria son los que impiden la aparición de estas afecciones. Para ello debe evitarse el contacto constante de la planta del pie con el sudor.

La afección es muy contagiosa, por cuya razón debe desconfiarse de las piscinas y después de cada baño, sería altamente interesante colocar los pies debajo de la ducha friccionándolos seguidamente con una solución de Hexamidina al 1 %.

Cuando la micosis se ha instalado ya, será necesario tratarla por colorantes que dan ex-

celentes resultados, como baños dos veces al día con una solución de permanganato postático al 5 %, seguido de la aplicación de una solución de eosina al 2 %.

En los casos de micosis muy resistentes, se podrán intercalar los baños de las regiones afectadas cob soluciones anti-fúngidas modernas (del tipo del ácido undecilénico).

b) *Queratodermias*

Todo engrosamiento de la piel, deberá ser tratado por el podólogo. La zona tratada será masajeada con la ayuda de cuerpos grasos o, mejor aún, con pomada salicilada al 5 %.

Si el tratamiento externo no es suficiente, habrá que buscar la etiología, sin olvidar ni un solo momento, por ello, la higiene local.

c) *Psoriasis plantar*

Una vez establecida esta enfermedad es difícil tratarla. Será necesario ante todo el extirpar las placas de psoriasis ya sea por frotamiento o bien con jabón. Se preconiza la aplicación de pomadas resorcinadas al 2 por ciento, sin olvidar los baños, dos veces al día, que son la base de todo tratamiento anti-psoriásico, sea cual sea su localización.

Periódicamente, se reemplazará la pomada resorcinada por una corticoterapia local.

d) *Verrugas plantares*

La enfermedad se propaga, sobre todo, por el agua de las piscinas. Por tanto, después del baño en éstas, se debe de duchar los pies y acto seguido lavarlos con una solución de Hexamidina.

e) *Afecciones ungueales*

Los calzados no deberán ser de punto estrecha y por tanto, la punta fuerte, no deberá apretar la uña.

Cuando se manifiesten las deformaciones, serán tratadas regularmente por el podólogo. La onicogrifosis y la onicosis, serán tratadas, adelgazando la uña con el torno eléctrico, al menos, una vez al mes.

Las onicomicosis, serán tratadas con soluciones de anti-fúngidos modernos, alternándolos con aplicaciones de solución de Lugol.

CONCLUSIONES

En resumen. La higiene del pie debe consistir en un baño diario seguido del secado meticuloso, especialmente, en los espacios inter-digitales y espolvorear con los productos anteriormente citados al respecto. Estos cuidados prodigados por la noche procuran una sensación de bienestar y favorecen, por tanto, el reposo.

El calzado deberá ser cambiado cada día y habrá que evitar, entre las personas que transpiren excesivament, el uso de fibras sintéticas.

Desde el mismo momento en que aparezcan los primeros transtornos debidos a la edad habrá que recurrir al tratamiento regular por el Especialista Podólogo.

Estos cuidados del pie deben comenzar desde la primera infancia para así educar al niño haciéndole comprender la importancia que tiene el lograr una buena salud de los pies que fueron durante mucho tiempo ignorados y, por tanto, mal cuidados.


Compañero:

Sabemos que no nos falta tu ayuda al portavoz profesional, pero no olvides que su renovación y superación es obra de todos. ¡Colabora!

# TINADERM*

(tolnaftato 1%)

**CREMA Y SOLUCION**

## acción inmediata
## curación rápida
## en las dermatomicosis

PODAL
CORPORAL
CRURAL
DEL CUERO CABELLUDO
DE LA BARBA
VERSICOLOR

**ADMINISTRACION:** 2 ó 3 veces al día esparcir con los dedos la cantidad suficiente para cubrir la zona afectada frotando suavemente hasta su completa absorción, la duración del tratamiento será de 2 a 4 semanas.

**PRESENTACION:** TINADERM Crema, Tubo de 15 grs.
TINADERM Solución, Frasco con 10 $cm^3$.

ESSEX (ESPAÑA), S. A.
AFILIADA A
SCHERING CORPORATION, U.S.A

* MARCAS REGISTRADA

# *La Agrupación de Podólogos de España*

## *Patrocina en el año 1975*

## *un maravilloso viaje en avión a:*

Querido amigo:

Esta Agrupación de Podólogos de España, vivamente interesada en todo cuanto pueda representar una proyección más elevada de la Profesión y de los profesionales que la ejercen, se ha puesto en contacto con relevantes personalidades de la Podología americana con el fin de organizar un

y patrocinar un sensacional viaje colectivo en el que se aúnan los actos científicos con las excursiones y visitas que se indican en el adjunto Avance de Programa.

Ciertamente sólo en condiciones especiales se podría esperar un viaje a EE.UU. por el precio mínimo presentado, dando éste ocasión de visitar gran parte de las más importantes ciudades americanas, intercambiando ideas y proyectos en las Escuelas de Podólogos ubicadas en las mismas y que, sin género de duda, han de ofrecer a quienes realicen este viaje, un cúmulo de satisfacciones y bellos recuerdos.

Siendo ya un poco elevado el importe de este viaje se ha concertado con la Agencia de Viajes un sistema de pagos aplazados y de lo cual se da amplia información en el mentado Avance de Programa. Así, cuando llegue el momento de ascender al avión, prácticamente se habrá abonado la totalidad

de dicho importe en forma agradable con pequeños dispendios mensuales.

Como todos vosotros podéis suponer sería un motivo de grata satisfacción para esta Agrupación de Podólogos el poder fletar un avión en su totalidad para llevar a tierras americanas, el latir de la podología española.

A todos cuantos puedan estar interesados les rogamos que a la mayor brevedad posible remitan el adjunto Boletín, pues las plazas se irán cubriendo por riguroso orden de recepción. Para tranquilidad de quienes piensen en que esta petición se realiza a tan largo plazo, ponemos en su conocimiento que, de acuerdo con la Agencia de Viajes, si alguien se viese imposibilitado de realizar este viaje, se devolvería LA TOTALIDAD DE LO PAGADO, siempre y cuando la anulación se efectúe con DOS MESES DE ANTICIPACION, a la fecha de salida. Así pues, la reserva puede hacerse con tranquilidad a tenor de tales condiciones.

Con nuestro más cordial saludo

Fdo. L. ESCACHS
*Presidente de la A.P.*

ITINERARIO BASE

Día 5 de abril. — Barcelona - Nueva York: A media mañana, salida en avión reactor de la Cía. PAN-AM, en vuelo especial. Llegada al aeropuerto de J. F. Kennedy.

6 al 17 de abril. — Nueva York: Días libres en Estados Unidos, que podrán dedicarse a actividades personales o combinar la estancia con el programa de excursiones y visitas facultativas que se ofrecerá a los señores participantes.

Día 18 de abril. — Nueva York - Barcelona: Por la tarde, salida en avión reactor con destino a España. Cena y noche a bordo.

Día 19 de abril. — Barcelona: Llegada a media mañana y fin del viaje.

Precio aproximado por persona 10.500 ptas.

ESTE PRECIO INCLUYE UNICADENTE:

— Billete de ida y vuelta en avión especial con franquicia de 20 kgs. de equipaje por persona.

— Las comidas a bordo de los aviones cuando coincidan con las horas de vuelo.

ITINERARIO A

Día 5 de abril. — Barcelona - Nueva York: A media mañana, salida en avión reactor de la Cía. PAN-AM, en vuelo especial. Llegada al aeropuerto de J. F. Kennedy y traslado al Hotel. Alojamiento.

Día 6-17 abril. — Nueva York: Estancia a base de alojamiento. Días libres en Estados Unidos, que podrán dedicarse a actividadees personales o cambinar la estancia con el programa de excursiones y visitas facultativas que se ofrecerá a los señores participantes en el viaje.

Día 18 de abril. — Nueva York - Barcelona: Por la tarde, traslado al aeropuerto para salir en avión reactor con destino a España. Cena y noche a bordo.

Día 19 de abril. — Barcelona: Llegada a media mañana y fin del viaje.

Precio aproximado por persona 18.900 ptas.

ESTE PRECIO INCLUYE UNICAMENTE:

— Billete de ida y vuelta en avión reactor especial, con franquicia de 20 kgs. de equipaje por persona.

— Alojamiento en Hoteles de Primera Categoría, a base de ocupar habitaciones dobles con baño.

— Traslados desde el aeropuerto al Hotel y viceversa.

— Propinas a mozos y maleteros en el aeropuerto y Hotel.

— Las comidas a bordo durante los vuelos.

ITINERARIO B (Mínimo 30 personas)

Día 5 de abril. — Barcelona - Nueva York: A media mañana, salida en avión reactor de la Cía PAN-AM en vuelo especial. Llegada al aeropuerto de J. F. Kennedy y traslado al Hotel. Alojamiento.

Día 6-10 abril. — Nueva York: Estancia en el Hotel a base de alojamiento. Días libres en la ciudad de los rascacielos, durante los cuales podrán efectuarse visitas facultativas a la misma, según programa que se facilitará a los señores participantes: Naciones Unidas, Estatua de la Libertad, Barrio Chino, Broadway, Empire State Building, etc.

Día 11 de abril. — Nueva York - Washington: Por la mañana, salida en autocar de lujo hacia la capital federal. Llegada y alojamiento en el Hotel. Tarde libre.

Días 12-15 abril. — Washington: Alojamiento en el Hotel. Días libres para visitar la ciudad, de acuerdo con el programa de visitas facultativas que se ofrecerá: Casa Blanca, Monumento a Lincoln, Capitolio, Obelisco de Washington, etc.

Día 16 de abril. — Washington - Filadelfia: A media mañana, salida en autobús hacia la ciudad de Filadelfia, cuna de la Independencia de los Estados Unidos. Alojamiento. Tarde libre.

Día 17 de abril. — Filadelfia: Alojamiento en el Hotel. Día libre.

Día 18 de abril. — Filadelfia - Barcelona: A primera hora de la tarde salida en autocar hacia el aeropuerto de Nueva York para enlazar con el vuelo especial de la Cía. PAN-AM con destino a España. Noche a bordo.

Día 19 de abril. — Barcelona: Llegada a media mañana y fin del viaje.

Precio aproximado por persona: 22.900 ptas.

ESTE PRECIO INCLUYE:

— Billete de ida y vuelta en avión especial, con franquicia de 20 kgs. de equipaje por persona.
— Alojamiento en Hoteles de Primera Categoría, a base de ocupar habitaciones dobles con baño.
— Traslados desde los aeropuertos a los Hoteles y viceversa.
— Transporte en autobús especial para los recorridos que se indican.
— Los servicios de un guía que cuidará de la buena marcha del viaje.
— Propinas a mozos y maleteros en aeropuertos y Hoteles.
— Las comidas a bordo de los aviones cuando coincidan con las horas de vuelo.

ITINERARIO C (Mínimo 30 personas)

Día 5 de abril. — Barcelona - Nueva York: A media mañana salida en avión reacto de la Cía. PAN-AM en vuelo especial. Llegada al aeropuerto de J. F. Kennedy y traslado al Hotel. Alojamiento en el mismo.

Día 6-7 de abril. — Nueva York: Alojamiento en el Hotel. Días libres. Por la mañana del primer día visita de orientación a la ciudad: Times Square, Barrio Chino, Naciones Unidas, Centro de Rockefeller, Estatua de la Libertad, el edificio del Empire State, etcétera.

Día 8 de abril. — Nueva Yok - Filadelfia: A primera hora de la mañana traslado al aeropuerto para salir en vuelo regular hacia Filadelfia. Llegada y traslado a la ciudad. Día libre. A última hora de la tarde traslado al aeropuerto para salir en vuelo de línea reguar con destino a Washington. Llegada y traslado al Hotel. Alojamiento en el mismo.

9 y 10 de abril. — Washington: Estancia en el Hotel. Por la mañana del primer día visita de orientación a la capital Federal: Triángulo Federal, Capitolio, Congreso, Galería de Arte Nacional, Monumento a Washington, Casa Blanca, etc.

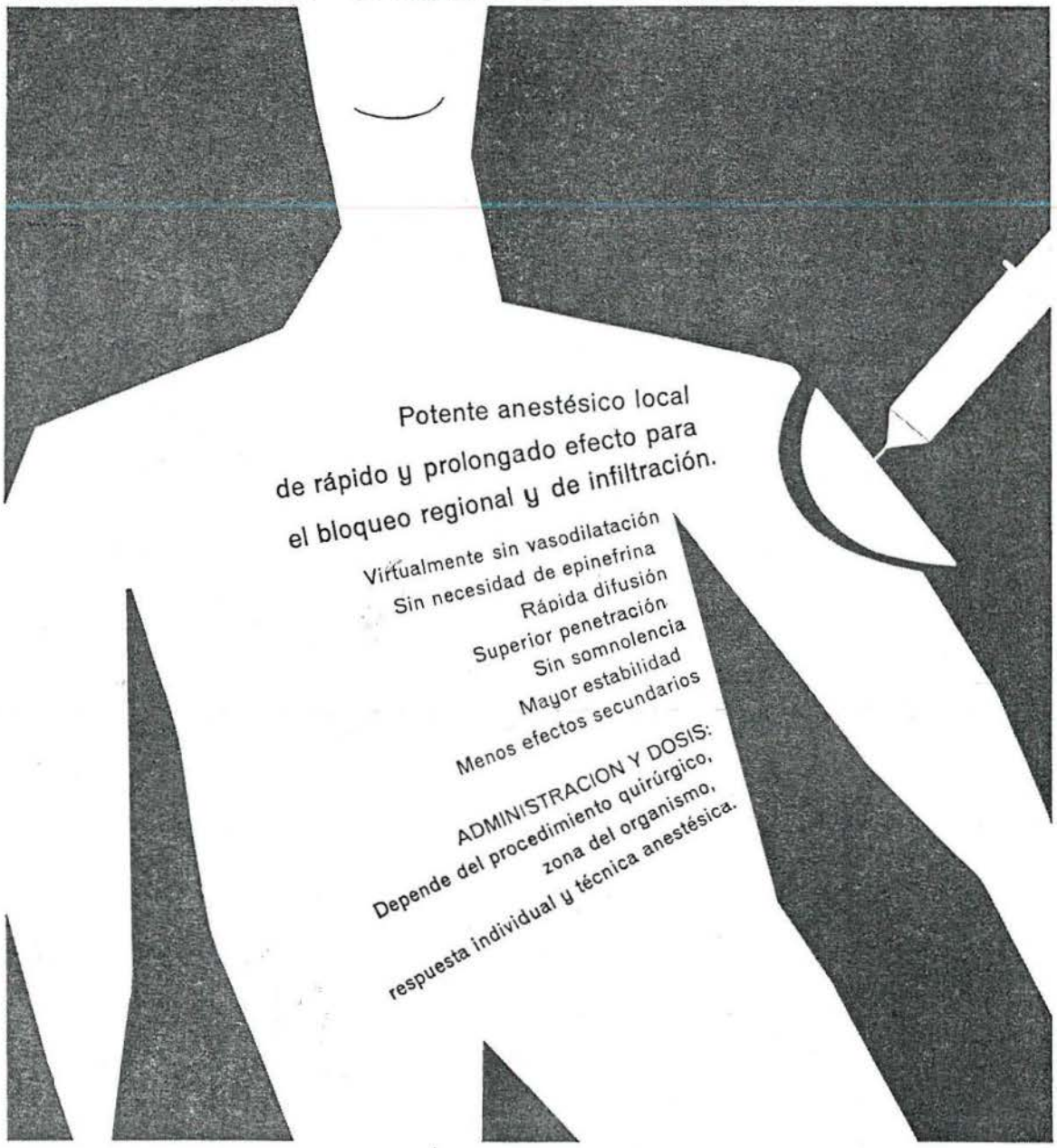
Día 11 de abril. — Washington - Niágara Falls: A primera hora de la tarde traslado al aeropuerto para salir en vuelo regular hacia Buffalo. Llegada y traslado a Niágara Falls. Alojamiento en el Hotel. Por la noche se podrán contemplar las Cataratas iluminadas.

Día 12 de abril. — Niágara Falls - Las Vegas: Por la mañana visita a las Cataratas, los rápidos, el Remolino, La Catarata de la Herradura, la Isla de la Cabra, Parque de la Reina Victoria, etc. A primera hora de la tarde traslado al aeropuerto de Buffalo, para salir en vuelo regular hacia La Vegas. Llegada y traslado al Hotel. Alojamiento en el mismo.

Día 13 de abril. — Las Vegas: Alojamiento en el Hotel. Día libre que podrá dedicarse para efectuar una excursión al Gran Cañón del Colorado o completar la visita a éta sorprendente ciudad.

Día 14 de abril. — Las Vegas - San Francisco: Por la mañana traslado al aeropuerto para salir en vuelo regular a San Francisco. Llegada y traslado al Hotel, alojamiento en el mismo. Por la tarde visita de orientación a la ciudad: Puente y Parque de Golden Gate, Museo del Palacio de la Legión de Honor, Palacio de Bellas Artes, Opera, muelle de San Francisco, etc.

# scandicain



Potente anestésico local
de rápido y prolongado efecto para
el bloqueo regional y de infiltración.

Virtualmente sin vasodilatación
Sin necesidad de epinefrina
Rápida difusión
Superior penetración
Sin somnolencia
Mayor estabilidad
Menos efectos secundarios

ADMINISTRACION Y DOSIS:
Depende del procedimiento quirúrgico,
zona del organismo,
respuesta individual y técnica anestésica.

PRESENTACIONES:

| | | |
|---|---|---|
| 1 % | 3 | iny. de 10 c.c. |
| | 25 | iny. de 10 c.c. (E. C.) |
| 2 % | 6 | iny. de 2 c.c. |
| | 25 | iny. de 2 c.c. |
| | 100 | iny. de 2 c.c. (E. C.) |
| | 3 | iny. de 10 c.c. |
| | 25 | iny. de 10 c.c. (E. C.) |
| 3 % | 6 | iny. de 2 c.c. (E. C.) |
| | 100 | |

SUECIA
CONCESIONARIOS
**INIBSA**
Loreto, 8
BARCELONA

Día 15 de abril. — San Francisco: Día libre en el que se podrá efectuar visita complementaria a esta acogedora ciudad, o una excursión facultativa al Parque Nacional de Muir Woods, famoso por sus impresionantes Sequoias.

Día 16 de abril. — San Francisco - Lon Angeles: Por la mañana traslado al aeropuerto para salir en vuelo regular con dirección a Los Angeles. Llegada y traslado al Hotel. Alojamiento en el mismo. Por la tarde visita de orientación a la ciudad: Hollywood, Beverly Hills, con sus residencias de los famosos del cine y la televisión, Teatro Chino Grauman, etc.

Día 17 de abril. — Los Angeles: Alojamiento en el Hotel. Día libre en el que se podrán efectuar excursiones facultativas a Disneylandia y Marineland.

Día 18 de abril. — Los Angeles - Barcelona: A media mañana traslado al aeropuerto para salir en vuelo de línea reguar a Nueva York, donde se enlazará con el vuelo especial de la Cía. PAN-AM para salir con dirección a Barcelona. Comida y noche a bordo.

Día 19 de abril. — Barcelona: A media mañana llegada al aeropuerto y fin del viaje.

Precio aproximado por persona: 40.500 ptas.

ESTE PRECIO COMPRENDE:

— Billete de ida y vuelta en avión reactor especial, con franquicia de 20 kgs. de equipaje por persona.
— Alojamiento en Hoteles de Primera Categoría, a base de ocupar habitaciones dobles con baño.
— Traslados desde los aeropuertos a los Hoteles y viceversa.
— Trasporte en clase económica para los recorridos aéreos dentro de los Estados Unidos.
— Propinas a mozos y maleteros en aeropuertos y Hoteles.
— Los servicios de un guía que cuidará de la buena marcha del viaje.
— Las comidas a bordo de los aviones cuando coincidan con las horas de vuelo.
— Visitas a las ciudades que figuren como incluidas.

ESTE PRECIO NO COMPRENDE:

— El *SUPLEMENTO* por ocupar *HABITACION INDIVIDUAL* que es de 400 ptas. diarias.
— Las bebidas y demás extras de carácter personal.
— Excursiones que constan en el programa como facultativas.
— Los impuestos locales de aeropuerto, donde los hubiera.

NOTA IMPORTANTE:

— Este precio puede ser objeto de reajuste, en caso de fluctuaciones en las tarifas vigentes variaciones en los cambios de moneda, etc.

INFORMACION GENERAL Y CONDICIONES

MANUTENCION: Se puede considerar aproximadamente un gasto de 500 ptas. por persona, diariamente.

INDUMENTARIA: En la época en que se va a efectuar este viaje la temperatura podría oscilar entre los 18° y los 25° por lo cual se recomienda ropa de

DOCUMENTACION: Aparte de la obligatoriedad de estar en posesión del correspondiente pasaporte, es condición indispensable el obtener el certificado de vacunación antivariólica extendido en modelo internacional por los Servicios de Sanidad Exterior de España debiendo significar que tales documentos deben tener una vigencia como mínimo hasta la terminación del viaje.

Asimismo se hace necesario un Visado de Entrada en los EE.UU. De no poseerlo deberá solicitarse en el Consulado de dicho país que exista en el lugar habitual de residencia —o más próximo al mismo.

ANULACIONES: Si por cualquier circunstancia fuese preciso anular el viaje a alguna de las personas inscritas al mismo, podrá hacerlo sin pérdida de cantidad alguna hasta dos meses antes de la fecha de inicio del viaje. Transcurrida esta fecha y siempre que la plaza no pueda ser ocupada por otra persona, sufrirán la retención del importe de los gastos que por dicho motivo se produzcan.

IMPORTANTE: Este viaje está programado y valorado sobre 155 personas (la totalidad de las plazas del avión). Caso de ser un número menor, sería preciso efectuar un nuevo estudio, si bien nos atrevemos a suponer que ello no será necesario.

Debe tenerse en cuenta que los precios que se indican están sujetos a variación si causas de orden mayor obligaran a ello (tipo de moneda; aumento de tarifas, etc.). El inicio del viaje es desde Barcelona si bien cabe en lo posible el realizar un estudio con salida desde Madrid.

DIRECCION TECNICA DEL VIAJE: Ha sido encargada a la Agencia de Viajes

# BOLETIN DE INSCRIPCION

D. ..... Población .....
Calle ..... Teléfono .....

desea se le reserven ..... plazas en el VIAJE A ESTADOS UNIDOS que saldrá de Barcelona el día 5 de abril de 1974, y acompañado de:

| NOMBRE DE LOS ACOMPAÑANTES | PARENTESCO |
|---|---|
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |

Alojándoles en habitaciones: DOBLES INDIVIDUALES

Deseo efectuar el Itinerario BASE A B C (Por favor marque el que le interese)

PREFIERO ACOGERME AL SISTEMA DE PAGO SIGUIENTE:

PAGOS ANTICIPADOS. — (Mediante ingresos mínimo mensuales de 1.000 ptas. por persona, en la cuenta:
VIAJES A ESTADOS UNIDOS
AGRUPACION DE PODOLOGOS
DE ESPAÑA
BANCO **(a)**

AL CONTADO. — (Entrega de 2.000 ptas. al formalizar la inscripción, en concepto de depósito en la cuenta:
VIAJE A ESTADOS UNIDOS
AGRUPACION DE PODOLOGOS
DE ESPAÑA
BANCO **(a)**

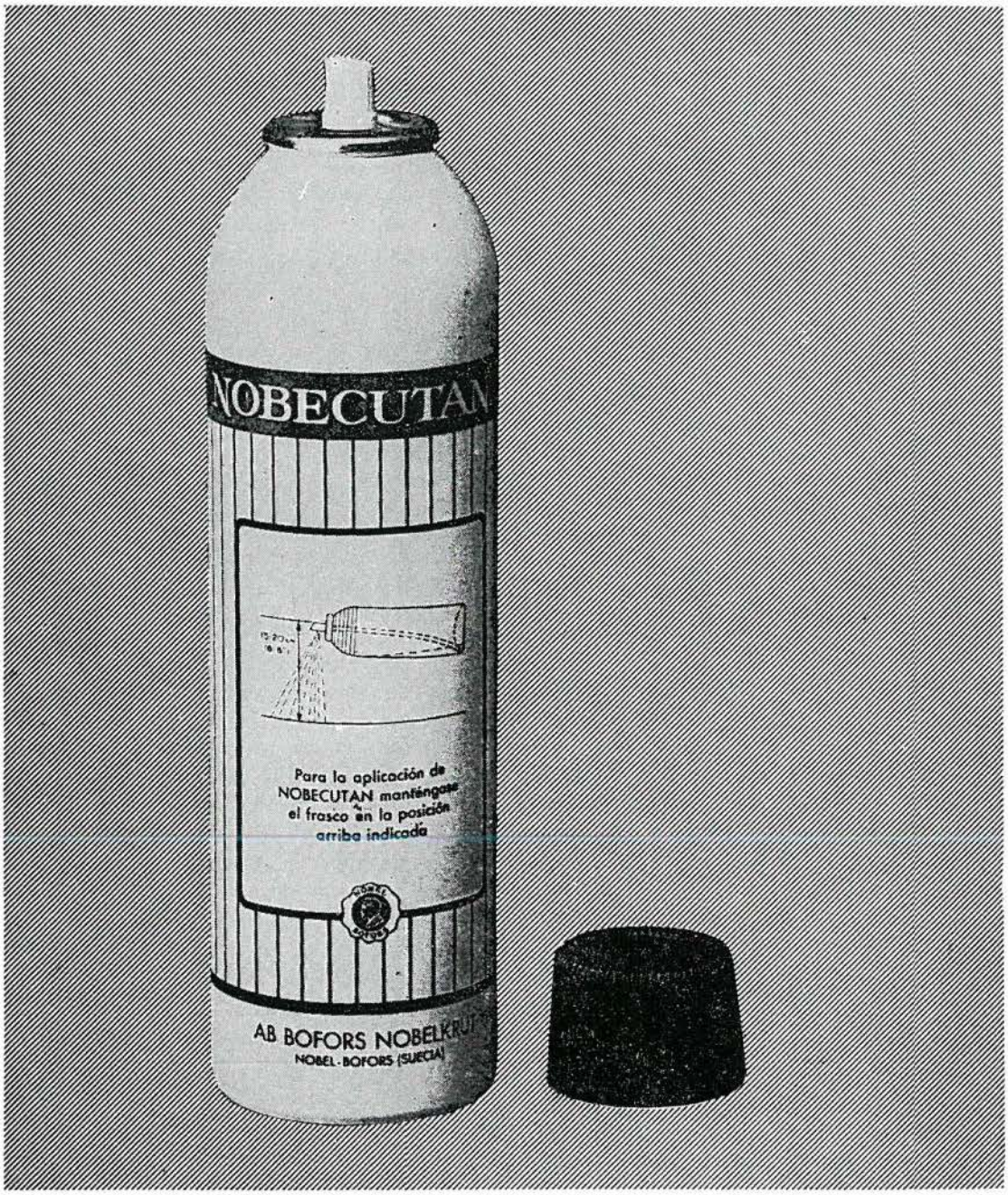
Fecha ..... FIRMA .....

Rogamos la devolución de éste boletín de Inscripción a:

**(a) Caja de Ahorros Provincial de la Diputación de Barcelona; calle Providencia, 141-143.**
**Cuenta corriente de Agrupación de Podólogos de España N.° 072-2-001661-52.**

# NOBECUTAN

## APOSITO PLASTICO ESTERIL ANTISEPTICO, EN FORMA DE AEROSOL.




**LAB. INIBSA - Loreto, 8 BARCELONA-15**

# II SYMPOSIUM NACIONAL DE PODOLOGIA

## Zaragoza, 29, 30 de abril y 1 de mayo de 1973

*«Consideraciones sobre la profilaxis y terapéutica en el pie del trabajador por la incidencia del calzado industrial»*

por J. Jorge BOARRIZA
*Podólogo*
BILBAO (Vizcaya)

Dentro del campo de la Podología, vamos a considerar dos importantes aspectos en la temática enunciada.

En el primer aspecto, hablaremos sobre el calzado industrial, y en el segundo sobre su incidencia dermatológica, que precisa a «priori» de una profilaxis y en otros estadios de una adecuada terapéutica, cosa que hay que evitar en la medida más previsible.

Comenzaremos haciendo el análisis comparativo, del pie del trabajador sin una adecuada protección, por un lado, encontrándonos entonces con una abundante patología traumática de, heridas contusas, por objetos punzantes y cortantes, contusiones, fracturas, avulsiones de uñas, de partes blandas y óseas de los dedos y una mayor facilidad para que se produzcan distensiones, esguinces etcétera.

Por otro, un pie protegido nos produce una incidencia como consecuencia de causas mayores o menores, que si ya en la vida corriente son aceptadas como imputables a determinadas hormas, por las modas del calzado, lo es en mayor grado ésta producida, habida cuenta la penosidad del trabajo en la industria y por las peculiares características del calzado de seguridad.

Es obvio decir, una vez realizado el estudio, que de la conclusión que sacamos vemos que reviste una mayor importancia la

Del beneficio que reporta el uso del calzado de protección nos damos perfecta cuenta. Los Ingenieros, Médicos y Técnicos que patología traumática que en gran parte resolvemos con la protección; llamémosle el anverso, pero también es cierto y en la práctica se advierte, que ésta protección dejaría de existir si no tomamos conciencia por el reverso, es decir, en éste caso las anomalías que produce el calazdo con su, inmediata, o a corto plazo, incidencia. Debemos pues preocuparnos por las medidas de su solución.

Los médicos Diplomados en Medicina del Trabajo, también deben de ver el pie, desde el punto de vista de su fisiología articular, biomecánica, conocer a fondo la histología de su cubierta cutánea y patología de la misma, para procurar al pie sus aspectos en lo funcional e higiénico en la medida más idónea. Por otro lado dedicados a la prevención en el trabajo, deben de protegerle de la frecuencia previsible en cuanto a los traumatismos laborales, que sin un calzado de seguridad se llegaría a un estado que podríamos calificar de desastre trauma-patológico en el pie; por tanto, también es ineludible por parte del Dipl. en Empresa, su consejo y apoyo a preconizar el uso de un calzado con una puntera de acero más o menos standard y normativa para la seguridad.

tuvieron la idea y lograron el diseño del calzado referido, con plena vocación al estudio de la protección laboral del pie, movidos a fines tan concretos como loables de eliminar serios accidentes con su cortejo de consecuencias inmediatas, en el productor, sobre la Empresa y la colectividad, consiguien-

do rebajar esos índices por los accidentes de trabajo tan desoladores actualmente, como son: «UN MILLON DE LESIONADOS AL AÑO EN EL TRAAJO», bien merecen los elogios a tan encomiable tarea, dentro de la que tiene que actuar el Médico Dipl. en Medicina del Trabajo, activamente, a tenor de sus funciones asesoras en la misión encomendada dentro de los propios Comités de Higiene y Seguridad en el trabajo. Ahora bien, consideramos también fundamental actuar no solo en la temática de preconizar el uso de la protección a que hacemos alusión, sino que es imprescindible conjugar la profilaxis y prevención podológica, antes de entregar el calzado al productor, efectuando un reconocimiento de sus pies. Tal vez si así se hiciera quedaríamos desagradablemente sorprendidos ante patologías de estructuras pédicas, todavía en fases de evolución que bien pudieran ser el comienzo y la base a muchos de los trastornos y desórdenes del pie. Hacemos pues un requerimiento y preconizamos seriamente un reconocimiento o chequeo podológico, abriendo en las fichas de reconocimiento de los Servicios Médicos, un apartado o anexo individual que pudiera contener los siguientes datos:

ESTUDIO DE PATOLOGIA MORFOESTATICA DEL PIE

Nombre y apellidos .....
n.º de chapa .....
Dirección .....
Edad ..... peso ..... medida pie .....
Puesto de trabajo .....
Tiempo de permanencia en pie .....
en estática ..... deambulando .....
Exploración podométrica .....
Retropié .....
Bóveda longitudinal externa .....
Bóveda longitudinal interna dedos .....
Bóveda transversa .....
Uñas .....
Pedhidrosis .....
Traumatismos .....
Otras anomalías .....
Fecha del estudio .....

Este estudio pueden realizarlo los mismos médicos si cuentan en el Servicio con los elementos adecuados y necesarios; pero así como para realizar los estudios analíticos en sangre y orina, se recurre al especialista en análisis clínicos y si se trata de una campaña de profilaxis y estudio ocular para graduar la visión, se requiere al Oftalmólogo, creemos fundadamente que el reconocimiento de los pies que preconizamos, reclama que sea realizado por el Especialista Podólogo.

Una vez en nuestras manos, el informe individual de cada operario, contaremos con un fichero del personal seleccionado afectado de males en los pies, teniendo en nuestras manos una valoración objetiva, sabiendo ya a «priori», el que puede o no utilizar el calzado «standar» de protección. Asesorado de esta forma el Servicio Médico eliminaría así la incidencia de casos más agudos, quedando por tanto solucionados muchos casos de patología imputable alcanzado, ya que el chequeo podológico nos habrá revelado las deformidades patentes y aceptadas como congénitas y no cabe duda que nos llevaría al hallazgo de males pédicos que evolucionan de forma insidiosa o solapada, tributarios de un tratamiento por el podólogo.

Pasemos ahora a considerar la incidencia de la prevención que hablamos por anomalías que puede producir el calzado y que una vez realizada la protección del pie se producen con bastante frecuencia y son objeto de un desagradable desfile de operarios ante los Servicios Médicos y que para no divorciar en este caso la medicina preventiva de la medicina asistencial dentro del propio Servicio, debemos tener unas normas en cuanto a medidas a observar.

La primera norma, irá encaminada a tener muy en cuenta la vigilancia de la compra del calzado de protección, para que éste sea lo más fisiológico posible en su horma adaptándose ésta al pie, no el pie a ella. La puntera deberá ser amplia y de suficiente altura para la comodidad de la fórmula digital. Como no todos los pies en su extremidad más distal son iguales con respecto a la longitud de sus dedos, por su disposición existe una fórmula digital que da nombre al pie; así por ejemplo tenemos el pie egipcio y el pie griego que son los más comunes, el pie standar, el cuadrado, etc., ésto es una evi-

dencia, si nos fijamos lo veremos nosotros todos los días; a mayor abundancia, sobre la comparación y disposición de la logitud de los dedos existe un estudio basado sobre 8.000 pies que ha sido publicado.

Así comprenderemos que una puntera estrecha y punteaguda, como también una bota de protección corta con respecto a la longitud del pie, la puntera haría tope produciendo la garra de los dedos y en martillo, impidiendo el ejercicio muscular y el libre movimiento de los dedos, llegándose a atrofiar; recordando la fisiología, el extensor que tiene una potente acción sobre la primera falange; los flexores que actúan intensamente sobre las dos últimas, quedando conservado el equilibrio muscular por la acción de los músculos interóseos y lumbricales. Este conjunto muscular en actitud viciosa permanente se adapta acortándose y se fija la deformación. Recordemos la ley de Delpech, así pues entonces la garra de los dedos puede ser adquirida. Además de esta importantísima norma, en el calzado de protección con un contrafuerte recio, pero sin que presione, adaptándose, sujetando perfectamente el retropié, debemos ser minuciosos a la hora de escoger el material que deberá ser: de piel o serraje de primera calidad, del lomo, no admitiéndose partes de falda o cuello para las piezas que formen el corte fundamental. La bota puede hacerse en dos o en una sola pieza. Nosotros preconizamos el piso de suela, por mucho más fisiológico, pero en la industria para evitar accidentes por deslizamientos y caídas se precisa de suela de goma procuraremos pues, que ésta sea de primera calidad, sin clavos ni piezas metálicas. Las botas partidas en dos se comprobarán con los rayos X.

Los rebajes de botas se darán justificadamente, pero no siendo demasiado severos en su restricción cuando observamos alguna incipiente enfermedad cutánea u otra anomalína que a posteriori pudiera pasar a un estadio de perjuicio para el pie. Son elementales una normas higiénicas del pie sano o aparentemente sano. La distribución de las tandas de calzado se deberá efectuar por la tarde, cuando el pie haya hecho ejercicio y no esté contraída la organización muscular y circulatoria, evitando con ello la incidencia de dolorimientos difusos por presión del calzado, rozaduras, etc., que suelen manifestarse al día siguiente, cuando la distribución se efectúa por la mañana, norma que como apuntamos no nos parece adecuada. De manera breve, vamos ha hacer un recordatorio sobre el 2.° aspecto, las incidencias dermatológicas.

Todos conocemos las lesiones elementales y de mayor frecuencia en la piel, que pueden darse asimismo en la cubierta cutánea pedia y con mayor frecuencia al utilizar un calzado standar, como es la bota para el trabajo, cuyas especiales características predisponen a la agresividad dermatológica del pie. De la cantidad, y de la más variada índole de dermatitis y de otros procesos patológicos en la piel del pie; el eczema (raro en su localización pédica), pero posible, el forúnculo, la úlcera, la maceración, el eritema pernio, etcétera, vamos a limitarnos a exponer las micosis por ser las más frecuentes, la hiperhidrosis, causa de una importante incidencia y la onicocriptosis.

Concretándonos en el tema, pasemos a definir las micosis del pie. Las micosis son producidas por hongos parásitos. El epidermophytón, tricofitos o levaduras. A nosotros sólo nos interesan las dishidrosis de los pies, que también se conocen con el nombre de Epidermofitia pedia, nombre que emplearemos de aquí en adelante para evitar confusionismos. La epidermofitia pedia, es de las micosis de los pies que se dan con más frecuencia por su fácil adquisición, difusión y contagio, sobre todo en gimnasio, piscinas, duchas públicas y cuartos de aseo industriales. Sin duda su diseminación en una determinada comunidad corre pareja con el grado de cultura e industrialización que alcance. Según algunos autores en personas limpias.

Estas micosis, se hallan difundidas por millones en los pies de los enfermos y de los aparentemente sanos; en las rejillas de madera sobre los que se duchan, en el suelo cercano a éstos lugares y en los mismos locales, en los calcetines, calzados, etc. Sin embargo no todas las epidermoficias pedias obedecen a tal etiología, siendo muchas veces preciso corroborar el diagnóstico con la identificación microscópica y cultivo de las escamas. La epidermofitia pedia, también es

muy conocida con el nombre de «pie de atleta», precisamente por ser los deportistas unos de los que más la padecen. Su localización preferente, son los surcos interdigitales, así como las uñas, recibiendo entonces el nombre de onicomicosis. También la epidermofitia puede localizarse en la planta y a los lados del pie. Al principio se aprecian flictenas sueltas que al unirse forman agrupaciones pustulosas con escamas y costras parduscas. Su evolución es insidiosa y mientras unas veces curan con rapidez, otras recidiban año tras año. Podemos decir por lo expuesto, que se presenta en tres modalidades: intertriginosas, vesicular e hiperqueratosa. Generalmente se presenta en el verano y profesionalmente se da en parte de los deportistas que ya hemos mencionado, marinos, mozos de piscina, mineros y trabajadores que se duchan con frecuencia. Muy amenudo la enfermedad dura años, con períodos de remisión en la estación fría, exacerbándose en el verano. Asimismo la fatiga pedia, sudoración excesiva, la maceración por el agua y los traumatismos debidos a la arena de la playa son causa de agudizaciones intermitentes. Habitualmente los puntos de máxima resistencia, deben buscarse en los pliegues interdigitales y dígito-plantares y tener en cuenta que muchas veces aparece como acompañante la onicomicosis.

Con éstos antecedentes, tres son las directrices que debemos seguir, pero aplicándolas simultáneamente.

1.° Desinfección, con la idea de disminuir la virulencia y el número de las esporas contaminadas.
2.° Impedir que los sanos o aparentemente sanos enfermen.
3.° Tratamiento hasta la curación de los enfermos que son semillero de infecciones.

Para llevar a cabo las mismas, debemos aconsejar: primero, una cuidadosa desinfección de los suelos del local, duchas, roperos, vestuarios, etc., así como los soportes y rejillas de madera, empleando soluciones cloradas, como por ejemplo la lejía corriente usada en nuestras casas. Se aconsejará el frote de maderas y baldosas baldeándose después con agua caliente las mismas. Se dejará secar un día y se repetirá al siguiente durante una semana. Luego, este tratamiento higiénico y profiláctico, se sustituirá por otro de formol al 1 % durante otra semana. Tras ello pueden emplearse nuevamente los locales teniendo la precaución de cada tres días hacer un enérgico lavado con lejía.

La segunda directriz, impedir profilácticamente que los sanos o aparentemente sanos enfermen, se puede conseguir con una profilaxis muy barata y eficaz, que consiste en introducir los pies después de la ducha, en una palangana de goma o plástico de fondo rugoso, durante 20 segundos, en una solución clorada, pudiendo servir muy bien la lejía común en la proporción de dos cucharadas soperas por cada litro de agua. Aunque suele bastar ésto para evitar la anidación del hongo, es muy recomendable, después de que los pies se hayan secado bien con una toalla limpia, el espolvoreo con polvos antifúngicos. Ante la más leve sospecha de infección se harán desaparecer rápidamente, calcetinees y calzados usados. Se efectuará la limpieza del suelo de los locales de aseo, duchas alfombras, etc. Siempre que utilicemos los servicios públicos de higiene, y deportes nos debemos de proteger los pies con apaztillas propias.

La tercera directriz, encaminada al tratamiento del enfermo se hará, dentro de la cantidad de la terapéutica que se preconiza, en el período agudo en la que la piel es amenudo intolerable, evitándose ésta en cualquier forma irritable. El alcohol yodado, tratamiento clásico resuta casi siempre eficaz. Si las lesiones están muy infectadas, se recurrirá a desinfección local con baños de permanganato potásico al 1 x 4.000, o tintura yodada de Arming y en un segundo tiempo a la clásica pomada de Alibour. En las formas muy rebeldes se podrá recurrir a los alquitranes en forma de bálsamos. El gel de silice suele dar buenos resultados. Hoy día en el comercio, tenemos a nuestra disposición cantidad de preparados farmacológicos antifúngicos, fungicidas y fungostáticos, con los que se obtienen empleándolos racionalmente. es decir sustituyéndolos unos por otros

*(continuará en Revista n.° 41)*

CARTA ABIERTA

*Querido amigo:*

*A ti que tienes la benevolencia de dedicar un poco de atención a la lectura de estas líneas, es a quien me dirijo en especial sin olvidar, como es lógico al resto de amigos y compañeros, para decirte, con el corazón dolorido por la tristeza y el pesar que por motivos de salud me veo precisado a cesar en mi función de Redactor-Jefe de la Revista Española de Podología —nuestra querida Revista— cargo que he venido desempeñando durante cuatro años y en el que, a pesar de todos mis innumerables fallos, todos ellos humanos, he puesto siempre mi mejor buena voluntad, mi mayor disposición, mis mejores deseos, en alcanzar la meta esperada cual era la de no desmerecer de la confianza en mí depositada. Por mis múltiples errores de los que sólo yo soy responsable, te pido comprensión y disculpa. De los éxitos, si he tenido alguno, no hay por qué hablar, pues en realidad eso debía perseguirse; éxitos.*

*Durante cuatro años he trabajado mucho —más de lo que a simple vista parece— para dar forma y vida a cada uno de los números de nuestra Revista. Toda mi familia ha colaborado íntimamente en varias de las tareas a realizar cual son, por ejemplo, el colocar las franjas, sellos, hacer paquetes, etc. Y no creas que con ello quiero justificar mi tarea, sino simplemente, hacerte ver, por si no lo sabías, que la confección y puesta a punto de una Revista, no es tarea para un hombre solo. Lleva mucho quehacer y muchas horas. He tenido que mendigar de los compañeros, la caridad de artículos para publicar. He estado en contacto directo con la imprenta para ver de que su impresión fuera lo mejor posible. He intentado aumentar el número de anunciantes —en este caso con muy poco éxito— al ser éstos de vital importancia para el desenvolvimiento económico de la Revista. Y todo ello, solo. Así era y no me quejo.*

*Pero ahora, en mis actuales circunstancias, cuando falla la salud y debo de cuidar de ella para poder seguir hasta que Dios quiera, no puedo en modo alguno seguir asumiendo sobre mí la responsabilidad de la Revista. No me veo capaz de ello y prefiero dejarla en otras manos —posiblemente mucho mejores que las mías— para que la marcha de la misma no se trunque y pueda ésta seguir siendo el interesante vínculo de unión entre los Podólogos de toda España y de aquellos que allende fronteras, nos honran con su amistad.*

*He hecho de todo para la Revista. Algunas veces, creo ha conseguido llevar a buen puerto la nave; otras, he fracasado. Por todo ello —y repitiendo lo anteriormente dicho— te ruego humildemente perdón.*

*A pesar de todos los inconvenientes y en honor a la verdad, debo reconocer que para mí era una tarea simpática. Me gustaba. Es más, quizás por ser un poco sentimental mi temperamento, creo que en cada número de la Revista, veía la posibilidad de acercarme al amigo, al compañero, a la persona que, siendo de mi misma profesión, estaba lejos. Y en cada una de sus páginas, cuando corregía las galeradas o cuando ya una vez impresas, las repasaba, quería con el corazón dejar constancia de que yo estaba allí, entre las letras, para daros a todos un fuerte abrazo. Francamente me gustaba la tarea y ahora, en cierto modo me siento triste y fracasado al no poder seguir haciéndola.*

*Y al dar paso a otra persona —u otras— que sea designada por la Junta de Gobierno de la Agrupación, tan sólo espero que ésta ponga en la Revista el mismo cariño, el mismo ardor, la misma entrega que yo he puesto durante estos cuatro años y que así, a través de la misma, sigamos estando todos en contacto íntimo y directo manteniendo despierta la llamada de la amistad.*

*Amigo mío, gracias, muchas gracias por haberme ofrecido tu confianza y estima. Gracias por todas cuantas atenciones me has dispensado. Gracias por todo, absolutamente todo. Y sabe que si bien mi salud no me permite seguir al frente de la Revista no por ello dejo de sentirme íntimamente ligado a ella y a todos los compañeros. Así que si en algo puedo servirte, sabes me tienes por completo a tu disposición en la seguridad de que ha de ser para mí motivo de grata satisfacción el serte de utilidad.*

*Con mis mejores saludos y un fuerte abrazo, acepta, querido amigo, el deseo ferviente de paz y felicidad que para ti y los tuyos te desea, tu amigo*

*Francisco MAÑE*