

REVISTA
ESPAÑOLA
DE
PODOLOGIA

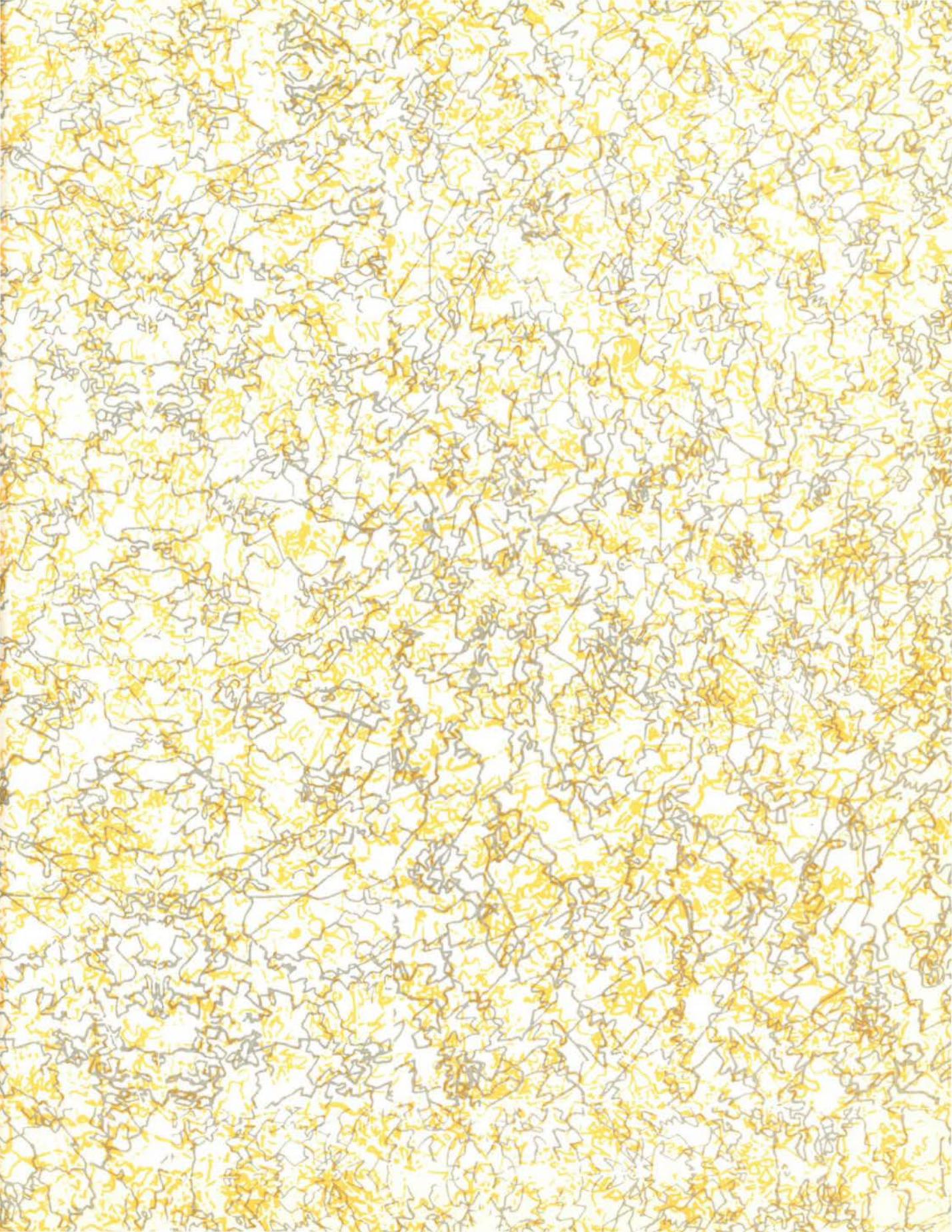


1ª EPOCA

1974

1976

III



INDICE

1ª EPOCA. NUMEROS DEL 37 AL 54

AÑO 1974 AL 1976

Director : Leonardo Escachs Clariana
Sub-director : Pablo Vilató Ruiz
Redactor Jefe : Martín Rueda Sánchez
Administración : Manuel Gavin Barceló

Nº 37

- 3 JUNTA DE GOBIERNO
- 5 EDITORIAL
- 6 CONGRESO INTERNACIONAL DE PODOLOGIA
- 9 A VOSOTROS COMPAÑEROS
- 11 CONSIDERACIONES SOBRE EL PIE PLANO por J. M. Basora
- 19 PLANTILLAS PALIATIVAS DESTINADAS A PROTEGER LAS AFECCIONES EPIDERMICAS por F. Farreras Morcillo
- 26 CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA
- 28 LABOR DE LAS DELEGACIONES

Nº 38

- 3 JUNTA DE GOBIERNO
- 5 EDITORIAL
- 7 IMPORTANCIA DE LOS EJERCICIO ACTIVOS EN EL PIE PLANO INFANTIL por F. Barrenechea
- 16 VII CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA
- 18 BALANCE, ESTUDIO Y OBSERVACIONES AL FINALIZAR EL PRIMER AÑO DE ACTUACION COMO PODOLOGO EN HUELVA por J. Tocino Vizcano
- 31 LABOR DE LAS DELEGACIONES

Nº 39

- 3 JUNTA DE GOBIERNO
- 5 EDITORIAL
- 7 TRATAMIENTO ORTOPODOLOGICO EN LAS METATARSALGIAS POR ALINEACION ARTICULAR METATARSO FALANGICA por J. Alonso Guillamón
- 12 LA LAXITUD ARTICULAR COMO FACTOR DE ALTERACIONES DEL APARATO LOCOMOTOR (NUEVO ESTUDIO) J. Rotes Querol; J. Granados Durán; R. Ribas Subiros; J. Mitja Piferrer; J. Muñoz Gómez.
- 27 LABOR DE LAS DELEGACIONES
- 31 LA PODOLOGIA EN EL MUNDO

Nº 40

- 3 JUNTA DE GOBIERNO
- 5 EDITORIAL
- 7 COMUNICACIONES CIENTIFICAS. TECNICA PARA CONSTRUIR PLANTILAS ORTOPEDICAS CON TEJIDO DE VIDRIO por M. Albalá Valle
- 13 SOFROLOGIA: UNA REALIDAD MEDICA.
- 14 LAXITUD ARTICULAR (Continuación) por J. Rotes Querol; J. Granados Durán; R. Ribas Subiros; J. Mitja Piferrer; J. Muñoz Gómez
- 22 LABOR DE LAS DELEGACIONES
- 27 COJERA AGUDA INFANTIL. Revista de Pediatría

Nº 41

- 3 JUNTA DE GOBIERNO
 5 EDITORIAL
 7 COMUNICACIONES CIENTIFICAS: ACCIDENTE ANESTESICO DE LA CIRUGIA
 MENOR EN EL PIE por E. Violan Camps
 10 INFLUENCIA DEL CALZADO EN EL PIE DEL ADULTO por F. Santomé
 15 CURSO PERFECCIONAMIENTO. ESCUELA PODOLOGIA DE BARCELONA
 17 EL PIE, ESPEJO DE LA SALUD por M. Rueda Sánchez
 22 LABOR DE LAS DELEGACIONES
 29 HIGIENE Y PODOLOGIA (Continuación revista nº 36)

Nº 42

- 3 JUNTA DE GOBIERNO
 6 EDITORIAL
 8 MANIFESTACIONES PODOLOGICAS EN LA MIOSITIS OSIFICANTE
 PROGRESIVA por J. Jorge Ugarriza
 10 REPASO TERAPEUTICO A LAS MICOSIS por E. C. Blanco Pérez-Molinos
 16 PROGRAMA DE ESTUDIOS. Comité de enlace de podólogos Comunidad Europea
 19 PROFILAXIS DEL PIE INFANTIL por A. Alonso Díaz
 23 EL PODOLOGO EN GERIATRIA por R. Contreras Quirós
 28 A.P.E. SECRETARIA GENERAL
 29 Asistencia de nuestro Presidente al Comité de la Comunidad Europea.
 31 LABOR DE LAS DELEGACIONES

Nº 43

- 3 JUNTA DE GOBIERNO
 5 EDITORIAL
 7 VIAJE A EE. UU.
 8 ALGIAS MAS FRECUENTES EN EL PIE ADULTO por J. Solé Cuch
 13 ALGUNAS TECNICAS QUIRURGICAS PARA EL TRATAMIENTO DE LAS
 ONICOCRIPTOSIS Y UÑAS INCURVADAS por J. Alonso Guillamón
 18 EL DESAMPARO DE LA "PREVISION" DE LOS PROFESIONALES DE LA
 MEDICINA por A. Diaz
 21 EXPLORACION VASCULAR PODOLOGICA por P. M. Echegaray
 29 LABOR DE LAS DELEGACIONES
 32 LA PODOLOGIA EN EL MUNDO

Nº 44

- 3 JUNTA DE GOBIERNO
 5 EDITORIAL
 7 UÑA INCARNADA, ONICOCRIPTOSIS, ONIXIS LATERAL por A. Garrocho Luna
 17 NOTAS HISTORICAS DE LA PODOLOGIA INGLESA
 27 CURSO EN FILADELFIA
 28 CURSO DE PERFECCIONAMIENTO EN LA ESCUELA DE PODOLOGOS DE
 BARCELONA
 31 EXPLORACION VASCULAR PODOLOGICA (Continuación revista nº 43)

Nº 45

- 3 JUNTA DE GOBIERNO
 5 EDITORIAL
 7 UNA INCARNADA por E. Andrés Fernández
 11 OSTEONECROSIS DEL ASTRAGALO por F. Muñoz Campos
 15 PAREIA DEL PERONEO LATERAL LARGO por F. Barrenechea
 19 MIENTRAS EL CUERPO AGUANTE por F. Mañé Domingo
 25 VIII CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA
 29 VII CONGRESO MUNDIAL DE PODOLOGIA
 31 LABOR DE LAS DELEGACIONES

Nº 46

- 3 JUNTA DE GOBIERNO
- 5 EDITORIAL
- 7 FOTOPODOGRAMA EN COLOR por E. Gratacos
- 9 INFORME DEL CURSO EN FILADELFIA
- 13 APERTURA MATRICULA ESCUELA DE PODOLOGOS DE BARCELONA
- 15 INTRODUCCION A LA ROENTGENOLOGIA DEL PIE por Gamble
- 17 PIE DE ATLETA por M. Lecha Cararlero
- 27 VII CONGRESO MUNDIAL DE PODOLOGIA
- 39 EL PIE Y EL EJERCICIO por F. Muñoz Campos
- 40 NOTA DE LA REDACCION

Nº 47

- 3 JUNTA DE GOBIERNO
- 5 EDITORIAL
- 7 TEMATICA
- 11 EE. UU. 1975
- 17 DECLARACIONES DE NUESTRO PRESIDENTE A "HOJA DEL LUNES"
(GRANADA)
- 19 DELEGACION DE PODOLOGIA EN GRANADA
- 25 CORRESPONDENCIA CON EE. UU.
- 29 CURSULO PARA ITALIANOS EN LA ESCUELA DE PODOLOGOS DE
BARCELONA
- 31 LEIDO PARA VD.

Nº 48

- 3 JUNTA DE GOBIERNO
- 5 EDITORIAL
- 7 TEMATAICA
- 12 VII CONGRESO MUNDIAL DE PODOLOGIA
- 17 NOTA DE LA REDACCION
- 19 LABOR DE ESCUELA
- 27 LABOR DE LAS DELEGACIONES
- 33 VIAJE DE ESTUDIOS A LONDRES
- 38 CONSECUENCIAS VENEREAS EN EL PIE por F. Muñoz Campos
- 39 IX CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA
- 40 CARTA ABIERTA

Nº 49

- 3 JUNTA DE GOBIERNO
- 5 EDITORIAL
- 7 TEMATAIC
- 11 TRASTORNOS CIRCULATORIOS DE LA EXTREMIDAD INFERIOR por F.
Muñoz Campos
- 19 LABOR DOCENTE
- 23 COMO PROTEGER PROFESIONALMENTE NUESTRAS MANOS por A. Miguel
- 27 CINE DE ALTURA EN T.V.
- 29 LABOR DE LAS DELEGACIONES
- 32 IX CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA
- 35 LA PODOLOGIA EN EL MUNDO
- 38 CONSULTORIO PROFESIONAL

Nº 50

- 3 JUNTA DE GOBIERNO
- 5 EDITORIAL
- 7 CONFECCION DE PLANTILLAS ORTOPEDICAS EN EL DIAGRAMA DE
PRESIONES por J. L. García Ramírez

- 12 GIMNASIA CORRECTIVA EN LOS PIES VALGOS L. Pascua
21 LABOR DOCENTE
27 TECNICA RADIOPODOLOGICA por M. Rueda Sánchez
32 CONSULTORIO PROFESIONAL
35 SAN JUAN DE DIOS EN BARCELONA
37 LEIDO PARA VD.

Nº 51

- 3 JUNTA DE GOBIERNO
5 EDITORIAL
7 APUNTES DE UN CONGRESO
12 PROBLEMATICA FUNDAMENTAL DEL COMPORTAMIENTO ASOCIATIVO
DEL PODOLOGO ACTUAL por Z. García de Andrés
31 EVOCACION DEL DR. SCHOLL por F. Muñoz Campos
33 ELECTRO-BISTURI Y ELECTRO-CAUTERIO por M. Hernández
38 LABOR DOCENTE
39 LABOR DE LAS DELEGACIONES
40 LA PODOLOGIA EN EL MUNDO

Nº 52

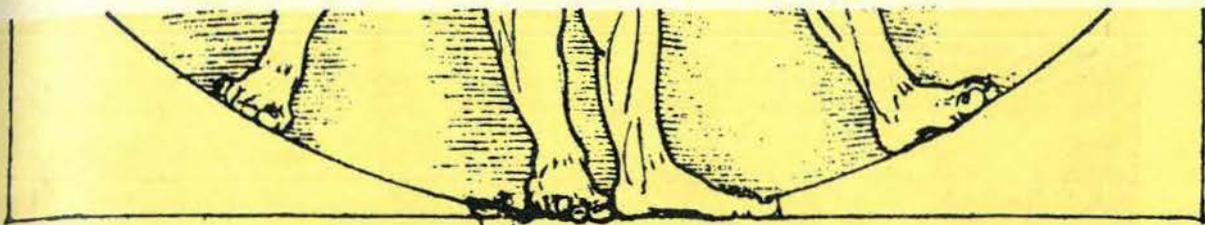
- 3 JUNTA DE GOBIERNO
5 EDITORIAL
7 TERAPIA ORTODIGITAL CON SILICONAS por S. Coates, M.Ch.S.
17 DETALLES TECNICOS PARA LA OBTENCION DEL MOLDE DE ESCAYOLA
J. SANJUAN
23 EL ESGUINCE MALEOLAR NO ES SIMPLE COMO PARECE Dr. E. Nixon. Revista
Consulta
29 IX CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA
31 LABOR DOCENTE por J. Aonso
33 CENA FIN DE CARRERA
35 LABOR DE LAS DELEGACIONES
39 LA PODOLOGIA EN EL MUNDO

Nº 53

- 3 JUNTA DE GOBIERNO
5 EDITORIAL
7 PIES Y ZAPATOS por P. J. Read. Resume Escuela de Barcelona
19 LA QUIROPODIA COMO CONCEPTO PODOLOGICO por F. Farreras Morcillo
21 PROTAGONISTA: EL PODOLOGO
23 EL MASAJE EN LA RECUPERACION DEL PIE por J. Cámara de la Hoz
29 LEIDO PARA VD.
33 LABOR DOCENTE
38 LABOR DE LAS DELEGACIONES
40 CARTA ABIERTA

Nº 54

- 5 JUNTA DE GOBIERNO
7 EDITORIAL
9 UN CONGRESO CON "GARRA"
13 LABOR DOCENTE
17 PROTAGONISTA: EL PODOLOGO
19 LA PODOLOGIA EN EL MUNDO
25 EL PIE PLANO INFANTIL EN LA PRACTICA DIARIA (Continuación)
29 METATARSALGIAS: NUESTRO CONCEPTO ACTUAL por Dr. E. J. Raso
Rodríguez



Handwritten text in a cursive script, likely a medical or scientific report, with a ruler at the top for scale.

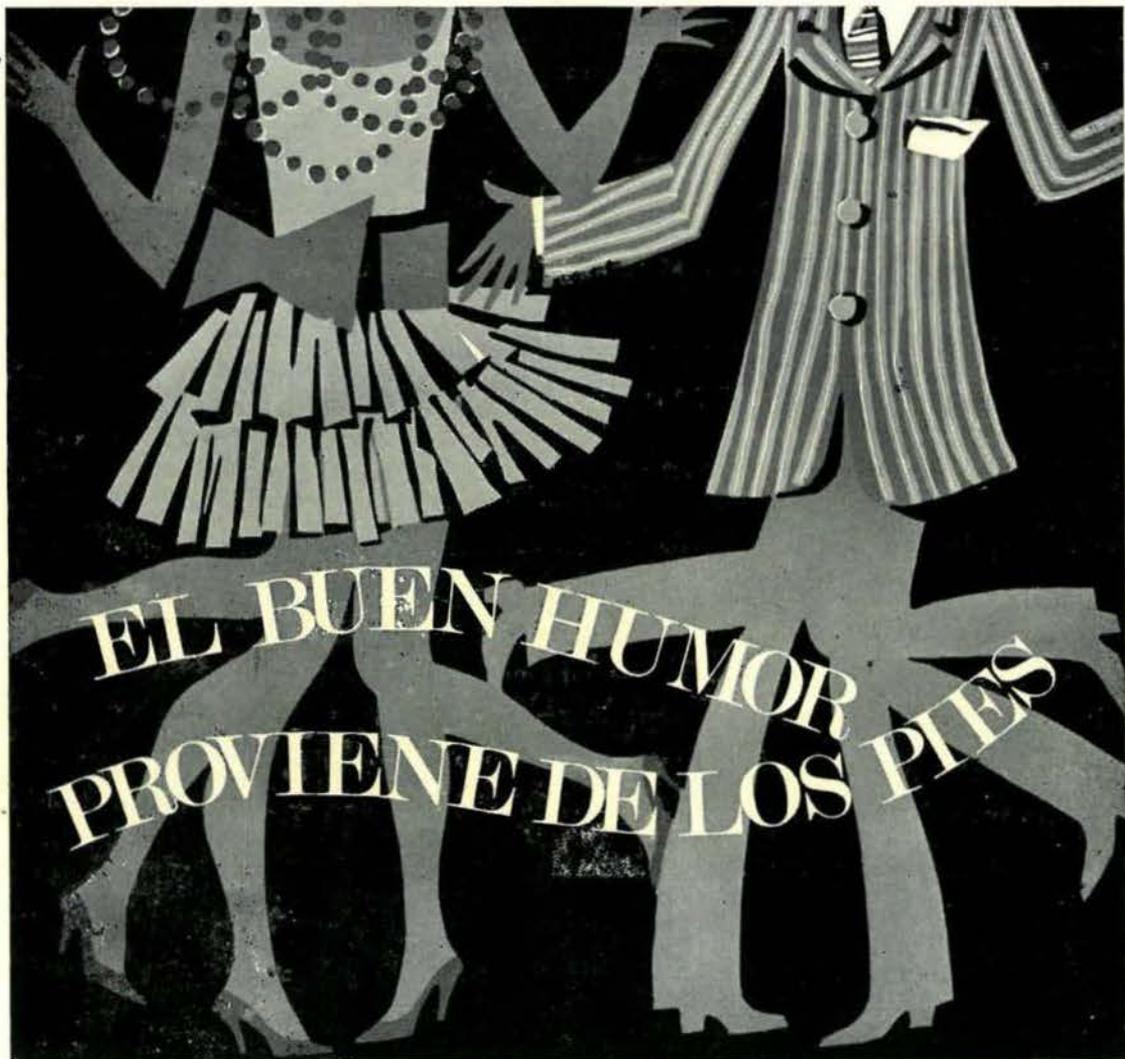


REVISTA ESPAÑOLA DE

PODOLOGIA

A.P.E. Enero-Febrero

n.º 37 1974



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

A. P. E.

Redacción:

Diputación, 118, 2.º, Pral, 2.ª, Barcelona (15)

Director:

Leonardo Escachs Clariana

Sub-director:

Pablo Vilató Ruiz

Redactor jefe:

Martín Rueda Sánchez

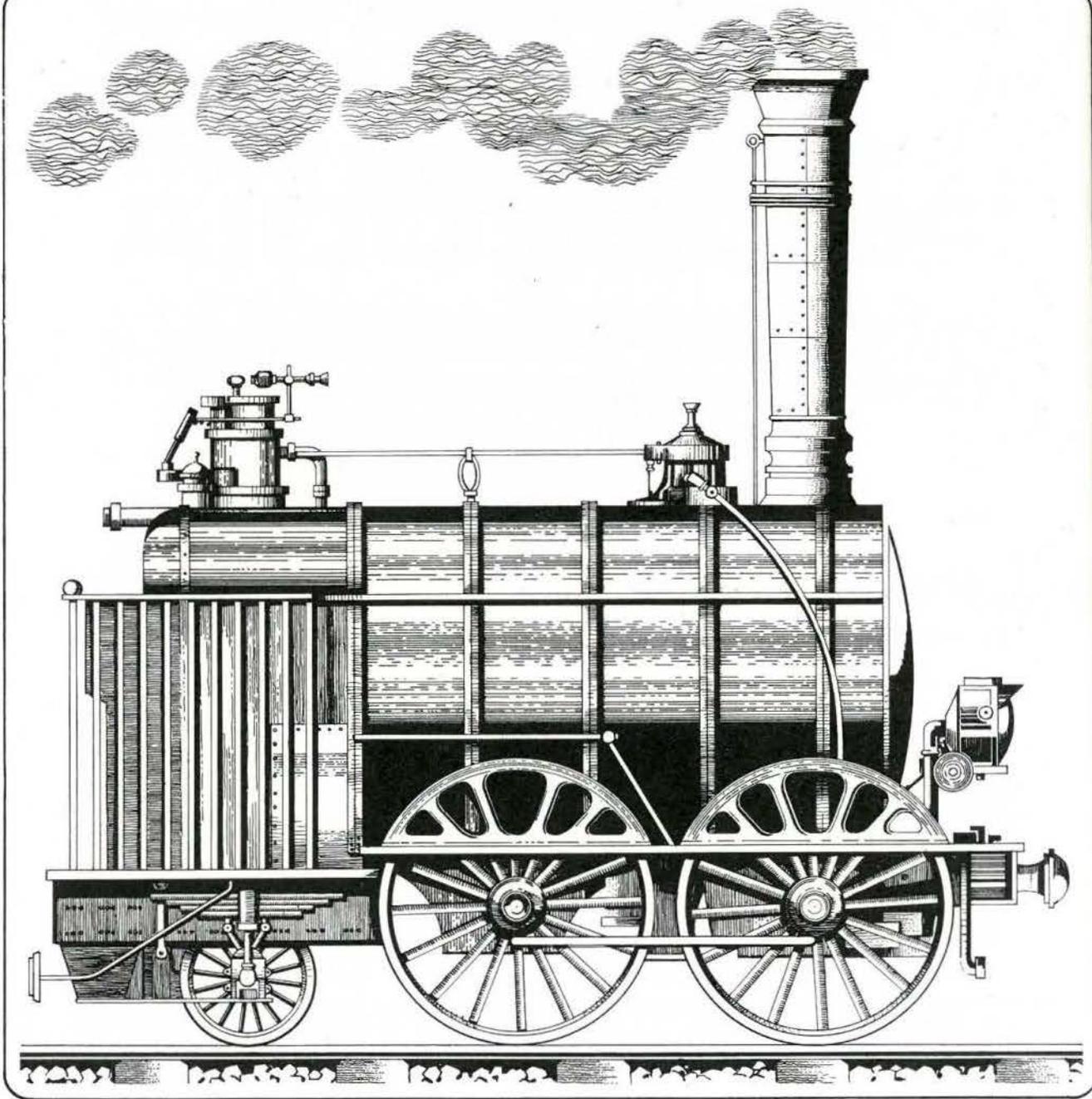
Administración:

Manuel Gavin Barceló

GRARICAS RENACIMIENTO - Depósito Legal B-13.484 - 1974

SUMARIO

-
- 3 Junta de Gobierno
-
- 5 Editorial
-
- 6 Congreso Internacional de Podología
-
- 9 A vosotros compañeros
-
- 11 Consideraciones sobre pie plano
-
- 19 Plantillas P.A.E.
-
- 26 Congreso Nacional 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. respect.)

delta ditrone

envase con 50 cápsulas



HOSBON SA

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 | 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

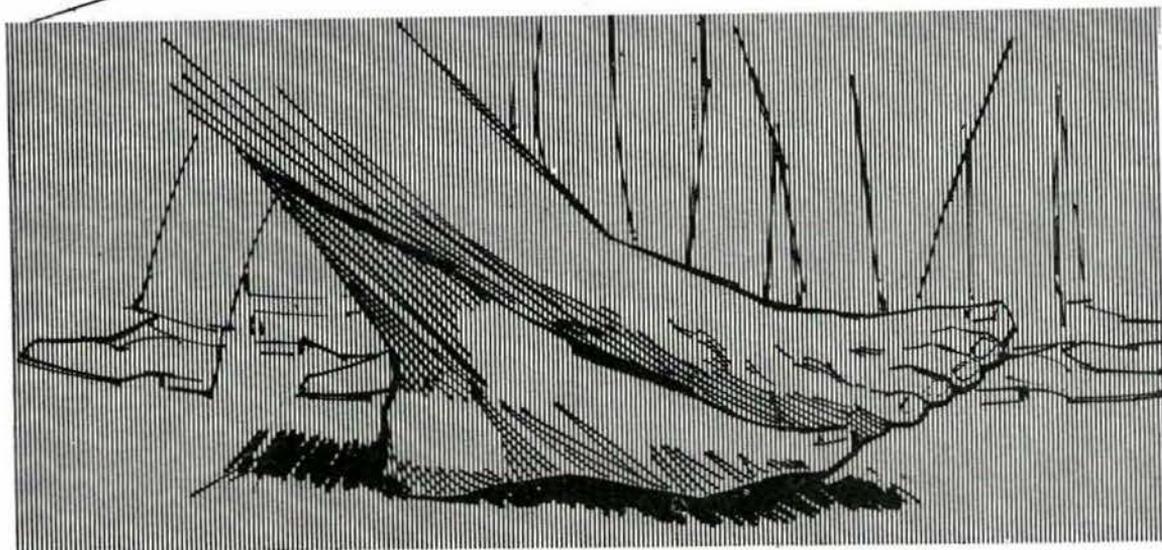
- D. José M.ª Báez Basauri. Mayor, 27, 6.º. Las Arenas. BILBAO.
- D. José Luis Inchaurredo. Paseo de Colón, 65. IRUN.
- D. Juan Vidán Torres. Preguntoiro, 10. SANTIAGO DE COMPOSTELA.
- D. Antonio Báez Prieto. Alcalá, 313. MADRID.
- D. José Antonio Calvo García. Coso, 77, 5.º. ZARAGOZA.
- D. Jaime Sala Pich. Muntaner, 142. BARCELONA-11.
- D. Isaias del Moral Cejalvo. 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.
- BADAJOS: 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 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 Dominguez 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 CERAFARM, S.A.

Pujol, 22 - Tel. 211 91 12 - Barcelona-6. Cristóbal Bordiu, 35 - Tel. 254 64 44 - Madrid-3. Pérez Galdos, 95 - Tel. 26 38 98 - Valencia-8.

EDITORIAL

El camino equivale al primer renglón de la Historia, muy anterior a las capitulares rotas, en huesos o en cerámicas. La vocación histórica del camino es tan poderosa que persiste mucho más allá del abandono por el hombre y proclama desde la entraña polvorienta del olvido, los afanes humanos. Mientras caen los muros pretensiosos conjurando al trueno con gesto imprecatorio, en el paso del tiempo el camino persiste de manera sencilla y tenaz, y bien mirado, tiene algo de científico, de tarea sabia reducida a simbolo, es como el compás de las piernas tomando posiciones sobre el paisaje. Calladamente instaure su quimera, y cuando las torres que «orgullo al aire fueron» se han rendido definitivamente, él prosigue musitando con sus lengüecillas de hierba.

Todo pueblo, profesión o vocación que desea persistir, quedar, dejar huella, cuida la caligrafía de sus rutas.

Así, como un camino, ha de ser nuestra profesión; su idea fija y su ruta iniciada deben persistir a través de los tiempos, indicándonos nuestro itinerario, llevándonos a través de sus sinusoides, sus estrecheces, el espesor de la maleza o la maravilla de un paisaje, que, dada su belleza, como una tentación nos quiera absorber hacia él. Pero nada puede borrar ese hilván, y así vemos cómo ese hilo débil que en principio era

nuestra profesión ha pasado a ser camino real, calzada, vía, o lo que es más importante, red.

Sólo los pueblos que cuidan sus sendas, las profesiones bien dirigidas, encarriladas y unidas, pueden persistir, en cambio los pueblos errantes que van borrando tras sí sus estelas, pasan por la Historia como un canto de pájaro o como una nube negra.

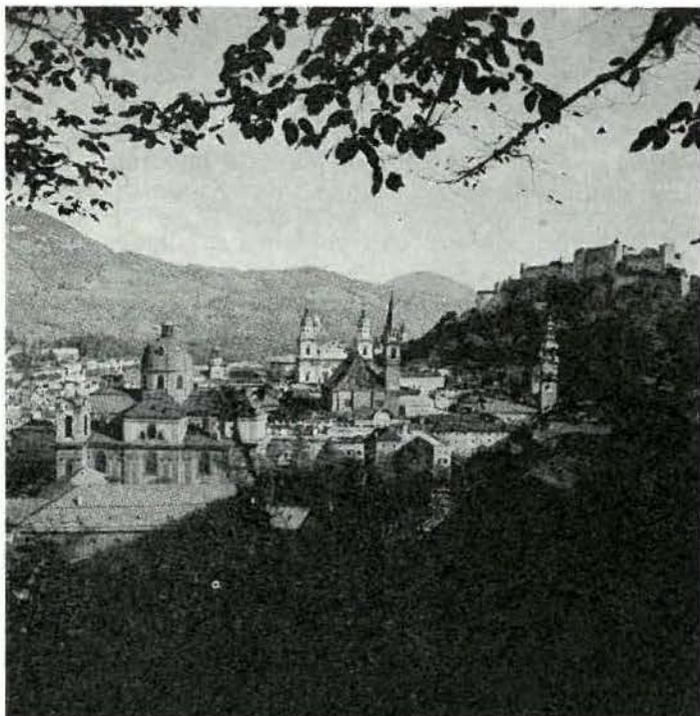
Ahora, emprendemos un año nuevo, un camino nuevo, que se nos presenta lleno de esplendor por una parte, y amenazado por otra. Por ello, sólo la unión, la cooperación, el compartir las inquietudes profesionales, podrán llevar a través de este camino a esa carroza, la Podología, que bien cuidada y mimada representa el cénit de nuestras aspiraciones, el final de nuestra ruta, pero jamás del camino que permanecerá a través de los tiempos hasta desembocar en un paisaje bello, esplendoroso, lleno de vida y tranquilidad, que representaría la realidad de nuestros deseos y anhelos profesionales.

Preparémonos, pues, para recorrer este camino que representa el nuevo año, y tengamos en cuenta que si se nos hiciese abrupto y con dificultades, no podemos tener miedo, porque todos estamos unidos, con espíritu de ayuda y abnegación, y aunque las tierras o las hierbas lo aneguen, el camino seguirá susurrante su afirmación.

VII Congreso Internacional de Podología

Salzburgo (Austria)

28 Septiembre al 1 Octubre 1973



El Palacio de Congresos de la bella ciudad austríaca de Salzburgo, con capacidad para 1.200 participantes, se ha visto repleto por los Congresistas locales y los componentes de las quince Delegaciones de países de Europa y América, miembros de la Agrupación Internacional de Podología, que durante los días 28 septiembre al 1.º de octubre se han dado cita en él para participar en las tareas correspondientes al VII Congreso Internacional de Podología.

Antes de entrar en detalles debemos agradecer el gesto que han tenidos los Sres. Deltell y Constantino Velasco, de Peusek y Berkemann respectivamente, al patrocinar dos autocares que, partiendo de Madrid y Barcelona, han conducido a los Podólogos españoles hasta la ciudad del Congreso. Es una acción que no debemos olvidar no sólo por las 80.000 ptas. que ha costado cada autocar, sino también por las atenciones que han tenido dichos señores para con la Podología Nacional.

El viernes, 29 de septiembre, previa entrega de distintivos, programas, auriculares y carpetas, tuvo lugar la sesión inaugural, con la presencia de grandes personalidades de la ciudad de Salzburgo, entre ellas, el Alcalde, Sr. Heinrich Salfenauer; el Presidente de la Cámara Nacional de Industria y Consejero de Economía, Sr. Franz Walzer; Presidente de la Federación Internacional de Podología, Señor Carl Heinz Hamme; el Vicepresidente de la misma, Sr. Rudolf Mohn; la Sra. Marga Schicho, 2.º Presidente de dicha institución, y perteneciente a la Dirección y Organización del Congreso; y Secretaria del mismo; Organizadores del Congreso, representantes de Radio, Prensa, y TV. austríaca; Delegaciones de Argentina, Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, EE.UU., Francia, Holanda, In-

glaterra, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Países Bajos, Suecia, Suiza, y la colaboración de las firmas expositoras; todo eso amenizado por la ejecución de canciones y melodías pertenecientes al folklore Austriaco, dirigidas por la colega Elisabeth Gebauer.

Abrió el Acto de Iniciación la Secretaria General del Congreso, Sra. Marga Schicho, quién tras dar las gracias a los asistentes y declarar Oficialmente iniciadas las sesiones del Congreso, cedió la palabra al Presidente de la Asociación Austriaca de Podología, Sr. Rudolf Mohr. Pasados todos estos prolegómenos y tras oír una melodía musical, tomó uso de la palabra el Sr. Franz Walzer, Presidente de la Cámara Nacional de Industria y Consejero de Economía, quien tras saludar a los participantes y agradecer a todos su asistencia, señaló la importancia de la Podología, como especialidad que coopera en la fabricación de manufacturas especiales, y por tanto en la Industria y Economía del país.

Ya iniciados en las tareas propias del Congreso, bajo el programa «LA PODOLOGIA EN LA JUVENTUD PROTEGE DE ENFERMEDAD LOS PIES DE LA VEJEZ», se van deshilbanando las ponencias durante los tres días de duración de los actos, con los temas:

«Valorad la labor de los maestros», donde se destaca la interesante tarea docente del Magisterio con una política educativa abnegada e inteligente.

«La Podología antes y ahora», con un detallado relato entre la Sra. Chicho y el Jefe Nacional de Locutores acerca de la formación y desarrollo de la Podología desde sus primeras etapas y el inmenso esfuerzo hasta lograr el grado de adelanto que hoy ostenta.

«Importancia de poder andar», es el tema de la película que se presenta, donde puede observarse la evolución de la marcha, desde

los animales hasta a través de una serie de evoluciones al hombre.

«¿Es necesaria la Podología para los niños y jóvenes?», que trata de los cuidados podológicos desde los primeros pasos del niño para conseguir unos resultados altamente satisfechos, presentada por el Asistente de Medicina Sr. Karl Hans Weinberger.

La proyección de la película y la lectura del trabajo «deformidades congénitas», por nuestro compañero J. Solé Cuch, de la Escuela de Podólogos de Barcelona, fue un tema que mereció la más franca aprobación por la manifiesta dedicación del conferenciante, y por reflejar el grado de preparación de los profesionales españoles.

Continuaron los temas «Significado e importancia de los pies sanos para la generación contemporánea», presentado por el doctor John Bountempo, de Malta; «La ortonoxia», por A. Lavigne y D. Noviel, de Francia, método mecánico para conseguir la corrección de las uñas encarnadas mediante un agrafe de acero colocado sobre la placa ungueal para conseguir el levantamiento de los bordes laterales.

También correspondió a Francia el tema presentado por G. H. Moreau y P. Abadie sobre «Problemas de la osteogénesis del pie».

«La Podología y el fumar», por Hellmut Ruck, de Alemania, fue un tema basado en los efectos nocivos que el tabaco puede ocasionar sobre todo a nivel de las extremidades por afectar al sistema circulatorio, presentando varias diapositivas y película con casos verdaderamente escalofriantes.

El Dr. Klaus D. Haselbruner, de Austria, presentó el tema «Métodos nuevos para la curación tradicional de las enfermedades de los pies»; «Técnica y vendaje en la práctica», correspondió al Sr. Wilhelm Bode, de Alemania.

«Confección de Ortesis», según Robert van Lith, de Bélgica, fue un tema basado en la aplicación y confección de ortesis con espuma de poliuretano y látex, para distintas afecciones del pie.

«Suelas para el elivio de enfermedades de la epidermis», por el Sr. Bernhard Douteaud, de Francia, trató sobre la confección de distintos tipos de plantillas paliativas protectoras para afecciones epidérmicas, los distintos elevadores metatarsales, etc.

El Profesor Dr. A Gisel, de Austria habló sobre «Forma y disposición de los dedos de los pies».

Completando estos actos del Congreso estaban los Stands con exposiciones de los distintos materiales y aparatos, relativos a la Podología, entre los que algunos merecieron gran curiosidad por parte de los asistentes.

Ha tenido gran aliciente para los Congresistas españoles el sugestivo itinerario que constituyó un espléndido viaje turístico por magníficos lugares europeos, tales como Francia con su Costa Azul, visitando ciudades turísticas de la misma como Niza, Cannes, Montecarlo, Mónaco, con la obligada ronda por el Casino, donde algunos compañeros probaron su suerte; Italia, con su legendaria Génova, su romántica Venecia y la bella Milán con su magnífica Catedral, joya del gótico...

Prosiguiendo el viaje hacia Austria, dejamos Italia, y desde Venecia tras recorrer 200 Km. de autopista, vamos bordeando el río Morino durante bastantes kilómetros y disfrutando de un bello paisaje lleno de cascadas que brotan de aquellas tierras abruptas que constituyen las estribaciones de los Alpes.

No hay palabras para describir el esplendor de estas montañas, llenas de verdes praderas y algunas de ellas con nieves perpetuas en sus cumbres, serían necesarios mu-

chos folios para poder relatar toda la belleza que se iba exponiendo a cada paso, a cada recodo de la carretera, que sinuosamente iba acercando a nuestros colegas hacia su destino.

Ya en Austria, los congresistas se vieron agasajados con los actos que el Comité Organizador tenía preparados, como cenas de gala, visitas y excursiones, conciertos musicales, etc., a la vez que durante la estancia en Salzburgo se vieron todos complacidos con la hospitalidad de aquellas gentes.

El viaje de vuelta se hizo por tierras de Suiza, tras recorrer unos cuantos kilómetros por autopistas alemanas, haciendo visitas a las ciudades de Berna, Zurich, Ginebra... y un sinfín de nombres que creemos habrán quedado grabados en la mente de todos y que hicieron del viaje unos días inolvidables vividos con gran intensidad y camaradería por todos sus componentes.



Grupo de compañeros que compartieron el autocar que salió de Barcelona

Lamentamos mucho no poder adjuntar la fotografía que integraba el grupo del autocar de Madrid, por no haber llegado ninguna hasta el momento de la edición de la presente Revista.

A vosotros, compañeros:

Hoy, 1.º de enero de 1974, paso a hacerme cargo de la Redacción de la Revista, hasta el próximo Congreso a celebrar en Valencia donde someta mi cargo a la Asamblea. Lamento que dicha circunstancia haya sido motivada por la enfermedad sufrida por nuestro amigo y compañero Francisco Mañé Domingo, que le impide ejercer dicho cargo, y al cual creo debemos darle las gracias por los servicios y la labor desarrollada durante el tiempo que ha permanecido al cargo de la Redacción.

Quiero hacer patente que tanto si soy ratificado en mi cargo o no, haré todo lo posible por el buen funcionamiento de la Revista escribiendo artículos o buscando la forma de pasar a ser parte activa de ella, pues me aterra la idea de que un profesional pueda tener en sus manos una revista por la que no sienta nada y con la que no se sienta identificado; por eso me hago responsable y me alegra la idea de saber que así voy a estar más en contacto contigo, y armado de mi mejor voluntad me atrevo a llamar a tu puerta.

Posiblemente estés tú ahora cómodamente hojeando nuestra Revista, sentado tranquilamente y... ¿por qué no?, omitiendo un juicio crítico acerca de su contenido, distribución y demás particularidades; puede gustarte o no, pero has de saber que es un trabajo de TODOS, bueno... de ALGUNOS.

ALGUNOS compañeros que roban una pequeña parte de su merecido tiempo libre y sienten la necesidad de transmitir «alguna cosa» a TODOS sus amigos de profesión; pero somos POCOS los que queremos hacer «algo grande», verdaderamente grande, como es redactar un artículo sobre una inquietud profesional, un razonamiento filosófico, un problema o acierto en el desarrollo diario de nuestro trabajo, o cualquier otro tema que creamos pueda tener un interés común a la clase.

¿Has pensado alguna vez en colaborar?

Compañero, es muy fácil limitarse a criticar desde una posición cómoda, sentado ahí en tu lugar favorito. Se ven muy bien los toros desde la barrera, pero, ¿por qué no bajas al ruedo y nos ayudas en la faena?

Si a fuerza de robar tiempo al tiempo algunos logramos sacar adelante estas páginas que tienes en tus manos, si fuéramos más, qué duda cabe, el resultado sería mayor y mejor; no olvides nunca que de la cantidad sale la calidad.

Esta Revista ha de ser como una gran carta que nos mandamos todos cada dos meses, y para poder enviarla al correo es imprescindible que primero esté escrita; la debemos escribir todos; desde el más lejano rincón de nuestra geografía donde esté un Podólogo, desde ahí debe llegar una colaboración.

No hay mayor recompensa que la satisfacción personal de un trabajo bien hecho, y si todos trabajamos, cuando tengas en tus manos el próximo número de la revista te sentirás satisfecho, porque será una parte de ti, y desde ese lugar favorito sentirás el orgullo de pertenecer a este grupo de gente que olvidó el egoísmo para dar una parte de sí a todos sus compañeros de clase.

No olvides nunca que queremos ser MAS y TU puedes unirte a nosotros. ¡Colabora!

Recuerda, la Revista TE LLAMA porque FORMAS PARTE DE ELLA, no la defraudes.

Es muy triste ponerse a hilvanar las páginas que forman nuestra Revista y ver que no tenemos ni para empezar, y es muy poco pedir que des algo a unos hombres y a una profesión que te lo han dado todo.

Unete a nosotros y así, siendo más, tendremos más fuerza para seguir adelante y tú nunca te encontrarás solo: formarás parte activa de esa gran familia que debemos componer todos los Agrupados, y sentirás el orgullo y satisfacción de una misión cumplida.

constantino velasco laínz

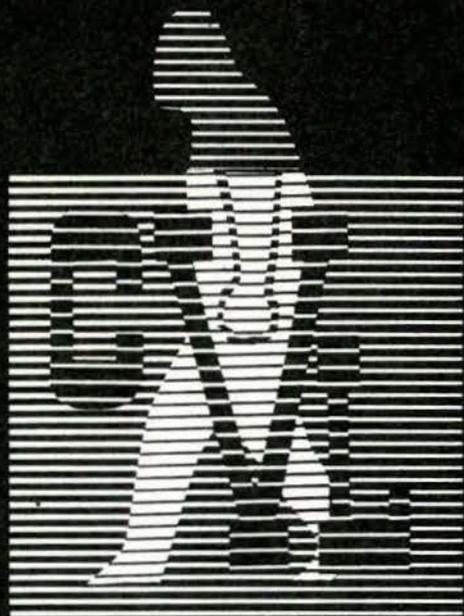
y

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. Glmo.)
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.

CONSIDERACIONES SOBRE EL PIE PLANO

Por: J. M.^o BASORA

Prof. Adjunto de la Cátedra de Patología Quirúrgica I de la Facultad de Medicina de Barcelona.

J. M. ARANDES: Médico Adj.

CATEDRA DE PATOLOGIA QUIRURGICA I DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE BARCELONA. — Prof. A. ARANDES.

Escuela Oficial de Podología de Barcelona.

Introducción

El pie plano viene caracterizado por la pérdida del arco interno y la bóveda plantar, el pie tiende a adaptarse al plano horizontal, e incluso en algunos casos sobrepasa la horizontal y se hace convexo, apoyándose al suelo solo por su parte media, es el llamado pie en «balancín».

El pie plano casi nunca se dá en forma pura, con solo disminución o desaparición del arco interno, sino que junto a esta deformidad se añaden otras como la rotación hacia fuera del talón y la rotación contraria, hacia dentro, del antepié.

Este aplanamiento del pie puede ser originado por una serie de causas; unas actúan de manera rápida, como los traumatismos intensos capaces de provocar fracturas que alteran la estructura ósea del pie, y éste se hunde, otras lo hacen lentamente como es el caso de las artritis deformantes, de los desequilibrios musculares, de las laxitudes ligamentosas, etc.

Estas diversas etiologías y la manera de presentarse, condicionan varias formas clínicas de pie plano. (Basora).

Formas clínicas

El pie plano se presenta bajo distintos aspectos, como son los siguientes:

- Pie plano congénito.
- Pie plano insuficiente del niño.
- Pie plano de los adolescentes.
- Pie plano del adulto.
- Pie plano de la embarazada.
- Pie plano menopáusico.
- Pie plano del anciano.
- Pie plano post-artrítico.
- Pie plano poliomiélico.
- Pie plano traumático.
- Pie plano espástico.
- Pie plano asintomático.

Pie plano congénito

Aparece en el momento del nacimiento y es una variedad frecuente del pie zambo.

Radiográficamente se caracteriza por la existencia de un astrágalo vertical, en el que la cabeza bascula hacia el plano del suelo y algunas veces llega a contactar con él. El escafoides y resto de la fila ósea del pie aparecen luxados hacia arriba.

En el niño existe una abundante capa de tejido graso en la planta del pie, que enmascara el arco interno y que puede simular un pie plano.

Pie plano insuficiente del niño

Es un pie frecuente en la edad infantil, y muchas veces se halla acompañado de una desviación de la rodilla en valgus. El niño se cansa fácilmente y presenta un pie con el arco interno disminuido, el dedo gordo dirigido hacia dentro para compensar el apoyo, y un talón de valgo.

Pie plano de los adolescentes

Aparece en la adolescencia y en este tipo de pie la deformidad primaria es el valgo del talón, las otras (supinación del antepié y hundimiento de la bóveda) son secundarias. Hay autores que al referirse al pie plano adolescente le denominan pie plano valgo.

En este pie plano intervienen dos movimientos inversos de rotación, por un lado el tarso posterior rota en sentido de la pronación, mientras que el resto del pie, a partir de la articulación de Chopart, gira en sentido de la supinación. Esta doble rotación hace que el calcáneo se sitúe en flexión plantar y con un valgismo aumentado, de tal forma que el talón se desvía hacia fuera, quedando externo a la perpendicular que baja desde el punto medio de la región poplítea.

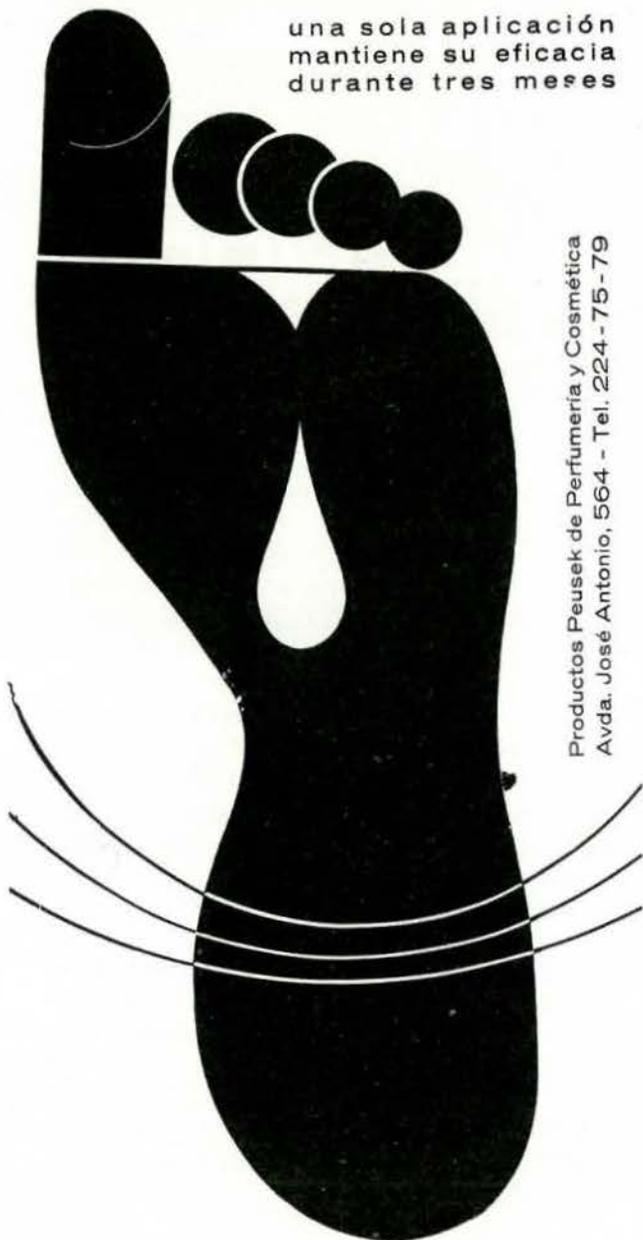
Normalmente el peso del individuo recae en cada pie íntegramente sobre el astrágalo y desde este hueso se reparte de la siguiente manera: Posteriormente sobre el calcáneo, por delante sobre el escafoides, por dentro sobre el arco interno y por el lado externo sobre el cuboides y desde aquí hacia la parte más distal y anterior del pie. Cuando existe un valgismo exagerado del talón, las

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

fuerzas que actúan en sentido anterior lo hacen exclusivamente sobre la parte interna del pie (sobre el escafoides) y, por tanto, actúa deformando el arco interno (Chiepara).

Si este valguismo se presenta en un pie con hipotonía de la musculatura plantar y de los peroneos, se constituirá un pie plano típico, pues la musculatura resultará impotente para mantener la bóveda del pie. Cuando la desviación en valgo ocurre en un pie cuya musculatura plantar es hipertónica, inicialmente aumentará la bóveda plantar que objetivará el fotopodograma, pero que posteriormente se transformará en un pie plano típico, por hundimiento de la bóveda (pie cavo valgo).

El hundimiento de la bóveda plantar pasa por varias fases que se recogen muy bien en el fotopodograma y que originan varios grados de pie plano.

a) En un primer grado, aparece una ampliación del apoyo externo de la bóveda del pie. La huella plantar es más ancha.

b) En un segundo grado, hay contacto del borde interno del pie con el suelo. Es importante hacer resaltar que hay desaparición del arco interno cuando todavía persiste la bóveda. La rotación de la parte anterior del calcáneo provoca paradójicamente la elevación de la bóveda, por lo que se conserva la forma abovedada de la planta mientras que el arco interno está ya hundido. Esta circunstancia se hace más patente en el falso pie cavo valgo infantil que clínicamente tiene aspecto de un pie plano y el fotopodograma proporciona la imagen de un pie cavo. (Aran-des).

c) En el tercer grado, hay una desaparición de toda la bóveda.

d) En el cuarto grado, aparece el pie «en balancín», el apoyo es mayor en la parte central del pie que en la porción anterior y posterior.

Todas estas alteraciones posturales con el transcurso del tiempo pasan a ser irreducibles.

Pie plano del adulto

Es una secuela del pie plano infantil ya evolucionado y que se ha descompensado durante la madurez.

Aparece en sujetos que tienen profesiones que les obligan a permanecer mucho tiempo de pie y presentan cansancio durante el trabajo y más tarde crisis dolorosas que pueden dar lugar a un pie contracturado.

Un gran porcentaje de pies planos de segundo y tercer grado, en jóvenes adultos, pueden soportar marchas sin que ocasionen cansancio ni molestia alguna. Creemos que estos casos corresponden a pies compensados por su potente musculatura pero que en un período más avanzado de la vida o por sobrecarga, se descompensan haciéndose dolorosos, en cuyo momento se aperciben de que tienen un pie plano, cuando en realidad lo padecían desde tiempo. Posteriormente las lesiones artrósicas que aparecen en las articulaciones contribuyen a aumentar las molestias.

Pie plano de la embarazada

Durante el embarazo y en especial en los últimos meses, los ligamentos se destienden por acción de la hormona hipofisaria, relaxina, y esta relajación ligamentosa del pie, unida a una sobrecarga sobre el mismo, por aumento de peso que proporciona el embarazo, se presenta un descenso de la bóveda del pie.

Pie plano del anciano

Aparece por una hipotonía muscular y va acompañado de una artrosis, que en muchos casos, es la que preside el cuadro doloroso.

Pie plano poliomiélico

Entre las muchas deformidades que pueden hallarse en las secuelas de una poliomié-litis, se encuentra, con relativa frecuencia, un pie plano asociado a otras desviaciones del pie.

Pie plano post-artrítico

Cualquier inflamación de tipo reumático o de tipo infeccioso que altere la estructura ligamentosa u ósea del pie, que modifique o destruya las articulaciones puede originar un pie plano.

Pie plano traumático

Es una forma de pie plano que cada día adquiere más importancia debido, en especial, al aumento de los accidentes laborales.

Hay fracturas del pie que dejan como secuela un pie plano. Especialmente las fracturas de la parte media del calcáneo, con desviación. Pueden abocar a un pie plano, si bien con menos frecuencia, las fracturas de la parte media del pie que afecten al escafoides o al cuboides. Las lesiones de los metatarsianos producen raramente un pie plano.

Las de la parte media porque se ven con menos frecuencia y la de los metatarsianos, porque la mayoría de los casos se logra la reducción con facilidad.

Otro tipo de pie plano que puede observarse en traumatología es el debido a la inmovilización del pie con un vendaje de yeso mal confeccionado.

Cuando para el tratamiento de las fracturas de la extremidad inferior, y en especial en las fracturas del pie, tengamos que colocar un escayolado, se tendrá en cuenta poner el pie en buena posición y moldear la bóveda, plantar haciendo que el yeso se adapte y marque la bóveda. Si no se siguen estas normas, con la inmovilización prolongada, se instaurará un pie plano, que será irreductible en el momento que se saque el yeso (Böhler).

TRATAMIENTO

De estas formas clínicas hay unas que son eminentemente tributarias de un tratamiento conservador, como el pie plano del niño, el del adolescente, el de la embarazada, el del adulto, el del viejo y el post-artrítico.

Otras son tributarias de un tratamiento quirúrgico, como es el caso del pie plano congénito y el del pie plano poliomiélico.

El pie plano del adolescente reductible, ha de ser tratado por procedimientos ortopédicos incruentos. Pueden recomendarse ejercicios sobre rodillos, ejercicios de flexión de los dedos, marcha educativa, marcha sobre arena y la aplicación de distintos aparatos ortopédicos, como plantillas, alzas o zapatos adecuados.

Los pies que son tributarios de un tratamiento quirúrgico son los irreductibles, que según diversos autores alcanzan sólo un 2 % de los pies planos del adolescente.

Entre las técnicas quirúrgicas recomendadas, existen diversas intervenciones, unas antiguas, otras de reciente creación y algunas representan la combinación de dos o más intervenciones seleccionando de cada una de ellas los tiempos quirúrgicos que se consideran más idóneos.

Sin que haya sido posible realizar todas o gran parte de las operaciones que se recomiendan para la corrección del pie plano, contaremos en sentido conceptual algunos aspectos de las mismas:

A) Intervenciones que actúan sobre las partes blandas:

— La intervención de Young, Fitch y King, consiste en pasar el tibial anterior a través de una ranura vertical practicada en el escafoides y suturar este tendón en la región plantar. El tibial posterior es traspuesto sobre la primera cuña.

— La operación de Kidner, cuando existe un escafoides accesario, se extirpa y se traspone el tibial posterior sobre el escafoides. De este modo se tensa el tendón para que mantenga la bóveda del pie.

— La operación de Albanesse, consiste en liberar ambos tibiales en la parte final de su trayecto y practicar una sutura lateral de los mismos, de forma que se pongan en contac-

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.) |
| | <hr/> | |
| | 6 iny. de 2 c.c. | |
| | 25 iny. de 2 c.c. | |
| 2 ‰ | 100 iny. de 2 c.c. (E. C.) | |
| | 3 iny. de 10 c.c. | |
| | 25 iny. de 10 c.c. (E. C.) | |
| <hr/> | | |
| 3 ‰ | 6 | |
| | 100 iny. de 2 c.c. (E. C.) | |



SUECIA
CONCESIONARIOS
INIBSA
Loreto, 8
BARCELONA

to, con lo que se logra que el tibial anterior descienda y el posterior ascienda, tensándose los dos tendones.

Todas estas intervenciones sobre partes blandas, son aplicables después de la corrección, mediante otras operaciones de las deformidades del pie plano para que contribuyan a sostener la bóveda. Por sí solas son insuficientes para corregir el valgo del talón y aunque su resultado inicial haya sido bueno, posteriormente su efecto cede, haciéndose ineficaces.

B) Intervenciones que actúan sobre las partes óseas:

a) Las que corrigen exclusivamente el valgo de talón.

— La intervención de Grice, creada para el tratamiento quirúrgico del pie plano valgo paralítico. Mediante esta técnica se obtiene una artrodesis extraarticular de la subastragalina y una corrección del valgo.

La intervención de Le Lièvre, destinada a lograr una artrosis de la articulación subastragalina, mediante la colocación de un fragmento osteocartilaginoso, en forma de cono, introducido a través del sinus del tarso, fragmento que colocado con base externa mantiene abierta la articulación y apuntalada al astrágalo para que no se deslice. Este soporte, según el autor, es suficiente para que por la ley de Delpec, se obstenga, con el tiempo, la corrección del valgo del talón.

El mismo autor, obtiene idénticos resultados, mediante la apertura de la articulación subastragalina y la colocación de una grapa metálica, que mantiene la corrección hasta lograr la compensación por el crecimiento óseo, después de lo cual, a los dos años la grapa será retirada.

Juded, aviva la articulación subastragalina en su porción anteroexterna y coloca un injerto cuneiforme.

Cauchoux, realiza una artrodesis trapezoidal de base interna e inferior entre el astrágalo y el escafoides.

Hohmann, practica una artrodesis cuneiforme de base inferior entre escafoides y primera cuña.

Hoke, practica una artrodesis entre el escafoides y la primera cuña y lo fija mediante un injerto en marquetería extraído de la tibia.

Osteotomía modelante de Perthes: Esta técnica consiste en extirpar una pequeña cuña del escafoides que se trasplanta a una hendidura transversal practicada en la porción anterior del cuerpo del calcáneo.

b) Las que tienden a la corrección del valgo del talón y a la corrección del arco interno:

Ryerson, Ducroquet y Launay, fusionan la articulación astrágalo escafoidea y la subastragalina previa resección cuneiforme de ambas articulaciones.

Campbell, preconiza la triple artrodesis.

Alvaro López, mediante un injerto óseo, introducido por la parte externa de la articulación subastragalina y empotrado en el escafoides, corrige el valgo del talón y aguanta al escafoides, hueso clave de la bóveda del pie.

Müller, propone actuar sobre distintas articulaciones del pie, obteniendo al artrodesis de la astrágalo escafoidea y de la escafo-cuneiforme y mediante la desinserción osteoperióstica del tibial posterior y la sutura a tensión de este tendón en el lado interno, intenta mantener la bóveda del pie.

Debemos remarcar la utilidad de la intervención de Müller asociada a la de Grice, ya que con ellos pueden solucionarse diversos problemas que presenta el pie plano valgo, tanto los que afectan al talón, como los que afectan a la bóveda del pie en su parte interna.

Con este tipo de operación, pueden, en resumen, corregir los siguientes componentes del pie plano valgo:

- a) El valgo astrágalo-calcáneo.
- b) La flexión plantar, que mantiene el tarso posterior en posición equina.
- c) Impide, por otra parte, el deslizamiento hacia delante del astrágalo.

La técnica de la operación conjunta de Müller-Grice, es la siguiente:

1.º Incisión cutánea por debajo del maleolo externo (Grice) y apertura del sinus del tarso, con resección de las partes blandas y avivamiento óseo.

2.º Desinserción de un segmento periós-tico, liberando el tibial posterior de su inserción. Se abren las articulaciones astrágalo-escafoidea y cúneo-escafoidea y, eventualmente, un alargamiento del tendón de Aquiles. Todo ello se practica por una insición interna en el pie (Müller).

3.º Por el sinus del tarso se introduce un instrumento que, pasando por debajo del cuello del astrágalo, sale por la incisión interna entre el astrágalo y el calcáneo. De este modo se corrige el valgo, el deslizamiento del astrágalo y se eleva el arco interno.

4.º Se fija la corrección del valgo y el ascenso del astrágalo por un injerto óseo, como en la intervención de Grice.

5.º Se eleva y fija el arco interno, mediante el trasplante del fragmento óseo-tendinoso de Müller.

Después de la intervención, se aplica una botina de escayola durante unas seis semanas y sacada ésta, una plantilla durante un año. Caben modificaciones personales a esta técnica, pero que en nada modifican la idea fundamental de las operaciones de Müller y Grice aplicadas conjuntamente.

Aportación estadística, de nuestros casos

Nuestra estadística comprende 32 casos de pies planos, que corresponden a 26 pacientes; 20 presentaban la deformidad en un solo

lado, en 9 recaía en el pie derecho, 11 en el lado izquierdo y en 6 la afección era bilateral.

Según lado:

- Lado derecho 9
- Lado izquierdo 11
- Bilaterales 6

Analizados desde el punto de vista de la edad, hallamos una mayor incidencia hacia los 7 años, quizá porque a esta edad es la más idóneo para el tratamiento quirúrgico de los pies que no han podido corregirse anteriormente mediante el tratamiento incruento: en edades más avanzadas los pies son difíciles de corregir y los resultados más inciertos.

Según edad:

| Edad | Casos | Edad | Casos |
|---------|-------|--------|-------|
| 12 años | 1 | 8 años | 5 |
| 11 años | 2 | 7 años | 11 |
| 10 años | 1 | 6 años | 6 |
| 9 años | 3 | 5 años | 3 |

En relación con el sexo, aparece un pequeño predominio en el número de hembras con relación al de los varones.

Según sexo:

- Varones 10
- Hembras 16

De este total de pies planos, 19 eran consecuentes a secuelas de la poliomieltis, y algunos tenían deformidades asociadas al pie plano. Los 7 casos restantes eran pies planos algo típicos de la edad infantil.

En estos últimos años, hemos practicado la intervención combinada de Müller y Grice por creerla más ventajosa y menos traumáticas que otras intervenciones quirúrgicas indicadas para el tratamiento del pie plano.

BIBLIOGRAFIA

La intervención de Grice la habíamos llevado a cabo muchas veces para la corrección del talón cuando giraba en valgo, con la que logramos buenos resultados. No podemos decir lo mismo cuando intentamos corregir la desviación mediante una artrosis tipo Lelièvre con el empleo de un injerto osteocartilaginoso extraído de la cresta ilíaca, que a esta edad infantil es en gran parte cartilaginosa. En dos casos el calguismo recidivó y en la imagen radiográfica desapareció el injerto al cabo de pocos meses.

La intervención de Müller-Grice se practicó en 32 casos que presentaban un hundimiento de la bóveda plantar y una desviación en valgo del talón. En los pies poliomiélicos, la intervención se asoció, en algunos casos, a operaciones de trasposiciones tendinosas en el pie o en la extremidad inferior.

En 6 casos de pie plano valgo infantil se practicó la intervención de Müller-Grice, para la corrección de las deformidades y el resultado fue bueno en 5 casos. En el último operado el arco interno no llegó a la normalidad pero mejoró y la bóveda ascendió. Este último caso era un niño de 12 años, el mayor en edad de nuestra estadística. Lo mismo ocurrió en tres casos intervenidos en edad adulta.

Por todo ello creemos que la intervención de Müller-Grice es una operación quirúrgica con pocas complicaciones, poco traumatizante, con un tiempo postoperatorio corto y que en el niño dentro de una edad media de 5 a 10 años, proporciona buenos resultados. En el adulto no hemos logrado una corrección total de la deformidad si bien logramos una corrección parcial y una mejora clínica.

1. ALBANESSE: Citado por Lelièvre, J. *Pathologie du Pied*, 2.ª Ed. Masson & Cie., París, 1691.
2. ALVARO LOPEZ y ZUZUARREGI, C.: Tratamiento del pie plano valgo. *Podologie*, 2, 62, 1963.
3. AMATO: Nuestra conducta quirúrgica en el pie plano. *Actualités de Médecine et de Chirurgie du Pied*, 8, 256, 1973.
4. ARANDES, R. y VILADOT, A.: Clínica y Tratamiento de las enfermedades de los pies. Ed. Científico Médica, Barcelona, 1956.
5. BASORA, J. M.: Etiopatogenia del pie plano valgo. *Podologie*, 3, 248, 1969. *Anales de Podología*, 4, 159, 1965.
6. BOHLER: Técnica del tratamiento de las fracturas. Ed. Medic., 1944.
7. CAMPBELL, C.: Cirugía Ortopédica. 4.ª Edición, Tomo 2.º. Ed. Inter Médica, 1891, Buenos Aires, 1967.
8. CAUCHOIX: Citado por Lelièvre, J. *Pathologie du Pied*, 2.ª Ed. Masson & Cie., París, 1961.
9. CHIAPPARA, P. y BERARDI, G. C.: La caduta della testa della stragalo nella genesi dell'abbassamento della volta plantare. *Podologie*, 2, 73, 1963.
10. GRICE, D. S.: An extra articular arthrodesis of the subastragalar joint correction of paralytic flat feet in children. *J. Bone and Joint Surg.*, 34, 297, 1952.
11. HOHMANN, G.: *Orthopädische Gymnastik Georg thieme*, Leipzig, 1933.
12. HOKE, M.: An operation for the correction. *J. Bone and Joint Surg.*, 13, 91, 1931.
13. JUDET, J.: *Pieds bots invétérés de l'adulte. These de Paris*, 1939.
14. JUDET, J. y JUDET, R. y GUINARD: Traitement du pied bot varus equin congenital chez l'enfant de 2 á 5 ans. *Mèm. Acad. Chir.*, 86, 228, 1960.
15. JUDET, R.: Les possibilités de correction chirurgicale des malformations des os du pied. *Actualités de Médecine et de Chirurgie du Pied*, 8, 91, 1973.
16. KIDNER, F. C.: The prehallux in relation to flat-foot. *J.A.M.A.*, 101 1939, 1933.
17. KIDNER, F. C.: The Prehallux (accessory scaphoid) in its relation to flat-foot. *J. Bone and Joint Surg.*, 11, 831, 1929.
18. LELIEVRE, J.: *Pathologie du Pied*. 2.ª Ed. Masson & Cie., París, 1961.
19. MÜLLER, O. L.: A Plastic Flatfoot operation. *J. Bone and Joint Surg.*, 9, 84, 1927.
20. RYERSON, DUCROQUET y LAUNAY: Citado por Lelièvre, J. *Pathologie du Pied*, 2.ª Ed. Masson & Cie., París, 1961.
21. TIMAL, R.: Indications opératoires dans les pieds paralytiques. *Podologie*, 2, 131, 1963.
22. VONTEY, H.: Traitement chirurgical du pied plat de l'enfant. *Podologie*, 6, 97, 1971.
23. YOUNG, FITCH y KING: Citado por Lelièvre, J. *Pathologie du Pied*, 2.ª Ed. Masson & Cie., París, 1961.

Plantillas paliativas destinadas a proteger las afecciones epidérmicas

Por: FRANCISCO FARRERAS
Podólogo
Barcelona

EL OSTOSTATISMO PROFESIONAL, la SOBRECARGA PONDERAL, la PATOLOGIA DE LA OPRESION POR EL CALZADO y los TRASTORNOS ESTATICOS son factores inevitables que intervienen en la aparición de la mayoría de las afecciones epidérmicas del pie.

Ante estas anomalías la terapéutica a seguir consiste en la perfecta elaboración y aplicación de las PLANTILLAS P.A.E. (protección de las afecciones epidérmicas) cuya misión consiste en descargar las zonas sensitivas de HIPERAPOYO, paliando los dolores y dando comodidad al pie.

Pero no debemos olvidar que la aplicación correcta de cualquier sistema protésico supone la doble condición de conocer la anatomía y fisiología de la parte a tratar y el tener un concepto claro del «*COMO y CUANDO*» se debe aplicar el tratamiento, pues con frecuencia vemos que lo que se pretende lograr en forma rutinaria es la buena presencia de la plantilla asegurándose de su «tolerancia» o «el que se pueda llevar», sin importar demasiado su efectividad terapéutica, obteniéndose, así, los máximos beneficios con el mínimo esfuerzo.

Existen unos principios básicos para elaborar las plantillas P.A.E. y sus «*PADDING*» metatarsales correspondientes a cada caso que constituyen las técnicas del podólogo. Habla-

remos de los almohadillados de descarga o aislamiento más frecuentes usados en estos casos y que constituyen la base sobre la que se construirán todas las variantes que nuestro sentido como podólogo nos dicte. Son tres. A saber:

- 1.º El que irá aplicado sobre las tres cabezas intermedias 2.ª, 3.ª y 4.ª. Será de forma ovalada cuya parte más dilatada corresponderá a la zona retrocapital. (Fig. 1).

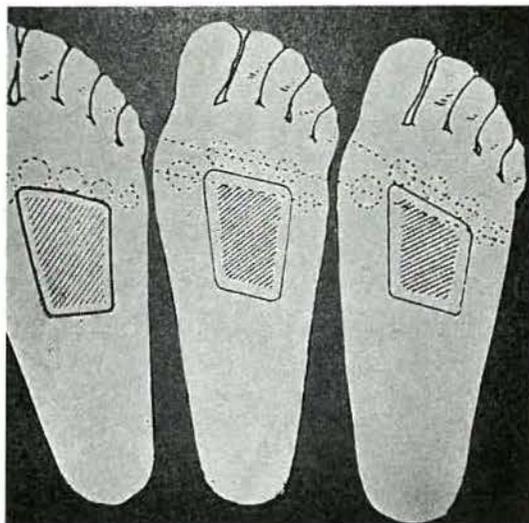


Figura 1

- 2.º El que actúa sobre todas las cabezas metatarsianas. Será en forma de barra transversal o semiluna. (Fig. 2).

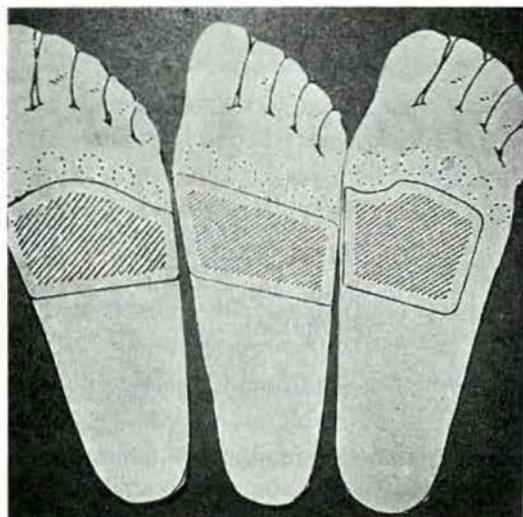


Figura 2

- 3.º El que actúa sobre la cabeza del 1.º y 5.º metatarsianos. Será de forma hendida marginalmente y prolongada en su parte central. (Fig. 3).

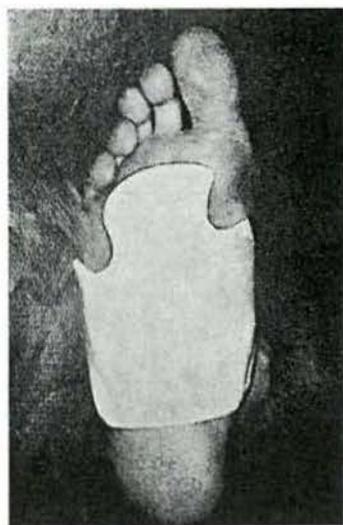


Figura 3

El cuerpo de la plantilla que dará base a estos «padding» podrá ser elaborado utilizando materiales diversos de entre los que destacaremos EL PODIASIN, EL PLASTAZOTE y CONGLOMERADO DE CORCHO DUCTIL. De entre los cuales destacaremos los dos primeros por su eficacia y novedad.

2) EL PODIASIN es un material conglomerado de fácil preparación que se le puede dar forma a voluntad hasta donde se desee. Es el resultado de mezclar las partes correspondientes de polvo de corcho, polvo de madera y polvo de cuero en cantidad suficiente de solución amoniaca de látex al 50 % 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 logradas por Charlesworths, siendo bastante menos engorrosa su preparación, cuya técnica, en forma somera es la siguiente:

- Se aplica al molde positivo una GAMA HUMEDA o FOAM ADHESIVO en la parte superior mediante cosido a grapas.
- Se aplica la pasta de podiasin directamente encima procurando llenar suficientemente los espacios libres haciendo llegar el material hasta donde se desee.
- Se deja secar durante 24 horas.
- Se lija con la pulidora, dándole forma de manera que se pueda adaptar al zapato.
- Confirmada su eficacia se forra la otra cara y se procede a su cosido.

EL PLASTAZOTE es un material termoplástico de aplicación podológica con muy buenos resultados en la elaboración de las plantillas P.A.E. especialmente si se trata de proteger úlceras tróficas, afecciones epidérmicas, mal perforante, etc., y en los casos de espolón, hallux valgus, metatarsalgias, etcétera, etc.

Es una resina hidrocarbonada que recibe el nombre de polietileno (polimerización del etileno) y cuyas propiedades son FLEXIBILIDAD, LIVIANDAD y ATOXICIDAD.

Se presenta en planchas de 60 x 91 cm. y en distintos grosores aconsejándose el de 0,63 cm. para soportes de dedos y antepie y el de 2,54 cm. para las PROTESIS o PLANTILLAS P.A.E.

Para su elaboración debe ser calentado a 140° cuidando de que no sobrepase los 150° pues quedaría soldado a la otra lámina con que pudiera estar contactado o sobre la bandeja que lo soporta si no se ha tenido cuidado de espolvorearla previamente o de interponer un papel parafinado. De manera que la temperatura máxima será de 150° durante 20 minutos. Así se hará blando y flexible y en este momento se podrá moldear a voluntad (Fig. 4). Sus sistemas de calentado podrán ser POUPINEL que será el más adecuado. Si se carece de él, se puede emplear los INFRARROJOS o la PLANCHA ELECTRICA CASERA.

Una vez comprobado que su superficie no está excesivamente caliente se podrá moldear directamente sobre el mismo pie del paciente, tensándolo mientras endurece. Su consistencia se podrá reforzar por laminación y colocando entre pieza y pieza un polietileno de los llamados sólidos, de baja densidad, de 0,16 cm. de grosor, con lo que se logrará una solidez resultante de la fusión.

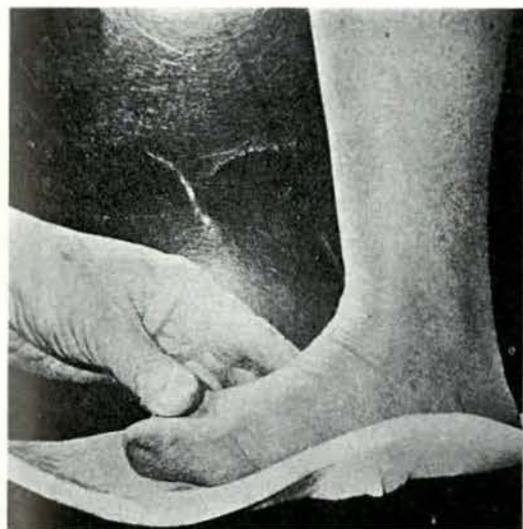


Figura 4

Una plantilla P.A.E. será útil cuando el enfermo mejore sus molestias y note que sus pies gozan de un soporte real, aliviando y no molestando. De no ser así, dudaremos de su eficacia y de nuestro diagnóstico, por lo que, para asegurarnos el éxito aconsejamos la obtención positiva del molde yeso corregido, elaborado exprofeso para cada pie mediante vendas enyesadas de algodón de tejido entrelazado y de bordes que no se deshilachen, cuidando de que la venda esté saturada de escayola de buena calidad y fácilmente adaptable para ceñirse a los contornos del pie. Para ello basta usar vendas de 10 x 2,70 m., sumergiéndola en agua tibia de 25-30°, la deándola oblicuamente hasta que cese el burjeo que dura unos 5 minutos. Se extrae del recipiente y sosteniéndola con ambas manos, se exprime hacia el centro y se aplica al pie. Este tipo de venda es el que se adapta mejor a la técnica de Murk Jansen que es la que yo sigo y que consiste en preparar sobre el mismo pie del paciente, 3-4 capas en forma de férula, a todo 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, las cuales nunca se harán desde un principio porque sería inevitable la tirantez de la venda falseando el molde.

Una vez el pie enyesado se procede a hacer la maniobra correctora oportuna, estabilizando la desviación del talón si la hay y deprimiendo la sobrecarga metatarsal, destacando en forma racional la zona retrocapital, en arco abierto y en dirección longitudinal y nunca redondeada, pues acentuaría más la separación mutua entre 1.º y 5.º metatarsianos.

Para ello con los dedos índice y pulgar de la mano izquierda empujaremos por la cara dorsal el 1.º y 5.º metatarsianos hacia abajo, hacia la planta, mientras que con la cara ventral del dedo pulgar de la mano derecha, empujaremos desde abajo en dirección contraria. De esta manera se corregirá la posición patológica del antepie 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 un mismo plano.

Una vez elaborado el positivo corregido y elegido el material que queramos emplear procederemos a colocar el «padding» teniendo en cuenta que su verdadero valor para desviar la presión no debe juzgarse por su volumen inicial sino por su grosor después de un período de compresión. Si se usa goma blanda se requerirá gran volumen, y naturalmente, cuanto más duro sea el material, menos se hundirá. Si un grosor es igual al de la eminencia que se trate de proteger, solamente lograremos un alivio, pero si lo que pretendemos es un desplazamiento de fuerzas, tendrá que ser mayor.

Un buen sistema para que las cosas salgan bien es recorrer a la METODOLOGIA clasificando en primer lugar las afecciones epidérmicas, no en función de la causa, sino en función del grado de invalidez que ocasionen. Para ello tendremos que recurrir a los sistemas clásicos de exploración que en este

caso concreto de la aplicación de las plantillas P.A.E. podrá concretarse a ANAMNESIS y LA EXPLORACION DEL ENFERMO EN CARGA Y DESCARGA.

- 1.º LA ANAMNESIS precisará topográficamente el lugar del dolor, duración e intensidad, frecuencia de las visitas al podólogo y lo que tarda en volver a quejarse.
- 2.º EXPLORACION DEL ENFERMO EN DESCARGA que precisará el aspecto de los tejidos, temperatura comparada en ambos pies, exploración de los pulsos pedio y tibial posterior, trastornos tróficos, queratomas e hiperqueratosis plantares y su localización precisa, así como el examen del arco anterior y sus modificaciones morfológicas y finalmente el balance articular movili-

NUEVO

sandalia de masaje ganter

una plantilla anatómica **ACTIVA**

- antiedematosa •descontracturizante
- activadora de la circulación periférica •sedativa del pie



ganter
MADE IN GERMANY



Solicite información a:

EXDIRE · AVDA. MERIDIANA, 422 · TEL. 340 72 47 · BARCELONA · 16

zando segmento por segmento metatarsfalángico e intermetatarsiano.

- 3.º EXPLORACION EN CARGA que precisará la presencia de trastornos estáticos y la dinámica de la deambulación, valorando el estudio del calzado, comprobando si su forma coincide con la morfología del pie del paciente, teniendo en cuenta que las deformaciones del tacón, planta o cuerpo del zapato tiene un diagnóstico diagnóstico. El pie normal debe desgastar el tacón por su parte externa, indicando que el calcáneo está en posición correcta... La distorsión del contrafuerte por el lado interno reflejará la imagen de un pie invertido y el desgaste por la punta, mostrará un pie caído por debilidad muscular.

Esta exploración la completaremos con el PODOPHOT de revelado inmediato que nos dará el PODOFOTOGRAMA, última técnica detectora de los vicios morfológicos del pie que, mediante la POLAROID que lleva acoplada, obtendremos al instante la imagen del pie, constatando los puntos de HIPER o HIPO APOYO aclarándonos de una manera limpia las características morfológicas del pie, partiendo de la base del concepto claro de lo que es un pie normal en las imágenes obtenidas por reflexión. Se define al pie normal como aquel cuya bóveda longitudinal reposa sobre el borde externo en un ancho de 2-3 centímetros y la forma del talón es ovoidea y dirigida hacia el 5.º dedo. La técnica de este nuevo sistema de exploración es simplísima y consiste en hacer subir al paciente totalmente descalzo en una plataforma de cristal, de espaldas a nosotros y procurando que ambos pies descansen en actitud anatómica haremos la exploración en cara, en uni o dipedestación, con los pies paralelos juntos y separados y con la ayuda de un goniómetro mediremos el grado de pronación o supinación calcánea y, si la plataforma es reticulada y dispuesta en parámetros, mediremos también los ejes longitudinales y transversales. Si se dispone de un juego de cuñas graduadas, colocadas convenientemente en el antepié y talón juzgaremos hasta qué punto puede ser obtenida una buena corrección es-

tableciendo el plano de la prótesis que tendrá mayor eficacia. En principio, la FOTOPODOSCOPIA nos dará una impresión inicial visual de la huella que en el momento oportuno, descartado el balanceo de hombros, cadera o sobrecarga unilateral del peso del cuerpo en un pie, podremos fijar y obtener fotografiando la imagen mediante la POLAROID de revelado inmediato. La imagen obtenida será mucho más funcional y dinámica que la pasiva e unánime que mostraban los PODOGRAMAS clásicos de contacto, al quedar impresionada instantáneamente la huella sin poder prevenir cualquier defecto postural inevitable muchas veces.

Solamente el sentido común y los conocimientos que tengamos del pie y del manejo del PODOSCOPIO o PODOMETRO, decidirán el momento oportuno de sacar la foto. El examen se hará pausado y sin prisas ya que el enfermo, en los primeros instantes de la exploración, casi siempre se halla contracturado y no presenta los pies como son. Pediremos relajación completa y ausencia total de movimientos vigilando que el paciente no se apoye en ningún sitio y adopte una actitud anatómica que no perturbe la estática como podría ocurrir si el enfermo doblara una rodilla, elevara una cadera o descendiera un hombro. Resumiendo, diremos que el examen con el PODOPHOT de revelado inmediato, practicado con cuidado y sin prisas nos aportará nuevos elementos de juicio, al margen de los ya conocidos hasta ahora mediante los sistemas clásicos de la exploración de la huella. Dejando aparte su indiscutible valor, el podólogo que lo utiliza demuestra estar en línea de lo que ahora se llama «formación permanente o reciclaje, iniciando a través de este método, unas relaciones públicas con el paciente, al hacer entrega del PODOFOTOGRAMA debidamente encuadrado con un breve resumen de nuestra «IMPRESION PODOLOGICO» y de la evolución comparativa en los exámenes seriados de control.

Actualmente ya se han iniciado tanteos con una casa comercial para que se haga cargo de la construcción más asequible que se pueda.

Respecto al «COMO Y CUANDO» de la plantilla P.A.E. diremos que, en general, el

Cuando ella le diga:
"Doctor...
siento un gran peso
en las piernas"



Feparil® Gel

Neutraliza todas las manifestaciones
del síndrome prevaricoso.



Feparil® Gel

Combate el éstasis venocapilar.

Composición por 100 g de gel

| | |
|---|----------|
| Aescina roentgenográficamente amorfa | 1,000 mg |
| Polisulfato sódico de Aescina (heparinoide) | 1,000 mg |
| Salicilato de dietilamina | 5,000 mg |

Pesología

En general, de dos a cuatro aplicaciones diarias extendiendo suavemente el gel, que no engrasa ni ensucia, por lo que su aplicación resulta agradable y limpia. No se precisa realizar masaje, pero puede hacerse si la piel no está alterada. No debe aplicarse directamente sobre las úlceras varicosas, sino alrededor de las mismas. Tampoco debe aplicarse sobre superficies eczematizadas.

Presentación y P.V.P.

Tubo con 50 gramos de gel, 150,— Ptas.

(*) En otros países (Alemania, Italia, Francia, etc.) REPARIL GEL

Indicaciones

Piernas pesadas, parestesias, sensación de quemazón. Síndromes prevaricosos. Varices constituidas. Fiebitis, tromboflebitis y periflebitis. Dermohipodermis. Edemas de los miembros inferiores. Úlceras crónicas de las piernas.



MADAUS CERAFARM, S. A.
APARTADO 9116 - BARCELONA

paciente candidato a ella suele ser mujer y acude a la consulta por metatarsalgias difusas con sensación de calor y escozor a modo de quemazón cuya manifestación clínica podológica pueda presentarse de 3 maneras:

- 1.º Que su antepié presente en su cara plantar una hiperqueratosis superficial localizada en las cabezas medias —pie plano transverso— lo que llevará consigo una HIPERRESION a nivel del 2.º, 3.º y 4.º metatarsianos, sin demasiada reacción epidérmica, aquejando algias difusas sin poder precisar exactamente el dolor.
- 2.º Que el antepié presenta una HIPERQUERATOSIS plantar extendida al conjunto de las cabezas de los metatarsianos, traducción de una hiperpresión a casi todas ellas.
- 3.º Que la hiperpresión y la callosidad se halle localizada en 1.º y 5.º metatarsiano.
En el 2.º caso, cuando la hiperqueratosis es difundida a todas las metas, se aplicará un retrocapital en semiluna o barra.
En el 3.º caso, un «padding» que protege solamente el 1.º y 5.º metatarsiano.

Pero no nos dejemos llevar de un delirio colectivo, maníaco, de síndrome antero-capital, cosa que supondría un totalitarismo tecnológico que abocaría nuestro intento al fracaso.

No se puede beneficiar de una plantilla P.A.E. el que quiere sino el que puede y es obligación nuestra saber quien puede y aquí es donde toma consistencia la pregunta CUANDO por lo que antes de aplicar la plantilla se tendrá en cuenta lo siguiente:

- 1.º Comprobar si nos es posible hacer soportar sobre las áreas funcionales un «padding» que nos permita descargar las zonas afectadas sin riesgo de contraer nuevas lesiones o dolores.

COMPAÑERO:

LA REVISTA TE NECESITA Y CUENTA CON TU AYUDA. REFLEJA EN ELLA TUS EXPERIENCIAS PROFESIONALES.

- 2.º Movilizar las articulaciones metatarsofalángicas comprobando que no haya dolor en las cabezas aparentemente sanas.
- 3.º Evaluar la importancia del almohadado plantar o «padding».
- 4.º Tener en cuenta la edad y actividad del paciente.

Cuando se fracasa, pronto o tarde aparecen nuevas lesiones microtraumáticas o zonas dolorosas por lo que deberemos revisar la plantilla procediendo a su corrección.

RESUMIENDO diremos que la técnica de las plantillas P.A.E. la adoptaremos cuando haya una certeza en la funcionalidad de la zona sobre la cual pretendamos un apoyo que nos sirva de trampolín para el desenvolvimiento del paso, absorbiendo las cargas de las zonas afectadas y repartiéndolas sobre las sanas.

Deberemos ser metódicos en la elección de los «padding», siendo rigurosos en la determinación de las cotas, perfiles, bóvedas y hendiduras, etc., comprobando su adaptación, al molde o al pie primero, luego al zapato. RIGOR en el examen clínico completado con el PODOPHOT.

No olvidaremos que este tipo de plantillas tienen un interés incuestionable en la terapéutica de las afecciones epidérmicas pero que serán solamente un complemento del acto de quiropodia y que lo que pretendemos en ellas es prolongar sus efectos beneficiosos.

Como tratamiento coadyuvante, si bien no entra en el campo de nuestra incumbencia, en personas adultas por encima de los 50 años, se recurrirá un tratamiento vasodilatador, gimnasia vascular con pediluvios de agua fría y caliente y en las mujeres menopáusicas, preparados ováricos. Tiroide en los hipometabólicos y obesos y IODO en los artrósicos.

VII Congreso Nacional de Podología

Valencia: 26 al 29 de Junio 1974

AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA
DELEGACION PROVINCIAL DE VALENCIA

Estimado compañero:

Valencia ha aceptado la responsabilidad y el honor de organizar el VII Congreso Nacional de Podología en las fechas 26, 27, 28 y 29 de junio del año actual.

Valencia, la de los jardines y las flores, artesana, agrícola-industrial, universitaria y artista, se congratula en comunicártelo y con los brazos abiertos está apercibida para darte su bienvenida y agasajarte en unas emotivas jornadas congresales de fraternal inquietud de superación profesional. El grupo de compañeros que nos vamos a entregar en su organización, conscientes de la responsabilidad que contraemos de ofrecerte un Congreso inolvidable, te saludan e invitan confiados en tu asistencia, y con ésta vuestra necesaria colaboración para conseguirlo.

El tema general del Congreso será: «AFECIONES DEL PIE ADULTO». Aparentemente simple, tiene gran contenido en el sentido de saber conservar tu salud, cara al futuro de su vejez y corregir sus secuelas derivadas de anomalías mal resueltas en su vejez, niñez y sobre todo el saber conservar y no intervenir en lo bueno que mantengan. Debemos considerar que nosotros no hemos de tratar pies feos sino enfermos.

Que este primer contacto que establecemos contigo sirva para buscar acomodo previsible que te permita asistir y preparar algún trabajo científico relacionado con el tema general. En breve te seguiremos informando sobre pormenores. Hasta entonces en nombre de todos y cada uno de la Comisión Organizadora, te saluda cordialmente,

Isaías del Moral
SECRETARIO GENERAL

La Redacción de la Revista Española de Podología, se complace en comunicar estas primeras noticias acerca del VII Congreso Nacional de Podología a celebrar en Valencia, con la entera confianza de que será del máximo interés para todos, no sólo por la importancia de los puntos a tratar, que bajo el tema «AFECIONES DEL PIE ADULTO», reflejarán la mayoría de los problemas que cada día acuden a nuestra Consulta, sino también por los atractivos que ofrecerá a todos el convivir unos días en la más íntima relación profesional en el maravilloso escenario elegido; Valencia, esa ciudad de nuestro Mediterráneo que abrirá sus brazos para acoger a los compañeros que en ella nos demos cita, ofreciéndonos sus más variados encantos para que guardemos el más grato recuerdo de su hospitalidad. Estamos seguros que, igual que en otros Congresos la asistencia será masiva, y podremos abrazarnos una vez más unidos por ese afán de ampliar nuestros caudales profesionales y nuestra experiencia, dejando a la vez constancia de la importancia y del relevante papel que desempeña hoy la Podología dentro de la Sanidad Nacional.

En el próximo número de la Revista, se darán a conocer, los detalles referentes a los actos del Congreso, así como las diversas actividades que se están llevando a cabo por parte de los Organizadores para procurar que sea lo más interesante posible y que todos saquemos el máximo provecho de estas jornadas de Podología.

NOBECUTAN

APOSITO PLASTICO ESTERIL
ANTISEPTICO, EN FORMA DE AEROSOL.



LAB. INIBSA - Loreto, 8 BARCELONA-15

Labor de las Delegaciones

VIZCAYA:

CURSOS DE PERFECCIONAMIENTO EN LA ESPECIALIDAD

«LA PERFECCION DE LAS PROFESIONES DEPENDE LA PERFECCION CON QUE SE CONOCEN LOS OBJETOS DE ELLAS.»

Querido amigo y colega: El perfecto conocimiento de las cosas en el orden científico forma verdaderos sabios; en el orden práctico, para el arreglo de la conducta en los asuntos de la vida, forma los prudentes; en el manejo de los asuntos de Estado forma los grandes políticos, y en todas las profesiones es cada cual más o menos aventajado a proporción del mayor o menor conocimiento de los objetos que trato o maneja. Pero este conocimiento ha de ser práctico, ha de abrazar también los pormenores de la ejecución, que son pequeñas verdades, por decirlo así, de las cuales no se puede prescindir si se quiere lograr el objeto; en tu caso ser todo un **PODOLOGO**.

Estamos seguros de que una convivencia entre nosotros es fructífera, desde el momento en que los temas que se tratan nos conciernen directamente.

Sabemos positivamente, que estás al corriente por las dos convocatorias anunciadas y celebradas los días 24 de noviembre ppdo. y 26 de enero del actual, de que por parte de esta Delegación se ha programado un ciclo de **CURSOS DE PERFECCIONAMIENTO EN LA ESPECIALIDAD** completamente gratuitos, ya que hay gente que quiere saber. Y Podólogos todos, que queremos revertir nuestras experiencias. Objeto, superarnos cada día más.

Para la celebración de estos **CURSOS**, contamos con el acogedor salón de actos del Colegio Médico. Contamos con tu asistencia. Con que acudas el primer día no pierdes nada. Te prometemos, que ni el tiempo que tanto te hace falta. Si no marchas satisfecho, no seremos jueces de tus aspiraciones. Acude. No nos defraudes. Al objeto de que puedas acudir, para una mayor facilidad en tus quehaceres diarios, hemos escogido un horario y un día que creemos son los más adecuados para el mayor número de compañeros.

Adjunto a esta carta-circular, nos complace mucho facilitarte el calendario de fechas y **TEMAS** del citado ciclo de **CURSOS** didácticos y prácticos. En el boletín que también te remitimos, te agradeceremos nos des tu opinión rellenándolo con tu disposición de asistencia. Por este medio podremos saber con el número de aproximado de **PODOLOGOS** con que vamos a contar, al objeto de solicitar de prestigiosos Laboratorios de Especialidades Farmacológicas el suficiente número de fascículos de extremidad inferior, muestras de nuestra Especialidad y otros obsequios profesionales.

Te saluda cordialmente esta Delegación de Podología de Vizcaya que espera con agrado tu asistencia.

TEMAS:

Mes de Febrero

Día 9 Sábado — hora 8 tarde — 1.º) RELACION PODOLOGO CLIENTE EN CONSULTA.

Día 23 " — hora 8 " — 2.º) INSTRUMENTAL NECESARIO EN CONSULTA.

Mes de Marzo

Día 9 Sábado — hora 8 tarde — 3.º) FARMACOPEA PODOLOGICA PRECISA EN NUESTRO GABINETE.

Día 23 " — hora 8 " — 4.º) FICHA PODOLOGICA.

Mes de Abril

Día 6 Sábado — hora 8 tarde — 5.º) EXPLORACION ELEMENTAL DEL PIE.

Día 20 " — hora 8 " — 6.º) ATRIBUCIONES DEL PODOLOGO.

Día 27 " — hora 8 " — 7.º) BIBLIOGRAFIA PODOLOGICA. MESA REDONDA y CLAUSURA.

P.D. Después de cada exposición del tema, habrá un coloquio. ¡IMPORTANTE!: Dentro de este ciclo de cursos, oportunamente daremos a conocer fecha de una conferencia Magistral, que nos pronunciará el Dr. Villalonga. El tema versará sobre: LA SOFROLOGIA APLICADA A LA PODOLOGIA.

Por causas ajenas a la organización, o el criterio de los asistentes si así lo estima, éste programa puede variarse.

BOLETIN A RELLENAR

PODOLOGO D.

Domicilio

¿Ejerces la Especialidad? SI - NO (Táchese lo que no proceda).

¿Como iniciación, te parecen de interés los temas de éste primer CURSO DE PERFECCIONAMIENTO? SI - NO (Tacha lo que no te interese).

¿Te parecen oportunos la hora y el día? SI - NO (Tacha lo que NO te interese).

Si para ti son negativos, indícanos qué día y horario te parecen los mejores.

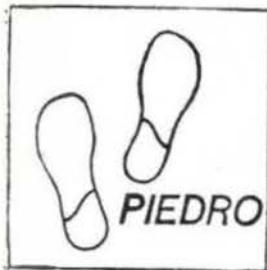
¿Te interesa acudir a los mismos? SI - NO (Tacha lo que no proceda).

Firma

P.D. Una vez cumplimentado este boletín, envíalo por correo a las señas indicadas. Gracias.

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)

La Delegación de Málaga, nos remite la siguiente crónica alusiva al viaje de nuestro Presidente Nacional, por tierras de Málaga y Granada.

Durante los pasados días 24-25 del mes de noviembre, nuestro Presidente D. Leonardo Escachs Clariana, ha girado una visita a las delegaciones provinciales de Granada y Málaga. De rotundo éxito podemos calificar el resultado de su visita oficial porque ha constituido para todos los agrupados una inyección de ilusiones, esperanzas e inquietudes, por cuanto se está gestando en aras de un mayor prestigio y relieve de la especialidad.

D. Leonardo Escachs fue recibido en el aeropuerto malagueño por el delegado provincial, Sr. Gutiérrez Velasco y podólogos Señores Ramírez Torres y Domínguez Sánchez-Vera. Así mismo, cumplimentó al Presidente

Nacional, el Presidente del Colegio Oficial de A.T.S., D. José Godoy Canela, el cual por imperativos de trabajo se despidió hasta la noche, en que en el salón de actos del Colegio se celebraría la reunión de agrupados.

Acto seguido los citados señores emprendieron el viaje a Granada, con más de dos horas de retraso con el horario previsto a causa de la niebla que cerró el aeropuerto malagueño que retrasó la llegada de nuestro Presidente. Nuestra preocupación era grande, pues los compañeros granadinos estaban citados para un almuerzo que debería tener lugar en la ciudad hermana a las tres de la tarde y por mucho que se pisara el acelera-



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

dor era de todo punto imposible el llegar a tiempo. Para colmo de nuestras desdichas estaba lloviznando y esto había puesto el firme de la carretera muy resbaladizo, por lo que teníamos que reducir nuestra velocidad. Llegamos a Granada pasadas las 5 de la tarde y nos dirigimos directamente al domicilio del delegado, nuestro querido amigo Manolo Ruiz orales. Allí estaban reunidos todos los compañeros de la citada ciudad, llenos de inquietud por nuestra tardanza y temiendo el que nos pudiera haber pasado un accidente, pues comunicaron con Málaga y les dijeron que habíamos salido a las 11.30, hora que estaba prevista en un principio.

Disipados los temores y al enterarse de que aún no habíamos comido la Sra. de Ruiz Morales improvisó un suculento almuerzo. Queremos testimoniar aquí la extraordinaria acogida que recibimos en Granada y expresamos nuestras más efusivas gracias a todos y cada uno de los queridos compañeros, y muy especialmente a la distinguida Sra. de Ruiz Morales que se desvivió en atenciones para con nosotros.

Pasamos al salón a tomar el café y allí tuvimos un amplio cambio de impresiones referentes a nuestra especialidad. El Sr. Escachs hizo un resumen del estado actual de la Podología y trazó las líneas a seguir en el futuro de la delegación granadina. A las 7 de la tarde dimos por terminada nuestra visita a Granada, no sin antes llamar por teléfono a Málaga para aplazar los actos hasta las 10 de la noche.

La presencia de D. Leonardo Escachs en el Colegio Oficial de A.T.S. de Málaga fue acogida con una cerrada ovación de los 40 especialistas de la ciudad y provincia.

El presidente del Colegio, Sr. Godoy Canela, podólogo en ejercicio, dedicó unas palabras de bienvenida al Presidente Nacional, pronunciando a continuación una conferencia podológica.

Intervino a continuación el delegado provincial, Sr. Gutiérrez Velasco, que como delegado le dio la bienvenida y le expresó la satisfacción que su visita producía en todos. Presentó a continuación su dimisión, ya que llevaba 4 años al frente de la Delegación y creía que era conveniente la renovación.

Hizo seguidamente un resumen de su labor que dividió en 5 puntos:

- 1.º Actualización de la tarifa de honorarios mínimos. Cuando llegó al cargo estaba establecida en 50 pesetas, en desacuerdo con nuestra categoría; después de subidas periódicas se ha fijado en 200 pesetas que empezará a regir a 1.º de enero.
- 2.º Creación de la biblioteca de temas podológicos. Se nombró a D. Fernando Muñoz Campos para el cargo de bibliotecario, él ha ido recopilando una serie de títulos podológicos y hoy podemos ofrecer una bien nutrida biblioteca que está al servicio de todos los agrupados.
- 3.º Premios a los podólogos conferenciantes. Se hizo por dos motivos: para estimular a los podólogos malagueños a que dieran conferencias y para premiarles su participación con la delegación. El año pasado se dieron tres premios, el 1.º donado por el Colegio, un oscilómetro clínico, valorado en 5.500 pesetas; el 2.º, una jeringa Dermo-Jet para anestesia sin pinchazo, donado por Constantino Velasco Lainz. Para el próximo ciclo de conferencias ya tenemos un premio: un podoscopio donado por Peusek.
- 4.º Cena de hermandad. Pusimos en práctica el celebrar anualmente, una cena de hermandad entre todos los podólogos malagueños y esposas. Los gastos corren por cuenta de la delegación. Los motivos, el llegar a conocernos mejor, el comprendernos mejor, el limar las pequeñas asperezas que puedan surgir en nuestro campo profesional.
- 5.º Campaña de divulgación de la especialidad. Se proyectaron una serie de diapositivas habladas, con frases alusivas a nuestra especialidad en distintos cines de Málaga y provincia, por espacio de 6 meses. Los gastos a cargo de la delegación.

Continuó su intervención diciendo que todo lo anterior era cosa pasada, lo importante en estos momentos es el futuro de la delegación. «Actualmente necesitamos un dele-

gado apasionado e impaciente, solidarizado con el reto del futuro de la especialidad. Todas las tareas que se lleven a cabo durante la nueva junta directiva tienen que estar vertebradas de una voluntad de entregas y sacrificios recíprocos entre el nuevo delegado y el resto de los agrupados. De otra manera no conseguiremos absolutamente nada.»

Terminó su intervención haciendo votos por el futuro de la podología y en concreto por la delegación malagueña.

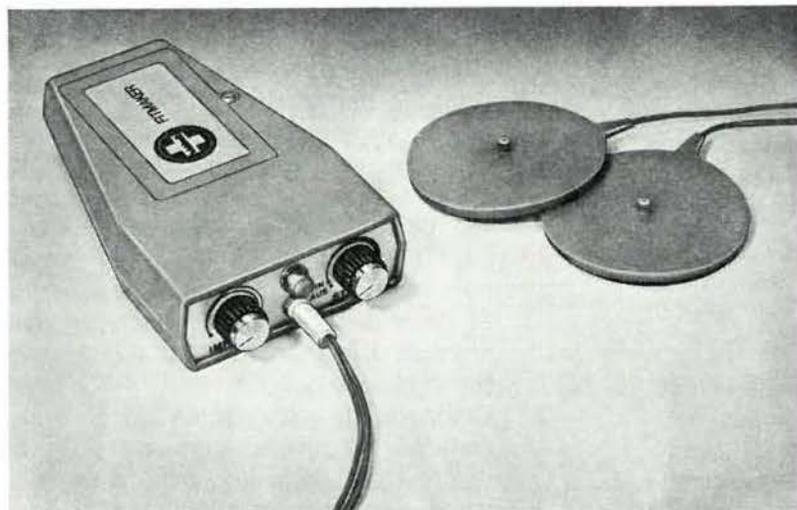
Habló a continuación nuestro presidente nacional Sr. Escachs, el cual después de saludar a los presentes expresó la satisfacción que sentía de encontrarse nuevamente en tierras malagueñas. Seguidamente el Sr. Escachs expuso entre otras cosas la especial consideración que en la junta nacional se tiene para con la delegación malagueña, la que calificó como una de las que mejor funcionan en el país. Recordó la brillantez de la II Manifestación Nacional de Salud del Pie, aquí celebrada en el año 1968. Con relación a la dimisión de su cargo, presentada por el Sr. Gutiérrez Velasco, manifestó que eran

los presentes los que tenían que decidir, pero que él particularmente estaba satisfecho con su labor, pues tiene capacidad de trabajo y sobre todo está enamorado de su especialidad. Los muchos aplausos de los presentes fueron confirmación de las palabras del Presidente Nacional y el Sr. Gutiérrez Velasco retiró su dimisión.

A continuación el Sr. Escachs anunció que el próximo año se celebrarán en Málaga cursos prácticos a nivel regional. Invitó a los malagueños al Congreso Nacional para el próximo verano en Valencia, y a un curso de perfeccionamiento que tendrá lugar en Filadelfia, en el primer trimestre de 1974.

Se estableció a continuación un animado coloquio entre la presidencia y los asistentes al acto, sobre temas relacionados con el presente y futuro de nuestra profesión.

Terminó la visita del Presidente Nacional con una cena de hermandad en un típico restaurante de la costa, al final de la misma le fueron entregados varios obsequios de manos de los señores Gutiérrez Velasco y Ramírez Torres.



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; pta. 33
BARCELONA-15
Tel. 93/239 53 06

Indicadísimo en los tratamientos de:

- METATARSALGIAS (posturales, reumáticas, circulatorias)
- HALLUX VALGUS (con bursitis o con inflamación artrósica)
- ESPOLON DEL CALCANEO Y OTRAS EXOSTOSIS
- TENDINITIS — DISTENSIONES — ERITEMA PERNIO — VARICES — PRINCIPIOS DE CLAUDICACION, etc.







Handwritten text in a cursive script, likely a medical or scientific report, written on a yellow background. The text is arranged in several lines, with some words appearing to be in a different language or dialect. The handwriting is dense and somewhat difficult to decipher.



REVISTA ESPAÑOLA DE

PODOLOGIA

A.P.E. Marzo - Abril

n.º 38 1974



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. Inbisa - Loreto, 8 - BARCELONA - 15

REVISTA ESPAÑOLA DE

PODOLOGIA

ORGANO DE LA AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

A. P. E.

Redacción:

Diputación, 118, 2.º, Pral, 2.ª, Barcelona (15)

Director:

Leonardo Escachs Clariana

Sub-director:

Pablo Vilató Ruiz

Redactor jefe:

Martín Rueda Sánchez

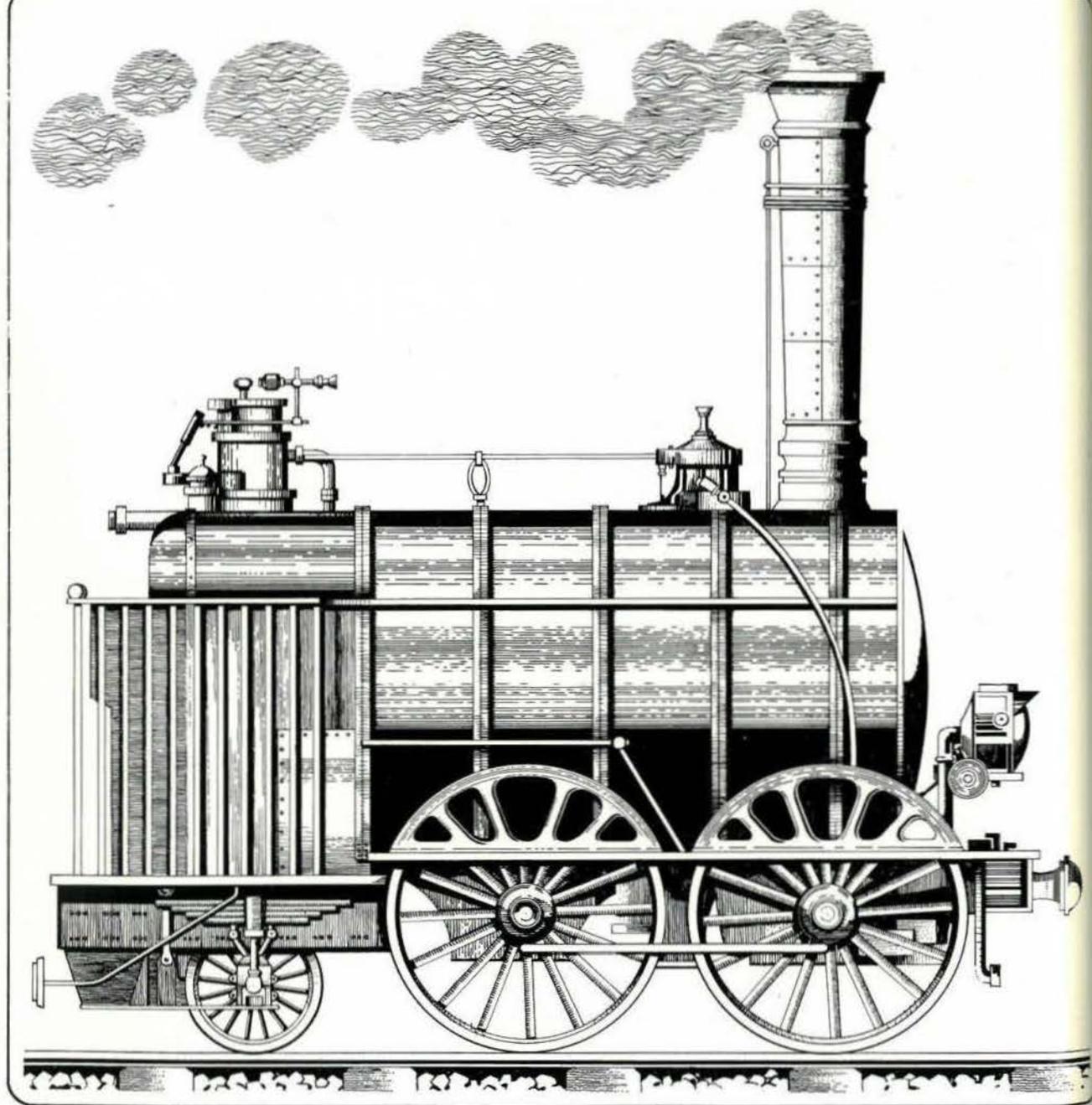
Administración:

Manuel Gavin Barceló

GRAFICAS RENACIMIENTO - Depósito legal B-13.484 - 1974

SUMARIO

-
- | | |
|----|---|
| 3 | Junta de Gobierno |
| 5 | Editorial |
| 7 | Importancia de los ejercicios activos en el pie plano infantil |
| 16 | VII Congreso Nacional de Podología |
| 18 | Balance, estudio y observaciones al finalizar el primer año como Podólogo en Huelva |
| 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

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 | Santiago de Compostela |
| Vocal | D. LUIS INCHAURRONDO | Irún |
| Vocal | D. JOSE M.º BAEZ BASAURI | Bilbao |
| Vocal nato | D. ZACARIAS GARCIA ANDRES | Madrid |
| Vocal nato | D. JAIME SALA PICH | Barcelona |

DELEGADOS DE ZONA

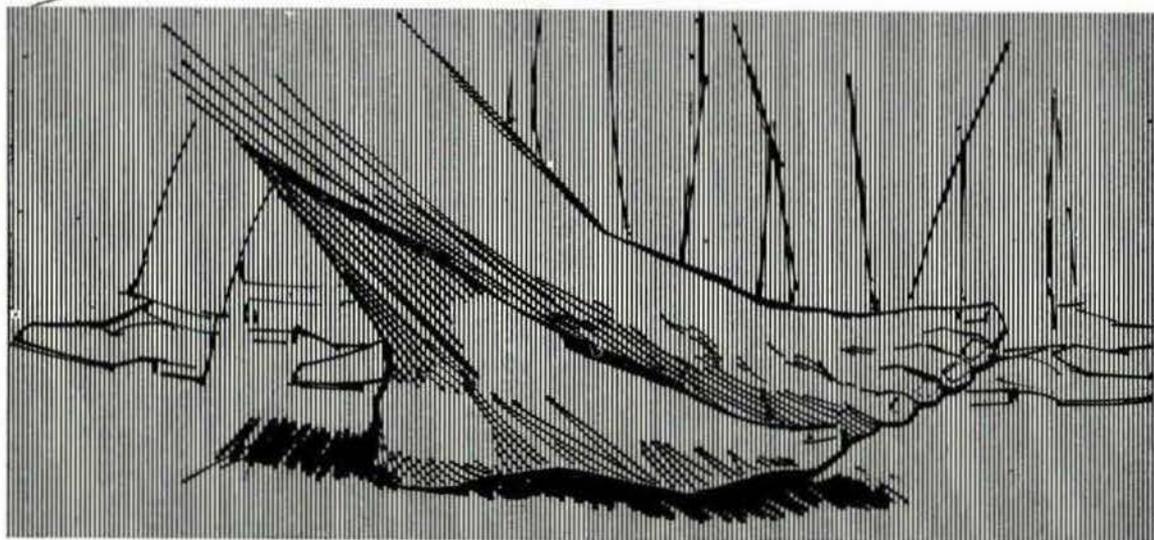
- D. José M.º Báez Basauri, Mayor, 27, 6.º. Las Arenas. BILBAO.
- D. José Luis Inchaurredo. Paseo de Colón, 65. IRUN.
- D. Juan Vidán Torres. Preguntoiro, 10. SANTIAGO DE COMPOSTELA.
- D. Antonio Báez Prieto. Alcalá, 313. MADRID.
- D. José Antonio Calvo García. Coso, 77, 5.º. ZARAGOZA.
- D. Jaime Sala Pich. Muntaner, 142. BARCELONA-11.
- D. Isaias del Moral Cejalvo. 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.
- BADAJOS: D. José Villafaina de la Cruz.
- BARCELONA: D. Jaime Sala Pich.
- BILBAO: D. Victor 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.º Boch Doménech.

- GRANADA: D. Manuel Ruiz Morales.
- GUADALAJARA: Sin Delegado Provincial.
- HUELVA: Sin Delegado Provincial.
- HUESCA: Sin Delegado Provincial.
- JAEN: D. Leonardo Rodriguez 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. Zacarias 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.º M.º 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 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-8.

EDITORIAL

Ya estamos en 1974 y la Podología ha hecho un año más de historia, una historia en la que todos hemos grabado con nuestro trabajo una especialidad que ya «suenan», porque aunque nueva, tiene un fundamento sólido, afincado en la labor de unos compañeros que quieren a su profesión porque no les gusta tal como es y se comprometen y sueñan en conseguir metas cada día más altas para ella.

Es verdad que en unos años se ha conseguido mucho, pero también es cierto que el camino a recorrer es todavía muy largo y lleno de obstáculos y nuestra profesión se ve día en día amenazada, por lo que hemos de estar unidos y dispuestos a hacer algo grande por ella. No importa nuestro puesto de trabajo ni nuestra labor encomendada, aquí se trata de un trabajo de equipo, sin ambiciones individuales, sino con una meta trazada que nos comprometa a seguir luchando para poner en buen lugar ese nombre que ostentamos, que ha costado tanto sacrificio conseguir y que es tan codiciado por muchos.

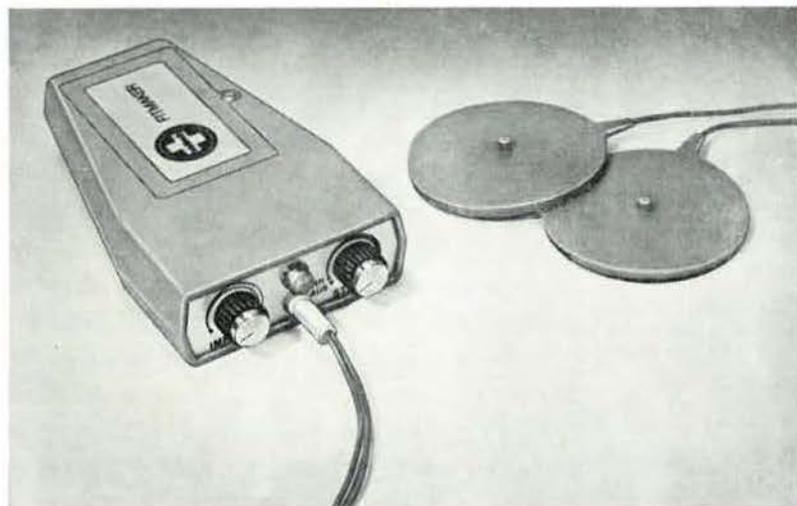
Como otros años, éste se presenta lleno de inquietudes y actos, y así, tenemos en Junio otro Congreso Nacional, el VII, donde

tenemos la inexcusable obligación de demostrar que somos un grupo fuerte y como tal tenemos un puesto bien ganado dentro de la Sanidad; todo el mundo debe saber que hay unos especialistas que cuidan de que «el mundo siga de pie», y para ello es necesario velar por la salud de la población mundial, promover la salud del pie e incluir los servicios correspondientes dentro de los planes nacionales de acción sanitaria. Yo creo que es una responsabilidad muy grande la que hemos contraído al escoger esta especialidad, creo que tenemos que hacer algo, tenemos que lanzar a los cuatro vientos que estamos aquí porque somos sobradamente capaces de desempeñar nuestra labor, tenemos que mentalizar a la gente e infundirles una idea para que al igual que relacionan al Pediatra, al Otorrino, al Carpintero o al Panadero, relacionen la Podología con el pie. Todavía hay mucha gente que para quitarse un heloma o tienen un pie plano o cavo que les produce cansancio, dolor, trastornos circulatorios, etc., acuden a profesionales no idóneos, se medican y no sienten alivio, pero pasan días y días y no se les ocurre empezar por esa parte tan importante que puede ser la causa de su mal: el pie, ni tampoco

se les aconseja que visiten al Podólogo. Por eso nosotros tenemos que ser metódicos en nuestro trabajo, pensar que el pie no es un trozo de carne unido al resto del cuerpo y con unos apéndices más o menos uniformes que llamamos dedos y que puede tener unas callosidades que hemos de quitar, sino ver el pie como una porción de nuestro organismo que puede ser causa de muchas enfermedades y puerta de entrada de infinidad de afecciones generales, y así cuando venga un paciente, reconocerle dentro de nuestro campo y si observamos alguna enfermedad o algún trastorno que salga de nuestra especialidad, enviarlo al especialista correspondiente, y así éste cuando le venga un paciente con un problema podológico lo enviará también al especialista más idóneo, al Podólogo,

y no verá en éste un simple rutinario, sino un profesional competente.

Es una pena que incluso en Organismos Oficiales se siga ignorando nuestra profesión, y lo peor es que tal vez sea un poco por culpa nuestra, porque no la hemos divulgado lo suficiente o porque no le hemos prestado el interés que se merece. Ahora tenemos una ocasión más de hacer algo por ella, por eso te esperamos en Valencia, para que aportes tu labor o saques un provecho de estas jornadas de podología y para que la gente sepa que ya «pisamos fuerte», porque somos un grupo que tiene como meta una causa común, la Podología, y que trabajamos en equipo y aprovechamos la más mínima circunstancia para propagar nuestra querida profesión.



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; pta. 33
BARCELONA-15
Tel. 93/239 53 06**

Indicadísimo en los tratamientos de:

- METATARSALGIAS (posturales, reumáticas, circulatorias)
- HALLUX VALGUS (con bursitis o con inflamación artrósica)
- ESPOLON DEL CALCANEÓ Y OTRAS EXOSTOSIS
- TENDINITIS — DISTENSIONES — ERITEMA PERNIO — VARICES — PRINCIPIOS DE CLAUDICACION, etc.

Importancia de los ejercicios activos en el tratamiento del pie plano infantil

Por FRANCISCO BARRENECHEA
Podólogo y Fisioterapeuta

La bóveda del pie se mantiene por el concurso de tres factores:

- 1.º La forma de los huesos, que al encajarse entre sí, constituyen la bóveda plantar.
- 2.º Los ligamentos y la aponeurosis plantar.
- 3.º El tono de los músculos plantares, tibiales y peroneos.

Cuando un pie se aplanan es difícil valorar cuál de los tres mecanismos que mantienen la bóveda falla en el hundimiento. El astrágalo vertical, la sinostosis calcáneo-escafoidea, el escafoide accesorio, etc., pueden ser causa de un pie plano. También trastornos musculares como la poliomielitis, la corteza del tendón de Aquiles, la implantación adelantada del tibial anterior, etc., Sin embargo, podemos inclinarnos a la creencia y la causa más frecuente es el fallo conjunto de ligamentos y músculos.

Unas de las estadísticas de diversos países, la enorme cantidad de pies insuficientes que se decubren en los niños en edad escolar. Haciendo un resumen de estas revisiones escolares, encontramos un porcentaje que oscila de un 40 % a un 50 % de pies con alteraciones estáticas.

Morton, en la introducción de su trabajo

sobre la evolución del arco longitudinal del pie humano, dice:

«El pie humano moderno, civilizado, como una estructura mecánica perfecta, es casi siempre una excepción.»

y en otra parte:

«Los desórdenes de los pies son el más común de los trastornos físicos de los pueblos civilizados.»

Morton insiste en las «alteraciones del pie civilizado». ¿Por qué? Muy sencillamente porque el hombre primitivo —y en nuestros días los hombres salvajes que habitualmente andan descalzos— presentan en muy raras ocasiones alteraciones en la estática de sus pies.

Hohmann dice:

«El pie de los salvajes posee una fuerza muscular extraordinaria. El esqueleto del pie de los individuos de raza negra muestran el mismo abovedamiento que los de la raza blanca.»

W. C. Thomson estudió las huellas plantares de indígenas, encontrando idénticas características que en los blancos, y, sin salir a ninguna parte, veamos por curiosidad los pies de los gitanos que habitualmente andan descalzos.

De ello se deduce que una gran parte de los pies insuficientes que encontramos en los hombres civilizados deben relacionarse con el calzado, el cual atrofia la musculatura pédica.

Sauerman, del Instituto Balsen, ha realizado una investigación muy interesante. Examinó los pies de 15 mujeres (6 muchachas menores de diecisiete años y 9 mayores), las cuales hizo descalzar durante quince días.

Antes las midió con toda precisión los pies. Pasados los quince días, volvió a comprobar y encontró que el discreto hallux-valgus que presentaba la mayoría había disminuido; en una de ellas pasó de + 19 grados a — 4 grados. Aumentó la divergencia de los dedos y su movilidad, así como la amplitud de movimiento y fuerza. Aumentó la altura de la bóveda plantar; mejoró la circulación; disminuyó la frialdad y la humedad cutánea.

Por desgracia, el hombre civilizado, al alcanzar la edad adulta, ha perdido la capacidad de utilizar la acción de los músculos cortos del pie, mientras que en la infancia se suele conservar esta capacidad funcional.

Por lo tanto, si la atrofia muscular es un factor tan importante en la etiología del pie plano y en la infancia se conserva aún la capacidad de obtener un buen desarrollo muscular, es de capital importancia conseguir que se revisen los pies de todos los niños en edad escolar, con lo cual podremos —en la inmensa mayoría de los casos— curar incruentamente, a base de ejercicios activos, los pies insuficientes.

Contra esto se puede aludir que aquellos pies en los que la bóveda fracasa por el fallo de los elementos óseos, o por una laxitud ligamentosa, un tratamiento tónico muscular será insuficiente. Pero incluso en estos casos, un buen desarrollo muscular completado con unas plantillas ortopédicas, puede llegar a compensar la estática del pie.

Aquí veremos la importancia que tiene un buen desarrollo muscular y lo que puede lle-

gar a influir en la arquitectura de la bóveda plantar, el dato que entre unos cientos de los pies de bailarines que estudiaron los autores, un 70/60 % daba una huella plantar de pie cavo. Con lo cual llegamos a la conclusión de que el pie del bailarín que tiene un gran entreno muscular, no es plano descontracturado como venía defendiéndose, sino un pie cavo, opinión que Lelievre comparte.

Músculos como elemento activo en el mantenimiento de la bóveda del pie

Los músculos locomotores del pie se dividen en largos y cortos. Según Hohmann, los autóxicos evalúan la potencia sustentadora de los músculos cortos del pie en 200 kgs. y constituyen los verdaderos tirantes de la bóveda plantar. Exceptuando el pedio relativamente débil, los demás están situados en la planta. En la parte interna y adosados al primer metatarsiano, encontramos el aductor flexor y abductor del dedo gordo, que alcanza un gran desarrollo. Alrededor del quinto metatarsiano, se agrupan el abductor, el flexor y el oponente del quinto dedo. Entre estos grupos musculares, encontramos los músculos plantares medios, muy importantes, que son el flexor corto plantar —muy potente—. En su cara dorsal están los lumbricales, el cuadrado carnoso de Silvio o accesorio del flexor largo de los dedos, y por encima de dos planos los interóseos.

Estos músculos plurisegmentados y de funcionalismo múltiple, con sus inserciones en el mismo pie, están recubiertos y sostenidos por la aponeurosis plantar, que se halla íntimamente unida a los mismos. Es muy resistente y de estructura tupida. Por atrás se inserta en el calcáneo y por delante se divide en cinco fascículos o lengüetas que van a unirse al filerocartílago glenoideo de las articulaciones metatarsófalangicas y a los ligamentos vaginales y de los dedos.

En los músculos largos es notable el predominio de los flexores plantares sobre los flexores dorsales; ocho flexores plantares (aemelos, soleo, peróneos, tibial posterior, flexor largo de los dedos y flexor propio del dedo gordo) que puede desarrollar un traba-

jo mecánico de 18,5 kgs., mientras que los tres flexores dorsales (tibial anterior, extensor común de los dedos y extensor propio del dedo gordo) sólo consiguen desarrollar 4,5 kgs. Esta desproporción en la potencia de ambos grupos se explica considerando la gran importancia funcional de los flexores plantares para andar, correr, escalar, ponerse de puntillas y, como fijación del pie en la bipedestación, para impedir que el cuerpo caiga hacia adelante.

El tríceps sural tira del calcáneo hacia arriba y durante la carga desarrollaría un efecto aplanador de no ser por la acción antagonista de los flexores cortos y aponeurosis plantar.

En la flexión plantar genuina del pie, además del tríceps sural actuando conjuntamente intervienen, los peroneos laterales y los flexores largos de los dedos, equilibrando el movimiento. Sin embargo, en otros movimientos ambos grupos son antagonistas, pues mientras los peroneos laterales son pronadores y abductores, los flexores largos son aductores y supinadores.

Teniendo en cuenta la forma de la inserción terminal del tibial posterior, puede ya corregirse la importancia de su función en el mantenimiento de la bóveda. De ahí que una gran parte de los ejercicios destinados a corregir el pie plano están destinados a aumentar la potencia de este músculo. Meyer ha hecho resaltar que, además de insertarse en el tubérculo del escafoides, envía expansiones tendinosas que generalmente terminan a nivel de la base de los tres primeros metatarsianos y de las tres cuñas, por lo que considera como «de poderoso sostén de la bóveda plantar». Pero no es sólo por su acción en las inserciones terminales que este músculo actúa elevando el arco longitudinal interno; anteriormente su tendón, junto con los de los dedos flexores largos, pasa por debajo del «sustentaculum tali», del calcáneo y del ligamento calcáneo-escafoideo inferior, constituyendo la parte motora del sistema tibio-astrágalo-calcáneo de Roie-Puerta, pues cuando se contrae ofre-

ce un fuerte punto de apoyo, evitando que en el hemipaso anterior se valguice el talón.

El tibial anterior no actúa directamente en el mantenimiento del arco interno. Su inserción en la primera cuña y base del primer metatarsiano, nos dice que su acción es eminentemente supinadora y flexora dorsal. Por lo tanto, no creemos que tenga la importancia que le atribuyen algunos autores en el mantenimiento de la bóveda. Por el contrario, puede ser causa de un pie plano, como indica Niederecker, la inserción excesivamente adelantada del mismo.

El peróneo lateral largo desempeña una misión activa en el mantenimiento de la bóveda. Por una parte, discurre por la planta del pie para insertarse en la base del primer metatarsiano y primera cuña, su contracción tiende a acercar el punto de inserción terminal a la polea de flexión cuboidea contribuyendo poderosamente al mantenimiento del arco interno, pero por otra parte, como indica Meyer, cruzan sus inserciones el tibial posterior y el peróneo lateral largo en la parte anterior del tarso en forma de cincha o estribo tendinoso. La acción sinérgica de ambos tiende, además, a marcar la concavidad transversal de la bóveda plantar.

El peroneo lateral corto, llamado «músculo del pie plano» por Hohmann, es pronador y abductor del antepié.

Los extensores de los dedos son abductores y pronadores.

Estamos convencidos que el grado de intervención de cada uno de los elementos del pie en el mantenimiento y preservación de la bóveda plantar, varía según la época de la vida que se considere. En el adulto que tiene los huesos completamente osificados y los ligamentos resistentes, la acción de la estructura osteoligamentosa ocupa un lugar preeminente. Por el contrario, en el niño, y tanto más cuanto menor sea su edad, el sistema muscular desempeñará el papel principal en la acción de descarga del pie. Sus huesos, aún rodeados por una cubierta cartilaginosa, y sus ligamentos muy elásticos, restan cohesión a las diferentes piezas óseas.

Influencia de los músculos en la patogenia del pie plano

Hay discrepancias respecto a la importancia de los músculos como factor patogénico de esta afección. Sin embargo, su acción es importante, ya que el pie no puede desempeñar normalmente su función si ante todo los músculos no actúan correctamente. La musculatura como motor del pie en sus múltiples articulaciones y como sostén de órgano de tan maravillosa estructura, ocupa un puesto prominente en la totalidad del proceso vital pédico.

Vamos ahora a estudiar lo que pasa cuando fallan y cuando su acción es perturbadora.

Es curioso la hipótesis que planteó Heubischer en cinco extremidades inferiores que tenían el pie plano. Extirpó los nueve músculos largos de la pierna, seccionándolos a nivel de sus inserciones determinó el volumen y peso de cada uno de ellos, encontrando que mientras los supinadores estaban bien desarrollados, el flexor largo del dedo gordo lo encontraba sistemáticamente atrofiado, deduciendo de lo expuesto que la hipótesis según la cual el pie plano se acompaña sistemáticamente de debilidad general de los músculos supinadores, era inexacta, considerando como factor esencial en la etiopatogenia del pie plano la debilidad del flexor propio del dedo gordo.

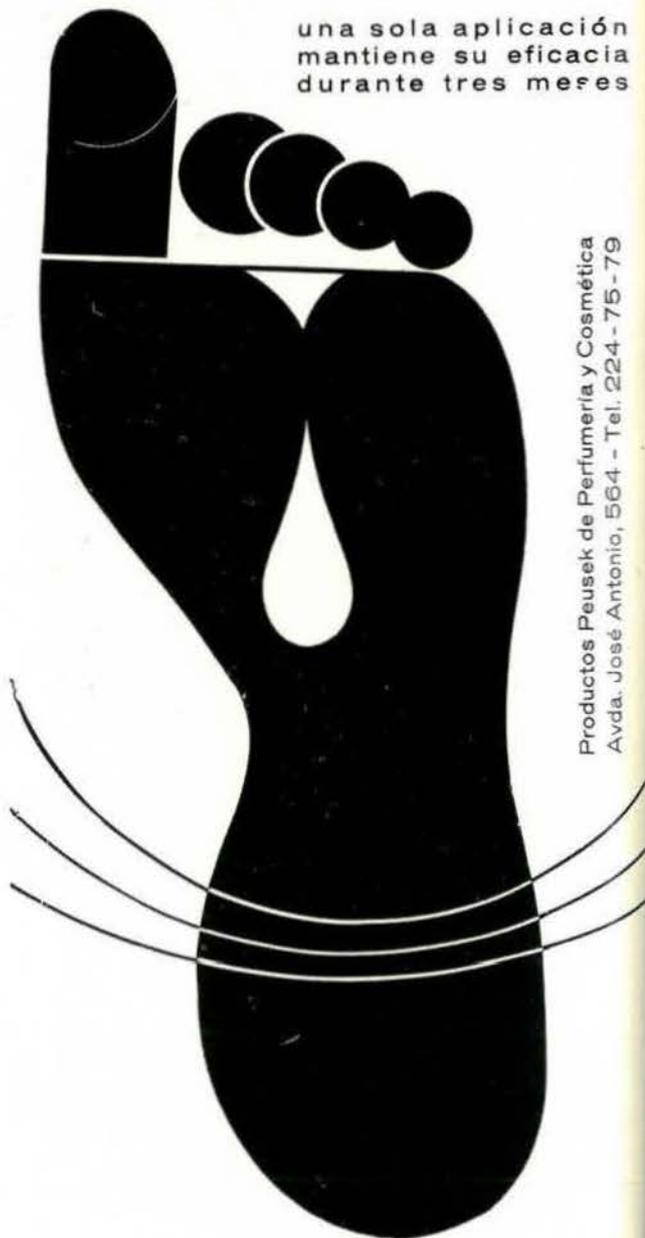
Es un hecho ya conocido y demostrado por Duchenne en sus estudios sobre electrofisiología muscular, que el tibial posterior es el músculo más importante y potente que actúa en la supinación de hemipié posterior y aducción del antepié, y que la parálisis aislada de este músculo desencadena un pie valgo. Hohmann intenta explicar esta aparente contracción, considerando que los pies planos estudiados por Huebscher, eran casos muy avanzados de personas adultas. Cuando un pie se aplanan con la larga, el individuo, instintivamente, contrarresta el aplanamiento con una función activa. Contrae los músculos supinadores, siendo el resultado una hipertrofia funcional de los múscu-

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, que no llega a equilibrar al pie debido al calzado. Este detalle ya lo señaló Fick, pero Huebscher no lo interpretó.

Al estudiar el pie plano, muchos autores consideran sinérgica la acción de ambos peróneos laterales, pero en realidad hay una gran diferencia entre uno y otro. El peróneo lateral corto, en lo que respecta al pie plano, es un músculo negativo, aplana al pie, aduce el antepié y valguiza el talón. Es corriente encontrarlo contracturado en un pie insuficiente. En cambio, su hermano gemelo, el peróneo lateral largo, discurre por debajo del cuboides, cuya cara inferior cruza de atrás y fuera hacia adelante y dentro. Por esto posee una acción pronadora sobre el pie plano incipiente; además, como ya hemos apuntado, actuando conjuntamente con el tibial posterior, aproxima los metatarsianos y ayuda a mantener elevada la bóveda plantar.

El tríceps sural eleva el calcáneo, por lo que aplana la bóveda y tiende a valguizar el talón. Si está retraído intentaremos distenderlo, pero no podemos excluirlo, como indicó Nicoladoni, pues los flexores sin antagonista dominarían excesivamente al calcáneo. De los flexores largos de los dedos sólo cabe decir que la civilización obliga a llevar un calzado que menoscaba la capacidad funcional de estos músculos.

El tibial anterior es supinador y elevador del borde interno del pie. Actúan muy intensamente en la deambulación, evitando que el pie caiga rápidamente contra el plano del suelo. Hay que procurar fortalecerlo en el pie plano, pero evitando su acción supinadora sobre el antepié.

Los extensores son los abductores del antepié cuando éste está desviado en sentido valgo. En el pie plano espástico se distiende y resalta en el empeine.

Los pequeños músculos plantares también se encuentran atrofiados, especialmente porque pierden toda posibilidad de desarrollar su capacidad funcional, por la rigidez articular y el hundimiento de la bóveda plantar

que los distiende. Finalmente, la aponeurosis plantar, que tan íntimamente está unida y relacionada con estos músculos, pierde su tirantez. En el pie normal, no hay en realidad un equilibrio muscular; éste aparece solamente al actuar conjuntamente la sinergia muscular y el peso corporal. En cuanto el pie, se aparta de su posición intermedia, varía el momento estático de los músculos y su manera de actuar, por lo cual hay un predominio de pronadores. La hiperfunción y la disfunción lesionan a los músculos que están excesivamente distendidos. De persistir este estado largo tiempo, se desarrolla gradualmente la miogelosis y la degeneración o grasa en el seno de los músculos. Por esto, creemos tan importante un diagnóstico precoz de las insuficiencias del pie.

Los ejercicios activos en el tratamiento del pie insuficiente infantil

Creemos que en el pie plano infantil la rehabilitación muscular debe considerarse como pieza fundamentalísima de su tratamiento, ya que si la bóveda plantar puede hundirse por fallo, además de los músculos de los ligamentos y de los huesos, la única estructura sobre la que se puede actuar y modificar sus condiciones funcionales son los músculos, con la particularidad que la hiperfunción de los mismos puede llegar a compensar, en muchos casos, el déficit ligamentoso; y además consideramos que en el niño el factor muscular es el que toma parte más activa en el mantenimiento de la bóveda plantar.

Tan importante o más que el tratamiento del pie insuficiente es la profilaxia del mismo. Las tendencias incorrectas de desarrollo reconocidas precozmente, permitirán tomar medidas antes de que un pie plano se instaure.

Las medidas profilácticas comienzan desde las primeras semanas de vida. Deben evitarse las envolturas o fajas que, trabando los movimientos de los miembros inferiores, interfieren su desarrollo. Debe abolirse el uso de medias o escaupines, pues limitan

NOBECUTAN

APOSITO PLASTICO ESTERIL
ANTISEPTICO, EN FORMA DE AEROSOL.



LAB. INIBSA - Loreto, 8 BARCELONA-15

los movimientos de los dedos de los pies. Thomsen dice que un lactante normal encoge y estira sus dedos de los pies entre 200 y 300 veces por día, disminuyendo considerablemente cuando se le colocan escarpines, lo que lógicamente tendrá que interferir en el desarrollo del pie.

Nunca debe facilitarse al niño a mantenerse en actitud de pie, hasta que sus músculos estén lo suficientemente desarrollados y fuertes para soportar el peso del cuerpo. Es perjudicial el uso de andadores y cualquier otro aparato que facilite al niño pararse. Punto importantísimo en la profilaxis del pie plano en el niño lo constituyen las medidas que se tomen cuando empieza la deambulaci3n. Nunca debe forzarse la bipedestaci3n y la marcha. Por desgracia, la impaciencia o el orgullo mal entendido de los padres acortan este período de gateo, poniendo precozmente al niño en bipedestaci3n. Con los músculos de las piernas y pies aún poco desarrollados, los ligamentos carentes de resistencia y su esqueleto, en su mayor parte cartilaginoso, las presiones que descarga durante la bipedestaci3n y la marcha influyen perniciosamente sobre sus frágiles estructuras, estirando aquéllas y separando las diferentes piezas del esqueleto, circunstancias que pueden determinar un desarrollo defectuoso. El paso se desarrolla de una forma instintiva; no requiere ninguna ayuda. El niño, hasta que tenga tres años, no deberá forzarse a pasear con los padres. El niño no puede seguir el paso de ellos, viéndose obligado a correr y apareciendo precozmente una fatiga muscular.

No queremos hacer hincapié en el problema del calzado adecuado, por ser un t3pico conocido por todo el mundo.

Una vez aparecido el pie insuficiente, el tratamiento tendrá como objeto:

- 1.º Recuperar el equilibrio muscular.
- 2.º Situar en posici3n normal las distintas estructuras del pie.

Para equilibrar el poder muscular disponemos del calor, masajes, estímulos eléctricos

y ejercicios activos. Para restablecer la arquitectura del pie, disponemos del calzado y de los aparatos ortopédicos.

El tratamiento local de un niño afectado de pie plano está condenado al fracaso si no se modifica al mismo tiempo los factores que le han dado origen. Nada conseguiremos en un obeso que no descienda de peso en un raquítico, mientras no modifique su distrofia o un adolescente con una disendocrinia, si no se le corrige.

Desde un punto de vista higiénico, es conveniente que los pequeños anden descalzos por terrenos irregulares —la arena es un lugar ideal— ya que las suelas duras impiden la actividad funcional de los músculos plantares cortos atrofiados. A este efecto Thomsen, para tonificar los pies débiles, construyó una serie de pequeñas piscinas, de 3 m. de largo por 37 cm. de ancho y 30 cm. de profundidad. En la primera encontramos agua caliente, en la segunda agua fría, otra con arena, otra con barro, guijarros, etc.

Cada servicio tiene su tabla de ejercicios para tonificar la musculatura pédica, pero analizando los ejercicios veremos que todos pueden resumirse en tres grupos:

- a) Ejercicios para los músculos plantares cortos del pie.
- b) Ejercicios para los músculos supinadores.
- c) Ejercicios de locomoci3n, salto y bipedestaci3n para el restablecimiento de la sinergia muscular.

a) *Ejercicios para los músculos plantares cortos del pie.* — En primer lugar figuran los ejercicios prensibles de los dedos del pie. Buen ejercicio es el de Buchholz —de la toalla— consistente en colocar en el suelo una toalla y el paciente sentado en una silla, intentar, con enérgicas flexiones de dedos, atraer hacia sí. Para aumentar la dificultad del ejercicio, podemos colocar un peso sobre la toalla, así como obligar a realizar el ejercicio en bipedestaci3n. Sentado o tendi-

do pueden tomarse una pequeña pelota entre las plantas de los pies y darle vueltas o bien, con una mayor proyectarla con fuerza. Recoger bolitas con los pies a base de flexionar plantarmente los dedos. También hay una serie de aparatos especiales como la bicicleta STUMPF. Lo que no creemos tenga utilidad alguna son los rodillos.

b) Ejercicios para los músculos supinadores.— Nos pronunciamos de una manera rotunda y estamos completamente de acuerdo con Prats Pardas contra los ejercicios, que todavía hay autores que los aconsejan. Consisten en andar sobre los bordes externos de los pies. Este ejercicio se funda en el concepto antiguo que considera al pie plano valgo como una deformidad completa del pie en pronación, cosa totalmente errónea. En modo alguno corregiremos el pie plano con ejercicio o con vendajes correctores que supinen máximamente al pie y, por añadidura, haciendo gravitar el peso del cuerpo. Los ejercicios de los músculos supinadores deben limitarse a corregir la desviación en valgo del talón. Para desarrollar adecuadamente los músculos tibiales es ingenioso el método de Thomsen, el cual hace apoyar los pies sobre un plano inclinado, fija el antepié al suelo, y en estas condiciones tira el cuerpo hacia atrás y fuerza el varo del talón con lo cual trabajan activamente los tibiales sin perjuicio de estimular su acción nociva.

c) Ejercicios de deambulación, salto y bipedestación.— Es muy útil la marcha correctiva de Hauser, con los pies completamente paralelos. Hacer ejecutar a cámara lenta la marcha fisiológica. Hacer andar al enfermo sobre una franja estrecha de terreno. Los ejercicios de alpinismo sobre un plano inclinado son muy eficaces.

En el caso del pie plano, se hará descender al enfermo de puntillas y de frente para luego ascender de espaldas. Es aconsejable siempre y cuando el enfermo no presente un acortamiento del tendón de aquiles, en cuyo caso debemos realizar ejercicios de alargamiento de los músculos de la pantorrilla. También son aconsejables los ejercicios en bipedestación de supinación activa del

talón. Debe proscribirse el patinaje; sin embargo, se autorizará a que monte en bicicleta siempre y cuando se coloque el sillín a una altura suficiente que obligue a pedalear con las puntas de los pies.

Pauta de tratamiento

El tratamiento del pie plano deberá controlarlo un experto Podólogo y al mismo tiempo Fisioterapeuta, tratar y practicar revisiones periódicas para controlar la eficacia del tratamiento fisio-terapéutico.

La ejercicio deberán realizarse bajo la dirección de un fisioterapeuta, el cual deberá tener un perfecto conocimiento de la anatomía y patología del pie. Los ejercicios ejecutados en forma inadecuada o inconstante no pueden conducir más que al fracaso. Es fundamental evitar alcanzar la fatiga muscular, la incoordinación en un movimiento que se venía ejecutando correctamente o la pérdida de potencia, son índices de los que nos valdremos en el niño para determinar el punto de fatiga. Para intensificar el aumento del tono muscular, podemos estimular los músculos con corriente farádica o aún mejor con corrientes exponenciales en batería.

En principio, ante un caso de pie plano valgo infantil, tomamos las siguientes medidas. En primer lugar, creemos conveniente la aplicación de calor local como medida previa a los ejercicios, por medio de Cámara de Bier u Onda Corta; a continuación se practicará un masaje, procurando estimular los músculos tibiales y plantares. Una vez preparado el pie, se le someterá a la tabla de ejercicios que uno vea conveniente. En Centros con gran número de enfermos, pueden practicarse en grupo.

Cuando el pie que se cansa con facilidad presenta una importante deformidad o presenta molesias, deberán completarse los ejercicios con unas plantillas ortopédicas rígidas, hechas a medida con moldes de yeso, que se renovarán periódicamente, ya que jamás debe considerarse una plantilla como tratamiento perenne y único en el pie plano.

Ultimamente, algunos autores y entre ellos Niederecker, han revalorizado el tratamiento cruento, consistente en una trasposición tendinosa básica con fruncimiento de los ligamentos y cápsula interna del pie, que se completará con una serie de operaciones apropiadas en cada caso.

Nosotros creemos que el tratamiento quirúrgico sólo debe llevarse a cabo cuando fracase el conservador, y deberá ir precedido de una intensa rehabilitación con ejercicios activos, resistidos y progresivos.

Después de lo expuesto, hemos llegado a las siguientes conclusiones:

1.º Debería practicarse una revisión sistemática de los pies de todos los niños, por lo menos cuando éstos alcancen edad escolar.

2.º La rehabilitación con ejercicios activos debe considerarse la pieza fundamental en todo tratamiento de pie plano infantil.

3.º Las plantillas ortopédicas y calzados especiales están indicados como auxiliares de los ejercicios activos (nunca como único tratamiento).

4.º El tratamiento quirúrgico sólo se empleará en aquellos casos en que por existir alteraciones morfológicas fracase el tratamiento conservador, pero irá precedido sistemáticamente de una fase de rehabilitación activa.

5.º Todo tratamiento de pie plano debe estar controlado por un Podólogo, el cual, por lo menos cada dos meses, comprobará con un fotopodograma la evolución y eficacia del tratamiento.

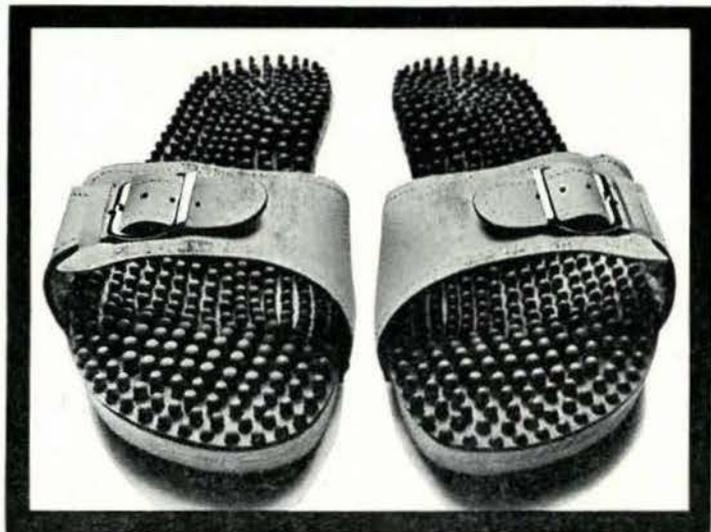
NUEVO

sandalia de masaje ganter

una plantilla anatómica **ACTIVA**

- antiedematosa
- descontracturizante
- activadora de la circulación periférica
- sedativa del pie


ganter
MADE IN GERMANY



Solicite información a:

EXDIRE · AVDA. MERIDIANA, 422 · TEL. 340 72 47 · BARCELONA · 16

VII Congreso Nacional de Podología



Organizado por la Agrupación de Podólogos de España, y en su nombre por la Delegación Provincial de Valencia, y bajo la Presidencia de Honor del Excmo. Sr. D. CRUZ MARTINEZ ESTERUELAS, Ministro de Educación Nacional, tendrá lugar los días 26, 27, 28 y 29 de Junio de 1974.

Sede del Congreso: FACULTAD DE MEDICINA DE VALENCIA.

Secretaría General del Congreso: calle Castellón, 8, 6.º, Valencia-4. Tel. 21 91 22.

Lema: «AFECCIONES DEL PIE ADULTO».

AVANCE DE PROGRAMA

- Día 25.— De 18 a 21 h. recogida de documentación en la Secretaría del Congreso, instalada en la Sede del mismo.
- Día 26.— A las 9 h. continuación de recogida de la documentación.
A las 10 h., apertura Oficial del Congreso con asistencia de Autoridades.
A las 11 h. inauguración de la «Exposición de material clínico».
A las 12 h., conferencia magistral a cargo del profesor Dr. D. FRANCISCO GOMAR GUARNER, Catedrático de Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Valencia.
A las 13'30 h., recepción de Congressistas en el Excmo. Ayuntamiento y «Vino de Honor».
De 16 a 20 h., sesiones de trabajo comunicaciones, a cargo de señores Podólogos.
- Día 27.— A las 9'30 h., excursión a la Playa de Cullera. Comida típica valenciana.
- Día 28.— De 10 a 13 h. y de 16 a 20 h., sesiones de trabajo. Comunicaciones a cargo de Sres. Podólogos.
- Día 29.— A las 9'30 h., mesa redonda. Conclusiones.

A las 13 h., clausura oficial del Congreso. Entrega de Diplomas.

A las 16 h., Asamblea General de la Agrupación de Podólogos de España.

A las 22 h., cena de gala y baile.

DIAS Y HORARIO PARA ACOMPAÑANTES

Día 26.— A las 10 h., asistencia a la apertura oficial del Congreso.

A las 13'30 h., recepción en el Excmo. Ayuntamiento. «Vino de Honor».

A las 16 h., visita a Manises. «Vino Español» en el Ayuntamiento.

Día 27.— A las 9'30 h., excursión a la Playa de Cullera. Comida típica Valenciana.

Día 28.— A las 10'30 h., visita a la Ciudad y sus monumentos.

Día 29.— A las 13 h., clausura solemne del Congreso.

A las 22 h., cena de clausura y baile.

CARTA DE CONGRESISTA

| | |
|--|-------------|
| Agrupados | 2.300 ptas. |
| No agrupados | 4.600 » |
| Agrupados sólo actos científicos | 1.500 » |
| Acompañantes | 1.700 » |
| Estudiantes (Agrupados) | 1.700 » |

Por necesidades absolutas de organización, la fecha tope de inscripción será el 10 de junio y la del envío de comunicaciones (por triplicado), el 30 de mayo, ambas improrrogables.

NOTA.— En la cena de clausura, se suplifica traje de etiqueta u oscuro.

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**)

Balance, estudio y observaciones al finalizar el primer año de actuación como Podólogo en Huelva

Por JESUS TOCINO VIZCANO, Podólogo

Con el deseo ferviente del os mayores éxitos profesionales hacia todos cuantos interviene en la salud del pie, y de manera especial a los señores Traumatólogos, Rehabilitadores, Pediatras y compañeros que pusieron fe y confianza en mi modesta labor, hago extensible este pequeño trabajo, que aunque poco nuevo puede aportar, refleja con claridad la atención profesional que prestó a sus

pacientes, buscando siempre la más exacta corrección y tratamiento podológico.

Agradeciéndoles su atención y rogando perdonen los muchos errores que puedan existir en el presente balance-estudio, les saluda con el mayor respeto y admiración, su más humilde servidor.

Huelva, diciembre, 1973

ESTUDIO SOBRE SETECIENTOS CICUENTA PACIENTES REVISADOS

- 422 Planos valgos de diferentes grados y modalidades antepiés.
- 76 Planos arcos internos y metatarsales.
- 180 Planos metatarsales y cavus medioplantar.
 - 1 Cavus talus.
 - 13 Equino varos.
 - 58 Precavus.

| | |
|--|------------------|
| (1) Planos valgos con antepiés en | supinación = 322 |
| | pronación = 92 |
| | (a) aducción = 8 |
| (2) Planos arcos internos y metatarsal con talones | varos = 45 |
| | valgos = 23 |
| | vertical = 8 |
| (a) Aducción sin conivación con la supinación. | |
| (3) Cavus medioplantar con talones | varos = 30 |
| | valgos = 137 |
| | vertical = 13 |
| (4) Precavus con talones | varos = 2 |
| | valgos = 32 |
| | vertical = 24 |

Los cavos anterior y posterior han sido menos frecuentes y están catalogados en los medioplantares. Tan sólo en los precavos el índice ha sido mayor

EDAD MEDIA DE LOS PACIENTES

| | Años de edad | | | | | | + de 4 | Total |
|--|--------------|-------|--------|---------|---------|----|--------|-------|
| | 2 a 4 | 4 a 7 | 7 a 14 | 14 a 21 | 21 a 41 | | | |
| (1) Planos valgos | 182 | 146 | 59 | 20 | 7 | 8 | 422 | |
| (2) Planos arcos interno y metatarsal | | | 1 | 17 | 22 | 36 | 76 | |
| (3) Cavus medio plantar y plano metatarsal | | 5 | 2 | 37 | 69 | 72 | 180 | |
| (4) Precavus | | | 16 | 26 | 11 | | 58 | |
| (5) Cavus talus | | | 1 | | | | 1 | |
| (6) Equino varos | 1 | 6 | 4 | 1 | 1 | | 13 | |

RESULTADO OBTENIDO AL SER REVISADO EL TRATAMIENTO ORTOPEDICO

| Edad | Duración del tratamiento en años | | | | N.º de plantillas aplicadas | | | Calificación | | | |
|---------|----------------------------------|----|-------|----------|-----------------------------|-----|----|--------------|----|----|-----|
| | Años | ½ | ½ a 2 | Más de 5 | 1 | 2 | 3 | Más de 3 | R | B | MB |
| 2 a 4 | 63 | 72 | 48 | — | 58 | 101 | 24 | — | 21 | 58 | 104 |
| 4 a 7 | 61 | 36 | 41 | 19 | 39 | 67 | 42 | 9 | 25 | 41 | 91 |
| 7 a 14 | 35 | 20 | 19 | 9 | 17 | 31 | 28 | 7 | 9 | 27 | 47 |
| 14 a 21 | 28 | 13 | 2 | 85 | 9 | 48 | 28 | 16 | 12 | 29 | 60 |
| 21 a 41 | 19 | — | 72 | 19 | 12 | 33 | 40 | 25 | 22 | 35 | 53 |
| ½ de 41 | 47 | 21 | — | 48 | 40 | 55 | — | 21 | 30 | 53 | 33 |

Nota: En la duración del tratamiento hasta 6 meses están incluidos los pacientes que por primera vez acudieron a mi consulta con o sin tratamiento anterior. Como sólo hace un año que inicié en esta capital la consulta podológica, todo tratamiento ortopédico anterior, no ha sido realizado por mí. Sólo se refleja en el cuadro para una comprobación más exacta del resultado posterior.

Por tal motivo, los que figuran con una sola plantilla, son a las aplicadas por mí sin tratamiento anterior.

Las abreviaturas de la calificación indican:

R = Resultado nulo o deficiente.

B = Satisfactoria mejoría con desaparición total o parcial de la sintomatología subjetiva.

MB = Excelente restablecimiento con desaparición total de los síntomas subjetivos.

OBSERVACIONES EN LOS MEDIOS DE CORRECCION

Entre los pies cavos que se reflejan en el estudio, he observado un porcentaje amplio que utilizaron los calzados llamados ortopédicos y los que durante largo tiempo llevaron plantillas ortopédicas.

La fabricación del calzado ortopédico en SERIE es hasta cierto punto aceptable, y, desde luego, deberían ser facilitados por dependientes con unas enseñanzas previas. Pensándolo bien, quizá los desprovistos de apoyo subescafoideo y con un contrafuerte de calidad y más largo en su porción interna, sin excesiva presión, obtengan mejores resultados.

Porque si el obpeto del apoyo (los que he visto en su mayoría estrechos y cortos) es apuntalar el escafoides, olvidando la fisiolo-

Cuando ella le diga:
"Doctor...
siento un gran peso
en las piernas"



Feparil® Gel

Neutraliza todas las manifestaciones
del síndrome prevaricoso.



Feparil® Gel

Combate el éstasis venocapilar.

Composición por 100 g de gel

| | |
|---|----------|
| Aescina roentgenográficamente amorfa | 1,000 mg |
| Polisulfato sódico de Aescina (heparinoide) | 1,000 mg |
| Salicilato de dietilamina | 5,000 mg |

Posología

En general, de dos a cuatro aplicaciones diarias extendiendo suavemente el gel, que no engrasa ni ensucia, por lo que su aplicación resulta agradable y limpia. No se precisa realizar masaje, pero puede hacerse si la piel no está alterada. No debe aplicarse directamente sobre las úlceras varicosas, sino alrededor de las mismas. Tampoco debe aplicarse sobre superficies eczematizadas.

Presentación y P.V.P.

Tubo con 50 gramos de gel, 150,— Ptas.

Indicaciones

Piernas pesadas, parestesias, sensación de quemazón. Síndromes prevaricosos. Varices constituidas. Flebitis, tromboflebitis y periflebitis. Dermohipodermis. Edemas de los miembros inferiores. Úlceras crónicas de las piernas.

(¹) En otros países (Alemania, Italia, Francia, etc.) REPARIL GEL



MADAUS CERAFARM, S. A.
APARTADO 9116 - BARCELONA

gía para rectificar una alteración anatómica, obtendremos, en muy contadas ocasiones, un trastorno de la circulación de retorno precisamente en el punto más resentido por el aplastamiento de la plantilla venosa entre dos fuerzas contrarias, acentuadas aún más por el juego elástico del arco interno en la deambulacion. Nos haríamos entonces la misma pregunta formulada por el insigne y desaparecido maestro Dr. Lelièvre: ¿Qué arquitecto soñaría en apuntalar las bóvedas de una catedral, construyendo un muro en medio de una nave?

Más maravilloso concibo la arquitectura del pie que la más fantástica obra humana. Sólo que aquí influye la gravedad; en el pie, la fuerza, la dinámica y la gravedad convinadas entre sí. Por ello no tardará, estoy seguro, que para un estudio más perfecto del pie tengan que darse la mano la Medicina y otras ciencias del saber humano.

Aparte de estos inconvenientes, existe el problema de longitud y amplitud en SERIE. Y mucho peor, he observado a muchos niños con calzados excesivamente largos, quizá porque sus madres los prefieran así para que no se les queden cortos a largo plazo, y, a la inversa, demasiado cortos, agravando más el proceso. Hoy mismo acabo de ver los dos últimos con unos cavos impresionantes y la madre me dice que había oído decir que los pies tenían que estar muy ajustados para que no se hundieran.

En el primero de los casos, la excesiva largura puede hacer que el pie se desplace insistentemente con más o menos amplitud de delante, atrás y viceversa, y, peor aún, en muchos pies estrechos de niños, que sobre todo en el salto y la carrera, son como morteros que chocan y rozan lo mismo sobre la base del calzado que sobre los bordes, traumatizándose de manera continua con el relieve rígido del apoyo ortopédico. Caso de no existir deslizamiento del pie por la buena adaptación al retropié, que esté bien fijado los tobillos por la caña y el contrafuerte, entonces, al aumentar excesivamente el brazo de resistencia, se sobrecarga el tendón con mayor esfuerzo en la deambulacion.

La mayoría de los autores coinciden que el calzado infantil debe ser espacioso en el extremo anterior para permitir libertad de movimientos a los dedos y por su crecimiento rápido; pero algunas madres abusan de estos sabios consejos. Yo he visto a niños en que el apoyo subescafoideo del calzado tenía su perímetro mayor entre la 1.ª cuña y 1.ª cabeza metatarsiana y el talón estaba suelto.

En el segundo caso, tanto o más frecuente, sabemos sobradamente las consecuencias que pueden derivarse. Si las chinas utilizan este procedimiento para acortar la longitud, son también conocedoras por tradición de los medios para combatir las alteraciones musculares con el masaje y el acolchonamiento de las zonas claves; mas a pesar de ello, la vida de relación de la mayoría da mucho que desear, en cuanto a actividad y resistencia. Pero nosotros no podemos negar que por nuestras consultas pasan muchos pacientes, cuyas dolencias han sido éste el mecanismo de producirlas.

Con las plantillas ortopédicas en «serie», si no son adaptadas por un profesional, ocurre mucho peor y con mayor frecuencia. Una bóveda excesiva, o cualquier plantilla inadecuada al caso, puede igualmente, no sólo hacer nula su acción curativa, sino agravar los males existentes.

Los dos pies, en muchísimas ocasiones, no tienen idéntica lesión, y cuando coinciden, se observa frecuentemente diferentes grados de desnivelación el uno del otro.

A parte de todo ello, entre los enfermos catalogados, he observado a 17 con diferente número de pies. Son casos raros, pero si nos paramos a medir la longitud y anchura de ambos pies de cada enfermo, más de una vez encontraremos diferencias. No me refiero a los zambos o muy cavos, que se dan con más frecuencia, según el grado de desnivelación de uno respecto al otro.

Un gran número de los pies cavos que figuro, han sido tratados anteriormente por planos con calzados ortopédicos y los más

con plantillas rígidas o flexibles, pero con bóvedas excesivas.

Acuden a las consultas de Traumatología y nos son enviados por los señores Especialistas para la confección de plantillas. Pero no le escuchamos decir, como generalmente lamentan muchas madres, que sus hijos son planos, que desvían sus puntas en aducción o abducción, que se caen, etc., etc. No, esto no es lo lamentable y que un tiempo atrás, fue quizá la consecuencia de la primera consulta médica; sino que ahora dicen que el niño además de caerse se cansa o le duelen las piernas, etc., la antiestética de unas prominencias dorsales, salientes del estiloides y un incontable fin de lamentaciones. Cuando exploramos, encontramos unas lesiones más serias y en ocasiones más difíciles de corregir que las que en el primer momento notaron sus propios padres.

El Especialista en Traumatología no tiene la culpa de una prótesis inadecuada. El las prescribe y somos nosotros los que debemos poner nuestro arte profesional y buena voluntad para que la personalidad del Médico Especialista no desmerezca en lo más mínimo su prestigio y reputación. Es difícil nuestra labor y tendremos que incurrir en muchos errores, por eso nos hace falta mucha preparación y una relación íntima con ellos. Yo le he pedido por favor a más de un señor Traumatólogo, que llegado al caso de error, que me corrija. Su corrección puede ser favor mutuo, tanto para ellos como para nosotros.

Por eso, en la conciencia del Traumatólogo, Reumatólogo y Podólogo está en que debe confeccionarse por el profesional las plantillas adecuadas a cada caso.

Aunque los 750 enfermos los he dividido en 6 grupos, para definirlos con exactitud, hubiera tenido que reflejar una gama de subgrupos impresionante. Porque en los valgos de talón existen un % elevado con uno o más grados de diferencia respecto uno del otro. Hay planos arco interno con un talón valgo y otro vertical o varo; otros planos y precavos e incluso cavos, etc. Por ello, en el estudio, figura cada paciente con la desnivelación de mayor grado en el cuadro correspondiente.

DATOS COINCIDENTES MAS FRECUENTES OBSERVADOS

Dejando a un lado los zambos equino varos, los antecedentes de mayor interés por su frecuencia han sido los siguientes:

Congénitos:

De los 498 planos en 112 tuvieron padres con idénticas características.

De los 239 cavos, 21 tuvieron la misma transcendencia.

Afecciones amigdalares:

De los 490 planos, 308 habían o padecen de ella.

De los 239 cavos, 69 igualmente habían o padecen.

Claro está que estos antecedentes familiares me han sido facilitados por ellos mismos. De los primeros, si nacieron así o predispuestos, sobre todo los que no han coincidido con procesos sépticos, las molestias son casi nulas y llegan a las consultas por el sólo hecho de que sus padres notan sus pies planos, escavados o por el desgaste del calzado.

He aquí los datos obtenidos de los mismos:

| Plantillas tipo A | | |
|-------------------|-----------|-------|
| Enfermos | Resultado | % |
| 30 | R | 15'38 |
| 70 | B | 35'89 |
| 95 | MB | 48'71 |

| Plantillas del tipo B y C | | |
|---------------------------|-----------|-------|
| Enfermos | Resultado | % |
| 23 | R | 10'13 |
| 78 | B | 34'36 |
| 126 | MB | 55'51 |

En los casos de *genus valgum*, los resultados obtenidos en su mayoría han sido muy satisfactorios cuando el ángulo muslo/pierna no han sido inferior a 150°, aunque el éxito se deba en su mayor parte al tratamiento interno impuesto por los señores Especialistas. La cuña supinadora posterior adecuada y con otra leve anterior para pronar los antepiés supinados, en los *genus valgum* puede cooperar beneficiosamente con el tratamiento impuesto por el médico, acelerando la recuperación.

Estos casos están catalogados en los planos valgus y no han sido incluidos en el estudio aparte, por considerar de mayor competencia al Traumatólogo.

En realidad, todo el éxito conseguido con las plantillas ortopédicas es directamente del médico especialista que las prescribió, de igual modo que un medicamento llegue a restablecer la salud, aunque sean fabricados por un Laboratorio, pero es él quien tuvo el acierto de prescribirla.

Nosotros somos los colaboradores directos y en los que ellos, por su mucho quehacer y de mayor embergadura, nos depositan su confianza.

A continuación se incluye un estadillo de resultados por cada afección con los tipos de plantillas confeccionadas, claro está, modificadas in situ:

| Deformidad | Tipos de plantillas | | | | | | | | |
|------------|---------------------|-----|-----|--------|----|-----|--------|----|----|
| | Tipo A | | | Tipo B | | | Tipo C | | |
| | R | B | MB | R | R | MB | R | B | MB |
| (1) | 30 | 70 | 95 | 20 | 65 | 105 | 3 | 12 | 20 |
| (2) | 5 | 9 | 22 | 3 | 3 | 4 | 4 | 7 | 19 |
| (3) | 14 | 18 | 29 | 16 | 18 | 26 | 10 | 19 | 31 |
| (4) | 5 | 8 | 17 | — | — | — | 4 | 5 | 19 |
| (5) | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — |
| (6) | 3 | 4 | — | 2 | 4 | — | — | — | — |
| Total | 57 | 119 | 162 | 41 | 91 | 137 | 21 | 43 | 89 |

CUADRO COMPARATIVO GLOBAL DE RESULTADOS EN %

| Tipos de plantillas | R % | B % | MB % |
|--|-------|-------|-------|
| (A) Varios con base estática plana | 17'37 | 33'23 | 49'39 |
| (B) Incluido corcho con base estática moldeada sin refuerzo alguno | 15'24 | 33'82 | 50'92 |
| (C) Incluido corcho con base estática moldeada con refuerzo | 13'72 | 28'10 | 58'16 |

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. |
| 3 % | | 25 iny. de 10 c.c. (E. C.) |
| | | 6 iny. de 2 c.c. (E. C.) |
| | | 100 |



SUECIA
CONCESIONARIOS
INBSA
Loreto, 8
BARCELONA

Para completar el estudio, expongo con brevedad algunos ejemplos de las diferentes modalidades, teniendo en cuenta que en fotocopia no puede apreciarse como en los propios fotopodogramas con la misma claridad y belleza.

Todos ellos pertenecen al estudio que nos ocupa y al presente año, y al referirme a su edad, es la que figura en historia el primer día consultado.

Todos ellos pertenecen al estudio que nos ocupa y al presente año, y al referirme a su edad, es la que figura en historia el primer día consultado.



Fig. 1

Fig. 1:

Niño plano valgo con más de 3 años con plantillas anteriormente. Cuando acudió a consulta con plantilla y apoyo excesivo, presentaba según se aprecia en (a). Le fue aplicada unas nuevas con apoyo pequeño, pero cuñas pronadora anterior y supinadora posterior.

El resultado a los 6 meses es favorablemente notorio en su desnivelación (b).

Fig. 2:

Niño de 3 años plano valgo que había tenido anteriormente plantillas de plexidur durante 6 meses. Cuando fue visto tenía la siguiente huella (a). Le fue aplicada plantilla del tipo B y a los 6 meses, se obtuvo un resultado aceptable (b).

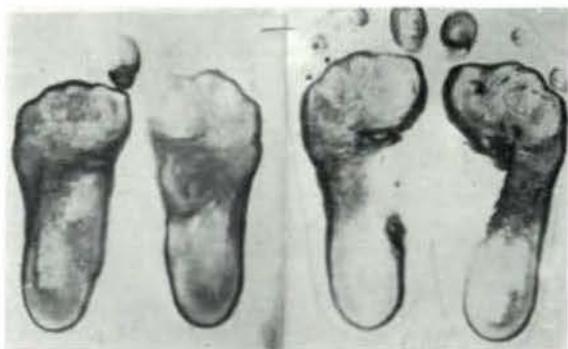


Fig. 2

Fig. 3:

Niño de 3 años con un genu valgum acentuado 154° pierna derecha y 158° izquierda, tratado anteriormente durante un año. Se presentó en consulta con unos pies (a) y a los 7 meses de tratamiento con plantillas,



Fig. 3

los ángulos se abrieron 158° en derecho y 160° izquierdo, y sus pies también mejoraron con las barras supinadoras posterior y pronadora anterior y el tipo B.

Fig. 4:

Niño de 3 años que sólo había utilizado calzado ortopédico y presentaba un valgo de talón de 18° izquierdo y 14° derecho con sus antepiés, en excesiva supinación, sobre todo izquierdo y unos andares penosos. Cuando consultó tenía sus pies con las características en (a). Se le confeccionó plantilla para distorcer la desnivelación exagerada que padecía y como consecuencia, a los 6 meses el valgo se había reducido a 6° en derecho y 8° izquierdo.

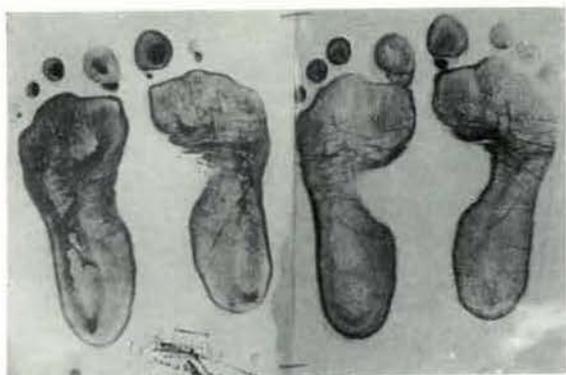


Fig. 4

En la figura n.º 5 tenemos a una niña de 9 años con unos pies cavos anterior y unos valgos impresionantes, sobre todo el izquierdo. Había sido tratada durante más de 5 años con plantillas rígidas y semiduras. A mi juicio creo que a esta niña han tratado únicamente elevar el arco interno, pero con un apoyo muy anterior y excesivo, agravando el mal (a). El calcáneo valgo creo que era el problema predominante, y lo comprueba que a los 9 meses de tratamiento con una plantilla del tipo C con cuña apropiada supinadora del mismo con ligera pronación anterior se ha obtenido el resultado reflejado en (b).

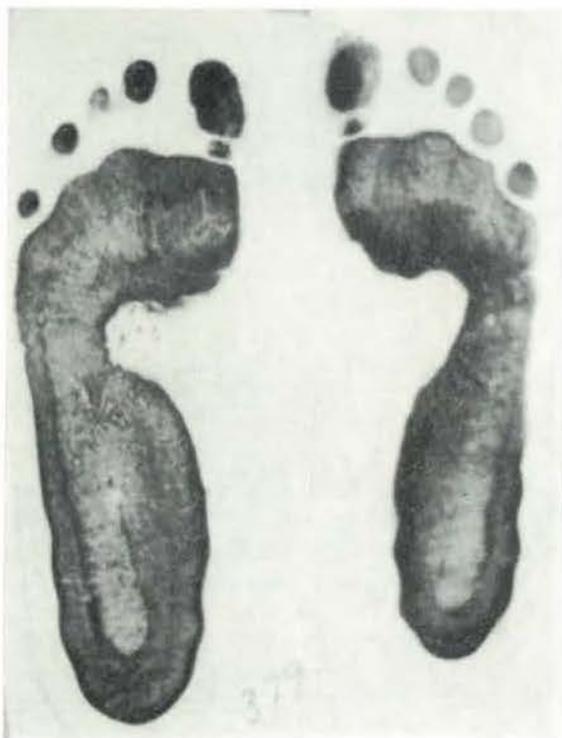


Fig. 5

Las fotopodogramas de la figura n.º 6 corresponden a un niño de 4 años que había utilizado 3 plantillas durante 2 años. También creo que el apoyo interno ha sido mal adaptado y se le ha pretendido pronar más el antepié con nula o escasa cuña supinadora de talón (a), presentando actualmente un valgismo claro de talón con hundimiento del arco metatarsal e interno y predominio en derecho. En consulta, sólo he añadido al tipo B la cuña supinadora posterior y a los 6 meses, la mejoría ha sido sorprendente (b), lástima que no pueda verse aquí con claridad.

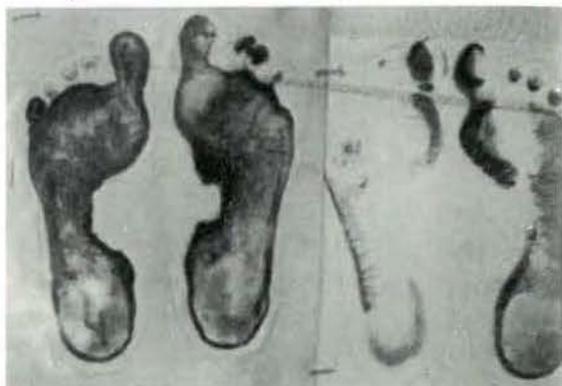


Fig. 6

Las correspondientes a la figura n.º 7 son de un niño de 5 años con plantillas y calzados ortopédicos desde hace más de 2 años. Presenta hundimiento metatarsal e interno en pie izquierdo y genu valgo en derecho. Se obtuvo este curioso fotopodograma (a) el día de la primera consulta y de por sí solo puede hacerse un diagnóstico del proceso:

Desviada hacia afuera la pierna derecha, el miembro queda algo más corto. El niño, posiblemente para guardar su equilibrio o por las molestias del apoyo derecho, se sobrecarga en el izquierdo, el cual se hunde. Esta teoría que tuve desde un principio me ha sido confirmada cuando con una plantilla del tipo C para el derecho y B para el izquierdo con una gran cuña supinadora para el primero y alargamiento de la bóveda, se ha conseguido reducir el genu y satisfactoriamente los valgus de talón, en un tiempo record de 8 meses, aunque ahora tengamos un precavus con fácil solución (b).



Fig. 7

Fig. 8:

Niño de 10 años que había utilizado plantillas rígidas durante años y, según su madre, porque era plano (a). Visto en consulta

presenta un pie insuficiente en derecho y un precavus con una desnivelación impresionante del talón izquierdo en varus. A los 5 meses de tratamiento con el tipo B (b) y a los 4 meses después con el tipo C (c).



Fig. 8

Fig. 9:

Estas corresponden a un enfermo de 27 años que esporádicamente había utilizado plantillas ortopédicas (3 pares). En consulta se le observa una graduación diferente de pies cavus con talón vertical en derecho y varo en izquierdo (a). Se le aplica plantillas tipo C con barra retrocapital y cuña pronadora en izquierdo y a los 9 meses (b) vuelve a

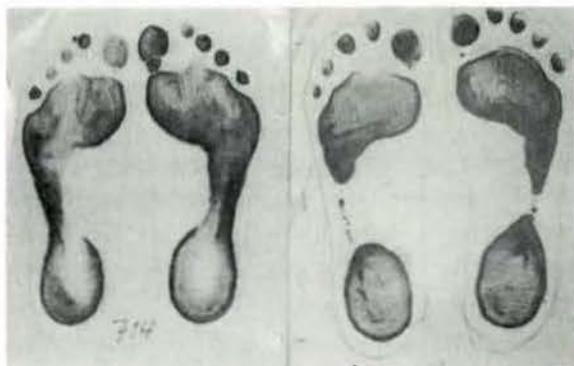


Fig. 9

consulta interesando nuevas plantillas, porque, según dijo, era obrero agrícola y se le habían estropeado las anteriores. Se le confeccionaron otras del mismo tipo, pero con la barra retrocapital izquierda un poco más aumentada.

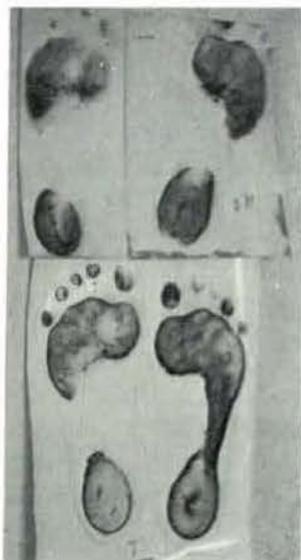


Fig. 10

Fig. 10:

Las siguientes son de una niña de 8 años, hermana del n.º 8, también tratada con plantillas rígidas. Presentan unos cavos impresionantes (a). Hace cerca del año acudió a consulta. La corrección ha sido en etapas sucesivas (cada 3 meses) aumentándose paulatinamente la barra retrocapital. En noviembre último se le hizo nuevo fotopodograma (b) comprobándose una notable recuperación en el derecho y poco ostensible en izquierdo, aunque su talón era valgo y ahora es vertical. Si en los meses de veraneo hubiese sostenido el tratamiento ortopédico, posiblemente la recuperación habría sido muy satisfactoria. No obstante, si analizamos los hechos, podemos congratularnos.

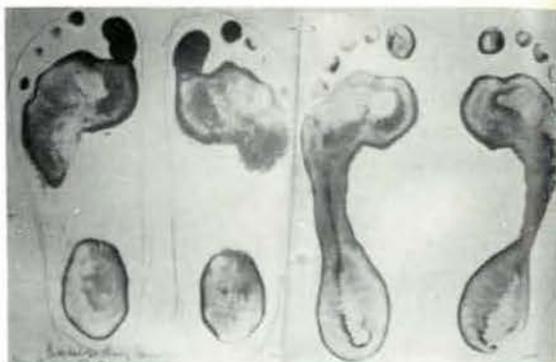


Fig. 11

Fig. 11:

Niña de 9 años con plantillas desde los 3 años (7 pares). Presentaba unos cavos impresionantes con talones valgos (a). Se le aplica plantillas con revisión cada 3 meses, aumentando la barra retrocapital y al cabo de los 9 meses (con nuevas plantillas a los 6 por pequeñas), presenta las sorprendentes mejorías reflejadas en (b). No obstante se observa que el talón derecho que era valgo ha pasado a varo, pero esta deficiencia queda bien compensada por el éxito obtenido en su conjunta. Veremos en la próxima revisión.



Fig. 12

Fig. 12:

Niña de 11 años tratada desde los 5 con calcáneo en talus, aunque se perfila su huella en los bordes externos debido a su abundante tejido adiposo (a). A partir de plantillas ortopédicas, estuvo dos veces enyesada, la 2.ª vez cuarenta días. Cuando me fue enviada a consulta por el señor Traumatólogo para la confección de unas plantillas, le era imposible y dolorosa la deambulacion. Presentaba unos cavos y eminencias dorsales impresionantes el arco anterior hundido (a). Me pude enterar por la madre que siempre calzó con zapatos muy cortos, que llegaban en muchas ocasiones a producirle rozaduras en los dedos. Se le aplican un tipo de plantillas especial con dos barras, una retrocapital y otra en forma de cuña sobre el borde posterior del calcáneo.

Mucha satisfacción y alegría nos causó, cuando a los 8 meses vino a consulta sin molestias y con una deambulacion fácil e indolora. Se obtuvo el fotopodograma (b).

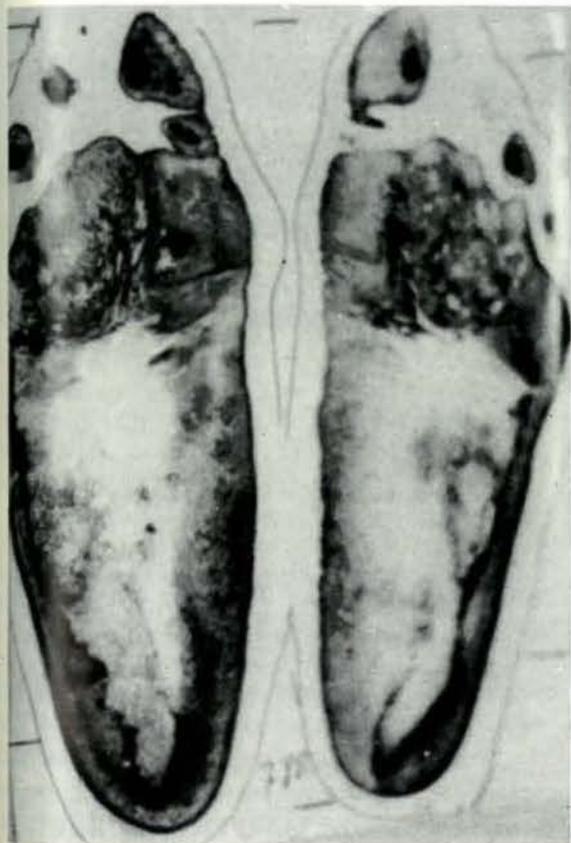


Fig. 13

Fig. 13:

Este fotopodograma corresponde a una señora de 27 años que recientemente ha pasado por consulta.

Si la traigo aquí es para demostrar una vez más las consecuencias de la rigidez, sobre todo cuando son mal adaptadas al enfermo. En realidad, la fotocopia no refleja nada, no es clara en sí como el fotopodograma, ni mucho menos puede demostrar las atrofi as musculares que padece. El 4.º y 5.º dedos del pie derecho y el 5.º del izquierdo tiene abolido el sensorio. El arco anterior completamente hundido en ambos pies con una extensa zona hiperqueratósica que engloba regiones de la 2.º, 3.º y 4.º cabezas metatarsianas. Da pena verla andar en su plena juventud. No consiguieron mejorar los pies planos, sino que, como puede observarse, la agravación de sus males es escalofriante. Todas las plantillas que utilizó fueron metálicas; las últimas, que me mostró, tenían hasta apoyo retrocapital. Pero el apoyo era amplio y encajaba debajo de las cabezas metatarsianas, igualmente el del arco interno y con una base horizontal en talón.

Con las plantillas que confecciono a nuestros enfermos, a parte de no ser rígidas o por lo menos carecer de la resistencia del aluminio, hierro, etc., procuro, más que elevar bóvedas o hundimientos, restablecer los ejes y planos sin apuntalamientos bruscos y traumatizantes. Pueden, en un calzado con contrafuerte de mala calidad o corto, dilatarse un poco los bordes que construyo en ellas para fijar el talón; pueden también obtenerse una curación, en algunos casos, más lenta, pero jamás, estoy seguro, aumentarán el mal de nuestros pacientes, aunque tuviere la mala fortuna de que a algunos no llegara a restablecerlos.

Fig. 14:

Finalmente se incluye fotocopia de un fotopodograma bien logrado en consulta perteneciente precisamente a un tipo de pie que

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. Gímo.)
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.



Fig. 14

raras veces localizamos. Es, podemos decir, el plano de 4.º de Viladot, que a parte de sus características, se aprecia con una enorme claridad el contorno de toda la base escafoidea del pie derecho. Lástima que aquí no pueda apreciarse como en el fotopodograma original que conservo en archivo.

Combinación de plano metatarsal, cavo medioplantar a pesar del hundimiento del arco interno, cuyos escafoides están en un plano inferior, pudiéndose observar perfectamente en pie derecho.

Los anteriores fotopodogramas corresponden a las Historias podológicas n.º 137, 200, 231, 314, 319, 338, 361, 447, 495, 593, 666, 738.

Labor de las Delegaciones MALAGA:

Visita a Córdoba de los Podólogos componentes de la Delegación de Málaga: Siguiendo con la campaña de acercamiento y hermandad entre todos los podólogos andaluces, esta delegación malagueña organizó una excursión a la vecina ciudad de Córdoba. Se realizó el viaje el día 20 de enero, domingo, y constituyó una gratisima jornada de convivencia profesional con los colegas cordobeses.

La representación malagueña, una veintena de profesionales acompañados de sus respectivas esposas, realizaron el desplazamiento en autocar.

En la plaza de la Mezquita fueron recibidos por los podólogos cordobeses, los cuales habían previsto una serie de visitas turísticas al Museo de Julio Romero de Torres, Museo Provincial, exposición de artesanía cordobesa; bodegas, y otros lugares típicos tradicionales de la ciudad de los Califas.

En el castillo de Albaida se celebró un almuerzo de hermandad, en el transcurso del

mismo, el Sr. Gutiérrez Velasco dio cuenta de las últimas novedades promovidas al ser nombrado Delegado de Zona para Andalucía, y asimismo expuso el programa de actividades que ha sido aprobado con cursos de perfeccionamiento, ciclos de conferencias y otros actos de convivencia profesional, a celebrar en otras capitales andaluzas. Al final invitó a todos los podólogos cordobeses a visitar Málaga y su Costa del Sol para poder corresponder a las muchas gentilezas recibidas..

Cristóbal Carnero Macarro «PODOLOGO RURAL 1974». — El homenaje al podólogo rural constituyó una jornada muy emotiva y afectuosa, obteniendo en su organización y celebración la A.P.E. un éxito rotundo, dada la enorme concurrencia de profesionales, como asimismo el tono brillantísimo de los actos celebrados.

En el Club Náutico de Torre del Mar (barriada marinera de Vélez-Málaga), se celebró el almuerzo en honor al podólogo D. Cristó-

bal Carnero Macarro, elegido para personificar el homenaje al podólogo rural, por sus muchos méritos en la especialidad y su siempre abnegada colaboración con la Agrupación, que le ha hecho merecedor de esta recompensa moral de sus compañeros. Asistieron al almuerzo la casi totalidad de los podólogos malagueños, acompañados de sus esposas. En la presidencia del ágape, se situaron junto al podólogo homenajeado, D. Cristóbal Carnero Macarro y su esposa e hijo; el alcalde de Vélez-Málaga, D. Alfonso López Moreno; el Delegado Provincial, D. Antonio Gutiérrez Velasco; y el secretario, D. Valeriano Molina Martín, todos ellos acompañados de sus esposas.

El señor Gutiérrez Velasco glosó el significado de la jornada dedicada al podólogo rural y personificándola en las virtudes humanas y profesionales del señor Carnero Macarro, a quien rogó aceptase un puesto de vocal en la junta de gobierno y finalizó sus palabras solicitando del hijo del señor Carnero Macarro fuese él quien entregase a su padre el Diploma de Honor con que la

A.P.E. reconocía sus muchos méritos en la Podología.

Hubo emoción y mucho sentimiento en las palabras entrecortadas del «Podólogo Rural de Málaga 1974», el cual entre otras cosas dijo:

—Jamás se borrará de mi mente y de mi corazón este vivo y sincero homenaje que me tributáis, pues sé que viene de mano amigas y sobre todo de compañeros a los que siempre tendré muy presentes.

Cerró el capítulo de oradores el alcalde de Vélez-Málaga, señor López Moreno, adhiriéndose al acto, como amigo y como alcalde de la villa, reflejando, en sus palabras, su respeto y su admiración hacia el señor Carnero Macarro, al que calificó de un auténtico profesional y de una mejor persona.

Una jornada emotiva y de autenticidad de compañeros, la que protagonizaron los podólogos malagueños, que guiados por los señores de Carnero, tuvieron tiempo y lugar para conocer Vélez-Málaga y Nerja en sus lugares más típicos, históricos e importantes de ambas localidades.



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

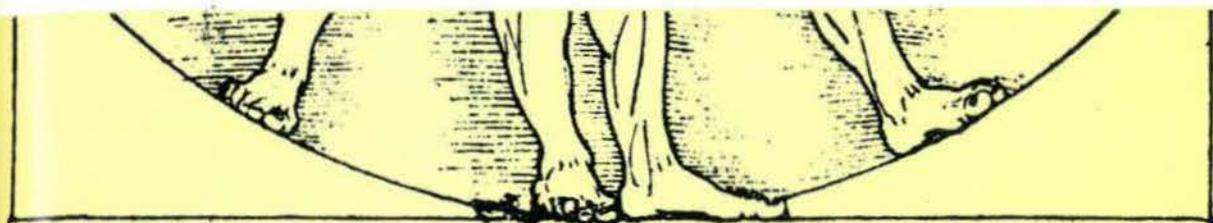
Madrid-14 - Av. José Antonio, 15 - Teléfono 221 01 95



REF. N-U







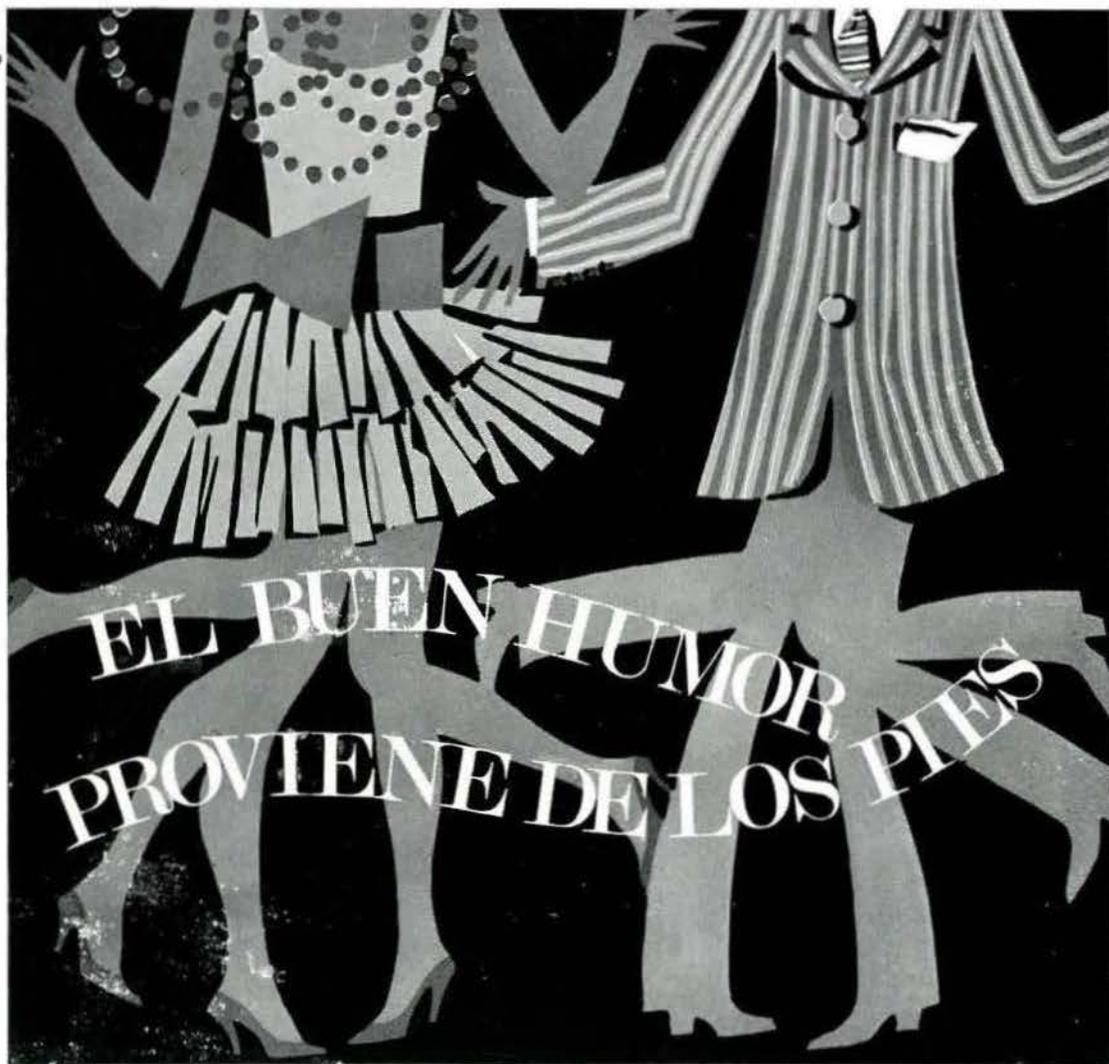
Handwritten text in a cursive script, likely a medical or scientific report, written on a yellow background. The text is arranged in several lines, with some words appearing to be in a non-standard or possibly invented script. There are some markings above the text that resemble a scale or measurement line.



REVISTA
ESPAÑOLA
DE

PODOLOGIA

A.P.E. Mayo - Junio
n.º 39 1974



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 raíz" de la persona...?

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

AKILEINE

que **descongestia** 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.º, Pral, 2.ª, Barcelona (15)

Director:

Leonardo Escachs Clariana

Sub-director:

Pablo Vilató Ruiz

Redactor jefe:

Martín Rueda Sánchez

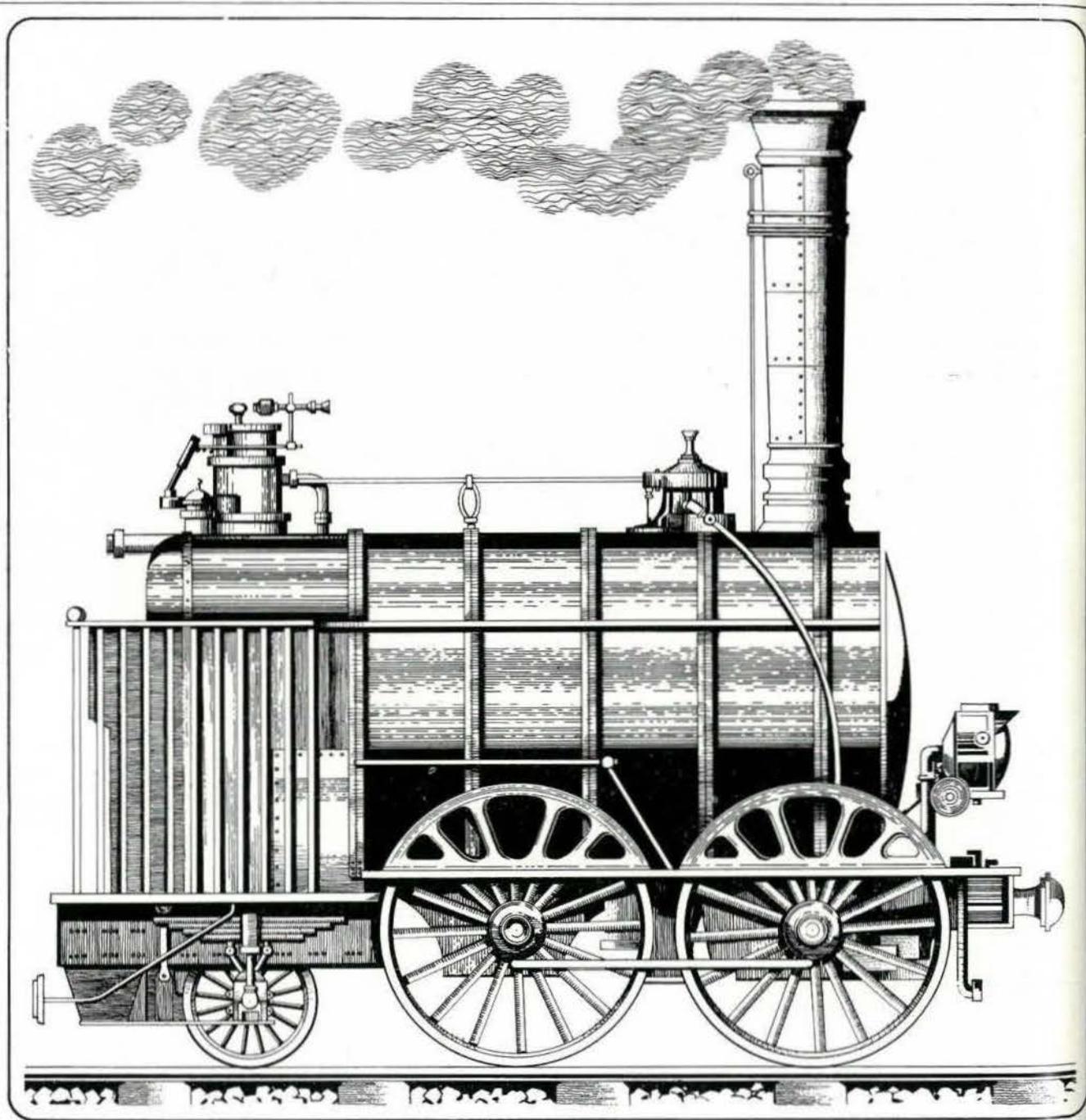
Administración:

Manuel Gavin Barceló

GRAFICAS RENACIMIENTO - Depósito Legal B-13.484 - 1974

SUMARIO

-
- | | |
|----|---|
| 3 | Junta de Gobierno |
| 5 | Editorial |
| 7 | Tratamiento ortopodológico en las metatarsalgias por alineación articular metatarso falángica |
| 12 | La Laxitud articular como factor de alteraciones del aparato locomotor (nuevo estudio) |
| 27 | Labor de las Delegaciones |
| 31 | 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. respect.)

delta ditrone

envase con 50 cápsulas



HOSBON SA

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 | Santiago de Compostela |
| Vocal | D. LUIS INCHAURRONDO | Irún |
| Vocal | D. JOSE M.º BAEZ BASAURI | Bilbao |
| Vocal nato | D. ZACARIAS GARCIA ANDRES | Madrid |
| Vocal nato | D. JAIME SALA PICH | Barcelona |

DELEGADOS DE ZONA

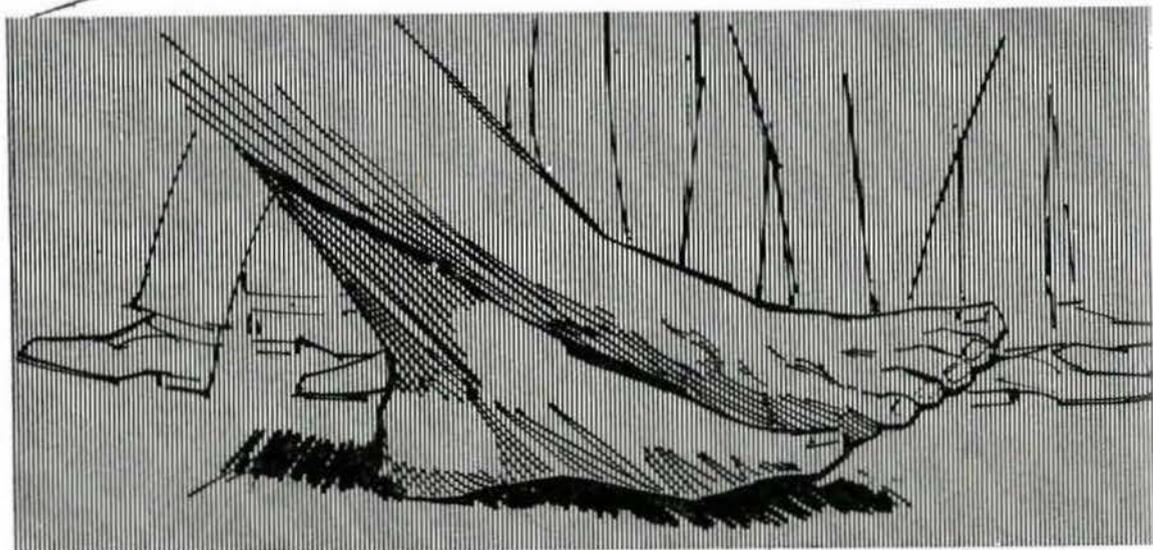
- D. José M.º Báez Basauri, Mayor, 27, 6.º. Las Arenas. BILBAO.
- D. José Luis Inchaurreondo. Paseo de Colón, 65. IRUN.
- D. Juan Vidán Torres. Preguntoiro, 10. SANTIAGO DE COMPOSTELA.
- D. Antonio Báez Prieto. Alcalá, 313. MADRID.
- D. José Antonio Calvo García. Coso, 77, 5.º. ZARAGOZA.
- D. Jaime Sala Pich. Muntaner, 142. BARCELONA-11.
- D. Isaias del Moral Cejalvo. 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.
- BADAJOS: 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.º 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. Zacarias García Andrés.
- MURCIA: Sin Delegado Provincial.
- ORENSE: D. Elisardo Braño 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.º M.º Pilar Gómez.
- STA. CRUZ DE TENERIFE: D. Arsenio 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 CERAFARM, S.A.

EDITORIAL

En los ambientes profesionales se respira una atmósfera francamente aleccionadora respecto al próximo Congreso. Creo que seremos muchos los compañeros que nos demos cita en la ciudad del Turia para dejar constancia de nuestro grado de preparación profesional y dar fe de una ilusión hecha realidad: la Podología.

Ayuda a eso además del aliciente e importancia de los temas a tratar, el escenario y la fecha elegidas para tal manifestación. Fecha propicia que muchos compañeros aprovecharán para hacer sus bien merecidas vacaciones y escenario fantástico el de la región costera mediterránea de Valencia, donde se están preparando una serie de actos y motivaciones que pondrán un broche de oro a esta semana de manifestación profesional.

Para algunos compañeros será un Congreso más en su palmarés, para otros una cosa nueva, y en conjunto una forma clara y evidente de «estar al día» en los últimos progresos de la especialidad.

Tenemos que recordar que no se es Podólogo por el mero hecho de tener un Consultorio más o menos lujoso, abierto al público, sino que es necesario vivir y sentir la profesión, y por tanto un deber de todos el bus-

car la forma de superarnos constantemente para brindar a esas personas que depositan su confianza en nuestras manos, técnicas nuevas, medios nuevos de exploración y diagnóstico y solución para sus problemas. De esta forma honraremos el nombre que ostentamos, nos convertiremos en verdaderos profesionales y sentiremos la satisfacción personal de un trabajo bien hecho.

Los inicios de la Podología se remontan muy atrás en la Historia, y pasando por distintas denominaciones ha llegado a ser hoy día una profesión con nombre propio, atribuciones, campo profesional y unos estatutos definidos. Todo esto se ha conseguido porque a los podólogos, sus peones, nunca nos ha gustado tal como era, porque aceptar una cosa tal como es, es condenarla a morir, por el contrario, siempre hemos luchado para mejorar nuestra situación y buscar horizontes nuevos para la especialidad. Si ahora que lo hemos conseguido nos dedicamos a contemplarla y no luchamos por ella, vamos directamente al fracaso. Por fortuna eso no puede ocurrir; cada día estamos más preparados y damos fe de ello con nuestra asistencia masiva a todas las manifestaciones profesionales, Congresos, Conferen-

cias... Sin embargo, parece que nos estamos olvidando un poco de algo muy primordial, de algo que es el reflejo de nuestra profesión, y que nos necesita a todos porque es de TODOS: nuestra revista, TU REVISTA. Si de verdad pensásemos en ella nos encolerizaríamos con nosotros mismos de ver lo poco que le hemos dado. Hay un sinfín de palabras de las que hacemos mucho uso y que en la práctica brillan por su ausencia, son palabras huecas, vacías... son solo palabras: ayuda, cooperación... Parece como si nos hubiésemos colmado de gloria y ahora quisiéramos vivir de renta; pero si estamos satisfechos con nuestra cosecha, debemos cui-

darla, no dejar que la cizaña crezca y ahogue los frutos de tantos años de sacrificio.

Todos estos pequeños lapsos estoy seguro de que serán sobradamente superados y nos darán savia nueva para seguir adelante nuestro camino; y estoy tan seguro porque sé que tú eres un profesional, eres un amigo, y como tal no puedes olvidarte de algo que llevas dentro y te caracteriza, y, por tanto, te responsabilizas y sientes lo mismo que yo, y así, unidos, haremos que todos esos obstáculos nos den más fuerza y sean la base de nuestro despertar, porque en el fondo todos debemos sentirnos orgullosos cuando unidos por una misma idea luchamos para defenderla.



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

Tratamiento ortopodológico en las metatarsalgias por alineación articular metatarso falángica

Por: JULIO ALONSO GUILLAMON
Podólogo del Hospital Clínico
de Barcelona

En los cuatro últimos años, llevamos viendo en el Dispensario de la Escuela de Podólogos del Hospital Clínico de Barcelona, algunos pacientes que han sido sometidos

quirúrgicamente a una técnica personal de Lelièvre que ha denominado *Alineación articular metatarso falángica* (Figs. 1 y 2). Esta técnica, trata conseguir distribuir armonio-



Figura 1

samente las presiones que recibe el antepié, reconstruyendo a un plano posterior una curva metatarsofalángica normal.



Figura 2

La *alineación articular metatarso falángica* puede estar indicada en los siguientes casos:

1) *Síndromes de insuficiencia del 1.º metatarsiano*, condicionados por los siguientes casos:

- a) Atabismo congénito del 1.º metatarsiano o bien hipertrofia longitudinal del 2.º, 3.º y 4.º metatarsiano.
- b) Acortamiento quirúrgico del 1.º metatarsiano, o de la falange proximal del 1.º dedo.
- c) 1.º Metatarsus varus.
- d) Debilidad músculo-ligamentosa del 1.º dedo.
- e) Alteración funcional de los sesamoides.

2) 1.º *Metatarsiano largo*, considerablemente más que el 2.º.

3) *En el antepié plano triangular*, con luxaciones de los dedos.

4) *Poliartritis crónicas*.

5) *Radiodermatitis importantes localizadas debajo del arco anterior*, etc.

Por el contrario no es aconsejable la *alineación metatarsiana* en los pies cavus con importante desnivel e hipertensión anterior.

La técnica quirúrgica de la *alineación articular metatarso falángica*, consiste en resecar las cabezas de los metatarsianos, generalmente por detrás del cuello, aunque dependerá de la intensidad de las retracciones y de las anomalías de los metatarsianos; restableciendo así una curva metatarsofalángica normal, o sea, que el 1.º metatarsiano igual al 2.º, éste mayor al 3.º, éste mayor al 4.º y éste mayor al 5.º.

La intervención puede desarrollarse bien abordando el dorso del pie, o bien en su cara plantar. En los casos bastante reducidos se realiza en su cara dorsal, y cuando existen lesiones degenerativas o irreducibles en su cara plantar.

El paciente operado puede reanudar la marcha a los 5 ó 15 días después de la intervención, según se haya practicado la incisión en la cara dorsal o plantar.

En siete pacientes intervenidos por esta técnica quirúrgica y que hemos visitado en la ESCUELA DE PODOLOGOS DE BARCELONA, hemos apreciado unos signos comunes, que son:

1.º El experimento de una sustancial mejoría en los primeros meses después de la intervención. En un caso de hasta dos años.

2.º Una mejor alineación de los dedos.

3.º Transcurrido el tiempo de mejoría, aparecen episodios repetidos, con dolores agudos, tumefacción, roquibundez, impotencia funcional. (Difícilmente tienen una autonomía de marcha de 500 metros.)

4.º Ausencia de hiperqueratosis. La región metatarsal tiene una piel fina y congestiva.

5.º Torsión de los tobillos con facilidad a la deambulación.

6.º La desaparición de las molestias en reposo.

7.º Pacientes sometidos a la acción de analgésicos potentes.

Nuestra actitud en estos casos, ha sido el lograr marginar el antepié, distribuyendo las fuerzas que recibía, al resto del pie no doloroso.

Por ello vamos a detallar el tratamiento ortopodológico adaptado: Aplicamos un guantelete (según J. Solé Cuch) que consiste en la aplicación de un vendaje tubular elástico, con la incorporación de una barra metatarsal de fieltro adhesible de 1 cm aproximado de



Figura 3

grosor y 3 ó 4 cm de anchura, aplicada por detrás de la zona dolorosa (Fig. 3). Este vendaje provisional permite una deambulación prácticamente indolora al conseguir un apoyo posterior a la región álgida, a la vez que el pie está en ligera flexión dorsal.

Este vendaje puede llevarse bien con un calzado racional, ancho, o bien con una zapatilla en espera de confeccionar el tratamiento definitivo.



Figura 4

Por ello, previamente al guantelete, hemos realizado un modelado de yeso del pie, señalando con un rotulador la zona dolorosa, para que quede reflejada en el molde, teniendo en cuenta de reconstruir el arco transverso en su mayor amplitud. Conseguido el modelado negativo, marcaremos con el rotulador las señales obtenidas, para que éstas se reflejen al obtener el modelado positivo.

Confeccionamos la plantilla con material generalmente de plexidur o bien de corcho, reconstruyendo el arco transverso según el modelado positivo, sin rebasar la zona dolorosa para conseguir el apoyo posterior de los metatarsianos y por consiguiente descargar el antepié. Función que queda facilitada al obtener también el apoyo de la bóveda longitudinal (Fig. 4).

Conseguida la plantilla, el paciente deberá obtener un calzado fisiológico, racional, para poder anidar la plantilla y el pie y obtener su hermandad. Sus características deben ser:

Que no tenga más de 3 cm de tacón, y éste a la vez tenga una buena base.

Que la suela sea engrosada 1 cm aproximadamente, con ello conseguimos evitar la flexión dorsal de los dedos en la marcha.

Que esté sujeto al antepié, preferentemente un tipo inglés o Mercedes.

Que esté bien alineado el tacón con la suela.

Que sea lo suficientemente largo y ancho, para evitar los roces con el pie.

Que el contrafuerte sea lo suficientemente alto para evitar que en la marcha salga el talón del pie con facilidad del calzado.

Una vez obtenido el zapato ideal, aplicaremos una barra metatarsal de Thomas, bien de llanta de goma o bien con ligeril. Para ello, señalaremos la zona dolorosa en su parte más proximal con un colorante, después haremos introducir el pie en el zapato, para que quede señalado en él. Posteriormente y guiándonos con estos trazos, marcaremos una línea transversa en la suela del zapato, en su parte exterior. La barra tendrá que tener 2 cm de grosor por 1/2 cm de alto y situada transversalmente por detrás de la línea trazada en la suela.

Como verán en la figura 5 el apoyo se realiza en el tacón y en la barra y muy ligeramente en la punta del zapato.

Con el zapato y la plantilla conseguimos marginar la zona dolorosa de todas las presiones que recibía, permitiendo una marcha prácticamente normal y sin dolores, reabilitando a estos pacientes física y psicológicamente.

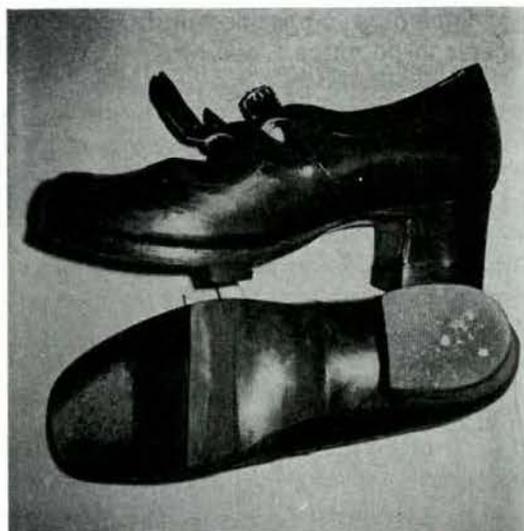


Figura 5

COMPAÑERO:

La revista te necesita y cuenta con tu colaboración.

Redacta en ella tu experiencias personales.

Se presenta... el nuevo **CUATRODERM**

(valerato de betametasona, sulfato de gentamicina,
tolnaftato, yodoclorohidroxiquinoleína)

CREMA

proporciona acción polivalente
...no importa qué curso tome
la afección cutánea

INFECCION BACTERIANA

sulfato de gentamicina:

El antibiótico con espectro más amplio y acción bactericida contra los gérmenes grampositivos y gramnegativos.

No produce reacciones de sensibilidad o de irritación.

INFLAMACION-ALERGIA

-PRURITO valerato de betametasona:

Demostrada superioridad clínica sobre otros corticosteroides tópicos.



MONILIASIS

yodoclorohidroxiquinoleína:

El agente antimoniliásico comprobado que inhibe el desarrollo de *C. albicans*.

DERMATOMICOSIS

tolnaftato:

El agente fungicida tópico más eficaz, que destruye directamente los hongos patógenos de la piel.

TUBO DE 30 GRS.

Para afecciones de gran extensión, de larga o media duración y mayor economía.

PRESENTACION:

Tubo de 15 grs. P.V.P. 207,30 ptas.

Tubo de 30 grs. P.V.P. 373,10 ptas.



ESSEX (ESPAÑA), S. A.

AFILIADA A:

SCHERING CORPORATION, U.S.A.

La laxitud articular como factor de alteraciones del aparato locomotor (Nuevo estudio)

Por J. ROTES QUEROL
J. GRANADOS DURAN
R. RIBAS SUBIROS
J. MITJA PIFERRER
J. MUÑOZ GOMEZ

La Escuela Profesional de Reumatología de Barcelona, dedica este trabajo al Maestro Jacques Forestier.

Desde finales del siglo XIX, la laxitud articular generalizada es conocida como un signo clínico asociado a algunas enfermedades hereditarias del tejido conjuntivo (11).

TABLA N.º I

Enfermedades familiares en las que se presenta la laxitud articular:

- a) Síndrome de Enlers-Danlos (11)
- b) Síndrome de Marfan (11)
- c) Osteogénesis imperfecta (11)
- d) Síndrome de Achard (12)
- e) Homocistinuria (16)
- f) Hiperlisinemia (5)

En el año 1956 uno de nosotros —J. Rotés Querol con A. Argani (13) (14)— presenta en el I Congreso Español de Reumatología, una comunicación en la que se estudia por primera vez, la LAXITUD ARTICULAR GENERALIZADA AISLADA, es decir, no asociada a otras enfermedades consideradas hi-

perlaxas, comparándose sus alteraciones del aparato locomotor con 1.000 enfermos no laxos. Los resultados obtenidos no permitieron sugerir que la laxitud articular podía ser un factor etiológico del pie plano, del genu valgus, de las meniscopatías de la rodilla, de las luxaciones y subluxaciones de la rótula, de la articulación escápulo-humeral y de la cadera, de los trastornos estáticos de la columna vertebral (escoliosis, cifosis, hiperlordosis), de poliartalgias y de poliartrosis. Nuestro trabajo no despertó la más pequeña atención, pero en los años siguientes, aparecen sucesivas publicaciones confirmando algunos de nuestros estudios (2, 3, 4).

Hasta el año 1967 y después del trabajo de Kirk y Coll (9), la laxitud articular generalizada aislada, no ha sido objeto de general atención originando los nuevos trabajos que confirman su realidad (15, 6, 19, 18) y que permiten concebir, de una manera más estructurada o realista, la afección y afirmar que la misma, constituye por derecho pro-

pie, un nuevo capítulo de la PATOLOGÍA DEL APARATO LOCOMOTOR y que, desde su inicio, nos permite esclarecer algunos mecanismos hasta ahora inexplicables, abriendo nuevos caminos a la investigación.

En los estudios realizados hasta ahora, los nuestros incluidos, se habla de la laxitud articular generalizada partiendo del estudio de tres o cuatro regiones articulares. Sólo Kirk y Coll se extienden un poco más en sus exploraciones observando la movilidad de ocho articulaciones. Al propio tiempo, a través de nuestras experiencias a lo largo de estos años, nos ha sido permitido verificar que, muchas veces, la laxitud articular está frecuentemente localizada, existiendo todos los grados intermedios entre los casos, con una articulación o región articular hiperlaxa y la laxitud articular generalizada. Debido a eso hemos realizado un nuevo estudio en el que se han examinado en cada sujeto el mayor número de articulaciones o zonas articulares posibles, lo que nos ha permitido valorar la extensión del trastorno y, al propio tiempo, considerar cuatro grados de laxitud articular, analizando la correlación de éstos con los trastornos clínicos.

EL PROBLEMA DE LOS CRITERIOS

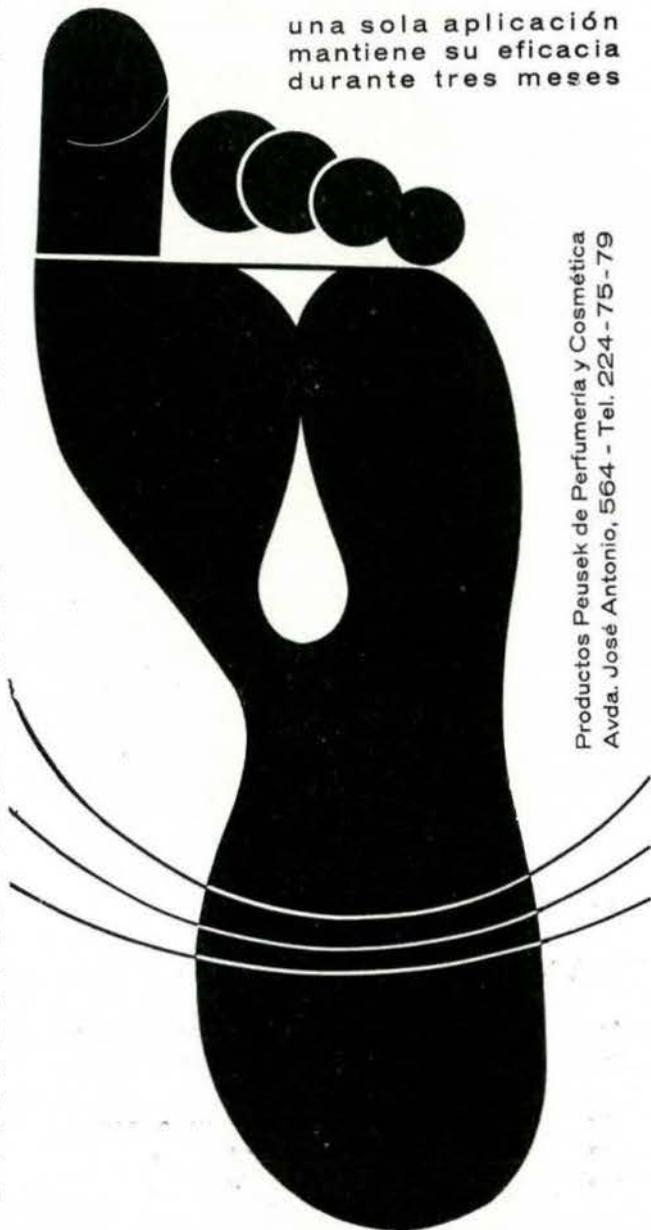
En nuestro primer estudio nos dimos cuenta de la necesidad de definir los criterios de hiper movilidad articular que nos permitieron clasificar sobre una base objetiva a los sujetos laxos.

(Sobre este punto sugerimos a nuestro colaborador A. Argany, el realizar su tesis doctoral (1) sobre un estudio a la movilidad articular de 100 soldados, midiendo los ángulos de flexión y de extensión del codo, de la rodilla, de la muñeca, de lo que nosotros denominamos ángulo metacarpo-falángico y que resume la movilidad de las articulaciones metacarpo-falángicas e inter-falángicas y la distancia de los dedos al suelo cuando el sujeto está de pie. Este estudio presentaba el inconveniente de estar centrado sobre una serie de individuos muy homogéneos — todos eran hombres en edad militar— y por consiguiente, no podía ser considerado como

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

representativo de las personas en general, ni nos permitía obtener información sobre las variaciones de la movilidad en los dos sexos y en edades diferentes. A pesar de todo, ello nos ha permitido darnos cuenta de las diversas condiciones que deben observar los criterios de hipermovilidad.)

Consideramos que los criterios de hiper-movilidad, deben reunir las siguientes condiciones:

- a) Que sean fácilmente medibles.
- b) Que se aplique preferentemente a las articulaciones en que su movimiento fundamental sea en un solo plano como el codo, la rodilla y las articulaciones metacarpo-falángicas e inter-falángicas.
- c) Los movimientos de flexión condicionados particularmente por la presencia, más o menos grande, de partes blandas, son mucho menos útiles que los de extensión.
- d) El ángulo máximo de movilidad debe estar determinado por líneas y planos definidos por los segmentos del aparato locomotor, presentes en el momento de la medición y no sobre la prolongación ideal de los mismos.

La movilidad normal no es un ángulo determinado para todas las personas, pero sí que se distribuye como una constante variable. El criterio de hiper-movilidad para cada articulación debería permitirnos el reconocer a las personas situadas dentro de un 20 % de las que presentan una movilidad superior. Por ejemplo, midiendo la extensión del codo y de la rodilla, nos hemos encontrado con los siguientes valores (ver tablas II y III) (1).

TABLA N.º II

Angulo de hiper-extensión del codo en cien sujetos normales.

| | |
|-----------|-------------|
| 0° | 80 personas |
| 5° | 14 » |
| 10° | 6 » |

TABLA N.º III

Angulo de hiper-extensión de la rodilla en cien sujetos normales.

| | |
|-----------|-------------|
| 0° | 79 personas |
| 5° | 17 » |
| 10° | 4 » |

Así pues, tomaríamos como criterio de hiper-movilidad del codo la existencia de una hiper-extensión igual o superior a 5 grados, al igual que para la rodilla. El criterio de hiper-movilidad presente en más de un 20 % de las personas normales, será de dudoso valor.

En los posteriores estudios realizados con niños, se ha comprobado que éstos tienen una movilidad muy superior (9); por esta razón, los criterios de hiper-movilidad deberían ser diferentes para los niños menores de 15 años.

A tenor de los criterios definidos en nuestro primer trabajo y modificando a uno de ellos —ángulo metacarpo-falángico— toda vez que se presentaba en más de un 20 de los individuos normales y con algunos nuevos criterios que hemos elaborado, juntamente con los realizados por otros autores, hemos establecido para este estudio, los 10 criterios indicados en la siguiente tabla:

TABLA N.º IV

Criterios de hiper-movilidad articular.

- 1.º Hiper-extensión del codo (hasta 14 años 10°) (más de 15 años 5°)
- 2.º Hiper-extensión de la rodilla (hasta 14 años 5.º) (más de 15 años 5.º)
- 3.º Angulo metacarpo-falángico (hasta 14 años 100°) (más de 15 años 90°)
- 4.º Flexión palmar del dedo sobre el antebrazo (hasta 14 años 0°) (más de 15 años 0°)

constantino velasco laínz

y

BERKEMANN

*en
colaboracion*

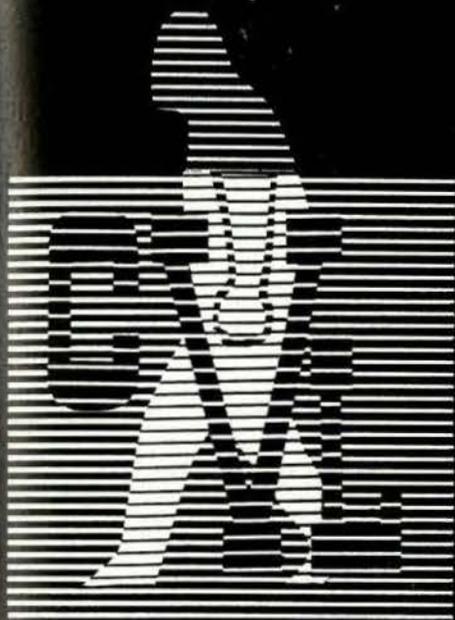
*con
la revista española de*

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. Glmo.)
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.

- 5.º Abducción simultánea de las caderas (hasta 14 años 95º) (más de 15 años 90º)
- 6.º Angulo metatarso-falángico (hasta 14 años 100º) (más de 15 años 90º)
- 7.º Rotaciones cervicales (hasta 14 años 90º) (más de 15 años 85º)
7. Inflexiones cervicales (hasta 14 años 50º) (más de 15 años 45º)
- 8.º Hiper-movilidad lumbar subjetiva (hasta 14 años sí) (más de 15 años sí)
- 9.º Tocar el suelo con las manos, estando de pie (hasta 14 años el puño) (más de 15 años el puño)
- 10.º Rotación externa de la espalda (hasta 14 años 90º) (más de 15 años 85º)
(no se han tenido en cuenta los aumentos de movilidad inferiores a 5 grados).

1.º HIPER-EXTENSION DEL CODO.— Consideramos que existe una hiper-movilidad cuando ésta es igual o superior a 10 grados hasta los 14 años y a 5 grados después de dicha edad. Este criterio ha sido prácticamente adoptado en todos los trabajos realizados.

2.º HIPER-EXTENSION DE LA RODILLA.— Esta es un poco más estable que la del codo; consideramos que existe hiper-movilidad cuando es igual o superior a 5 grados

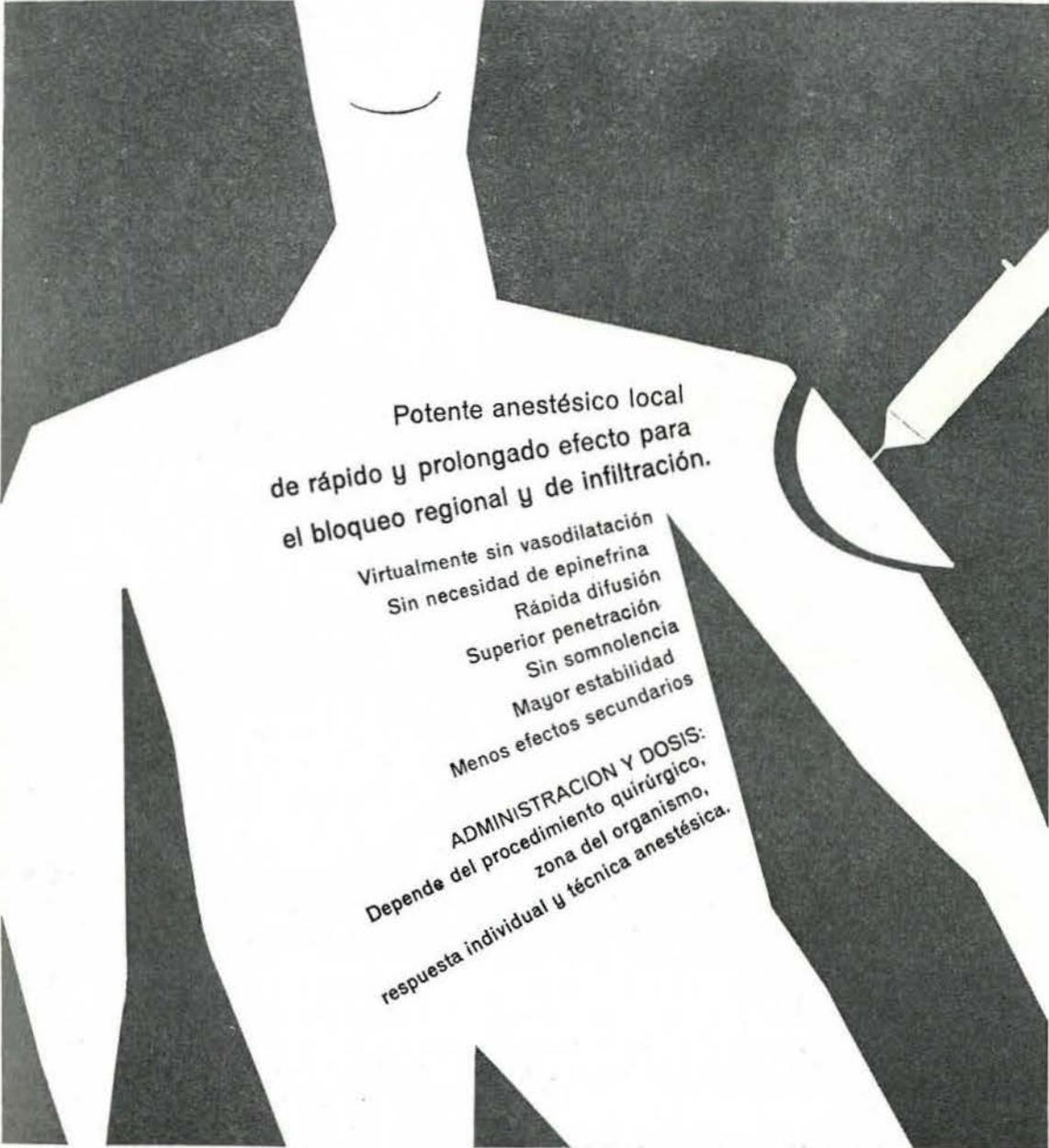
3.º ROTACION EXTERNA DE LA ESPALDA.— La espalda es una articulación muy compleja (son 4 las articulaciones que intervienen en su conjunto de movimientos); así hemos observado que la rotación externa de la espalda, con el codo flexionado a 90 grados y con el brazo pegado al cuerpo, solamente entraba en juego la articulación escapulo-humeral, dándonos un ángulo fácilmente graduable consiguiéndose así, una correcta idea de su movilidad. Podemos considerarla normal hasta 90 grados para los niños y 85 grados para los adultos. Este es uno de los criterios introducidos en este estudio.

4.º ABDUCCION SIMULTANEA DE LAS CADERAS.— Resulta harto difícil encontrar un criterio exacto sobre la hiper-movilidad de la cadera. La medición de los grados de flexión empleada por Kirk y Coll (9), viene condicionada por el grosor de los muslos y del abdomen. La medición del ángulo de abducción es muy inexacta y es por ello que nosotros hemos adoptado otro criterio de los citados por estos autores, consistente en medir el ángulo formado por los miembros inferiores entre ellos, durante la abducción simultánea de las dos caderas. Sería normal hasta 90 grados antes de los 15 años y de 85 grados para los adultos.

5.º ANGULO METACARPO-FALANGICO.— Son varios los autores que han medido este ángulo tomando como referencia la diáfisis del tercer metacarpiano y la primera falange. Así hemos observado que la hiper-movilidad se manifestaba con mayor frecuencia en la articulación inter-falángica proximal, que normalmente es de 0 grados y también en la inter-falángica distal. La hiper-movilidad se manifestaba con mayor frecuencia en la articulación inter-falángica proximal, que normalmente es de 0 grados y también en la inter-falángica distal. La hiper-movilidad de estas dos articulaciones no permite la medición de ángulos por el sistema anterior. Es por ello que desde nuestro primer trabajo hemos considerado más útil y más simple la medición del arco metacarpo-falángico según el siguiente método: Aplicando la mano sobre una superficie dura extenderemos al máximo el 2.º dedo apretando su pulpejo. El ángulo formado por el plano de apoyo y la línea que define la parte posterior de la última falange, es lo que medimos.

Este ángulo en el que su movilidad será la resultante de tres articulaciones (I.F.P.), (I.F.D.) y (M.C.F.) es el más útil para detectar la laxitud articular de los dedos, pues el ángulo de separación entre lo normal y lo anormal es muy claro. Muy raramente una persona con una movilidad normal rebasa los 70-80 grados. Por ello tomamos como criterio de laxitud 100 grados para los niños y 90 grados después de los 14 años.

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. |
| 3 ‰ | | 25 iny. de 10 c.c. (E. C.) |
| | | 6 iny. de 2 c.c. (E. C.) |
| | 100 | iny. de 2 c.c. (E. C.) |



SUECIA
CONCESIONARIOS
INIBSA
Loreto, 8
BARCELONA

La medición de este ángulo la realizamos siempre en la mano izquierda pues según nuestras observaciones, presenta un ángulo metacarpo-falángico un poco mayor que su homónimo de la mano derecha, a excepción de las personas zurdas.

Recientemente Wood (18) ha publicado un estudio muy interesante sobre la hiper-movilidad de las articulaciones MCF, IFP, IFD, y las del codo, midiendo la graduación de cada una de las articulaciones de ambos lados. Las variaciones encontradas en cada individuo son de gran interés teórico pero, desde el punto de vista práctico, tan sólo nos confirman que el buscar el ángulo MCF —el mismo que nosotros empleamos— es mucho más útil como criterio de laxitud.

6.º FLEXION PALMAR DEL DEDO SOBRE EL ANTEBRAZO.— Este ángulo que nos procura también la suma de la movilidad de la muñeca y de la MCF del dedo, es también de una gran utilidad presentando una notable variación en las hiper-laxitudes. Consideramos que la movilidad es normal cuando no es posible colocar el dedo en un plano paralelo al antebrazo para los adultos o cuando se rebasa éste —el plano— en 5 grados para los niños.

Tal criterio ha sido ya citado por Carter y Coll (2, 3, 4) quienes consideraban que solamente existía una hiper-movilidad cuando el primer dedo tocaba el antebrazo.

No hemos realizado estudios sobre la hiper-movilidad de la muñeca, creyendo era preferible la busca sistemática de otros criterios sobre otras regiones del organismo sin multiplicar los criterios que nos daban una noción sobre la hiper-movilidad de la mano poseyendo ya los del ángulo MCF, que son muy reveladores.

7.º ANGULO METATARSO-FALANGICO. — El ángulo más fácilmente medible en el pie es este que vamos a citar. El ángulo metatarso-falángico consiste en valorar la extensión del dedo gordo apretando sobre el pulpejo del mismo y midiendo el ángulo formado entre la parte posterior de la última

falange y la diáfisis del primer metatarsiano.

Consideramos como criterios de laxitud 100 grados para los niños y 90 grados para los mayores de 14 años.

La hiper-movilidad del tarso y de la articulación subastragalina, es muy difícil de valorar toda vez que nuestros estudios son sobre la presencia de una hiper-movilidad subjetiva. Así pues, en el momento de analizar los resultados, no lo hemos considerado como un criterio por su inexactitud.

La medición de la flexión y extensión de la rodilla es, en la práctica, muy difícil teniendo en cuenta que si la línea del eje de la pierna es relativamente precisa, la línea del eje del pie puede presentar muchos errores a causa de su irregularidad; a pesar de haberlo empleado en nuestros anteriores trabajos no lo hemos tenido en cuenta.

8.º HIPER-MOVILIDAD CERVICAL. — No existe ningún criterio sobre la hiper-movilidad cervical y así hemos observado cómo no se le presta demasiada atención. Al mismo tiempo, hemos comprobado que nuestros enfermos de laxitud articular nos dan una mayor amplitud en los movimientos de la columna vertebral y que resultan muy difíciles de valorar donde quizá ha sido más fácil es en la región cervical, por lo cual hemos adoptado como criterios de hiper-movilidad:

a) Rotación cervical (a derecha e izquierda) igual o superior a 85 grados para los adultos y 90 grados para los niños.

b) Flexiones laterales de la cabeza o del cuello iguales o superiores a 45 grados para los adultos y 50 grados para los niños.

Así pues, hemos considerado como criterio de laxitud sólo el caso en que estuvieran presentes los dos criterios y no cuando existiera uno solo de ellos.

9.º HIPER-MOVILIDAD LUMBAR SUBJETIVA. — No se ha podido obtener de una manera práctica el valorar la hiper-movilidad lumbar o dorsal. Sería preciso para ello recurrir a la radiología. Así pues, las inflexio-

nes laterales de la columna vertebral del sujeto en posición bípeda con los pies ligeramente separados y manteniendo la balanza horizontal son, algunas veces, muy expresivos y los hemos aceptado como criterios de hiper-movilidad subjetiva cuando la cabeza y el cuello rebasa el plano horizontal, tanto para los niños como para los adultos.
JOSE

10.º TOCAR EL SUELO CON LAS MANOS ESTANDO DE PIE.— Otra medida objetiva y que es signo de hiper-movilidad vertebral —que incluye también la hiper-movilidad en flexión de la pierna— consiste en constatar si el sujeto estando de pie puede, sin doblar las rodillas, tocar el suelo. Nosotros tomamos como criterio de hiper-movilidad a aquellos que pueden tocar el suelo con las palmas de las manos o bien con los puños cerrados. El hecho de que puedan tocar el suelo con la punta de los dedos no es un crite-

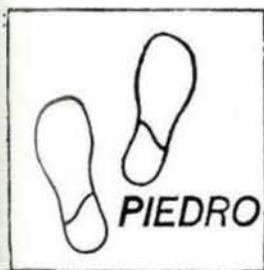
rio de hiper-movilidad, toda vez que ello es posible para un 62 % de los hombres de edad militar (1).

MATERIAL. — Con tales criterios hemos examinado a 292 sujetos, de ellos 178 mujeres y 114 hombres. La inmensa mayoría eran enfermos que acudían a la consulta pero que no presentaban ninguna enfermedad articular sistematizada que pudiese alterar, de una forma manifiesta, la movilidad articular. También examinamos a un grupo de sujetos de control. Catorce de ellos acompañaban a los enfermos y 13, constituían un grupo especial, toda vez que pertenecían a una escuela de danza ello nos permitió tener una idea de lo que hemos dado en llamar «hiper-movilidad cultivada».

GRADO DE LAXITUD.— Hemos clasificado los casos en diferentes categorías de laxitud. Por ello hemos comprobado que al bus-

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 RODEN&IJS-Z. HOLLAND

car laxitudes generalizadas lo que nos interesaba no era la importancia de la laxitud en una determinada localización y sí, en cambio, el número de articulaciones o de regiones articulares afectadas; es decir, el número de criterios de laxitud positiva. Otra razón que favorece esta forma de clasificar es el hecho de que, en un mismo caso, la intensidad de la laxitud, puede ser diferente en sus diversas localizaciones.

Con el fin de evitar una dispersión excesiva de los casos, los hemos clasificado en cuatro categorías o grados:

PRIMER GRADO, aquellos que presentan hasta 1/4 de los criterios positivos (de 0 a 2).

SEGUNDO GRADO, aquellos que presentan entre 1/4 y 1/2 de los criterios positivos (de 3 a 5).

TERCER GRADO, aquellos que presentan entre 1/2 y 3/4 de los criterios positivos (de 6 a 7).

CUARTO GRADO, aquellos que presentan más de las 3/4 partes de los criterios positivos (de 8 a 10).

Cuando en un caso —ya causal de dolores en un paciente— la presencia de artrosis u otras lesiones ya algunos criterios no podrán ser evaluados. Por ejemplo, en una lumbalgia los criterios IX y X, no podrán ser evaluados solamente y solamente se podrán evaluar OCHO criterios.

Así hemos establecido un índice que divide el número de criterios positivos por el número de criterios evaluados y hemos clasificado el caso en su grado componiendo según si el resultado de este índice era de 0 a 1/4 (I), hasta 1/2 (II), hasta 3/4 (III) y más de 3/4 (IV).

Una vez distribuidos los casos según su graduación o índice e hiper-movilidad dentro de los grupos I, II, III y IV, hemos procedido a elaborar la frecuencia siguiendo aquellos síntomas clínicos que estaban presentes en cada uno.

- a) Pie plano
- b) Geno-valgo
- c) Geno-varo
- d) Escoliosis con ángulo de desviación superior a 5 grados (medido sobre radiografía)
- e) Aumento de la cifosis dorsal
- f) Aumento de la lordosis lumbar
- g) Luxaciones y sub-luxaciones articulares espontáneas
- h) Meniscopatías de la rodilla
- i) Frecuentes torceduras de tobillo
- j) Equímosis que se producen fácilmente
- k) Síndrome sacro-iliaco durante los tres últimos meses de embarazo
- l) Poliartralgias
- m) Algias cervicales, lumbalgias o dorsalgias, sin alteraciones radiológicas
- n) Tortícolis aguda

RESULTADOS

La distribución de los 292 casos en cuatro grados de laxitud, nos es dada en la tabla V.

Cuando ella le diga:
«Doctor...
siento un gran peso
en las piernas»



Feparil® Gel

Neutraliza todas las manifestaciones
del síndrome prevaricoso.



Feparil® Gel

Combate el éstasis venocapilar.

Composición por 100 g de gel

| | |
|---|----------|
| Aescina roentgenográficamente amorfa | 1,000 mg |
| Polisulfato sódico de Aescina (heparinoide) | 1,000 mg |
| Salicilato de dietilamina | 5,000 mg |

Farmacología

En general, de dos a cuatro aplicaciones diarias extendiendo suavemente el gel, que no engrasa ni ensucia, por lo que su aplicación resulta agradable y limpia. No se precisa realizar masaje, pero puede hacerse si la piel no está alterada. No debe aplicarse directamente sobre las úlceras varicosas, sino alrededor de las mismas. Tampoco debe aplicarse sobre superficies eczematizadas.

Presentación y P.V.P.

Tubo con 50 gramos de gel, 150,— Ptas.

Indicaciones

Piernas pesadas, parestias, sensación de quemazón. Síndromes prevaricosos. Varices constituidas. Flebitis, tromboflebitis y periflebitis. Dermohipodermis. Edemas de los miembros inferiores. Úlceras crónicas de las piernas.

(*) En otros países (Alemania, Italia, Francia, etc.) REPARIL GEL



MADAUS CERAFARM, S. A.
APARTADO 9116 - BARCELONA

TABLA N.º V

| | |
|---------------------|-----------|
| PRIMER GRADO | 115 casos |
| SEGUNDO GRADO | 80 casos |
| TERCER GRADO | 66 casos |
| CUARTO GRADO | 31 casos |

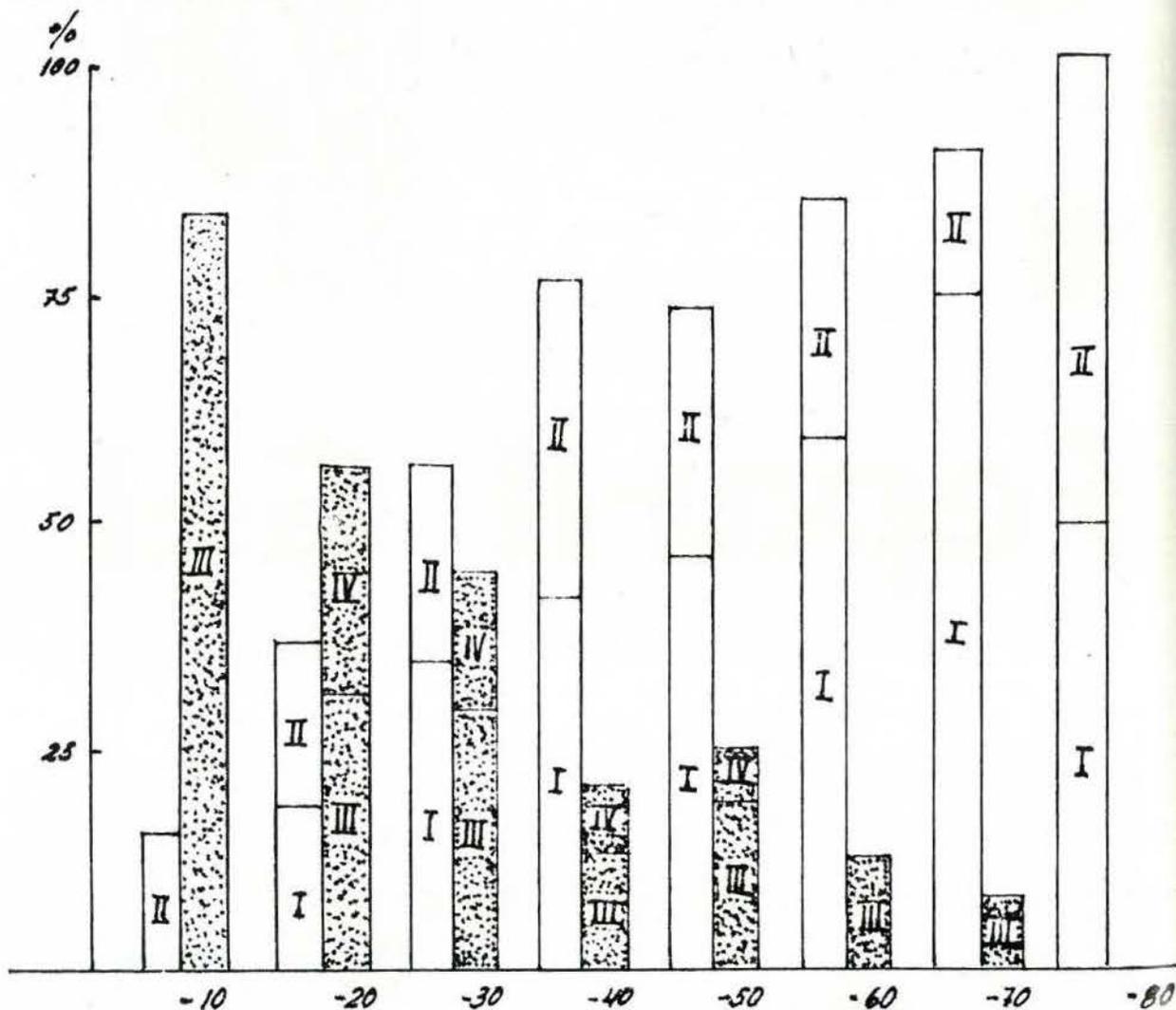
Los casos de laxitud articular generalizada —cuarto grado— constituyen solamente el 10 % del total de la serie. Así es interesante observar cómo no existe una separación total entre las laxitudes generalizadas y aquellas que sólo presentan una laxitud regional, ya que en los grados intermedios —segundo y tercero— existen un gran número de casos. Solamente existe una progresiva disminución de casos a medida que la laxitud es mayor. Ello nos demuestra que es un error el considerar un caso de laxitud generalizada basándose solamente en el examen

de dos o tres regiones articulares ya que LA LAXITUD REGIONAL NO ES TAN SOLO POSIBLE SINO QUE ES MUCHO MAS FRECUENTE QUE LA LAXITUD GENERALIZADA.

EDAD.— La distribución de los casos en cuatro grados de laxitud y según las edades, es la siguiente: (fig. n.º 1).

Es preciso considerar que los criterios de laxitud antes de los 15 años son mucho más exigentes lo que nos da como resultado que la laxitud real debe ser mucho mayor para los niños que la señalada en la figura.

Así pues, a pesar de tal distribución, hemos observado una disminución muy notable de la laxitud a través de los años y que coincide con un aumento de los casos con movilidad normal. El cruce entre los dos se realiza entre los 20 y 30 años.



SEXO. — La laxitud articular es mucho más frecuente en la mujer. De los 109 hombres, el 51 % están catalogados en el primer grado, mientras que de mujeres en este mismo grado sólo existen el 32 % de 189 mujeres. Los porcentajes en el segundo grado son iguales para hombres y mujeres, produciéndose proporciones inversas en los grados tercero y cuarto. Sólo el 5 % de los hombres están en el cuarto grado de laxitud mientras que se presentan en un 12 % de las mujeres. La laxitud articular generalizada es pues dos veces más frecuente en las mujeres que en los hombres.

CORRELACION DEL GRADO DE LAXITUD CON LAS ALTERACIONES CLINICAS. — Analizando la correlación entre los sistemas clínicos y el grado de laxitud, hemos observado la existencia de tres grados de edad en los que el comportamiento es netamente diferente, haciendo necesario un estudio por separado:

- a) Grupo formado por niños hasta los 14 años.
- b) Grupo formado por adultos entre los 15 y 50 años.

- c) Grupo formado por adultos de más de 50 años.

Los grupos a) y c), están constituidos por un pequeño número de casos lo que no permite analizarlos estadísticamente y obtener resultados de algún valor. Debido a ello no hacemos más que exponer los resultados obtenidos en el grupo b) (de 15 a 50 años), compuesto por 211 personas (132 mujeres y 79 hombres (fig. n.º 2).

TRASTORNOS ESTATICOS

1.º Pies planos. — Sólo hemos anotado como pies planos aquellos que estando la persona de pie no mostraba un arco francamente plano. Aquellos casos que han sido catalogados por el observador como «arcos internos descendidos» no han sido tenidos en cuenta.

Las diferencias de frecuencia de pies planos entre los grados I (12 %) y IV (50 %) no poseen suficiente significado para poder considerar como demostración, que la laxitud articular es un importante factor en el pie plano y justificando el comienzo de los trabajos para una clasificación precisa de

| | N.º de Casos | Pie Plano | Geno | | Escoliosis | Cifosis | Hiperlordosis | Luxaciones y Sub-luxaciones | Meniscopatías | Torceduras de Tobillo | Equimosis | Torticollis | Síndrome S. I. del Embarazo | Poliartralgia | Lumbalgias y Algias Cervicales | Dorsalgias |
|-----|--------------|-----------|------|-------|------------|---------|---------------|-----------------------------|---------------|-----------------------|-----------|-------------|-----------------------------|---------------|--------------------------------|------------|
| | | | Varo | Valgo | | | | | | | | | | | | |
| I | 73 | 12 | 5 | 1 | 1 | 1 | 24 | 0 | 0 | 27 | 30 | 1 | 11 | 2 | 5 | 2 |
| II | 60 | 28 | 3 | 8 | 9 | 3 | 18 | 1 | 1 | 40 | 31 | 18 | 0 | 5 | 9 | 5 |
| III | 52 | 27 | 3 | 7 | 17 | 13 | 11 | 7 | 3 | 59 | 46 | 23 | 10 | 3 | 3 | 9 |
| IV | 26 | 50 | 3 | 7 | 7 | 3 | 15 | 15 | 0 | 53 | 58 | 34 | 5 | 15 | 7 | 15 |

Figura 2

los trastornos del pie, mediante radiografías en posición erecta, plantigrafías (F.P.G., Diagramas de Presión, etc.) y la precisión del síndrome clínico con el fin de poder determinar el pie plano condicionado por el factor laxitud, presenta unas características clínicas y terapéuticas particulares. De la misma manera creemos será interesante un estudio de las correlaciones de la metatarsalgia con la laxitud.

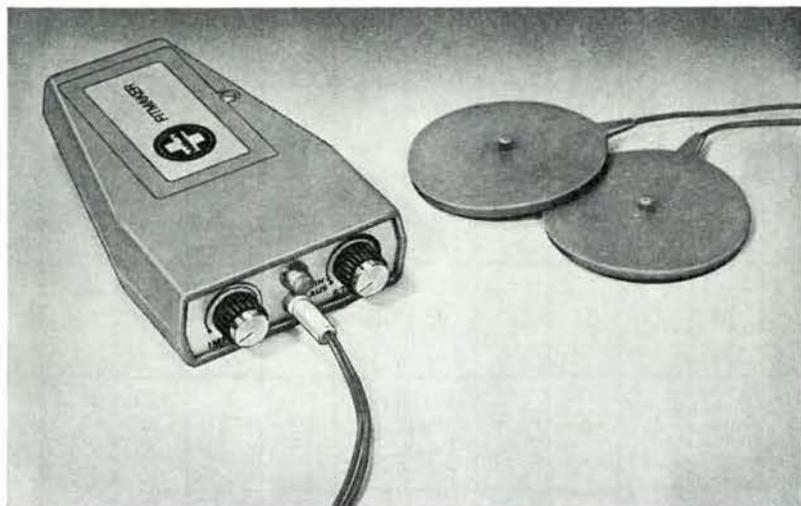
2.º Desviación del eje de la rodilla: geno-valgo y geno-varo. Es altamente interesante el hecho de que el geno-varo no muestra ninguna correlación con el grado de la laxitud. Las cifras del geno-valgo, por el contrario, son más indicativas dándose un mínimo en el primer grado (1 %) y dándose cifras más altas y estables en los grados siguientes (8 %; 7 %; 7 %).

3.º Escoliosis. — Hemos retenido solamente como escoliosis los del género idiopático que eran evidentes a la inspección y aquellos de los que poseemos radiografías

en posición erecta, que nos permitían medir el ángulo de desviación según el método de Coob-Lippman. Así hemos anotado como escoliosis sólo aquellos que presentaban un ángulo de desviación superior a 5 grados, siendo por tanto evidente que, siguiendo este método, muchas escoliosis de tipo ligero, habrán sido omitidas.

A pesar de tales limitaciones el aumento de escoliosis con el grado de laxitud es evidente. Primer grado (1 %); Segundo grado (9 %); Tercer grado (17 %) y Cuarto grado (7 %).

Así hemos llegado a pensar que el descenso de las escoliosis en el Cuarto Grado puede ser debida al hecho de que la serie está formada por personas adultas hasta los 50 años y las escoliosis de aquellos que puedan estar acompañadas de un cierto grado de espondilo-artrosis, más o menos evidente, con la consiguiente disminución de la movilidad de la columna vertebral, lo que se traduciría en una negativa en los criterios



MODERNICE SU CONSULTA y ayúdense con los eficaces tratamientos por impulsos electrónicos del rentable FITMAKER...

Pida información

Representante en España:

J. L. VILA-PLANA

**Conde Borrell, 211; pta. 33
BARCELONA-15
Tel. 93/239 53 06**

Indicadísimo en los tratamientos de:

- METATARSALGIAS (posturales, reumáticas, circulatorias)
- HALLUX VALGUS (con bursitis o con inflamación artrósica)
- ESPOLON DEL CALCANEO Y OTRAS EXOSTOSIS
- TENDINITIS — DISTENSIONES — ERITEMA PERNIO — VARICES — PRINCIPIOS DE CLAUDICACION, etc.

de la misma, y condicionaría que los escolióticos adultos no pudieran presentar los criterios 8 y 10, necesarios para su clasificación en el Cuarto Grado. En consecuencia si consideramos que el arranque de la cifra de escolióticos en el Cuarto Grado de laxitud puede tener una explicación, nosotros creemos que estos resultados son lo suficientemente sugestivos para que se estudie si una de las múltiples causas de un problema de una trascendencia tan extraordinaria como esta de las escoliosis idiopáticas, puede ser la laxitud articular, la cual, hasta ahora, ha sido raramente considerada dentro de los estudios realizados por los Ortopédicos. Los estudios sobre la laxitud en las escoliosis deberán ser realizados en aquella edad en que se producen, es decir, en la infancia y en la adolescencia.

4.º Cifosis. — La cifosis dorsal es una alteración de las más difíciles de evaluar toda vez que la cifosis patológica no es más que el aumento de la curvatura normal siendo muy difícil la delimitación entre la fisiología y la patológica.

Así hemos encontrado un mayor porcentaje de cifosis idiopáticas en los casos, creemos que las cantidades o cifras de nuestro trabajo, deben ser interpretadas pero con cierta reserva, teniendo en cuenta que la idea de que la articular puede ser un factor de la cifosis idiopática, no nos parece de gran valor.

5.º Hiperlordosis. — De los resultados obtenidos no podemos deducir que la laxitud articular sea un factor de hiperlordosis lumbar.

LUXACIONES Y SUBLUXACIONES ESPONTANEAS

Uno de los resultados más evidentes de nuestro estudio, ha sido el verificar que las luxaciones articulares espontáneas se presentan únicamente en los enfermos con un cierto grado de laxitud, y especialmente, en los agrupados en los grados Tercero y Cuar-

to. Así podemos afirmar que las luxaciones espontáneas están determinadas por la laxitud ligamentosa.

Veamos la localización de los nueve casos encontrados. Es la siguiente:

| | |
|-----------------------------|---------|
| a) Espalda | 4 casos |
| b) Acromio-clavicular | 1 caso |
| c) Rótula | 2 casos |
| d) Codo | 1 caso |
| e) Cadera | 1 caso |

Ello puede ser un accidente aislado o más frecuentemente, una luxación evidente, que en ciertos casos puede derivar en un gran problema para el paciente.

TORCEDURAS FRECUENTES DE TOBILLO

La tendencia espontánea a las torceduras de tobillo es difícil de precisar toda vez que a pesar de la mayor atención en la confección de la anamnesis, la respuesta del enfermo está siempre condicionada por su apreciación subjetiva. Así pues es difícil realizar la separación de las que son accidentales y traumáticas de las verdaderamente espontáneas.

Sin embargo ha sido interesante constatar que las respuestas afirmativas han sido pocas dentro del grupo de los laxos lo cual nos sugiere que la laxitud articular puede jugar un papel importante dentro de las torceduras de tobillo.

Es interesante constatar que las torceduras espontáneas de tobillo son mucho más frecuentes en las mujeres donde un porcentaje del 43 %, mientras que en los hombres sólo es de un 12 %. La frecuencia de la laxitud articular es el doble para la mujer en relación a la del hombre. Suponemos que tal diferencia en la frecuencia de las torceduras 3-4/1 en favor de la mujer puede ser influenciada por el uso que ésta hace de zapatos de tacón alto y de estrecha base.

(continuará)

NOBECUTAN

APOSITO PLASTICO ESTERIL
ANTISEPTICO, EN FORMA DE AEROSOL.



LAB. INIBSA - Loreto, 8 BARCELONA-15

Labor de las Delegaciones

ALICANTE:

Informe sobre la Junta de la Agrupación de Podólogos de España, Delegación Alicante, que tuvo lugar en el Salón de Actos del Colegio Provincial de Practicantes y A.T.S. el sábado día 2 de febrero de 1974, contando con la asistencia de los compañeros: D. José M. Climent, D. José Lloret, D. Gregorio Merlo, D. Alfredo Ripoll, D. Eduardo Orenes, D. Vicente Valero, D. Antonio Albeza, D. Agustín Lledó, D. Jaime Bertomeu, D. José Llopis, D. Juan José Primo, D. José Mira, D. Francisco Amorós, D. Luis Navarro, D. Jerónimo Vicente, D. José Poveda, D. Vicente Sabater, D. Rafael Martínez, D. José Luis Tapióles, D. José Olcina, como Delegado y la Srta. María Amparo Antón incorporada recientemente a la Agrupación, un éxito de asistencia si se tiene en cuenta que la Delegación de Alicante tiene 28 agrupados y asistieron 20 más la Srta. Antón.

Hay que hacer patente nuestro agradecimiento al Presidente del Colegio, que a su vez es también agrupado, por la cesión incondicional del Salón de Actos del Colegio para la celebración de esta Junta.

La Junta comenzó a las 18,30 con la asistencia de los compañeros antes citados y por el Delegado se dio lectura a los puntos a tratar en el Orden del día de la convocatoria que eran los siguientes:

- 1.º Informe del Delegado sobre la gestión en 1973.
- 2.º Actualidad Profesional y perspectivas de la especialidad.

- 3.º Actualización de Tarifas.
- 4.º Podólogos en los Hogares del Pensionista.
- 5.º Intrusismo e informe de la labor desarrollada al respecto.
- 6.º Ruegos y preguntas.

Por el Delegado, que tomó la palabra, se informó de los diferentes puntos del Orden del día y sobre estos informes también se tomaron acuerdos.

El Delegado, sobre el punto 1.º, hizo una exposición detallada de todo lo acaecido en el año 73 más sobresaliente de la Podología española, desde la reunión convocada por el nuevo asesor de Podología en Madrid en diciembre del año 72, pasó a relatar el porqué del Simposium de Zaragoza en abril de 1973, celebrado en la Residencia de la Seguridad Social, ya que el objeto principal de éste era que las autoridades de la Seguridad Social tomara conciencia de nuestra actuación en pro del mundo laboral.

Se informó también sobre los acuerdos tomados en la asamblea celebrada el día 1 de mayo en Zaragoza, así como el nombramiento como Vocal de la Junta de Gobierno de la Agrupación de éste mismo. De la reforma de los Estatutos de la Agrupación y de las gestiones llevadas a cabo en beneficio de la Podología Española por nuestro Presidente Nacional D. Leonardo Escachs.

Sobre el punto 2.º el Delegado hizo una amplia exposición sobre la actualidad profesional, haciendo hincapié en la obligación en que se encuentra el Podólogo de estar al día en todas las manifestaciones y cursos que se organicen sobre temas de Podología, ya que si se quiere tener un nivel adecuado de conocimientos y estar preparado para el ejercicio profesional no se puede quedar en casa y que se le lleven los conocimientos a domicilio. Día a día los problemas que se presentan en nuestras consultas son más abundantes y la gente nos va aceptando en nuestra valía, pero no se puede estar en los conocimientos de hace años atendiendo a un público que necesita del Podólogo más actualidad, los Congresos y cursos que se hacen son para que asistan los profesionales que viven de esa profesión, ya que los temas son actuales y llevadas a cabo por compañeros y Profesores bien cualificados, en el celebrado recientemente en Barcelona, en la Escuela de Podólogos de la Facultad de Medicina, han dado conferencias Podólogos eminentes como son Pablo Vilató, Alonso Guillamón, Solé Cuch y Rodríguez Valverde, de la escuela de Barcelona y el compañero Albalá de Cádiz, así como un profesor americano especializado en Radiología y el Presidente de los Podólogos belgas que habló sobre un interesante tema de Prótesis pequeña del pie con espuma de Poliuretano. Después de estos razonamientos se aprobó por unanimidad la aportación de una cuota extraordinaria de 100 pesetas por agrupado y mes para formar un fondo especial de reserva y de esta manera poder traer a compañeros o Profesores para que nos den conferencias sobre podología.

Se tocó el tema de los honorarios con gran satisfacción de los asistentes ya que este punto no se había tratado desde hacía dos años, hasta ahora se tenía establecido el precio de 100 pesetas por visita mínima, pero debido a que este precio resultaba un poco desfasado, en la actualidad, se sometió a criterio de los asistentes el estudio de unos nuevos honorarios más a tono con el momento actual, tras diferentes opiniones y razonamientos, todos ellos lógicos, se acordó por unanimidad que el precio actual de la visita mínima fueran 200 pesetas.

Se informó a los asistentes, que en los Hogares del Pensionista que tanto se prodigan en la actualidad, está establecido que haya un Podólogo en cada uno de ellos y para que no se alegue ignorancia, a los que les pueda interesar deberán dirigirse por escrito al Ilmo. Sr. Director General del Servicio de Asistencia a los Ancianos de la Seguridad Social, Infanta Mercedes, 7. Madrid, distrito 20.

Seguidamente el Delegado informó sobre la actuación que el Sr. Presidente del Colegio juntamente con éste, han llevado a cabo sobre el intruso de esta ciudad Mario Hernández Bueno, después de larga espera, pues los asuntos judiciales así son, próximamente van a practicarse las diligencias pedidas en la querrela criminal que se lleva a cabo contra dicho intruso, el hecho de que sea contra este señor no es por una razón particular, sino porque como está establecido con gabinete abierto al público es el más indicado para que si las autoridades fallan a nuestro favor sea más espectacular; si esto fuera favorable ya se podría acometer los diferentes intrusos que además de ser un fraude para el público minan y desprecian nuestra especialidad, moral y económicamente ya que los precios de estos señores son infinitamente más bajos que los nuestros y el público no entiende de estas cosas, sino más bien su conveniencia, al mismo tiempo que se exponen a un peligro muy latente al no acudir al profesional cualificado y titulado.

En el capítulo de ruegos y preguntas, por diferentes asistentes se sugirió la idea de que se tuviese un contacto más regular entre todos y de esta manera, con pequeñas charlas aumentar los conocimientos de todos. A este respecto se acordó por unanimidad que estas reuniones se realizaran todos los sábados últimos de cada mes a las 6 de la tarde en el mismo salón del Colegio y como primer tema de estas reuniones se hará una mesa redonda sobre Quiropodia, siguiendo en meses sucesivos otras relacionadas con otros temas podológicos de interés.

Y sin más asuntos que tratar se dio por terminada la asamblea a las 9 de la noche.

Alicante, 3 de febrero de 1974

Homenaje de gratitud de los podólogos de Galicia al profesor Dr. Echeverri

Los Podólogos de la Delegación de Galicia rindieron en la mañana del domingo 28 de abril un cariñoso homenaje al Profesor Dr. D. Angel Jorge Echeverri, como gratitud a su destacada colaboración a través de la dilatada actividad académica y en favor de la Podología. Como preámbulo de este acto, alrededor de las 10 de la mañana tuvo lugar en la Facultad de Medicina de Santiago una charla científico-profesional a cargo de nuestro Presidente Nacional, Sr. Escachs y el Profesor de la Escuela de Podología de Barcelona, Sr. Farreras, con interesantes conferencias sobre la especialidad ilustradas con diapositivas.

Seguidamente, hacia las 11 de la mañana recibieron al Profesor Echeverri y Señora, que fueron cumplimentados por el Sr. Escachs y el Delegado en Santiago, Sr. Vidán, haciendo entrega la Srta. Vidán, nueva Podólogo en Galicia, de un ramo de flores a la señora de Echeverri.

Acto seguido, en el despacho del Departamento que dirige el Profesor Echeverri, le fue tributado un cariñoso homenaje, haciendo uso de la palabra en primer lugar el Sr. Vidán para destacar la gran deuda que la clase profesional de Galicia y de España entera tiene contraída con el eminente catedrático, quien en sus condiciones de profesor primero, Decano después, y más tarde Rector, nos ha obsequiado siempre con su

más valiosa colaboración. Recordó entre otras cosas el Sr. Vidán, el cariño con que el Dr. Echeverri colaboró al éxito de la Primera Semana Nacional de Podología celebrada en Santiago el año 1960, que fue secundada por otras en distintas Facultades de Medicina de España. Igualmente hizo mención al éxito alcanzado por el IV Congreso Nacional de Podología celebrado en junio de 1970, momentos en los que siempre hemos contado con su desinteresada ayuda.

A continuación se dispuso a hacerle entrega de un artístico obsequio como recuerdo de este homenaje, consistente en una Cruz de Santiago en plata, con la insignia de la Agrupación de Podólogos de España y la inscripción «Gratitud de los Podólogos de Galicia al Prof. Dr. D. Angel Jorge Echeverri. Santiago (Galicia) abril 1974», al mismo tiempo que dijo: «Me consta que su hogar está repleto de placas y objetos de gran valor material y artístico, pero aunque el nuestro es modesto, me atrevo a decir que el valor se lo da el afecto y cariño con que se lo entregamos, porque también en esta muestra va el cariño de nuestras esposas como extensión de homenaje a su distinguida esposa, que nos honra con su presencia».

Tomó la palabra el Sr. Escachs, quien tras exaltar la personalidad humana y científica del Profesor Echeverri, dijo que estaba sumamente complacido de asistir a este acto

que permite testimoniar que no sólo Galicia, sino los Podólogos de España entera se adhieren al homenaje allí tributado, como testimonio de nuestra clase profesional.

El Profesor Echeverri agradeció este acto de manera muy sencilla, diciendo que él y la Facultad de Medicina habían estado siempre dispuestos a ayudar a los Podólogos, in-

terpretando el entusiasmo y el afán de superación dentro de la clase profesional a la que pertenecemos como ejemplo de ilusión para esta: a la altura profesional de los podólogos de otros países, expresando su simpatía por la profesión, por las aspiraciones que defendemos y haciendo votos para que se cumplan todos los objetivos.



Entrega del obsequio hecho al Dr. Echeverri como recuerdo del homenaje

La podología en el Mundo

De la Asociación Nacional de Podólogos de Chile recibimos la noticia que transcribimos a continuación, referente a los cambios habidos en su Cuadro Directivo:

Presidente: ARTURO VILLANUEVA
FERNANDEZ

Vice-Presidente: FELIX GONZALEZ SOTO

Secretario: SAMUEL VILLAGRAN IBIETA

Pro-Secretario: MARIA LOPEZ CECCHINI

Tesorera: OLGA VALDERRAMA
VALDERRAMA

Pro-Tesorerera: RITA FITA PARDO

Directores: DIEGO CARVAJAL ITURRIAGA
MARIA I. GOMEZ MADRIAZA
GRACIELA GOMEZ MEZA

Deseamos a estos colegas chilenos los mayores éxitos en el desempeño de sus cargos como dirigentes de la Podología en Chile, que bajo la máxima de Superación Profesional en todos los aspectos aunarán sus esfuerzos buscando metas cada vez más elevadas para la Profesión en general.

NUEVO

sandalia de masaje ganter

una plantilla anatómica **ACTIVA**

- antiedematosa •descontracturizante
- activadora de la circulación periférica •sedativa del pie



ganter
MADE IN GERMANY



Solicite información a:

EXDIRE · AVDA. MERIDIANA. 422 · TEL. 340 72 47 · BARCELONA · 16

La podología Argentina reconocida oficialmente

Por:

FERNANDO MUÑOZ CAMPOS (Málaga)
corresponsal de la «*Revista Panamericana de Podología*»

Desde hace muchos años, la Asociación Argentina de Podólogos con su digno presidente señor Manuel J. Mato al frente de la misma, ha venido luchando incansablemente, por el logro de una Ley de Pedicuría que normalizara fundamentalmente los objetivos profesionales de los podólogos argentinos.

Las gestiones llevadas a cabo acerca de los poderes públicos por cuantas comisiones ad hoc se nombraron, resultaron infructuosas, no por falta de idoneidad de dichas comisiones, sino por algo que se oponía en las esferas oficiales que impedían el curso normal de los trámites. Y así, una y otra vez de manera sucesiva, fallaron incomprensiblemente los resortes que hicieron mantener a la podología argentina marginada de una ley que reconociera el derecho a su existencia profesional.

Pero la elevada capacitación de estos profesionales y sus anhelos de perfeccionamiento, en inquietud constante, quedaron evidenciadas cuando las autoridades universitarias decidieron abrir las puertas de la Facultad de Medicina de Buenos Aires a la especialidad.

Este hecho, muy significativo en sí, parece haber sido uno de los factores determinantes que dio origen a la sanción de la Ley de Pedicuría, la cual, en uno de sus considerandos expresa: «Es hora ya, como ocurre en otros países, de garantizar la eficiencia profesional, establecer las delimitaciones de

actividad y organizar el registro correspondiente, como así también el régimen de sanciones eventualmente aplicables».

Por otra parte, y dada su importancia trascendental, transcribimos el artículo 3.º de la referida Ley que dice: «El ejercicio de la pedicuría queda reservado a las personas que posean el título correspondiente obtenido en Instituciones de capacitación oficialmente reconocidas. Para ejercer la pedicuría, las personas que acrediten haber completado estudios en el extranjero deberán revalidar el título en cualquiera de las escuelas reconocidas por el Ministerio de Bienestar Social».

Pese a que dicha Ley, no es muy generosa en la concesión programada de aptitudes técnicas por la delimitación de funciones que impone, cede en cambio un principio de reconocimiento que abre una esperanzadora perspectiva a las verdaderas aspiraciones de los podólogos argentinos.

La solidaridad y unidad de criterios que existen entre los colegas argentinos y españoles, tantas veces puestas de manifiesto en los Congresos Internacionales de Podología, hará que en esta hora jubilosa para nuestros hermanos de América, sea compartida por la podología española junto a su relevante figura representativa, nuestro dilecto amigo don Leonardo Escachs Clariana, como constancia de sus más sinceras congratulaciones.





Handwritten text in a cursive script, likely a medical or scientific manuscript, written on a yellow background. The text is arranged in several lines, with some words appearing to be in a different language or dialect. The handwriting is dense and somewhat difficult to decipher.

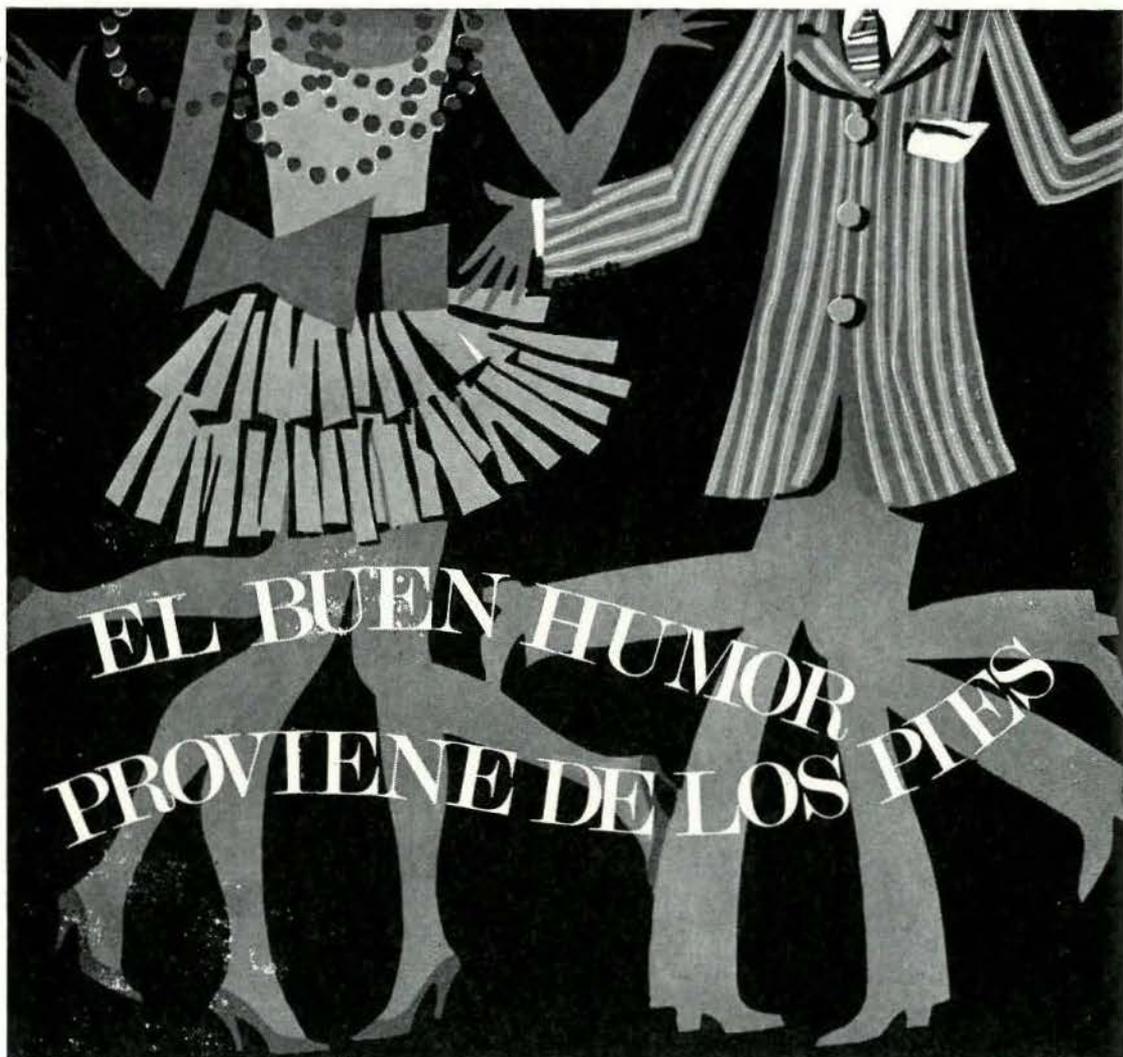


REVISTA ESPAÑOLA DE

PODOLOGIA

A.P.E. Julio - Agosto

n.º 40 1974



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

A. P. E.

Redacción:

Diputación, 118, 2.º, Pral, 2.ª, Barcelona (15)

Director:

Leonardo Escachs Clariana

Sub-director:

Pablo Vilató Ruiz

Redactor jefe:

Francisco Mañé Domingo

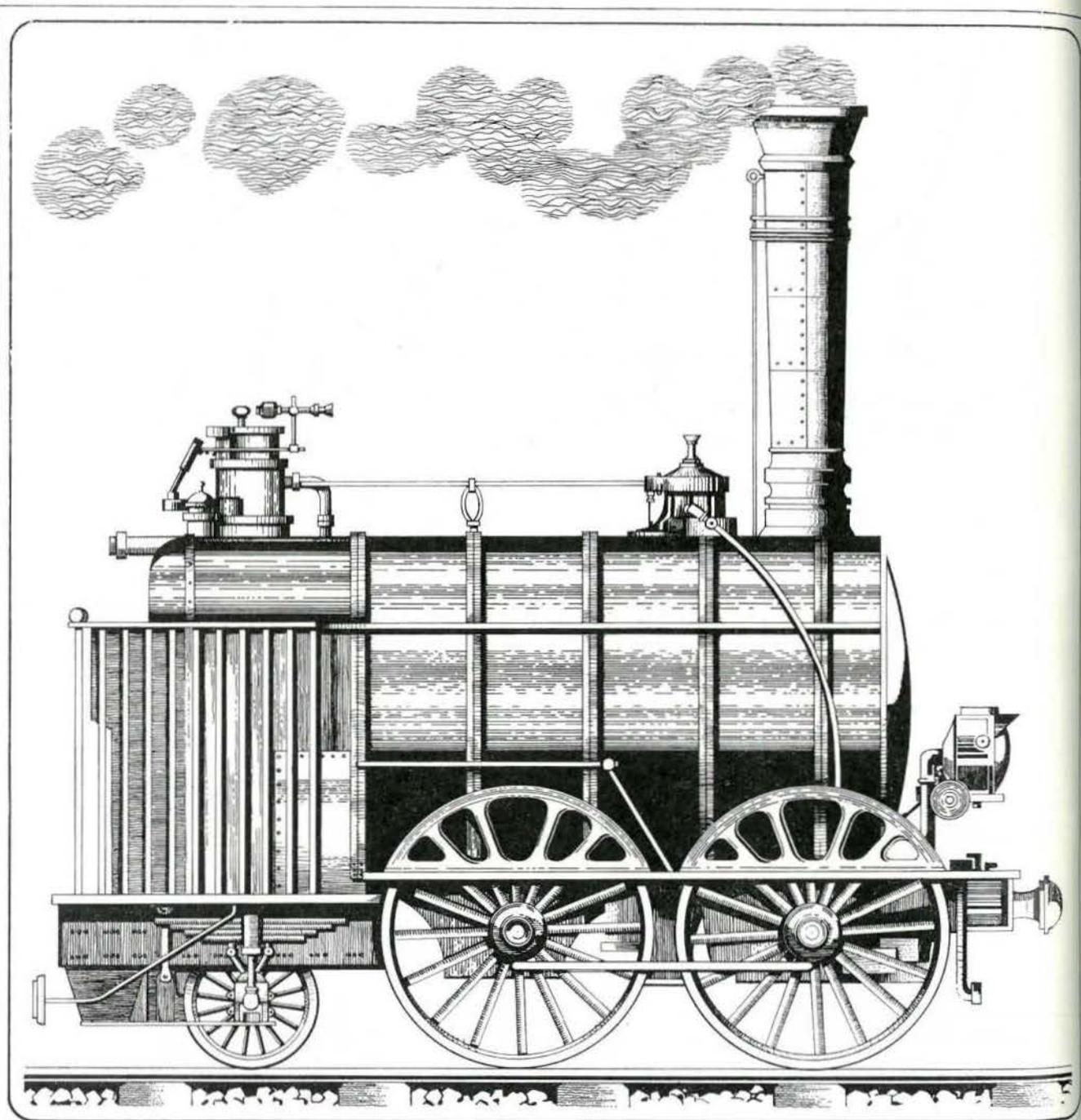
Administración:

Manuel Gavin Barceló

GRAFICAS RENACIMIENTO - Depósito Legal B-13.484 - 1974

SUMARIO

-
- | | |
|----|--|
| 3 | Junta de Gobierno |
| 5 | Editorial |
| 7 | Comunicaciones científicas presentadas al VII Congreso |
| 13 | Sofrología: Una realidad médica |
| 14 | Laxitud articular (continuación) |
| 22 | Labor de las Delegaciones |
| 27 | Cojera aguda infantil |
-



en procesos reumáticos...

ditrone

cápsulas 100 y 200 mg (envases con 20 cápsulas)

supositorios 200 y 500 mg (envases con 16 y 10 sup. respect.)

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.º BAEZ BASAURI | Bilbao |
| Vocal nato | D. ZACARIAS GARCIA ANDRES | Madrid |
| Vocal nato | D. JAIME SALA PICH | Barcelona |

DELEGADOS DE ZONA

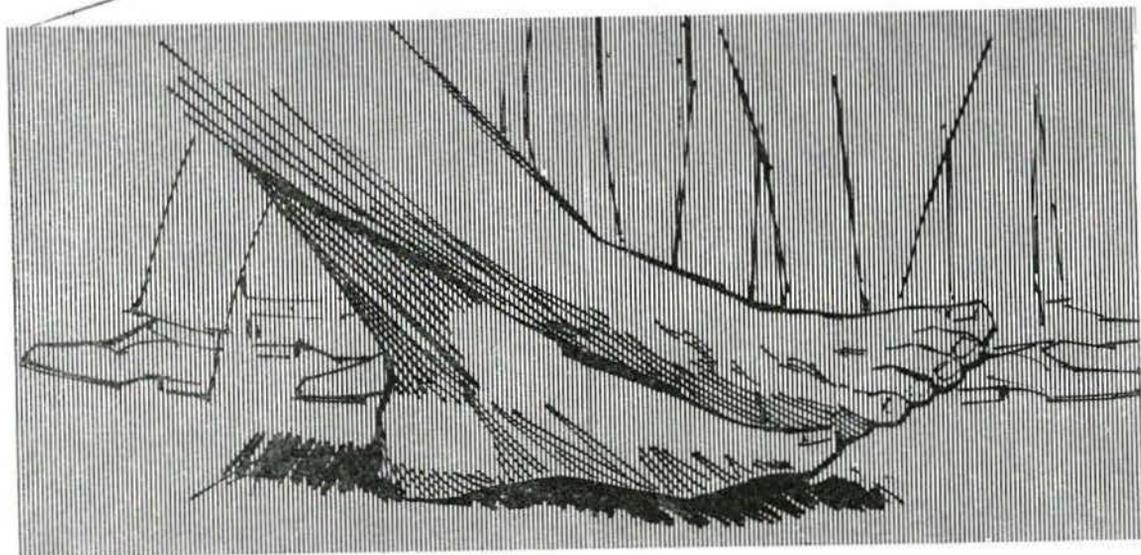
- D. José M.º Bález Basauri, Mayor, 27, 6.º. Las Arenas. BILBAO.
- D. José Luis Inchaurredo. Paseo de Colón, 65. IRUN.
- D. Juan Vidán Torres. Preguntoiro, 10. SANTIAGO DE COMPOSTELA.
- D. Antonio Bález Prieto. Alcalá, 313. MADRID.
- D. José Antonio Calvo García. Coso, 77, 5.º. ZARAGOZA.
- D. Jaime Sala 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.
- BADAJOS: 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.º 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. Zacarias García Andrés.
- MURCIA: Sin Delegado Provincial.
- ORENSE: D. Elisardo Bralo Rego.
- PALENCIA: D. Damián Porro Villarreal.
- PALMA DE MALLORCA: D. Juan B. Brines.
- PAMPLONA: Sin Delegado Provincial.
- SALAMANCA: D. Antonio Basas Encinas.
- SANTANDER: Sin Delegado Provincial.
- SAN SEBASTIAN: D.º M.º 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.

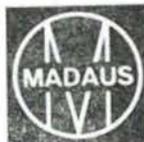
¡NUEVA FORMULA!



Pentoderm[®]

Crema dermoprotectora cutánea

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



MADAUS CERAFARM, S. A.

Pujol, 20 - Tel. 211 91 12 - Barcelona 6 - Cristóbal Bordiu, 35 - Tel. 254 64 44 - Madrid 3 - Pérez Galdós, 55 - Tel. 26 38 98 - Valencia 8.

EDITORIAL

Hace seis meses que me encargo de la redacción de nuestra Revista. En el primer número del año en curso me dirigi a vosotros para daros a conocer y para que todos supierais mis intenciones de llevar nuestro órgano de difusión lo más alto posible. Ahora que van cuatro ejemplares lanzados, que hemos pasado el Congreso y nos conocemos mejor, me creo con la inexcusable obligación de volver a molestar vuestra atención por dos motivos: el 1.º para daros las gracias a todos desde lo más profundo de mi alma por la simpatía y el compañerismo que me habéis manifestado, acogiéndome y dándome muestras de vuestro valor profesional, muy especialmente durante la semana que hemos permanecido en Valencia; el 2.º para charlaros un poco del Congreso y de la Revista.

¿Qué os pareció el Congreso? ¿Qué conclusiones sacasteis? A mi personalmente me parece que fue un éxito, sobre todo de cara a Organismos Superiores y de cara al pueblo. Hemos de agradecer a todos la buena voluntad y el desinterés con que nos han dado sus experiencias y tomar buen ejemplo para proponernos que el próximo sea mejor aún si es posible. Todos hemos sacado provecho, hemos aprendido algo, y ahora nuestro afán de superación debe servir para que en todo este año que tenemos por delante vayamos

preparando temas para el próximo, a celebrar en Granada, y así con un constante afán de aprender y divulgar la Podología nos superemos día a día.

Igualmente creo que tenemos una enorme deuda con sus organizadores, y muy especialmente con el compañero Del Moral, que han dejado a un lado su trabajo para volcarse plenamente en las tareas de preparar, organizar y llevar a cabo con un éxito rotundo todos los actos, tanto científicos como recreativos; ellos, desinteresadamente, han dado forma y ser a este congreso y su labor debe servir como ejemplo para todos nosotros.

Debemos agradecer asimismo a las autoridades valencianas el caluroso recibimiento que nos han ofrecido, especialmente al Excmo. Sr. Alcalde, que nos ha dado rotundas muestras de amor y simpatía, y además hacer extensible este agradecimiento a todas las personalidades que nos han honrado con su presencia y su cooperación y que han hecho posible la resonancia alcanzada por este Congreso, que desde luego ha sido tal vez su más claro distintivo: Prensa, Radio, TV y, en general, todos los medios informativos han repartido por toda la geografía hispana el acontecimiento y nos han dado la gran satisfacción de que al volver a casa, familiares,

amigos y clientes nos hayan dicho que vieron en televisión o leyeron en la prensa que en Valencia se había celebrado el VII Congreso Nacional de Podología. Eso es bueno, la gente ya va enterándose de quiénes somos y cuál es nuestra misión, y de seguir el camino ascendente que llevamos, dentro de poco la Podología será ni más ni menos lo que debe ser y la nación entera necesita: una rama de la Medicina que cuida, vigila y atiende los pasos del ciudadano para que sus pies y su organismo no sufran por una falta de cuidados que son indispensables para el rendimiento del trabajador, del hombre en general y, por consiguiente, de la industria nacional, que en ningún caso debe verse mermada por dolencias tan importantes y hasta ahora tan olvidadas como son las afecciones de pie y sus consiguientes resonancias sobre circulación, columna y estado anímico en general.

El tercer punto que debemos tratar es la Revista, y al hablar de ella, lo primero que

debo hacer es pedir disculpas por los fallos que hasta ahora he podido tener en cuanto a su distribución, compaginación, etc. Debo decir que yo no soy periodista ni poeta, y no sé redactar ni transmitir mis inquietudes a través de un papel, pero lo que sí pretendo es ser Podólogo, aportar todos mis conocimientos y poner todo mi entusiasmo en pro de la Podología; por eso en cada revista y en cada página va mi mejor voluntad, y por eso te pido que me ayudes, que ayudes a nuestra Revista, porque ella necesita de todos y todos necesitamos de ella, ya que es el más fiel reflejo de nuestra profesión.

Después de este contacto contigo debo darte las gracias por el tiempo que te he robado, pero he sentido una gran necesidad de dirigirte estas líneas, porque si bien es verdad que la unión hace la fuerza o el roce el cariño, el diálogo, aunque sea a través de un papel, fomenta la amistad y el compañerismo.

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 **RODENRIJ-S-Z HOLLAND**)

Comunicaciones Científicas



Técnica para construir plantillas ortopédicas con tejido de vidrio

Por MANUEL ALBALA VALLE

Podólogo
CADIZ

Esta técnica, que presento por primera vez, ha sido estudiada para este Congreso que estamos celebrando en la capital de Valencia. Con ella trato de dar a conocer a todos los colegas españoles una forma rápida, en la que además se hace innecesario el empleo de máquinas, pulidoras, etc., para la construcción de plantillas ortopédicas sobre el molde de yeso.

Una vez diagnosticada la anomalía del pie, mediante radiografías, fotopodogramas, etc., se procede a la construcción del molde de escayola con vendas de yeso Platrix, de la siguiente forma: corto tres tiras de venda de ancho igual al doble del que presente el pie del paciente, ya sea adulto o niño, y de largo sobrepaso en seis centímetros por la parte

posterior del pie y seis por la anterior. Colocadas en superposición estas tres capas, las riegos con agua hasta impregnarlas uniformemente, para aplicarlas directamente al pie, una vez humedecidas, y proceder al moldeado y corrección del pie del paciente antes de que fragüe la escayola. Una vez extraído el negativo se llena con una lechada de escayola, y pasadas unas horas, una vez fraguado, tendremos el positivo terminado para construir sobre él la prótesis.

Es importante que la superficie plantar del molde esté totalmente lisa y no presente ninguna irregularidad, ya que sobre ella, directamente, será construida la plantilla, cuyo contorno será dibujado con el lápiz en la superficie de dicho molde.

MATERIAL NECESARIO PARA ESTA TECNICA:

Lápiz rojo al alcohol.

Crema incolora de calzado.

Tijeras.

Tejido de vidrio (CRISTALTEX, Ref. 8043 - Calle Bori Fontana, 8, Barcelona-6).

Araldit (Ref. Ly-556) (Laborat. Ciba-Geygi).

Endurecedor (Ref. HY 956) (Laboratorio Ciba-Geygi).

Pegamento MASTIC, espátula y vaquetilla cilíndrica de 2 mm.

CONSTRUCCION DE LA PLANTILLA

En primer lugar se aplica sobre la superficie plantar del molde crema incolora del calzado, y luego se saca brillo con la pulidora. Esto es para evitar que se adhiera la prótesis.

Se cortan tres capas de tejido de vidrio de una superficie aproximada al tamaño de la plantilla que se vaya a construir.

En un recipiente se ponen tres partes de Araldit y una parte de Endurecedor, mezclándolo uniformemente.

Mediante una espátula, se extiende sobre la superficie del moldeado (ya abrigantado) una capa de la mezcla de Araldit-Endurecedor anteriormente preparada, y sobre ella una lámina de tejido de vidrio adaptándola bien al molde, sobre la que se vuelve a colocar otra capa de Araldit, luego otra de tejido de vidrio, y así sucesivamente hasta colocar el número de capas deseado, de lo que dependerá después la dureza o flexibilidad de la plantilla; de ahí que con este sistema se puedan construir plantillas rígidas o flexibles según requiera el caso. Al cabo de doce horas ya tenemos totalmente seco este aglomerado de tejido de vidrio y Araldit, y entonces con tijera o cizalla se recorta la parte sobrante hasta dejar el tamaño exacto de plantilla que deseamos. Los bordes pueden pulirse más, si así se desea, con una muela de esmeril.

Sobre la parte superior de la plantilla extendiendo una capa de pegamento MASTIC, y otra sobre la vaquetilla por la parte que tiene pelo, y al cabo de unos minutos, cuando al pasar el dedo esté semi-seco, se unen las dos partes embadurnadas procurando quede uniformemente pegado. Después, con tijera, se corta la vaquetilla sobrante y queda la plantilla forrada y totalmente terminada.

A continuación se proyectó una película a través de la cual se pudo seguir claramente el proceso de fabricación de la mencionada plantilla.

¡Pobres pies!

Por D. ANTONIO VILLALBA LOPEZ
Podólogo
MADRID

Señor Presidente, señoras, amigos y compañeros: Es para mí una gran satisfacción volvernos a ver en esta bella e histórica ciudad valenciana, llena de recuerdos y tradiciones que la han hecho famosa en el mundo, donde tengo una importante misión que cumplir: exponer mis prácticas, experiencias y observaciones al alcance del Podólogo.

Espero sea de utilidad esta breve entrevista con vosotros, la cual he preparado con mucha ilusión y en la que no pretendo aportar nada nuevo, pero sí una suma de observaciones maduradas en la práctica clínica, generalizando y sin concretar un caso determinado.

En mi larga experiencia profesional he observado que el 40 % de las visitas en la Consulta son personas de edad avanzada; ellos han sido el motivo principal de preparar con mucho cariño esta ponencia, comunicación o mensaje que yo la titulo ¡POBRES PIES!

Es la triste historia de unos pies imaginarios de una señora de 70 años, cansados, torpes e inflamados.

Un día en la Consulta, tratando a esta señora, cerré los ojos unos momentos y me imaginé las diferentes facetas de la vida de estos pies en las variadas etapas de su IN-

FANCIA, ADOLESCENCIA, PUBERTAD y ANCIANIDAD.

Los pies de los niños ya están perfectamente desarrollados a la temprana edad de doce semanas de gestación en el embrión humano. Esta observación tan importante nos da a entender que los pies son los cimientos de nuestra estructura. En los primeros días en la vida del NIÑO, todo su ser goza de paz y reposo, siguiendo así las funciones del desarrollo óseo, muscular y demás aparatos y sistemas, que no enumero para no salirme del tema.

Los movimientos de los miembros inferiores son muy limitados; poco a poco, su desarrollo muscular y nervioso van evolucionando hasta conseguir unos movimientos voluntarios más o menos torpes; el tiempo va formando el esqueleto del pie hasta que un buen día el NIÑO de diez a doce meses, decide la marcha poniendo en juego un conjunto armonioso de piezas humanas, como son Cerebro, Nervios, Músculos, Ligamentos, Esqueleto y Reflejos, que se traducen en movimiento.

El esqueleto del pie, en los primeros años de la vida, está protegido por una masa carnosa, adiposa y flexible que amortigua el peso

del cuerpo. Poco a poco, y casi paralelamente, el desarrollo óseo y muscular siguen sus caminos; el NIÑO ya anda solo: sus lindos pies ya empiezan a sufrir.

Es misión del Podólogo instruir a los padres del calzado adecuado que deben comprar, aconsejar que no deben coger a los niños invitándoles a dar los primeros pasos, evitando así posibles deformaciones; que no estén mucho tiempo en sillas de ruedas, para evitar aducciones de los miembros y que los dejen en su corralito, que ya la sabia Naturaleza se encargará del desarrollo físico del niño, y que vigilen su torpe dinámica para evitar caídas defectuosas y traumatismos.

Entre los 16, 18 ó 24 meses, aparecen los padres con el niño en la Consulta, quejándose de caídas y andares torpes. Son éstos unos momentos muy importantes y de gran RESPONSABILIDAD en la que el PODOLOGO debe aconsejar, orientar y dirigir el futuro de estos tiernos pies. Conseguir la corrección, sí, pero respetando el desarrollo natural y educando su dinámica.

Estos niños suelen ser gorditos, con un peso superior a la resistencia de sus cartilagosos huesecillos, presentando un pie plano temporal. Con el tiempo, el 75 % de los casos suelen corregirse, pero, no obstante, deben ser tratados y vigilados periódicamente en revisiones cortas, de tres a cuatro meses, para observar las evoluciones del pie, valgismos, varismos, aducciones o descargados genus-valgos. Debemos tener muy presente en esta temprana edad, tratar con el pensamiento PREVENTIVO y no CURATIVO en estos tiernos y adiposos piececillos.

Es aconsejable, unas botas preventivas, blandas, flexibles, anti-deslizantes, con un arco de descarga suave, respetando así el desarrollo óseo y muscular para evitar defectos posteriores.

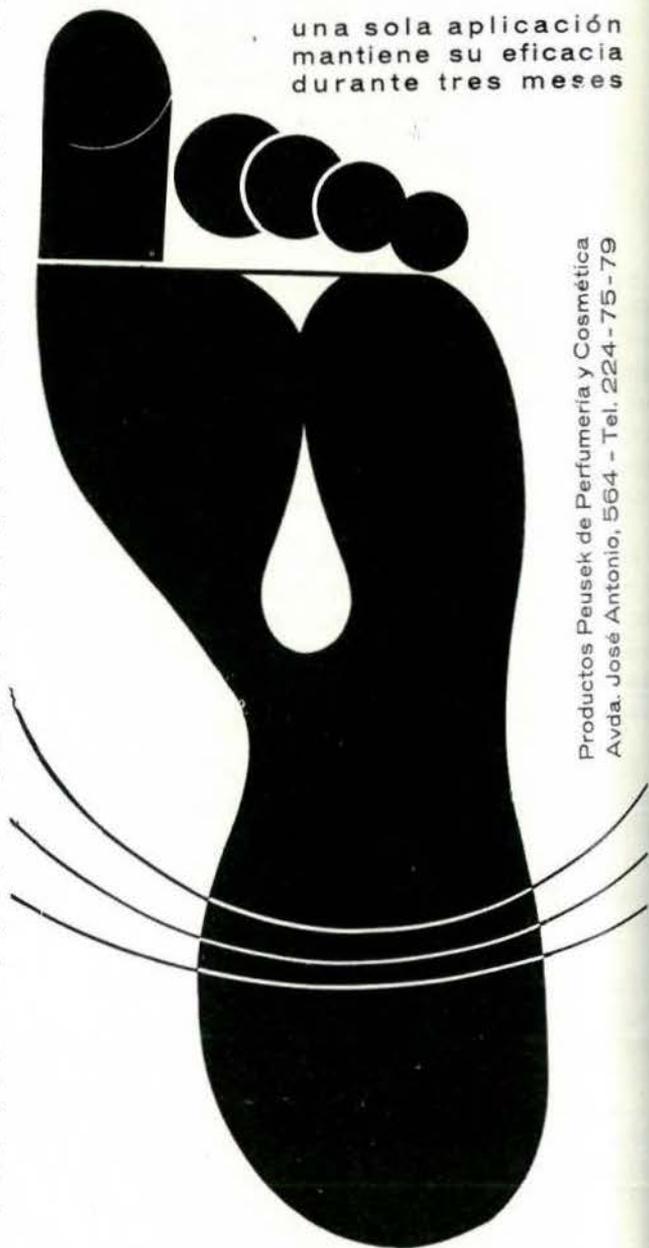
En los niños de edad escolar, 4, 5, 6 años en adelante, la técnica a seguir es muy diferente. Debemos hacer un reconocimiento por planos; colocaremos al niño en el podómetro en posición de firmes con los pies abiertos unos 16° a 18°. Se medirán *caderas* para des-

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

cartar posibles acortamientos de los miembros inferiores, real o aparente, o posibles y futuras desviaciones de columna. *RODILLAS*, midiendo sus desviaciones; *PIERNAS*, observando arqueamientos. *PIE*, medir valgismos, varismos, etc. *CARA PLANTAR*, mirando puntos de carga, arco longitudinal y transversal anterior, etc. El Foto-Podograma debe realizarse en reposo y carga, para observar flexibilidad de los arcos y tonicidad muscular. Comprobar los defectos de la dinámica y, como punto final, estudio del calzado, sus desgastes y material en que está fabricado.

Una vez completada la historia clínica, pasamos a la interpretación de la plantilla, que como es lógico a esta edad, debe ser más activa y exigente. El calzado a emplear debe reunir unas características más amplias y anatómicas que las normales; con una capacidad interior lo suficientemente amplia para admitir cómodamente Pie y Plantilla correctora. La interpretación del problema *PIE*, la dejo a cargo de la competencia y experiencia del *PODOLOGO*.

Es conveniente complementar el tratamiento con la *GIMNASIA* del pie, enseñando al niño que ya razona, unos ejercicios sencillos para conseguir aumentar la tonicidad de los músculos plantares y así acelerar la corrección del problema *PIE*, y a la vez evitar tendencias posturales cómodas.

EN LOS ADULTOS. — Todos sabemos que la inclinación anterior del cuerpo invita la marcha. El pie está formado por 26 huesos articulados entre sí, ayudados por numerosos músculos, tendones y ligamentos, formando una bóveda perfecta que amortigua toda nuestra estructura, y con una disciplina bella y armoniosa, todos estos elementos obedecen las órdenes impuestas por nuestro sistema nervioso, cuyo caminar se efectúa en la práctica de una forma mecánica e intuitiva.

Las diferentes posturas conseguidas en el pie son por efecto de marcha, carga, carrera y salto. El peso de la persona tiene una gran influencia que motiva a romper la perfecta silueta del pie, dilatando y hundiendo su estructura, buscando así otros puntos de apoyo.

El estudio de la dinámica ha sido siempre muy discutido; antes de definirla es conve-

niente pensar con sensatez los múltiples elementos que la componen, tan complejos como numerosos.

Igual que los profesores de Educación Física enseñan con ejercicios el respirar bien, también es posible orientar a nuestros pacientes de qué forma deben andar. Si somos observadores comprobaremos que la mayoría de las personas no saben andar correctamente y que cada uno tiene un estilo diferente. Sólo consiguen andar mejor, aquellas personas que se observan, por ejemplo, deportistas, modelos, artistas, etc. Es cuestión de ejercitar la auto-educación de los movimientos en el andar, hasta que se realicen de una forma refleja y mecánica. He observado que la educación de la dinámica en los niños es muy importante; si sabemos grabar en su mente la fijación correcta de la marcha, los resultados son muy agradecidos y sorprendentes. Ponerla en práctica y veréis los resultados.

Con estas breves observaciones me atrevo a decir que, en la marcha normal, el peso es repartido proporcionalmente en los puntos de apoyo más clásicos y conocidos: talón, primero y quinto metatarsianos.

En la carga recurrimos a las cabezas centrales, con la ayuda del borde inferior externo de la cara plantar o *CUBOIDES*. Uniendo así en décimas de segundos el puente plantar.

En el salto recurrimos a las extremidades distales o dedos. El primero, por ser el mayor de los cinco, ofrece toda su potencia. En esta bella cadena va repartiéndose gradualmente el peso del cuerpo, adaptándose a las deformaciones del suelo, siguiendo así las disciplinas que la Naturaleza les ha encomendado. En una palabra: el pie con todos sus componentes es como una gran familia bien avenida en la que cada uno aporta sus fuerzas y su potencia a medida de sus posibilidades.

De este simplificado conjunto de observaciones, sacamos las siguientes conclusiones: El hombre de vida sedentaria, con un trabajo de muchas horas sentado, produce por sus pocos o limitados movimientos, un pie blando con atonía de los músculos plantares. El hombre o mujer que desempeñan un puesto de trabajo con muchas horas de pie en espacios limitados, ejemplo: comerciantes, torne-

ros, camareros, enfermeras, médicos cirujanos, etc., pueden a la larga producir problemas externos en los puntos de carga del pie, protestando así nuestros tejidos, dando lugar a hiperqueratosis, helomas, dolores en miembros inferiores, cansancio, malhumor, edemas, problemas de la circulación de retorno, pie dilatado, etc. La estructura ósea también es afectada, produciendo los PIES PLANOS, PLANOS VALGOS, HUNDIMIENTOS DEL ARCO TRANSVERSO ANTERIOR, ESPOLON DE CALCANEOS, etc.

Tanto en los trabajos más o menos sedentarios o en las personas que trabajan de pie se producen problemas circulatorios de retorno. Es misión del Podólogo instruir y aconsejar a los pacientes que ejerciten DOS HORAS de marcha o paseos diarios, andar descalzo por la arena de la playa, césped o simplemente en casa, desarrollando así los músculos flexores y extensores con igual tonicidad.

Dar masajes suaves, baños templados para activar la circulación de retorno que, como todos sabemos, es producida por el conjunto mecánico de contracciones musculares, dilataciones rítmicas de las paredes arteriales y bombeo del arco longitudinal del pie en la dinámica, evitando así futuras perezas circulatorias.

ANCIANIDAD. — A partir de los SESENTA AÑOS, los problemas del pie son numerosos y diversos, por una serie de circunstancias. Es en la ancianidad cuando la conducta del PODOLOGO es muy importante.

Las personas mayores son más sensibles, su dinámica es más torpe y limitada, el metabolismo se ha modificado, el peso y la agilidad física dejan huella en los miembros inferiores y la circulación de retorno es más lenta.

Son los pies, a mi juicio, lo primero que muere en la vida; han sido muchos años martirizados y sacrificados en una PRISION llamada CALZADO, limitando así sus múltiples movimientos, endureciendo sus articulaciones y ligamentos, reduciéndose las funciones de los

músculos y tendones que, como una marioneta, mueven voluntariamente toda la mecánica del pie.

Se presentan, por lógica, problemas externos que se resuelven con facilidad; pero los internos, que corresponden al esqueleto del pie, son más complicados por requerir, en la mayoría de los casos, tratamiento quirúrgico. Es aconsejable calzado cómodo, plantillas blandas de descarga y rehabilitación.

Lo más desagradable en estos casos, es la falta de constancia y voluntad en los pacientes, conformándose con el tratamiento externo de UÑAS y DUREZAS que nosotros resolvemos con mucho gusto.

Hubo una pausa, un silencio, un ruido; abrí los ojos, desperté contento y saqué importantes conclusiones: Sólo tenemos DOS pies para toda la vida; de sus cuidados depende el futuro de ellos, tan necesarios en todo momento para trasladarnos de un lado a otro. Es de vital importancia orientar al MUNDO de las grandes ventajas que tiene el prevenir a su debido tiempo los problemas de los PIES, consiguiendo así una juventud en edad avanzada o, de lo contrario, una vejez prematura.

Igual que hacemos revisiones periódicas de nuestra casa, coche, o un chequeo anual de la máquina humana, ¿POR QUE OLVIDAMOS NUESTROS PIES?

Debemos empezar por instruir a los niños desde temprana edad; a los padres, por todos los medios publicitarios a nuestro alcance y, por nuestra parte, organizar como siempre CONGRESOS PODOLOGICOS ANUALES en todas las capitales de España. Sólo así, es posible que nuestra Especialidad sea más conocida, consiguiendo a la vez elevar la MORAL de todos los COMPAÑEROS y aumentar nuestro prestigio a escala NACIONAL.

Son éstos, queridos amigos, unos momentos muy importantes en mi vida por estar reunido con vosotros como en una gran familia. Os doy las gracias por la atención que habéis tenido al escucharme y quedo, como siempre, a vuestra disposición.

Sofrología:

Una realidad médica

De nuestro amigo y compañero de Madrid, Antonio Villalba, hombre interesado y documentado en SOFROLOGIA, nos llega la siguiente nota, que transcribimos en la Revista para conocimiento de todos aquellos compañeros que tengan interés en su conocimiento:

«Después del Congreso Mundial de Podología en Salzburgo, una vez organizado y puesto a punto el trabajo, siguen mis inquietudes sobre la insistencia de conseguir con carácter oficial unos Cursos de SOFROLOGIA para el PODOLOGO.

Después del Symposium celebrado en Zaragoza, donde expuse la primera conferencia de PRACTICAS DE SOFROLOGIA EN LA CIRUGIA MENOR DEL PODOLOGO, han sido numerosos los compañeros interesados en el conocimiento de las mismas, visitándome para que les informase sobre esta nueva Especialidad. Particularmente, en silencio, he hecho numerosas gestiones pidiendo informes sobre los caminos a seguir para conseguir unos Cursos sobre esta interesante Especialidad, para lo cual necesito el apoyo de mis superiores, a los que paso a informar.

Es éste el principal motivo de dirigirme a nuestra Revista, para ver si consigo avivar la llama de la luz que ilumina con fuerza las mentes deseosas de superación y conseguir

despertar un interés por esta interesante Especialidad: la SOFROLOGIA.

Hace poco se han celebrado en Madrid unas Conferencias Sofrológicas para Médicos de distintas Especialidades, en las cuales he intentado introducirme, sin poder conseguir mis deseos de ampliar mis conocimientos. No obstante, por medio de la Dra. Soleira Canto Bello, he conseguido importantes orientaciones.

Los PODOLOGOS debemos solicitar nuestros deseos con carácter oficial por medio de nuestros superiores al Maestro y Doctor D. Alfonso Caycedo, de Barcelona, introductor de la Sofrología en España, o al Dr. D. Mariano Espinosa Aroca, de Madrid, para conseguir unas Conferencias o Cursos a nivel Podológico.

Sería para mí una gran satisfacción ver hecho realidad el fruto de los senderos trazados con el entusiasmo de aquel que lucha por una causa, y que desanimado y prendido en las redes de lo casi imposible, solicita desde aquí la ayuda de sus SUPERIORES para que ellos sigan los caminos de la conquista de este modesto soñador, en beneficio de todos y para todos.»

IMPORTANTE:

Rogamos a todos los Agrupados que hayan cambiado su dirección, lo comuniquen por escrito a la Redacción de la Revista, calle Diputación, 118, pral., 2.º, Barcelona-15, Sr. Manuel Gavín Barceló, para de esta forma poder cambiar las franjas y evitar el creciente número de Revistas que son devueltas por no encontrar al destinatario.

Gracias.

LAXITUD ARTICULAR

como factor de las alteraciones del Aparato Locomotor (nuevo estudio)

(Continuación)

Otro resultado positivo de este estudio ha sido la gran frecuencia de tortícolis espontáneas en los laxos. Así vemos que en los correspondientes al Primer Grado, se registra solamente un 1 % de los casos, observándose ya después, un aumento progresivo de su frecuencia a medida que el grado de laxitud aumenta, llegándose hasta un 34 % en los correspondientes al Cuarto Grado.

Aquellos casos en que la tortícolis podía ser debida a otras causas han sido excluidos; hay un nuevo tipo de tortícolis que se destaca en el estudio del conjunto, siendo muy particular en los laxos; habitualmente y dentro de su forma más característica, aparece por la mañana al despertar cuando en forma brusca el sujeto experimenta un dolor cervical muy intenso localizado especialmente en uno de los lados del cuello, con inclinación de la cabeza y del cuello hacia el lado opuesto. La inclinación lateral de la cabeza queda fija siendo del todo imposible su corrección en la exploración manual del paciente. Hemos observado este tipo de tortícolis en los niños y adultos de ambos sexos y en determinados casos, hemos asistido a diversos episodios de la misma tortícolis recidivante. La sintomatología puede desaparecer, en forma espectacular, si se simete al paciente a tracciones manuales o con el cabezal de Sayre.

MENISCOPATIAS

El número de casos de lesiones de menisco de la rodilla ha sido muy reducido lo que no nos permite dar un valor estadístico en la distribución de su porcentaje.

POLIARTRALGIAS

Los estudios estadísticos del síndrome poliartrálgico, son de los más difíciles de realizar ya que en vez de guardar una estrecha relación con diversas causas, son muchas veces influenciados por el grado de nerviosismo o neurosis del paciente. Es un síntoma puramente subjetivo y, en consecuencia, ofrece la posibilidad de sufrir muchos errores en su evaluación.

A pesar de ello, la diferencia observada entre los no laxos del Primer Grado (2 %) y los laxos del Cuarto Grado (15 %), nos da idea de que el factor laxitud puede ser una de las causas de las poliartralgias.

El análisis de estos casos nos muestra que las poliartralgias de los laxos presentan algunas especiales y particulares características. Ellas aparecen durante la infancia y la adolescencia y persisten durante muchos años; su curso no presenta fases agudas y, de existir, nunca tienen la suficiente impor-

tancia como para obligar al paciente a encamarse.

Kirk y Coll (9) que han confirmado la presencia de este cuadro poliartrágico en los laxos, han podido observar que el dolor se presentaba preferentemente en los miembros inferiores aunque pudiese aparecer también en los superiores. La aparición está asociada frecuentemente al aumento de trabajo de la articulación y siempre tiene lugar después de un ejercicio, como por ejemplo, después de una prolongada marcha a pie.

La rigidez articular puede presentarse en la humedad que es frecuentemente señalada por el propio paciente como un factor determinante. En estos casos no existe nunca ni un aumento de la temperatura corporal ni de la V.S.G. ni de otras pruebas de laboratorio. Estos resultados, a pesar de ser negativos, son altamente útiles toda vez que muchos de estos enfermos habían sido catalogados

y tratados como «reumáticos». Las pruebas de laboratorio no han sido nunca alteradas. En dos casos hemos podido observar un derrame en la rodilla; en uno de ellos nosotros mismos hemos podido obtener líquido sinovial el cual, una vez examinado, nos ha permitido descubrir que contenía algunas células siendo característico en los derrames mecánicos. Señalamos que Kirk y Coll (5) han observado algunos derrames de las rodillas con un líquido de tipo mecánico en los laxos del género de los poliartrágicos.

En nuestros dos casos con derrames de las rodillas, el criterio de hiper-extensión de la rodilla se presentaba en más de 5 grados, lo que daba lugar a un problema de estabilidad.

Prácticamente en todos los casos con laxitud articular y poliartralgias existe un alto grado de nerviosismo lo que nos llama particularmente la atención. No podemos saber

NUEVO

sandalia de masaje ganter

una plantilla anatómica **ACTIVA**

- antiedematosa •descontracturizante
- activadora de la circulación periférica •sedativa del pie



ganter
MADE IN GERMANY



Solicite información a:

EXDIRE · AVDA. MERIDIANA, 422 · TEL. 340 72 47 · BARCELONA · 16

si es sólo una coincidencia o bien si el nerviosismo es una condición necesaria para traducirse en dolores que obligan a consultar al médico el problema mecánico producido por la laxitud articular.

DORSALGIA BENIGNA. — Hemos observado una evidente relación entre las dorsalgias benignas registradas en esta serie y el grado de laxitud articular que va desde el 2 % de casos en el Primer grado hasta el 15 % de casos en el Cuarto Grado, lo cual significa que la laxitud articular puede ser un factor a tener en cuenta dentro de la patogenia de este síndrome tan frecuente en las mujeres jóvenes.

LUMBALGIAS Y ALGIAS CERVICALES SIN ALTERACIONES RADIOLOGICAS

Los estudios sobre la relación entre la lumbalgia y la algia cervical pura con la laxitud son muy difíciles de realizar a tenor de la existencia de bastantes causas difíciles de apreciar radiológicamente y que puedan ocasionar dolores en estos segmentos vertebrales. Nuestros resultados no sugieren ninguna evidencia de que la laxitud articular sea un factor importante en su aparición.

SINDROME SACRO-ILIACO DURANTE LOS ULTIMOS MESES DE EMBARAZO

No es excepcional que durante los últimos meses de embarazo y en el momento en que el platillo de la balanza es sometido a cierta distensión, aparezca un síndrome doloroso de localización netamente sacro-iliaca con dolor en la cara posterior del muslo y, algunas veces, la claudicación de uno de los miembros inferiores. Tales casos pueden ser confundidos en un examen superficial con una radiculalgia ciática. Pero con una correcta exploración podemos demostrar el origen sacro-iliaco de los dolores así como la consecuencia de síntomas radiculares objetivos. Sería interesante estudiar si este síndrome puede darse con más frecuencia en mujeres laxas. Y de tales estudios que muestran un 11 % en los no laxos y un 5 % en los laxos de Cuarto Grado, no nos permite sospechar alguna correlación.

Es posible que la distensión de los ligamentos sacro-iliacos aumente durante los últimos meses de embarazo en todas las mujeres a tenor de un aumento en la secreción de «relaxina» e independientemente de la laxitud articular anterior.

SINTOMAS EXTRA-ARTICULARES EQUIMOSIS SUB-CUTANEAS

Hemos hecho un estudio de sólo los síntomas extra-articulares. La aparición de equimosis sub-cutánea espontánea con una desproporcionada respuesta a los traumatismos mínimos. Como sea que este dato nos es dado por la anamnesis, existe la ayuda de las apreciaciones subjetivas del paciente, no pudiendo, por tanto, ser sometida a reflexión, y cuyos resultados tienen sólo un valor indicativo. Sin embargo, el síntoma se presenta en los pacientes de Cuarto Grado el doble que en los de Primer Grado. Y con una graduación a medida que la laxitud aumenta.

COMENTARIO

Los datos que nosotros poseemos actualmente nos permiten afirmar el interés de la laxitud articular como factor dentro de los numerosos y variados trastornos del aparato locomotor. Creemos pues, que está sobradamente indicado el reemprender los estudios pertinentes para intentar precisar la causa condicionante o determinante en los trastornos estáticos tan importantes como el pie plano, el geno-valgo y las escoliosis idiopáticas.

En el terreno de las luxaciones recidivantes de la rótula, de la espalda, del codo y de la luxación o sub-luxación de la cadera, la causa de la laxitud articular señalada en nuestro primer estudio (13, 14), está actualmente verificado y completamente confirmado por los trabajos de Carter y Sweetman (2) (3), Carter y Wilkinson (4), Massie y Howorth (cit., en 9) y Wynne-Davies (19).

No nos ha sido posible verificar la mayor frecuencia de las lesiones meniscales de la rodilla pero en un reciente trabajo de Nicholas (cit. en 6), ha estudiado 139 miembros de un equipo de fútbol americano; de ellos, 39 eran laxos y la frecuencia en la rotura de ligamentos era, en los mismos, ocho veces superior a la observada en los 100 restantes no laxos.

Hemos descrito un género particular de tortícolis cervical que tiene, seguramente, una relación con la laxitud articular. Creemos que en un futuro toda la patología de las luxaciones articulares espontáneas y los procesos que se derivan de las mismas, como la tortícolis cervical y torceduras de tobillo, deberán ser revisados teniendo en cuenta este factor.

Dentro del campo de las poliartralgias que hemos señalado en nuestro primer estudio, Kirk y Coll (9), han confirmado su exactitud y han precisado algunas particularidades. Estos casos son de un gran interés cuando presentan pinzamientos articulares de tipo mecánico tal y como lo han observado dichos autores; y todo ello ha sido verificado por nosotros mismos (dos casos) y por Graham (6), en un reciente trabajo. Resulta interesante considerar que Sutro (cit. en 6), un médico militar americano, había ya publicado en el año 1947, cinco casos con pinzamientos recidivantes (3 de rodilla y 2 de muñeca), que aparecían sin un traumatismo anterior en soldados sanos pero con una hiper-movilidad generalizada.

Nuestras deducciones nos permitían sugerir que la laxitud articular podía ser uno de los factores de la dorsalgia benigna.

Al propio tiempo, en las alteraciones extra-articulares, resulta interesante que las equimosis sean más frecuentes en los laxos. Finalmente, Wynne-Davies (19), señala la mayor frecuencia de hernias inguinales, crurales o umbilicales— o en cualquier otra localización— en los laxos. La frecuencia de hernia inguinal entre los jóvenes varones de menos de 15 años está habitualmente considerada alrededor de un 1 %. Para los sujetos laxos con una luxación de la cadera, se ha encontrado una frecuencia de un 7 % y de un 5 % en sus hermanos y parientes.

Resumiendo y según nuestra propuesta efectuada en el año 1956 (1), (2), existe un síndrome producido por la laxitud articular aislada y que según el resultado de nuestros estudios, estaría compuesta así:

a) Trastornos de estática (pie plano; genu-valgo y, probablemente, escoliosis).

b) Antecedentes de luxaciones y sub-luxaciones articulares (torceduras de tobillo, vertebrales, tortícolis).

c) Poliartralgias, con eventuales pinzamientos articulares en las rodillas, tobillos y dorsalgias.

d) Síndromes extra-articulares (equimosis espontáneas, hernias, etc.).

La descripción del síndrome de hiper-movilidad articular limitado a las poliartralgias y a los pinzamientos articulares realizada por Kirk y Coll (9), nos parece incompleta. La mayor dificultad en el estudio de la laxitud articular no es la de demostrar su importancia y sí, en cambio, el dar una definición clara de su concepto.

Las denominaciones de «laxitud ligamentosa», «laxitud articular», e «hiper-movilidad articular» son, en su mayor parte, equivalentes; si unas se inclinan hacia la causa, las otras se inclinan hacia la consecuencia. En nuestro estudio vemos con toda evidencia que se puede considerar la existencia de tres categorías en la laxitud articular aislada.

- 1.º Los no laxos
- 2.º Laxitud articular localizada
- 3.º Laxitud articular generalizada

De todas formas nos parece evidente que entre estas tres categorías no existe una neta diferenciación si bien existen una serie de grados intermedios. Por dicho concepto no nos es permitido tener una determinada y concreta idea sobre saber si la laxitud articular generalizada es una entidad separada de la laxitud localizada o discreta. Los estudios realizados recientemente sobre muestras de la población general de Búfalo (U.S.A.) y de Ronda Fach (Inglaterra) (11) nos ha sugerido que la hiper-movilidad está distribuida como una variable continua. Podemos considerar como hiper-móviles aquellos que están situados en los extremos de esta distri-

bución; parcialmente a aquellos que llegan de otras constantes biológicas, como por ejemplo, la uricemia y la tensión arterial o la estatura corporal. De acuerdo con estos conceptos, la línea que separa lo normal de lo patológico es puramente convencional y no posee otra finalidad o concepto que el estadístico.

Existen también otras variedades a señalar dentro de la movilidad según sea el sexo (10). Las mujeres de nuestro estudio, presentan unas valoraciones de los grados tercero y cuarto, el doble de las que presentan unas valoraciones de los grados tercero y cuarto, el doble de las que presentan los hombres.

Las variaciones según la edad (10) son interesantes y difíciles de comprender. Aparte de una tendencia general hacia la disminución de la hiper-movilidad siguiendo la edad —lo cual es evidente dentro de nuestra serie— parece ha sido imposible demostrar la hiper-movilidad en los niños recién nacidos durante su primera semana de vida, teniendo en cuenta que dicha hiper-movilidad llega al máximo a la edad de 2-3 años para disminuir rápidamente después (19).

LA LAXITUD CULTIVADA

Otro de los problemas a saber es si la hiper-movilidad puede ser producida —cuando menos forzada a aparecer —mediante ejercicios apropiados. En una reducida serie de 13 alumnos de una escuela de baile, comparada con otra serie de la misma edad y sexo, hemos encontrado lo siguiente:

Escuela de danza

| | |
|---------------------|----------|
| PRIMER GRADO | 2 casos |
| SEGUNDO GRADO | 2 casos |
| TERCER GRADO | 3 casos |
| CUARTO GRADO | 6 casos |
| — | — |
| | 13 casos |

Serie comparativa

| | |
|---------------------|----------|
| PRIMER GRADO | 6 casos |
| SEGUNDO GRADO | 15 casos |
| TERCER GRADO | 10 casos |
| CUARTO GRADO | 5 casos |
| — | — |
| | 36 casos |

Esta serie, a pesar de ser insuficiente, nos demuestra que la distribución según el grado de laxitud es, claramente, diferente entre los alumnos de danza y la serie comparativa. Y todo ello nos sugiere que la laxitud articular, puede ser el resultado de un entrenamiento. Al propio tiempo, recientemente, Grahame (6) que ha constatado también un porcentaje de hiper-movilidad más elevado en un grupo de 53 alumnos de una escuela de baile que en una serie comparativa, nos hace observar que la hiper-movilidad existía también en aquellas articulaciones que no son utilizadas en los ejercicios de danza; así nos cabe suponer que podría existir una hiper-movilidad latente lo cual condicionaría el que dichos individuos sean más aptos para el baile que los no hiper-móviles, sin que ello sea indicio de que, mediante ejercicios apropiados, no se pueda aumentar la hiper-movilidad.

HEREDITARIO

El problema que aquí se trata —toda vez que ignoramos si la laxitud articular constituye una sola entidad o varias o si esto depende solamente de un grado extremo de una variante biológica— hace que las investigaciones o estudios sobre la herencia sean muy problemáticos; es más, no existen trabajos sistemáticos sobre este problema más que algunos casos con una fuerte acumulación familiar y que han sido descritos (8-9) (Sturkie P.D. cit. en 9) (7) y tenemos la clara impresión de que todo ello nos lleva a un proceso congénito de origen hereditario.

PATOGENIA

Estamos de acuerdo en considerar a la hiper-movilidad como la consecuencia de una mayor laxitud o distensibilidad ligamentosa de cápsulas articulares, tendones y fascias tendinosas.

Los conocimientos histológicos actuales nos permiten establecer una comparación entre las distensiones de ligamentos y de cápsulas articulares con las fibras colágenas y elásticas del tejido conjuntivo.

Es interesante precisar que las fibras elásticas son distensibles de 100 a 140 % pudiéndose comparar su distensión a la de la

goma. La resistencia a la distensión es muy pequeña. Las fibras aisladas distendidas hasta un 50 % con el macro-manipulador, recuperan rápidamente su longitud; si la distensión llega al 100 %, la elasticidad disminuye muy poco.

Las fibras colágenas, por el contrario, aún y siendo flexibles, se caracterizan por su resistencia a la tracción; 1 cm² de tejido formado por colágeno puede soportar una tracción de 100 kgs sin aflojarse, es decir, que tendría la misma resistencia a la tracción de ciertos metales. Cuando se someten a una máxima tracción las fibras colágenas no se alargan más que casi un 5 % de su longitud.

Las fibras colágenas están dispuestas en haces o planos entrecruzados que se desplazan en forma pasiva, perdiendo su ondulación bajo el efecto de la tracción; pero esta disposición longitudinal una vez conseguida, les permite ofrecer una gran resistencia a la distensión.

Las fibras elásticas tienen unas características íntimas del género espacial y funcional, con los sistemas de fibras colágenas. De esta manera son las fibras elásticas las que se distienden durante la elongación de un ligamento y las fibras colágenas determinan el límite de esta elongación.

Cuando cesa la tracción sobre el ligamento, las fibras elásticas son las responsables del retorno consistente en el aumento de la posibilidad de distensión de los ligamentos; es, por tanto, razonable, pensar que el proceso fundamental consiste en un trastorno de las fibras colágenas como responsables de este límite de distensión.

Actualmente se conoce bien la composición histo-química de las fibras colágenas y por ello pensamos que la posibilidad de distensión de un ligamento, no depende de la cantidad de fibras colágenas existentes y sí de uniones químicas intra-moleculares e inter-moleculares.

Se ha llegado a precisar el aumento de lazos entrecruzados entre las moléculas de colágeno que serían la causa de una mayor estabilidad del ligamento y de una menor posibilidad de distensión. Bailey (cit. en 17), ha

demostrado que los entrecruzamientos entre las moléculas aumentan con la edad, lo que viene a estar completamente de acuerdo con la observación clínica de una disminución de la hiper-movilidad a medida que la edad de las personas avanza. Las moléculas de colágeno, son unas proteínas de las que se conoce actualmente, los aminoácidos que las componen. Lo que es verdaderamente interesante es que a pesar de los síndromes que presentan de la laxitud articular asociada a estas alteraciones del tejido conjuntivo (ver Tabla n.º 1), existen donde los que se conoce su patogenia se trata de la «homocistinuria» y de la «hiperlisnemia». En las dos existe un trastorno del metabolismo de un aminoácido componente de la molécula de colágeno. En el caso de la homocistinuria, ha sido demostrado que este trastorno tiene relación con la ausencia de un aenzima: La cistatioina. Así es razonable pensar que la laxitud articular aislada puede ser debida a una mayor posibilidad de distensión de las fibras colágenas y que es consecuencia de las alteraciones del metabolismo de los aminoácidos que forman las moléculas, condicionadas por los trastornos enzimáticos.

En estas últimas décadas, la Medicina se ha ocupado con pasión de la patología inflamatoria del tejido conjuntivo, considerando, como una curiosidad, el estudio de sus insuficiencias biológicas unidas a enfermedades hereditarias. El estudio de la LAXITUD LIGAMENTOSA AISLADA, nos ha hecho ver que la patología no inflamatoria del tejido conjuntivo puede constituir un capítulo importante dentro de la PATOLOGIA CLINICA DEL APARATO LOCOMOTOR.

Al dar por terminada la publicación de este interesante estudio sobre Laxitud Articular, queremos significar que su inserción en la Revista ha sido por cesión de la Delegación de Podología de Barcelona, en la que se celebró con gran éxito un Ciclo Monográfico sobre Laxitud Articular y Gimnasia Correctiva y Profiláctica, sobre el cual se dará amplio detalle en el próximo número, dada la importancia que tiene este tipo de tratamientos dentro de nuestra Especialidad.

Cuando ella le diga:
"Doctor...
siento un gran peso
en las piernas"



Feparil® Gel

Neutraliza todas las manifestaciones
del síndrome prevaricoso.



Feparil® Gel

Combate el éstasis venocapilar.

Composición por 100 g de gel

| | |
|---|----------|
| Aescina roentgenográficamente amorfa | 1,000 mg |
| Polisulfato sódico de Aescina (heparinoide) | 1,000 mg |
| Salicilato de dietilamina | 5,000 mg |

Indicaciones

Piernas pesadas, parestias, sensación de quemazón. Síndromes prevaricosos. Varices constituidas. Flebitis, tromboflebitis y periflebitis. Dermohipodermitis. Edemas de los miembros inferiores. Úlceras crónicas de las piernas.

Posología

En general, de dos a cuatro aplicaciones diarias extendiendo suavemente el gel, que no engrasa ni ensucia, por lo que su aplicación resulta agradable y limpia. No se precisa realizar masaje, pero puede hacerse si la piel no está alterada. No debe aplicarse directamente sobre las úlceras varicosas, sino alrededor de las mismas. Tampoco debe aplicarse sobre superficies eczematizadas.

Presentación y P.V.P.

Tubo con 50 gramos de gel, 150,— Ptas.



MADAUS CERAFARM, S. A.
APARTADO 9116 - BARCELONA

(*) En otros países (Alemania, Italia, Francia, etc.) REPARIL GEL

BIBLIOGRAFIA

1. ARGANY, A.—La laxitud articular como factor de alteraciones osteo-articulares. Tesis doctoral. Facultad de Medicina de Barcelona, 1957.
2. CARTER, C. y SWEETMAN, R.—Familial joint laxity and recurrent dislocation of the patella. *Jou. Bone and J. Surg.* 40-b, 664, (1958).
3. CARTER, C. y SWEETMAN, R.—Recurrent dislocation of the patella and of the shoulder. *Jour Bone J. Surg.* 42-b, 40, (1960).
4. CARTER, C. y WILKINSON, J.—Persistent joint laxity and congenital dislocation of the hip. *Jour Bone j. Surg.* 46-b, 40, (1964).
5. Hyperlaxity associated with retardation Ghadimi II, Binnigton V. I. and Pecor P. (1965) *New Engl. J. Med.* 273, 723.
6. GRAHAME, P.—(Guy's Hospital London SEI) Joint Hypermobility Clinical Aspects. *Proc. roy. Soc. Med.* Volume 64 June (1971) p. 692.
7. HASS, J. HASS, R.—Arthrochalis Multiplex congenita—Congenital Flaccidity of the joints. *J. Bone J. T. Surgery* 40-a p. 663, (1958).
8. KEY, J. A.—Hypermobility of joints as a son linked hereditary characteristic. *Jana* Vol-88, p. 1.710 (1927).
9. KIRK, J. A.—ANSELL, B. M. y BYWATERS, E. G. L.—The hypermobility syndrome. Musculoskeletal complaints associated with generalized joint hypermobility. *Arm. rheum. Dis.* 419, 26 (1967).
10. LIENCE, E. y PALET DE ROSELLO—La laxitud articular en la población general. *Med. Empresa* 1 118 (1963).
11. MCRUSIC, V.—A. (1966) «Heritable Disorder of Connective Tissue». 3.^a edition. Mosby Company St-Louis.
12. PARISH, J. G., CALMAN, C. D. and LAWENCE, J. S.—Heritable disorders of connective. Tissue. *Proc. roy Soc. Med.* 53, 515 (1960).
13. ROTES QUEROL, J. y ARGANY, A.—La laxitud articular como factor de alteraciones del aparato locomotor. *Rev. Esp. de Reumatología*, 59, 7 (1957).
14. ROTES QUEROL, J. y ARGANY, A.—La laxité articulaire considérée comme facteur d'alterations de l'appareil locomoteur. *Rev. du Rhum.* 535, 24 (1957).
15. ROTES QUEROL, J.—El síndrome de la laxitud articular. *Rev. de Información Médico-Terapéutica*. núm. 3-4, p. 67-74 (1971)
16. SCHIMKE, R. N., MCKUSICK, V. A., HUANG and POLLACK, A. D.—*J. Amer. med. Ass.* 193, 711 (Homocistinuria) (1965).
17. STEER, JAYSON, M. I. V., DIXON, A. St.—Joint capsula collagen. Analysis by the study of intra-articular pressure during joint distension. *Ann. Rheu. Dis.* 30, 481 (1971).
18. PHYLIP, H. N., WOOD.—Is Hypermobility a Discrete Entity? *Proc. roy. Soc. Med.* Vol. 64, June, p. 690 (1971).
19. WYNNE DAVIES, R.—Familial joint Laxity. *Proc. roy. Soc. Med.* Vol. 64. June (1971), p. 689.

En la Revista n.º 37, referente al viaje a Salzburgo, se publicó la fotografía del grupo de compañeros que integraban el autocar que partió de Madrid y, por error, se puso que pertenecían al de Barcelona. Para aclarar este fallo de impresión, publicamos las fotografías de los congresistas que integraron ambos autocares, al mismo tiempo que pedimos disculpas por el incidente, motivado a que en el cliché original, dado su reducido tamaño, no pudimos distinguir con claridad a los componentes del grupo.



Grupo integrante del autocar de Madrid



Grupo integrante del autocar de Barcelona

Labor de las Delegaciones

MALAGA:

Curso de actualización para podólogos

La Delegación malagueña organizó, durante los días 16 y 17 de febrero de 1974, un curso para postgraduados. Dicho curso estuvo dirigido por el profesor de la Escuela de Podología de la Facultad de Medicina de Barcelona, D. Joaquín Solé Cuch.

Con una extraordinaria asistencia de cursillistas procedentes de todas las provincias andaluzas, comenzó el acto a las cuatro de la tarde del día 16. El delegado provincial hizo la presentación del conferenciante y dio la bienvenida a los cursillistas. Seguidamente tomó la palabra el Sr. Solé Cuch para iniciar el curso, ajustándose al siguiente programa:

Sábado, 4 tarde:

Recuerdo de Anatomía Patológica.

Sábado, 5 tarde:

Exploración podológica.

Sábado, 6 tarde:

Interpretación del fotopodograma.

Sábado, 6 1/2 - 7 tarde:

Tiempo libre.

Sábado, 7-10 noche:

Distintos métodos y materiales en la confección de la plantilla ortopédica.

Domingo, 9-12 mañana:

Pequeña prótesis del pie.

Dada la categoría profesional del orador, el cursillo que tuvo carácter regional fue un rotundo éxito, pues el señor Soler Cuch demostró sobradamente la alta preparación que posee, captándose la atención y simpatía de todos los presentes.

Al final de cada tema se establecía un animado coloquio, transformándose de esta manera en interesante cambio de impresiones que sólo buen fruto puede dar a la podología andaluza.

El cursillo terminó con un almuerzo de hermandad entre todos los asistentes. Al final del mismo el delegado provincial hizo entrega al Sr. Solé Cuch de un obsequio como recuerdo de su visita a Málaga.

Ciclo de conferencias podológicas

Correspondiente al ciclo de conferencias podológicas organizado por esta delegación provincial, se celebró el día 21 de mayo pasado la conferencia a cargo del delegado provincial, Sr. Gutiérrez Velasco, que tuvo por tema: «Pasado, presente y futuro de la podología española». Inició su disertación recordando el pasado de la especialidad, su escasez de medios, la falta de Escuelas que ha-

cían del podólogo un autodidacta. Todo ello se ha superado, gracias al decreto que reconoce y reglamenta la especialidad y que data de marzo de 1962, en cuyo texto se designa la palabra podólogo para los profesionales que ejercen la especialidad, palabra que ha sido aceptada por todos los países.

Se refirió el Sr. Gutiérrez Velasco en su conferencia, a los artículos uno, tres y cinco del citado decreto, en los cuales se dice:

- El campo profesional del podólogo abarca el tratamiento de las afecciones y deformaciones de los pies.
- Las enseñanzas de podología comprenderán dos cursos en la Escuela Nacional de Podología, de la Facultad de Medicina de Madrid o Barcelona.
- Teniendo en cuenta las singulares características de la especialidad, la posesión del diploma facultará a sus titulares para, con plena autonomía, reciban directamente al paciente.

En cuanto al futuro de la Podología española, el delegado provincial se refirió a la reciente Ley de Educación, en la cual los podólogos españoles tienen puestas sus más caras ilusiones.

El conferenciante fue muy aplaudido al término de su charla por los numerosos especialistas que llenaban el salón de actos del Colegio Oficial de A. T. S.

La segunda conferencia del ciclo, estuvo a cargo del joven podólogo don José Luis García Ramírez, que eligió para su disertación el tema «Hallux valgus».

Inició su conferencia recordando la anatomía del pie, como asimismo las distintas deformaciones que se pueden observar en el primer segmento del pie, para luego centrar su disertación en el «Hallux valgus», desglosando las formas de producirse el mismo.

También el señor García Ramírez, en su documentada charla podológica, que fue seguida con atención e interés por los asistentes, habló de la etiología, o sea, las causas congénitas y adquiridas.

Pasó seguidamente a explicar el tratamiento protector más ideal y realista que el podólogo puede imponer.

Al final de su disertación, el Sr. García Ramírez fue muy felicitado y aplaudido.

DIA NACIONAL DE PODOLOGIA

El martes 30 de abril celebró la delegación malagueña el Día Nacional de Podología, que por primera vez se ha programado por la Agrupación de Podólogos de España, por acuerdo unánime del Consejo Directivo de la misma, y que tiene por propósito celebrar el día de promulgación del Decreto que reglamenta nuestra especialidad.

En Málaga, el Día Nacional de Podología, tuvo una especial significación, ya que la delegación malagueña se ha volcado, con entusiasmo y gran interés en darle un gran realce, reuniéndose todos los podólogos, acompañados por sus respectivas esposas, en una cena de hermandad en la sala «Los Violines», de Torremolinos, donde vivieron una inolvidable jornada de convivencia profesional. Al final de la misma se brindó por el futuro de la podología española y se acordó, a propuesta del delegado, el enviar telegramas de adhesión y gratitud al padre de la podología española, don Leonardo Escahs Clariana.

Durante la semana la prensa y radio locales, hicieron eco de esta celebración, programando espacios especiales que difundieron el significado, alcance y preparación del podólogo.

Homenaje a Antonio María Baca

En el mes de mayo se rindió un emotivo homenaje de amistad al destacado podólogo malagueño don Antonio María Baca Pérez, con motivo de haber cesado, a petición propia, en la secretaría de la Delegación malagueña, tras diez años de auténtica actividad y dedicación.

Antonio María Baca ha sido el eficiente secretario de la Delegación de Málaga y su labor y capacidad de trabajo han sido base importante del auge y promoción profesional que ha tenido en estos años la especialidad en Málaga y, sobre todo, ha sido parte integrante del equipo directivo malagueño, que mereció la distinción de «Delegación más activa».

El homenaje consistió en una cena a la que asistieron todos los podólogos malagueños acompañados de sus esposas. En la presidencia del acto, con los señores de Baca Pérez, se situaron don Rafael Martín Fresnadillo, presidente electo del citado Colegio, el delegado provincial, don Antonio Gutiérrez Velasco, todos ellos acompañados de sus esposas.

Ofreció el homenaje el Sr. Gutiérrez Velasco, que resaltó la labor realizada por el señor Baca Pérez y su constante gestión al frente de su cargo, glosando el espíritu de compañerismo y profesionalidad que adornan el quehacer podológico del Sr. Baca.

Por el tesorero de la Delegación, Sr. Domínguez Sánchez-Vera (don David), se le hizo entrega de una placa de plata, por la que la A. P. E. reconoce y premia la dedicación y esfuerzo del homenajeado en pro de la Podología.

Por su parte, el Sr. Baca, agradeció emocionado el homenaje que se le tributaba y reiteró su ofrecimiento de seguir colaborando con la Delegación y, en definitiva, con la Podología.

Cursillo regional de Podología

Organizado por la Delegación malagueña se celebró el día 8 de mayo un cursillo de actualización para podólogos que estuvo dirigido por el destacado podólogo gaditano D. Manuel Albalá Valle; el tema del mismo, «Nuevas técnicas protésicas del pie». Gentilmente presentó sus experiencias podológicas a sus colegas andaluces.

Dada la categoría profesional del Sr. Albalá, el salón de actos del Colegio Oficial ofrecía a la hora señalada para el comienzo del cursillo un aspecto impresionante, pudiéndose observar podólogos de las distintas provincias andaluzas.

Con unas palabras de salutación y bienvenida a cargo del delegado provincial, comenzó el acto profesional. En sus palabras, el delegado provincial puso de manifiesto la personalidad del conferenciante, su dedicación por más de 20 años a la investigación podológica. Habló seguidamente del rotundo éxito del Sr. Albalá en el curso para postgraduados celebrado a principios de año en Barcelona, donde sus crestas de uretano causaron profundo impacto.

Seguidamente hizo uso de la palabra el Sr. Albalá, quien agradeció las amables palabras de presentación del Sr. Gutiérrez Velasco; pasó a continuación al tema del cursillo diciendo que proyectaría varias películas ilustrativas de sus nuevas técnicas y que al final de las mismas se prestaría gustoso al coloquio.

La primera de las citadas películas estaba dedicada a la corrección protésica con polietileno de alta presión. Es de destacar la flexibilidad, poco peso y consistencia de este material que llega a soportar un peso de 20 Kg. por mm. cuadrado.

La segunda mostraba la técnica de obtención del molde del pie, en carga y descarga, según técnica personal.

La tercera recogió el proceso de fabricación de plantillas ortopédicas con Pantal, material que llega a resistir 70 Kg. por mm. cuadrado. En la proyección de esta película se pudo comprobar la ingeniosa forma como el Sr. Albalá ha superado los múltiples problemas que la dureza del material le planteaba.

Por último pasó una película dedicada a la confección de crestas de poliuretano a la cola 100 que maravilló a los asistentes.

Al final de su interesantísima disertación se entabló un animado coloquio, contestando el Sr. Albalá a las numerosas preguntas que le plantearon.

Terminada la sesión profesional, todos los cursillistas se dirigieron a un céntrico restaurante donde celebraron una comida de hermandad. A los postres, el delegado malagueño expresó su satisfacción por el éxito del cursillo y agradeció vivamente la gentileza del Sr. Albalá al venir a Málaga. Por último hizo entrega a la Sra. de Albalá de una figurilla del Cenachero, personaje típico malagueño, como prueba de las cordiales relaciones entre todos los podólogos andaluces.



El Sr. Albalá durante su intervención

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 cm³.

* MARCAS REGISTRADA



ESSEX (ESPAÑA). S. A.

AFILIADA A

SCHERING CORPORATION, U.S.A.

Cojera aguda infantil

Por considerarlo de interés para la profesión, transcribimos a continuación el artículo publicado en la Revista Pediatría acerca de las afecciones que pueden repercutir en anomalías del desarrollo de la marcha en la edad infantil.

Artropatías tóxico alérgicas y reumatoides infecciosas

La membrana sinovial tiene una gran propensión a reflejar fenómenos de hipersensibilidad o alteraciones del mecanismo inmunitario, ya que no debemos olvidar que sus células derivan del mesénquima.

Entre las artritis infecciosas en las que el germen actúa directamente sobre las articulaciones y el reumatoide alérgico de la enfermedad del suero, existe una gran variedad de artropatías en las que un mecanismo inmunitario, alérgico o tóxico ha sido invocado para explicar su patogenia. Dentro de este gran grupo se engloban una serie de entidades que se conocen bajo diversas denominaciones tales como artropatías reumatoides infecciosas inespecíficas, reumatoides alérgicas, artritis tóxico-alérgicas, reumatoides como secuelas de infecciones de signo conocido, reumatismos sintomáticos no purulentos de causa infecciosa, etc. Con estos nombres se pretende agrupar aquellas enfermedades articulares con una sintomatología clínica bastante unitaria y en las cuales diversos tipos de noxas, quizás sobre una base alérgica o a veces también tóxica, conducen a la aparición de artritis.

Los factores que pueden desencadenar este tipo de artropatías son sumamente variados, ya que puede tratarse de causa infecciosa (bacterias, virus, parásitos, protozoos) o noxas inanimadas (sueros heterólogos, medicamentos). Entre los gérmenes patógenos, el llamado reumatoide escarlatínico es, quizás, el representante más genuino de este tipo de artritis; sin embargo un gran número de enfermedades infecciosas se incluirán dentro de este mismo grupo: la artritis neumocócica sintomática alérgica, ciertos tipos de manifestaciones articulares de la brucelosis, teniasis, hepatitis, eritema infeccioso, etc.

Algunos casos de sinovitis transitoria de la cadera se habían intentado explicar a través de un mecanismo inmunitario; la relación entre dicho mecanismo y el derrame articular en la enfermedad del suero, es mucho más directa y además análoga a la artritis experimentales producidas por la inyección de proteínas extrañas. Por último la enfermedad de Schölein-Henoch se incluye también generalmente dentro de este tipo de artritis debidas a un mecanismo tóxico-alérgico.

Se presenta... el nuevo
CUATRODERM

(valerato de betametasona, sulfato de gentamicina, tolnaftato, yodoclorohidroxiquinoleína)

CREMA

proporciona acción polivalente
 ...no importa qué curso tome
 la afección cutánea

INFECCION BACTERIANA

sulfato de gentamicina:

El antibiótico con espectro más amplio y acción bactericida contra los gérmenes grampositivos y gramnegativos.

No produce reacciones de sensibilidad o de irritación.

INFECCION BACTERIANA

INFLAMACION-ALERGIA

-PRURITO valerato de betametasona:

Demuestra superioridad clínica sobre otros corticosteroides tópicos.

INFLAMACION



MONILIASIS

yodoclorohidroxiquinoleína:

El agente antimoniásico comprobado que inhibe el desarrollo de *C. albicans*.

MONILIASIS

DERMATOMICOSIS
tolnaftato: El agente fungicida tópico más eficaz que destruye directamente los hongos patógenos de la piel.

DERMATOMICOSIS

TUBO DE 30 GRS.

Para afecciones de gran extensión, de larga o media duración y mayor economía.

PRESENTACION:

Tubo de 15 grs. P.V.P. 207,30 ptas.
 Tubo de 30 grs. P.V.P. 373,10 ptas.



ESSEX (ESPAÑA), S. A.

AFILIADA A

SCHERING CORPORATION, U.S.A.

El reumatoide alérgico puro tiene por lo común unas características bastante definidas: fugacidad de los síntomas, pluralidad de las articulaciones afectadas que son atacadas con frecuencia de un modo simétrico, mayor incidencia en el niño mayor que en las edades más tempranas de la vida, no responden favorablemente a los antibióticos pero sí a los corticosteroides antiinflamatorios.

La cojera aguda producida por la afectación articular en estos niños puede llevar en los momentos iniciales, a dificultades del diagnóstico diferencial con otras entidades, en especial con la fiebre reumática, ya que pueden coexistir artritis, fiebre, reactantes de la fase aguda positiva, lesiones cutáneas y dolores abdominales.

Sin embargo, el curso ulterior y los datos complementarios permitirán realizar el diagnóstico, así como el de otras enfermedades con las que pueden guardar cierta semejanza, como las manifestaciones esqueléticas de la leucosis, artritis reumatoide, otras colagenosis, etc.

Síndromes más representativos

Reumatoide escarlatinoso. Aunque existe una artritis supurada de origen piémico como complicación de la escarlatina, el llamado reumatoide escarlatinoso se atribuye a un mecanismo tóxico y constituye el ejemplo más típico de este tipo de artropatías de origen infeccioso, aunque actualmente su frecuencia ha disminuido notablemente. Formaba parte de lo que recibía el nombre de segunda fase de la enfermedad. Se trata de una sinovitis que aparece al final de la primera semana o al principio de la segunda y con una menor frecuencia en la infancia que en la edad adulta y que afecta de un modo simétrico las pequeñas articulaciones (manos, pies, tobillos).

La hinchazón, el dolor y el enrojecimiento son moderados, saltan irregularmente de una a otra articulación desapareciendo espontáneamente en tres o cuatro días. Se acompaña en general de fiebre, más o menos alta, y no tiene tendencia a recidivar. Cuando

aparece este tipo de sintomatología articular en un niño con un antecedente reciente de escarlatina, deberá descartarse en primerísimo lugar la fiebre reumática, que puede presentarse precisamente en este momento.

Enfermedad del suero. Se presenta en un 6% de los niños tratados por primera vez con sueros heterólogos a los 7-14 días después de la inyección, que es el momento en que el nivel de albúmina extraña ha descendido notablemente y existe la suficiente cantidad de anticuerpos homólogos. Cuando su comienzo es más precoz, refleja la existencia de una sensibilización anterior con presencia de anticuerpos circulantes en sangre. Las manifestaciones clínicas más importantes son el exantema de tipo urticarial, casi siempre presente, fiebre, preedema o edema y reumatoide. Con menos frecuencia aparecen adenopatías, esplenomegalias, albuminuria y neuritis periférica. En el hemograma puede haber eosinofilia y en los primeros momentos leucocitosis neutrófila que posteriormente puede virar hacia leucopenia. El reumatoide afecta a las articulaciones medianas y grandes con unas características muy semejantes a las de la fiebre reumática; sin embargo estas manifestaciones ceden por lisis en el transcurso de pocos días.

Síndrome de Schönlein-Henoch. Se conocen también con el nombre de púrpura anafilactoide o púrpura reumática y es un síndrome bastante frecuente en el que el mecanismo inmunológico desempeña probablemente un papel desencadenante, dando lugar a una inflamación primaria inespecífica de las paredes de los pequeños vasos sanguíneos (vasculitis). En muchos casos ha existido también una infección previa de las vías respiratorias altas, producida por el estreptococo beta-hemolítico; otras veces se ha producido relacionar con alérgenos respiratorios o digestivos. Sin embargo, el mecanismo exacto es desconocido y se ignora el proceso mediante el cual el alérgeno incriminable puede provocar una afectación vascular. Sea como fuere, la enfermedad tiene lugar sobre todo entre los 3 y los 7 años de edad y con una frecuencia doble en el varón. Se inicia de un modo agudo con malestar

constantino velasco laínz

y

BERKEMANN

en

colaboracion

con

la revista española de

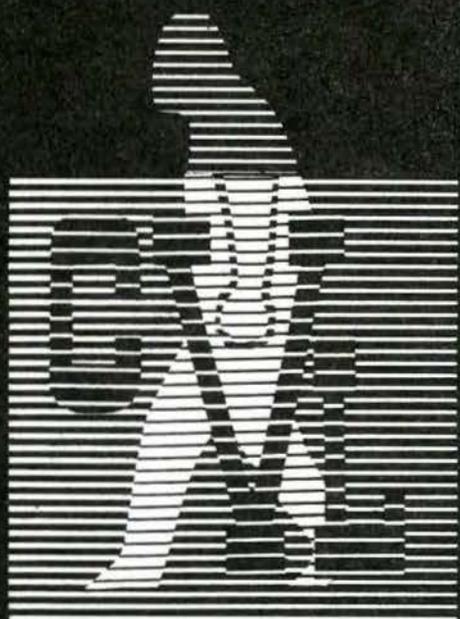
PODOLOGIA

ofrece a los podólogos

una gama completa

de

articulos para los pies



CENTRAL (Oficinas). — Santiago Bernabéu, n.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. 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.

general, fiebre moderada o sin ella y la aparición de una erupción purpúrica que se acompaña en la mayoría de los casos de artritis y dolores abdominales de tipo cólico y en menor proporción de trastornos renales. La afectación articular, que es la que aquí nos interesa, es de intensidad variable, casi siempre leve, con moderados signos inflamatorios, pero a veces pueden aparecer grandes fluxiones articulares de líquido seroso. Afecta sobre todo, al igual que las lesiones cutáneas, las extremidades inferiores (rodias, tobillos, pie), con las características de simetría, duración corta de 2 a 3 días y curación sin secuelas, aunque puede reaparecer en los brotes de exacerbación de la enfermedad. Las pruebas de laboratorio son

inespecíficas; puede haber una elevación de VSG con leucocitosis y eosinofilia y aumento de la cifra de antiestreptolisinas. Las pruebas hematológicas son normales, a excepción del Rumpel-Leede que puede ser positivo. Aparte de los hallazgos dependientes de las posibles lesiones renales e intestinales.

El reposo en cama y la Aspirina, en las formas leves, y los corticosteroides en las más intensas, alivian rápidamente las manifestaciones articulares: sin embargo, no debemos olvidar que el pronóstico general de esta enfermedad, que casi siempre es benigno, puede ensombrecerse debido a las complicaciones gastrointestinales y/o renales.

Compañero:

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

Pincelada poética por gentileza de
Eduardo Orenes, Podólogo de Elche

CALLO POR NO MALDECIR...¿A QUIEN?
A UN CALLO

Llevo un rebelde y maldito callo,
Molesta tanto ya por la calle
y es tan duro como este valle.
Y ¿qué hago...? Sufro y al fin me callo.

Me lo elimino y él es tan terco
que siempre insiste duro en salir.
Y ya lo dejo a él con su intento
hasta que él muera o yo morir.



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

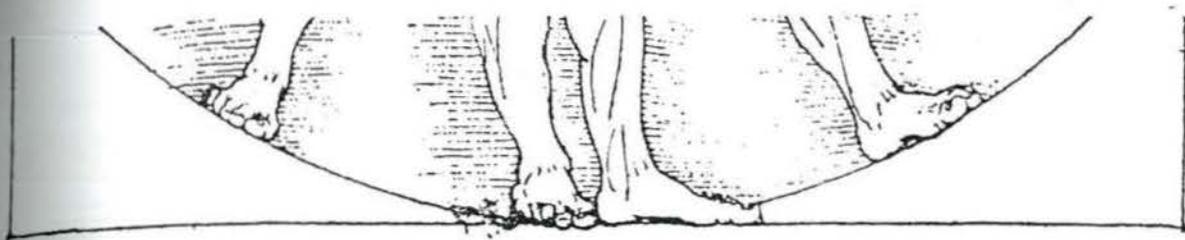
Barcelona-2 - Vergara, 7 - Teléfono 221 48 30
Madrid-14 - Av. José Antonio, 15 - Teléfono 221 01 95



REF. N-U







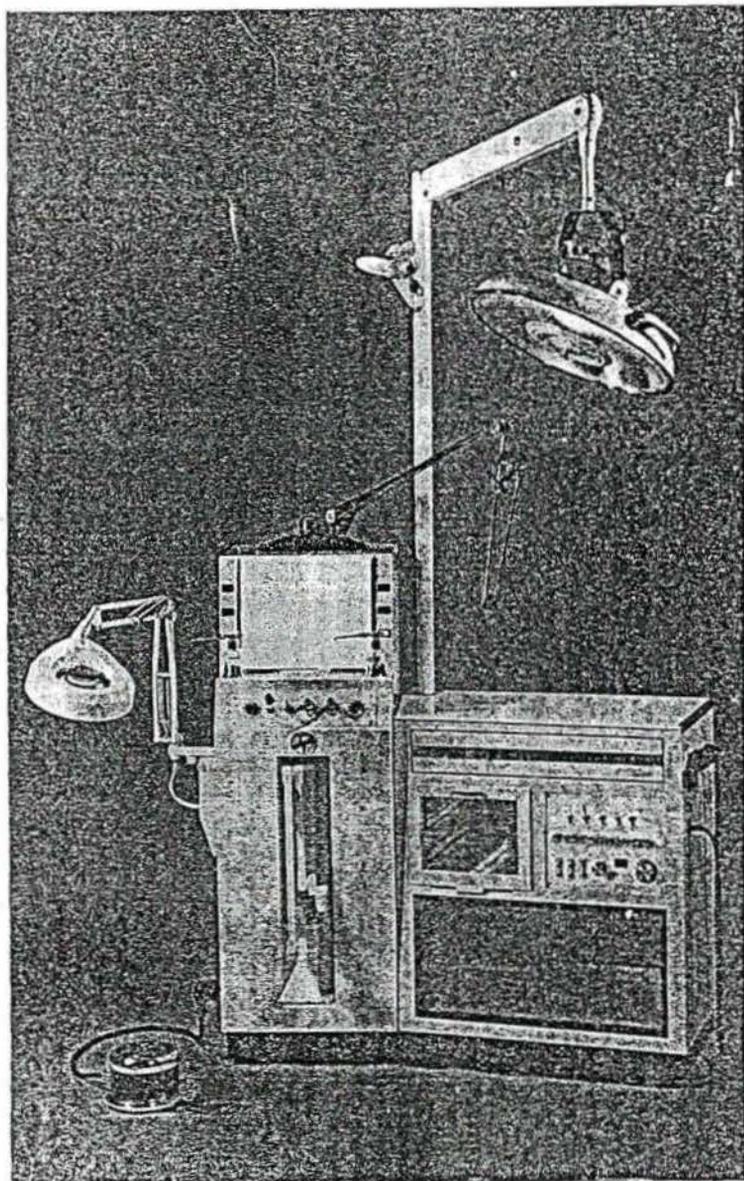
Handwritten text in a cursive script, possibly a form or a list, with some lines underlined. The text is arranged in several lines across the page, with some lines starting with a small circular mark. The script is dense and difficult to decipher.



REVISTA ESPAÑOLA DE

PODIOLOGIA

A.P.E. Sep. - Oct.
n.º 41 1974



CALIDAD EN NUESTROS MATERIALES
COMODIDAD EN SU TRABAJO
LARGA EXPERIENCIA,

TODO ESTO LE OFRECEMOS CON NUESTRO ULTIMO MODELO

« **CONSUL SUPER NOVO** »

CONSULTE SIN COMPROMISO A TALLERES CONSUL

Aurora, 12

BARCELONA-1

Teléf. 241.72.75

REVISTA ESPAÑOLA DE

PODOLOGIA

ORGANO DE LA AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

A. P. E.

Redacción:

Diputación, 118, 2.º, Pral, 2.ª, Barcelona (15)

Director:

Leonardo Escachs Clariana

Sub-director:

Pablo Vilató Ruiz

Redactor jefe:

Martín Rueda Sánchez

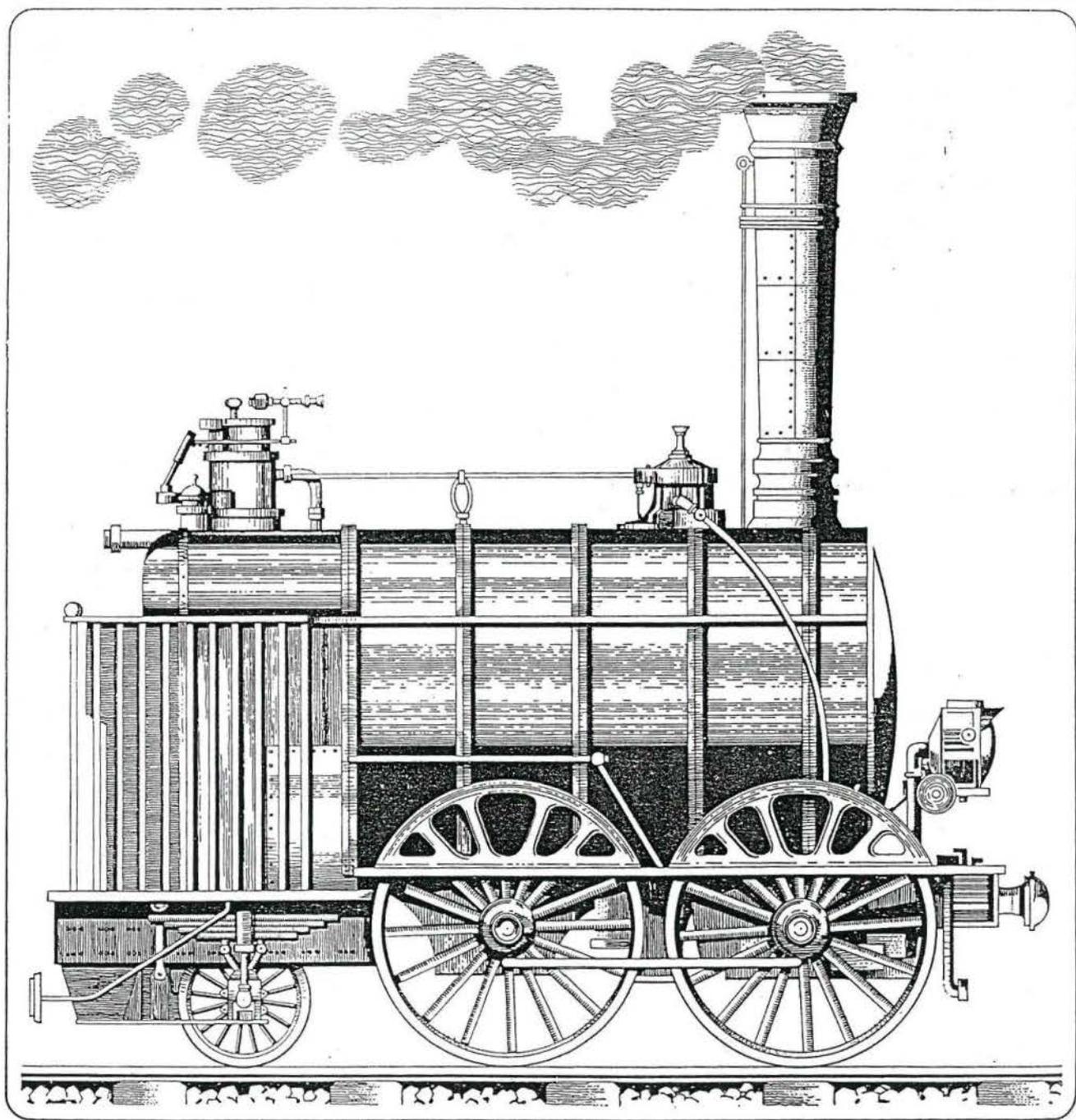
Administración:

Manuel Gavin Barceló

GRAFICAS RENACIMIENTO - Depósito Legal B-13.484 - 1974

SUMARIO

-
- 3 Junta de Gobierno
-
- 5 Editorial
-
- 7 Comunicaciones científicas: Accidente anestésico
-
- 11 » » Influencia del calzado en el pie adulto
-
- 15 Curso Perfeccionamiento. Escuela Podología de Barcelona
-
- 17 El pie, espejo de la Salud
-
- 22 Labor de las delegaciones
-
- 29 Higiene y Podología. (continuación)
-



en procesos reumáticos...

ditrone

cápsulas 100 y 200 mg (envases con 20 cápsulas)

supositorios 200 y 500 mg (envases con 16 y 10 sup. respect.)

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.º BAEZ BASAURI | Bilbao |
| Vocal nato | D. ZACARIAS GARCIA ANDRES | Madrid |
| Vocal nato | D. JAIME SALA PICH | Barcelona |

DELEGADOS DE ZONA

- D. José M.º Báez Basauri, Mayor, 27, 6.º. Las Arenas. BILBAO.
- D. José Luis Inchaurredo. 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. Castellón, 8. VALENCIA-4.
- D. Francisco Morán Ventura. León y Castillo, 8. LAS PALMAS DE GRAN CANARIA.

- GRANADA: D. Manuel Ruiz Morales.
- GUADALAJARA: Sin Delegado Provincial.
- HUELVA: Sin Delegado Provincial.
- HUESCA: Sin Delegado Provincial.
- JAEN: D. Leonardo Rodriguez Revuelta.
- LA CORUÑA: D. Francisco de la Cruz.
- LAS PALMAS: D. Francisco Morán.
- LEON: Sin Delegado Provincial.
- LERIDÁ: D. Alfredo Puchol.
- LOGROÑO: D. Vicente Alvarez.
- LUGO: Sin Delegado Provincial.
- MALAGA: D. Antonio Gutiérrez.
- MADRID: D. Zacarias 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.º M.º 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.

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.
- BADAJOS: D. José Villafaina de la Cruz.
- BARCELONA: D. Jaime Sala Pich.
- BILBAO: D. Victor Fano Ugarriza.
- BURGOS: D. Elias 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.º Boch Doménech.

¡NUEVA FORMULA!



Pentoderm[®]

Crema dermoprotectora cutánea

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



MADAUS CERAFARM, S. A.

EDITORIAL

Al empezar la estación otoñal dejamos atrás al torrido verano con sus días largos y soleados, se acaban las vacaciones, la época de «ralenti» laboral, y nos vemos otra vez inmersos en el trabajo, en el ir y venir cotidiano, en definitiva iniciamos una época de mayor actividad; también el ambiente callejero se ve alegrado con el bullicio de los niños que cargados con sus carteras y sus libros inician de nuevo las clases, y del mismo modo las Escuelas superiores abren sus puertas a una nueva generación de alumnos ansiosos de aprender. Esto ocurre con las dos Escuelas de Podólogos, Madrid y Barcelona, que volverán a ver sus aulas repletas de nuevos alumnos, de futuros profesionales, que inician la carrera o emprenden el sprint final del segundo año de nuestra especialidad, para lo que tanto la Escuela como el profesorado han trabajado intensamente buscando nuevas formas didácticas que permitan cada vez un mayor grado de preparación para que esos futuros colegas sean la savia nueva que se inyecta a la Podología que necesita grandes hombres y buenos profesionales para su constante superación.

Yo deseo y espero de todos esos alumnos que sueñan en ser Podólogos dos cosas primordiales: primero que sepan aprovechar bien las enseñanzas que van a recibir, captando hasta los más mínimos detalles, ya que a veces en las cosas insignificantes aparentemente puede estar el secreto de un éxito o por el contrario de un fracaso profesional; y en segundo lugar que tengan conciencia del significado de la carrera que han elegido: **PODOLOGIA**, que la quieran y la ensalcen, para de esta forma honrar el nombre que van a ostentar que está escrito con el sacrificio de unos hombres que olvidándose de si mismos han trabajado lo indecible por conseguirlo, y por tanto ahora no los podemos dejar solos dedicándonos a contemplar el fruto de su sacrificio: que no vean en ella una simple forma de ganarse la vida, sino una obligación y una responsabilidad que han elegido, por cuyo porvenir deben luchar denodadamente.

También para los Podólogos en ejercicio se presenta un curso lleno de actividades, que poco a poco irán cerrando con sus celebraciones el presente año 1974. Así, tras haberse celebrado unas conferencias en Málaga, la segunda otra ciudad andaluza, Cór-

doba, en la que durante los días 11, 12 y 13 de octubre se desarrollarán las I JORNADAS ANDALUZAS DE PODOLOGIA, con participación de relevantes figuras de la especialidad versando bajo el tema general del PIE PLANO INFANTIL.

También Barcelona se une a estas ciudades hermanas y se prepara para llevar a cabo un CURSILLO DE PERFECCIONAMIENTO PARA PROFESIONALES EN EJERCICIO, en la Escuela de Podólogos de Barcelona, al cual, dado el interés del programa, en el que junto a los colegas españoles Sr. Vilató, Sr. Alonso, Sr. Cámara, Sr. Rodriguez y Sr. Solé, se unirán dos más del Reino Unido: Mr. R. R. Suvana, Vicepresidente de la Asociación Inglesa de Quiropodistas, y Mr. Dumcan Hawes, considerado el mejor quiropodista en la Gran Bretaña.

Suponemos pues, que ambos acontecimientos tienen un aliciente indiscutible como para verse sobradamente concurridos no sólo por colegas españoles, sino de allende las fronteras, los cuales deben llevarse la impresión del grado de preparación de los Podólogos españoles, muy por encima de los de otros países.

De todo lo antedicho se deduce fácilmente la importancia que tienen para la Podología la celebración de estos cursillos o jornadas profesionales, que vienen a representar un escalón más en el camino ascendente que llevamos, y que estamos seguros pronto se verán secundados por otros en las distintas Delegaciones Nacionales, para repartir de esta forma por todos los ámbitos nuestro grado de preparación y nuestras metas profesionales.



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



CENTRO QUIRURGICO MUNICIPAL DE URGENCIAS

Director Dr. D. Antonio Otero Sendra

ACCIDENTE ANESTESICO EN LA CIRUGIA MENOR DEL PIE

por E. VIOLAN CAMPS
Podólogo
BARCELONA

La anestesia local y la general, tan necesarias en nuestra práctica diaria, en especial la local a la que nos referiremos en este trabajo, constituye para nosotros un elemento de trabajo que hemos de conocer en todos sus aspectos para aprovechar al máximo su función. Que incluso el mismo paciente nos la solicita. ¿No me dolerá? Pregunta ésta muy

habitual en nuestros despachos. Con una anestesia bien aplicada el paciente queda agradecido y contento, al mismo tiempo que nos permite trabajar mejor a nosotros. Pero no podemos olvidar que el uso de los anestésicos locales sólo tiene esta faceta alegre y agradable, sino que nos puede resultar un

arma de doble filo, a veces su uso nos puede dar desagradables sorpresas. Es este punto el que nos preocupa. ¿Qué puede ocurrir si en la práctica de una anestesia local hay complicaciones? ¿Cuáles son estas complicaciones? ¿Qué podemos hacer para prevenirlas y tratarlas? Estas preguntas son las que vamos a intentar contestar en este trabajo.

Estos problemas se pueden presentar en todas las especialidades en que se usa la anestesia local, según unas estadísticas, entre 130 accidentes corresponden:

- 85 Otorrinolaringólogos
- 24 Urólogos
- 30 Diversos

Entre estos últimos nos podemos incluir los podólogos, como se ve es un porcentaje francamente bajo pero creemos que no tenemos que olvidarlos.

El motivo porque los dos primeros grupos mencionados tiene más accidentes es: 1.º Por la zona donde trabajan, mucosas, que absorben con gran rapidez el anestésico y, 2.º El tipo de productos, que dan mayor índice de accidentes, tipo COCAINA.

No tenemos que olvidar que hay muchos productos que pueden ser un serio peligro si no tomamos precauciones o no conocemos sus riesgos por ejemplo la PROCAINA. Prescindiendo de la dosis hay descritos cinco casos de muerte, en sujetos que no sobrepasaron los 5 mg. de PROCAINA.

La prueba de cutirreacción no es del todo recomendable, pues, si un paciente es extremadamente sensible al producto, es suficiente esta pequeña dosis para desencadenar el accidente. Hay el caso de un paciente que acude al dentista y tiene un problema con el anestésico, el odontólogo le pone en aviso del gran peligro que tiene ante los anestésicos locales; al poco tiempo acude al Otorrino, y le aplica unas pulverizaciones en mucosa, un anestésico, el enfermo falleció.

La anestesia por infiltración y troncular, muy raras veces dan accidentes y, casi siempre, cuando los dan son recuperables.

Podemos clasificar este tipo de accidentes:

- Accidentes generales o tóxicos
- Accidentes generales o de alergia del paciente
- Accidentes loco-regionales

La adición de adrenalina a la solución anestésica es motivo de controversia. BRAUN, que es el que introduce la adrenalina, dice que lleva un enlentecimiento de la reabsorción debido a la vasoconstricción que produce.

Para otros, la adrenalina puede ser un riesgo de edema agudo de pulmón y de fibrilación ventricular. Pero se ha visto que los dentistas que utilizan con frecuencia adrenalina, tienen muy pocos problemas con ella.

Nosotros creemos que la susceptibilidad del individuo es una de las causas de los problemas, en este caso los pusilánimes ansiosos, hipertiroideos, creemos son los más propensos, en razón de las descargas de adrenalina, que en estos pacientes se produce por el miedo y el dolor.

Es necesario reconocer que, siguiendo técnicas totalmente depuradas, libres de errores, se producen accidentes, es cuando tenemos que recordar la palabra «idiosincracia».

No es raro observar, en el transcurso de una anestesia local, mareos y palidez que, por lo general, ceden a los pocos momentos por sí solo o colocando al paciente en decúbito supino, entonces si la anestesia obtenida es suficiente, se puede empezar la intervención, nunca mientras el paciente no esté totalmente restablecido.

Puede también aparecer un estado de agitación, una gran verborrea, dolores de cabeza polipnea y taquicardia, junto con vómitos; esto puede ser el principio de un cuadro más grave. Hay que parar la anestesia y tener al paciente bajo vigilancia durante una hora como mínimo, teniendo al paciente siempre en decúbito supino. No efectuar la intervención.

El *síndrome convulsivo* es de los más espectaculares, pero no de los más graves, el

paciente entra en un cuadro de temblores generalizados. Si no se interviene eficazmente la crisis convulsiva se hace más frecuente entrando el paciente en coma. El tratamiento en este caso es inyectar por vía endovenosa un barbitúrico (pentotal) a dosis de 0.5 gr. disuelto en 20 c.c. de agua destilada, aplicarlo lentamente hasta que desaparezcan las convulsiones, entonces para la aplicación del barbitúrico. No olvidemos que los barbitúricos deprimen el centro respiratorio, por lo que hay que estar preparado para esta emergencia, practicando la respiración boca-boca si fuera necesario. Hay que tener en cuenta que el paciente está en un consumo elevado de oxígeno, por lo que es necesario mantener una buena ventilación respiratoria.

También se puede presentar un cuadro de depresión bulbo encefálico, que con frecuencia va precedido o acompañado de discreta excitación.

El enfermo no habla y si lo hace es de forma muy dificultosa e ininteligible, está sudoroso, flácido y con depresión respiratoria.

Este cuadro puede terminar con el enfermo por una caída de tensión, colapso cardíaco y *paro respiratorio*, el tratamiento tiene que ser precoz, recordémonos que luchamos contra reloj, pues tenemos poco tiempo para actuar eficazmente: ventilación del paciente mediante una respiración controlada, por los distintos métodos por todos conocidos. El que a nosotros nos interesa más conocer es la respiración boca-boca, es el que siempre tenemos a mano. Si se puede administrar oxígeno, mejor. La descripción de la técnica del boca-boca, no creo que sea necesaria describirla, pero esquemáticamente consiste en colocar al paciente en decúbito supino, en el suelo, la cabeza en hiperextensión, para dejar libre las vías altas respiratorias, esta posición se consigue colocando una toalla o almohada debajo de los hombros.

Nos colocaremos en el lado izquierdo del paciente, con la mano derecha taparemos los orificios nasales y la izquierda la mantendremos sujetando el maxilar inferior, de forma que nos permita la movilidad del mismo, para abrir y cerrar la boca. La mano izquierda también se puede colocar en la espalda en la

región escapular tirando con fuerza hacia arriba para marcar una mayor hiperextensión de la cabeza. Se hacen unas 15-20 insuflaciones por minuto.

Los tónicos cardíacos no están del todo indicados, pues, en algunos casos pueden dar convulsiones. Otro tipo de accidente es la hipotensión, que muchas veces es transitoria, el enfermo palidece, hay pérdida muy ligera de la consciencia. La recuperación se consigue haciendo colocar al paciente con la cabeza baja.

La emotividad y el nerviosismo suelen ser las causas desencadenantes, aquí es interesante comentar la importancia de lo que podríamos llamar la anestesia psicológica, no dar mayor importancia a la operación que se va a efectuar, que el paciente no vea la preparación del instrumental y, como norma general, procurar mantener una conversación, para la distracción del paciente.

En casos menos frecuentes, el desmayo se alarga y hay peligro de un accidente mayor, el enfermo está consciente y pálido pero con pulso rápido y una tensión baja, debemos aumentar esta tensión y restablecer una buena circulación. No usaremos la adrenalina, pues, si bien tiene efectos inmediatos sobre la tensión, también puede producir el llamado efecto de rebote, que es una reacción inversa, puede volver a caer la tensión y aún más intensa. Utilizaremos la Noradrenalina (Metoxamina 1 ampolla diluida en 10 c.c. de agua bidestilada) inyectando 1 c.c. por vía venosa y observaremos la reacción.

El *sincope cardíaco*, ocurre sin previo aviso, no da ningún síntoma que nos haga pensar en su aparición, el paciente queda en una palidez cadavérica, con pupilas dilatadas (midriasis) y un pulso imperceptible.

Estamos ante un caso grave de accidente, disponemos de un tiempo limitado (tres minutos) para la recuperación del paciente, la única terapéutica que disponemos es el masaje externo del corazón, se puede intentar la inyección intracardiaca de adrenalina, pero teniendo en cuenta de no parar el masaje del corazón, para preparar esta inyección es necesaria la colaboración de una segunda per-

sona, por lo que esta técnica queda en segundo lugar.

Los *accidentes alérgicos anestésicos*, dependen de la sensibilidad del paciente hacia el grupo paramino-benzoico, este grupo se encuentra en determinadas sulfamidas, tintes del cabello y ciertas anilinas y, en especial, en los anestésicos de síntesis de la serie de las procainas. Los accidentes alérgicos ocasionados por la anestesia local son en especial de tipo cutáneo, dermatitis y reactivación de eczemas. Es fácil la prevención de estos accidentes haciendo una buena historia clínica, todo paciente que nos demuestre la más pequeña duda sobre un accidente de tipo alérgico, hay que suprimir el tipo de anestésico al cual es sensible. La tolerancia de la mepivacaína en estos casos parece ser mejor. Nunca inyectar solución anestésica en una zona eczematosa.

Los *accidentes loco regionales* son por lo general una deficiencia técnica, se lesiona el nervio con la aguja.

La gangrena digital se ha observado, después de la inyección anestésica en la base del dedo, según unos autores, es debido a la adrenalina, por vasoconstricción, aunque también se ha observado con anestésicos sin adrenalina. También puede provocar una gangrena el dejar colocada durante un tiempo prolongado la cinta elástica que se coloca para evitar la hemorragia (Smarch).

CAUSAS

Rápida reabsorción del anestésico.
Inyección en una vena.
Inyección en una arteria.

SIGNOS OBSERVADOS

Laxitud, estupor, colapso.
Ocasionalmente excitación.
Colapso circulatorio, descenso de tensión, pulso imperceptible, piel pálida, fría y húmeda.
Depresión respiratoria, respiración superficial con detención, cianosis.
Algunas veces convulsiones.

PROFILAXIS

Premedicación, sedativos.
En cuanto sea posible, la anestesia local se practicará estando acostado el paciente.
Exacta dosificación (según edad).
No efectuar la inyección intravascularmente.
Preguntar si el paciente ha tenido algún problema alérgico.
Anestesia psicológica.

TRATAMIENTO

El paciente debe estar acostado (decúbito supino).
Ventilación (si es posible oxígeno).
Asegurar el libre paso del aire (limpieza de vías respiratorias).
Respiración artificial mediante: Mascarilla bien adaptada y balón respiratorio.
Aparatos (reanimador).
Método Holger-Nielsen.
Método boca-boca.
Es necesario que el tórax descienda y se eleve rítmicamente.
Eleva la tensión (Noradrenalina).
Las convulsiones se tratarán con barbitúricos o sedantes.
Tener en cuenta que los barbitúricos deprimen el centro respiratorio.
Masaje cardíaco.

COMENTARIO FINAL

No asombrarse ante el accidente, hay que estar preparado ante su posible aparición.
No entretenernos en pensar en lo que debiera haberse hecho para prevenirlo.
Las medidas preventivas hay que considerarlas antes de que se presenten los accidentes, no cuando nos encontramos ante ello.
No perder tiempo con medidas ineficaces.
No impedir a viva fuerza sus convulsiones, lo que puede originar asfixia y lesiones, incluso cerebrales irreparables.

Influencia del calzado en el pie del adulto

Por FRANCISCO SANTOME R.
Podólogo
VIGO

Existen una serie de teorías científicas y profanas, que con más o menos solidez, intentan demostrar la evolución del hombre, desde su creación hasta nuestros días. La biología nos enseña cómo el hombre de nuestro tiempo se comporta distinto del ser primitivo y sus órganos y aparatos están influenciados por esa serie de impactos que inciden en la vida. Circunstancias genéticas, sico-somáticas, alimenticias e incluso educativas intervienen en su comportamiento. A nosotros, Podólogos nos incumbe preocuparnos de la importancia que estos fenómenos tienen con relación a los pies. No cabe duda que al principio de la vida el pie nació para caminar descalzo, pero exigencias mecánicas y climatológicas, impusieron la necesidad de protegerlo. Así pues por estas acciones surge el calzado, utensilios en un principio rudimentarios, que siguen la época y grado de civilización que alcanza la raza humana. El hombre primitivo envolvía sus pies en pieles de animales a los que previamente daba caza. Cuando aprendió a curtir las pieles fue dándole forma, aprovechando las más consistentes, para el contacto con el suelo y las más suaves adosarlas al dorso. Poco a poco el zapato va adquiriendo forma y según el avance de los pueblos así se calzan sus ciudadanos. Es curioso observar los grabados del

calzado de cada época, existe diferencia entre el sistema empleado por los romanos, los griegos, chinos y egipcios, remontándonos a tiempos antes de Jesucristo.

Según el *modus vivendus* de cada raza y los materiales disponibles en cada sector geográfico, el calzado va imprimiendo al individuo un «detalle personal» que lo diferencia de los demás, según a la clase social a que pertenezca, pues en tiempos no muy lejanos, la nobleza, el clero y las personas más o menos pudientes cubrían sus pies con diferentes modelos, mientras el pobre desgraciado sin recursos andaba descalzo. En pleno siglo XX estas diferencias se van reduciendo pero sin embargo observamos como lo que en un principio nació para amparo y protección, está ocasionando verdaderas catástrofes, al olvidar su misión de adaptación y comodidad y convertirse en esclavitud y tortura de la moda. Esta es la causa por la cual los podólogos aquí reunidos vamos a tratar este tema tan interesante para ver de reducir las consecuencias que todos conocemos sobre las enfermedades del pie.

La tendencia de la moda a cambiar continuamente de estilos, defiende la razón económica de esa potencia fenomenal, que empieza en el fabricante y termina en el zapa-

Cuando ella le diga:
"Doctor...
siento un gran peso
en las piernas"



Feparil® Gel

Neutraliza todas las manifestaciones
del síndrome prevaricoso.



Feparil® Gel

Combate el éstasis venocapilar.

Composición por 100 g de gel

| | |
|---|----------|
| Aescina roentgenográficamente amorfa | 1,000 mg |
| Polisulfato sódico de Aescina (heparinoide) | 1,000 mg |
| Saliciclo de dietilamina | 5,000 mg |

Posología

En general, de dos a cuatro aplicaciones diarias extendiendo suavemente el gel, que no engrasa ni ensucia, por lo que su aplicación resulta agradable y limpia. No se precisa realizar masaje, pero puede hacerse si la piel no está alterada. No debe aplicarse directamente sobre las úlceras varicosas, sino alrededor de las mismas. Tampoco debe aplicarse sobre superficies eczematizadas.

Presentación y P.V.P.

Tubo con 50 gramos de gel, 150,— Ptas.

(*) En otros países (Alemania, Italia, Francia, etc.) REPARIL GEL

Indicaciones

Piernas pesadas, parestesias, sensación de quemazón. Síndromes prevaricosos. Varices constituidas. Flebitis, tromboflebitis y periflebitis. Dermohipodermatitis. Edemas de los miembros inferiores. Úlceras crónicas de las piernas.



MADAUS CERAFARM, S. A.
APARTADO 9116 - BARCELONA

tero, centralizando su poderío en las tiendas vendedoras. La norma, salvo raras excepciones, es satisfacer la vanidad del público comprador que se calza más con los ojos que con los pies. Los slogans publicitarios tan conocidos: cura pies — dulce caminar — son un cielo... — sanatorio para pies, etc., me parecen un poco exagerados; mi modesta opinión en defensa del pie, es que para que un calzado resulte cómodo y anatómicamente perfecto, ha de ser aquel que desde el principio al fin siente como una caricia. Merece la pena recordar aquí la frase tan sabia y popular: vestir a gusto pero calzar a uso.

En el calzado actual vemos cómo se repiten las líneas y estilos del zapato de antaño, con ciertas variaciones estéticas, unas veces causan furor las puntas estrechas, ahora se llevan las plataformas, copia del calzado oriental (China y Japón). La bota femenina es imitación de la bota de oficial del ejército con ligeras variantes. Las sandalias se deriban de una copia de las civilizaciones griega y egipcia, cuando éstas dominaban el occidente. El zueco que tanto se está imponiendo para pies delicados y que dicen importado de los países nórdicos (Suecia y Noruega), cuestión que no dudo sea real, pero sí me interesa resaltar que este tipo de calzado es muy similar al zueco gallego y a la zueca portuguesa, cuya antigüedad es antiquísima. El zueco en Galicia puede catalogarse como típico de la tierra, donde se refleja su influencia en la idiosincrasia de nuestras generaciones pasadas. Era el que protegía cómodamente los pies de los paisanos aceptándolo también los señoritos, que cambiaban la piel rústica de becerro por charol u otras pieles más bonitas, pero los palos o formas eran las mismas. El zueco gallego era una necesidad para liberar las extremidades podálicas de las correoiras y caminos llenos de piedras, aislándolas de la humedad y la lluvia, resultando frescos en verano y calientes en invierno. Los palos son de poco peso (chopo o amieiro). Es frecuente cuando nuestros dibujantes realizan la imagen del gallego, observar cómo reflejan como atributos más característicos los zuecos y el paraguas. Es curioso que un calzado que en nuestra tierra va quedando en desuso y que

en nuestra niñez nos daba algunos reparos, sirve ahora para hacer el gran negocio.

El pie llega a la edad adulta, manifestándose según el trato recibido por el calzado en sus respectivas etapas: recién, niñez y añolecencia. En estas fases los zapatos guardan más las líneas anatómicas, pero como el pie crece rápidamente, suele quedar pronto corto y las mamás, por eso de aprovecharlo, ocasionan lesiones difícilmente corregibles. La infancia es la etapa más delicada, por lo tanto debemos los podólogos mentalizar a los padres para que calcen a sus hijos con zapatos anatómicos, aconsejándoles al mismo tiempo, que los dejen caminar descalzos, sobre todo en terrenos blandos (césped o alfombras) con el fin de permitir su normal desarrollo. El niño pequeño mientras no empieza a andar no necesita zapatos, si hace frío se preservan con calcetines o patucos. Al comenzar a caminar es cuando interesa calzarlo. Deberán tener la suela algo gruesa y flexible para aislarlos de los pisos duros. No debe en modo alguno aprisionar el pie, el borde interno ha de ser recto. Su coste no debiera ser nunca excesivo. Cuando un pie presente anormalidades, previo estudio del caso, se resuelve con calzado ortopédico.

El calzado de los adultos, de todos es conocido como tiene que ajustarse, coinciden en ello médicos, podólogos y zapateros ortopédicos. Debe adaptarse bien sin presiones, dejando espacio libre para los dedos, la suela de unos 3 mm de grueso de cuero flexible. Las pieles y forros de materiales suaves y bien curtidas con una altura de tacón que no sobrepase los 2,5 cm en los hombres, aconsejando a las mujeres no sobrepasar los 5 cm. Esto es, en resumen, las condiciones racionales que debe reunir el calzado, pero las exigencias funcionales de la vida moderna, aconsejan que dentro de estas normas se elijan calzados apropiados para la actividad que uno vaya a realizar: deporte, especial para cada labor, trabajo, según necesidades del oficio o función. Pensar que me estoy refiriendo a las necesidades del pie, para las relaciones sociales y la moda no existen normas, pues por mucho que intentemos es como predicar en desierto.

La morfología y la salud del pie en los adultos se encuentra más alterada en las mujeres, todo esto se debe a los traumas que ocasiona el zapato impropio, es frecuente la formación de hallus valgus, dedos acabalgados, retraídos o en martillo, exostosis, hiperqueratosis, uñeros, etc.

Con motivo de la II Manifestación de la Salud del pie, celebrada en Málaga en el año 68 y en un trabajo que presenté, titulado: REGLAS PROFILACTICAS EN LOS MALES DE LOS PIES, demostraba con estadísticas realizadas en nuestras Clínicas como el sexo femenino padece muchísimo más que el masculino. De 5.516 personas atendidas en mi Clínica el año 1967, correspondieron a mujeres 4.122 y a hombres 1.394 lo que supone que de cinco visitas, cuatro eran señoras y una hombres, desde entonces poco más o menos la cuestión sigue igual, esto es muy significativo y merece se le preste atención.

No suelen ser sólo los pies los que sufren las consecuencias del calzado, todos sabemos

que el esqueleto, los miembros y sus anexos, articulaciones, son maniatados en proporción ascendente, provocando algias cuando los pies no encuentran la libertad necesaria para el sostén y la marcha. Actualmente son muy frecuentes las fracturas y esguinces ocasionadas por las plataformas, ocasionando también posiciones defectuosas que afectan a la columna vertebral.

Infinidad de médicos y profesionales de la especialidad llevan muchos años protestando por esta anarquía en proteger el pie. La cabeza, el cuello y el tronco se fueron liberando de aquellas prendas absurdas que comprometían su bienestar, pero el pie sigue amordazado. A los aquí reunidos, interesa aunar criterios aportando soluciones prácticas. Acordémonos del adagio: más vale prevenir que lamentar.

¿Cómo conseguir una labor más eficaz? No me parece difícil, en primer lugar debe abastecer el mercado con calzado cuyas hormas cubran las medidas principales de cada pie,

NUEVO

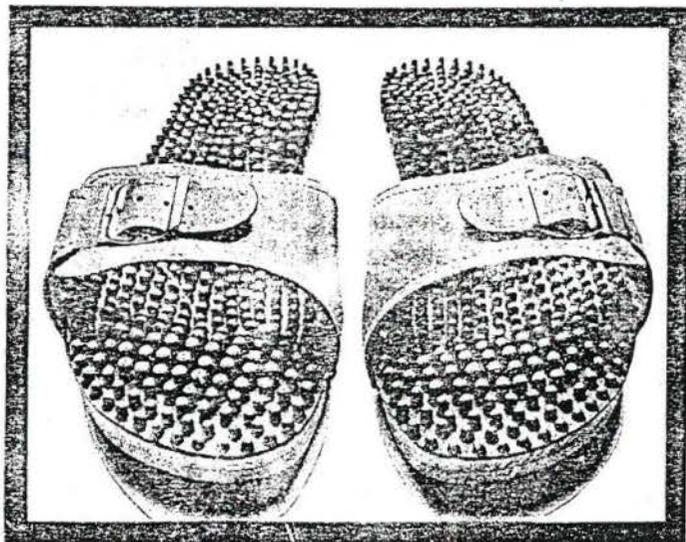
sandalia de masaje ganter

una plantilla anatómica **ACTIVA**

- antiedematosa • descontracturizante
- activadora de la circulación periférica • sedativa del pie



ganter
MADE IN GERMANY



Solicite información a:

EXDIRE · AVDA. MERIDIANA, 422 · TEL. 340 72 47 · BARCELONA · 16

decir, dentro de cada numeración: deben producirse varios anchos. No es menester salirse de las modas, puede ser actualizado el calzado para la mayor parte de los pies, pero con el largo y ancho correspondiente.

Las zapaterías que se precien de modernas e importantes debieran de disponer de una sección dedicada a pies delicados, atendida por una persona experta y capacitada. Las

conclusiones de estos Congresos deben de llegar a las organismos de la Sanidad Nacional e Internacional, a los Sindicatos de la Piel para conocimiento de sus afiliados en el ramo del calzado y a los medios de difusión (prensa, radio y televisión) con el fin de que el público se entere como debe calzarse. Nadie saldría perjudicado, sin embargo aliviaríamos al pie de esa gran tortura y haríamos un gran servicio y un bien a la humanidad.

ESCUELA de PODOLOGOS

FACULTAD DE MEDICINA DE BARCELONA

1.ª Cátedra de Patología Quirúrgica

PROFESOR DR. ARANDES ADAN

Secretaría

Curso de Perfeccionamiento

Querido compañero:

Próxima ya la celebración del CURSO DE PERFECCIONAMIENTO que para profesionales en ejercicio se va a desarrollar en esta Escuela de Podólogos y del que ya recibiste hace días un Avance Informativo, plácenos, por medio de la presente, ampliarte detalles que consideramos del mayor interés y que, indudablemente, debes conocer.

Esta Escuela de Podólogos de la Facultad de Medicina de Barcelona, viene manteniendo unos estrechos contactos profesionales a nivel internacional, tanto con instituciones similares a las nuestras como con personas, creando con ello unos constantes intercambios culturales y científicos de los que, sin lugar a dudas, la Podología ha de salir beneficiada. Por todo ello, y visto el rotundo éxito obtenido en el último Curso de Perfeccionamiento celebrado en esta Escuela, se ha programado el actual que, como muy bien sabes, tendrá efecto durante los días 15 al 19 —ambos inclusive— del próximo mes de octubre, desarrollándose el siguiente programa:

MARTES día 15.

9 mañana: Sr. P. Vilato

Tema: EXPLORACION DEL PIE.

4 tarde: Sr. F. Farreras

Tema: QUIROPODIA.

MIERCOLES 16.

9 mañana: Sr. E. Rodríguez

Tema: PEQUEÑA PROTESIS DEL PIE.

4 tarde: Sr. J. Cámara

Tema: Recuperación FUNCIONAL DEL PIE.

JUEVES 17.

9 mañana: Sr. J. Solé

Tema: PROTESIS DEL PIE.

4 tarde: Mr. R. R. Suvama

Tema: DIABETES DEL PIE.

VIERNES 18.

9 mañana: Mr. K. Dumcan Hawes
Tema: PROTESIS GENERAL EN EL PIE.

4 tarde: Sr. J. Alonso
Tema: CIRUGIA.

SABADO 19.

9 mañana: MESA REDONDA.

Supongo que en nuestro Avance Informativo habrás podido constatar que el precio de este Curso de Perfeccionamiento es el mismo que el de cualquier curso normal de los que la Escuela periódicamente viene desarrollando, a pesar de ser éste extraordinario por la valiosa participación de los dos colegas del Reino Unido, entusiastas compañeros de la Podología y que, actualmente, cada uno de ellos en su propia faceta, vienen a ser las figuras más representativas. Para tu conocimiento, debemos significarte que esta reducción —a pesar de los gastos que lleva consigo la invitación de dichos colegas extranjeros— ha sido posible gracias a la desinteresada colaboración de los Laboratorios La Proquifar, S. L. productores del EMPAPOL, maravillosos productos con un sinfín de aplicaciones prácticas en Podología y con unos resultados altamente satisfactorios en todo momento y condición. Estos Laboratorios, al frente de los cuales se halla un compañero de profesión, han sabido captar la importancia de la labor que se está llevando a cabo y han sabido corresponder en la forma adecuada a las atenciones que nosotros dispensamos a su producto. Todo ello es digno de agradecer y ha de servir para marcar una constante pauta de buena relación entre ellos y nosotros. Así pues, ya sabes que en vez de las 5.000 pesetas que importa cualquier curso extraordinario, esta vez, y por las razones expuestas, sólo va a costar 3.000 pesetas. Estamos seguros que esta importante reducción servirá para ver aumentado el número de participantes.

Con el fin de aprovechar al máximo las enseñanzas que aportarán nuestros colegas in-

gleses, se ha dispuesto una traducción simultánea del español al inglés y del inglés al español. Con ello conseguiremos mantener un constante e interesante diálogo que nos permitirá aclarar cuantos conceptos sean necesarios.

De todo lo antedicho se desprende la importancia que puede tener la asistencia a ese Curso de Perfeccionamiento, nuevo escalón en el camino ascendente de los Podólogos españoles, así como la grata impresión que ha de causar a quienes nos visiten de allende fronteras al ver el nutrido número de representantes asistentes en el Aula.

Los dos colegas del Reino Unido que se trasladan gentilmente a Barcelona con exclusivo objeto de profesar estas clases en nuestra escuela, son los dos eminentes quiropodistas Mr. R. R. Suvama, vicepresidente de la Asociación Inglesa de Quiropodistas y Mr. Dumcan Hawes, actualmente considerado el mejor quiropodista en la especialidad de prótesis del pie en la Gran Bretaña.

Con la esperanza de poder saludarte personalmente en la Escuela, te ruego aceptes, querido amigo, el cordial saludo y la consideración más distinguida de tu

affmo. s. s.

Fdo. L. Escachs
Subdirector de la Escuela

COMPAÑERO:

Sabemos que no falta tu ayuda al portavoz profesional, pero no olvides que su superación es obra y deber de todos.

¡¡ COLABORA !!

EL PIE, ESPEJO DE LA SALUD

Transcribimos a continuación un artículo publicado en la Revista OMS acerca del pie y sus cuidados para evitar males posteriores, así como una serie de afecciones, unas más corrientes y otras no tanto, causas de dolencias del aparato locomotor y de las uñas, el cual denota un alto nivel científico. Lo que verdaderamente nos extraña es que al final se haga un llamamiento general acerca de la salud del pie alegando que sus cuidados están abandonados e ignorando la existencia en muchos países, entre ellos España, de una Especialidad sobradamente conocida, con unos profesionales capacitados y conscientes para tratar cualquier afección dentro de su campo, en este caso concreto del pie, como son los **PODOLOGOS**: seguramente todavía no ha llegado a conocimiento de este Señor, que, repito, hace un buen trabajo científico. En cambio menciona que en Estados Unidos existen los Podiatras, con unos estatutos semejantes a los del médico y unos estudios de seis años de duración. Nosotros, los **PODOLOGOS**, tenemos un total de cinco años aparte del Bachiller para alcanzar nuestro Diploma, y tenemos unos estudios superiores a los colegas de otros países, por lo que, francamente, ni consentimos ni estamos dispuestos a que se nos siga ignorando, por eso luchamos para elevar nuestra profesión y ser dignos de la responsabilidad que ella nos impone.

Para terminar, diré que merece un elogio el trabajo que presenta este señor, y es una pena que a pesar de poseer un grado de preparación tan elevado no conozca la Giralda de Sevilla.

M. RUEDA

«El pie, una de las características distintivas del Homo Sapiens es también una de las estructuras más complejas y mecánicamente más perfectas del cuerpo humano. El famoso anatomista Frederic Jones lo describiría en los términos siguientes: Es la parte más específicamente humana del cuerpo del hombre, una de sus verdaderas especializaciones y, nos enorgullezca o no, nuestro signo distintivo. Desde que el hombre es hombre y mientras siga siéndolo, serán sus pies los que le distinguan de todas las demás especies del reino animal.»

Entre los tres mil millones de hombres que vivimos en la actualidad en el planeta, sumamos seis mil millones de pies, muchos de ellos necesitados de cuidados. En toda la Historia nunca ha desdeñado tanto el hombre sus pies como los desdeña en el siglo XX. Con la difusión de automóviles y otros medios de transporte usamos nuestros pies menos que nunca y, por consiguiente, los cuidados también menos. Es posible además que nuestro desdén por el pie venga de su situación en el extremo inferior de nuestro cuerpo, donde apenas tenemos ocasión de verlo. Nos hemos ocupado, sobre todo, de combatir las enfermedades mortíferas, pero, si bien es verdad que hay pocas enfermedades mortales de los pies, hay en cambio muchas que causan incapacidades o dolores difícilmente soportables.

Sabemos que en los tiempos bíblicos los pies eran objeto de exquisitos cuidados. «Entonces el hombre vino a casa, y Labán desató los camellos y dióles paja y forraje y agua para lavar los pies de él y los pies de los hombres que con él venían», leemos en el Génesis, (24.32). En el antiguo Egipto se conocían y se trataban muchas enfermedades de los pies, entre ellas el pie equinvaro, la

Fitex-E

Onico-Fitex

Tratamiento local específico de las dermatomicosis y micosis de una respectivamente

Gran poder de penetración, acción prolongada e intermitente

Modo de empleo

Pincelar las zonas afectadas 2 ó 3 veces al día y cada vez que se ponga en contacto con el agua

Indicaciones

Fitex-E

- Pie de atleta
- Hiperhidrosis
- Mal olor
- Enrojecimiento, picor
- Grietas interdigitales
- Maceración

Onico-Fitex

- Onicomycosis
- Paroniquia
- Pie de atleta rebelde

Precios

Fitex-E

199,10 ptas. frasco de 60 c.c.

Onico-Fitex

100,50 ptas. frasco de 30 c.c.

No precisan apósitos ni vendajes.

INFAR  **NATTERMANN**

Avanado 400 - Zaragoza Infanta Carlota 84-88 - Barcelona-15



osteomielitis y la artritis. Uno de los héroes de la mitología griega, Aquiles, padece de resultas de una herida en el tendón situado en la parte posterior del talón, que sigue conociéndose en la medicina moderna con el nombre de «tendón de Aquiles».

En el siglo XVII los callistas ambulantes empiezan a ser sustituidos por pedicuros diplomados, como el célebre Dr. Wolff, de Londres que trataba no solo los callos sino las enfermedades de la dentadura.

En el siglo siguiente florece el arte de la «quiropodia», uno de los profesionales más destacados. Lewis Durlacher, fue callista de la familia real y escribió un tratado sobre «callos, ojos de callo, enfermedades de las uñas e higiene general del pie».

En el siglo XX la podología ha avanzado con mucha lentitud mientras que la Medicina general avanzaba a pasos agigantados.

Son muchas las incapacidades debidas a descuido o afecciones graves de los pies. Algunas enfermedades, la anquilostomiasis entre ellas, se valen del pie como puerta de entrada para infectar distintas partes del organismo. Las que afectan directamente al pie pueden causar lesiones que entorpezcan considerablemente la locomoción y que a veces la impidan por completo (deformidades plantares y digitales). Hay, por último, enfermedades que, sin tener su asiento en el aparato locomotor se manifiestan por síntomas en el pie, muy útiles a veces por el diagnóstico.

Algunas enfermedades del pie se dan exclusivamente en países tropicales y subtropicales; otras abundan en las zonas desarrolladas. En realidad, hay tantos, si no más, problemas de podología médica en estas últimas zonas que en la región tropical. Hay que distinguir, por último, entre las podopatías de la infancia y las de la edad adulta o la vejez.

La anquilostomiasis es una de las helmintiasis (infestación con gusanos) más graves y más difundidas; su área de difusión abarca las Américas y el Viejo Mundo y su frecuencia actual se calcula en más de 5 millones de casos.

Las puertas de entrada más comunes de los anquilostomas en el organismo son la cara superior del pie y los espacios interdigitales; la manera más frecuente de contraer la enfermedad es andar descalzo por los ba-

rrizales infestados de larvas del parásito (generalmente en los sembrados y abonados con excrementos). El primer síntoma es una erupción pasajera con prurito, edema y enrojecimiento de la piel. Desde el pie, los parásitos son acarreados por la sangre hasta los pulmones, de los que suben remontando la tráquea hasta la faringe; los movimientos de deglución los hacen pasar luego al aparato digestivo, donde se fijan a las paredes del intestino delgado y se alimentan de la sangre del enfermo, causando anemia y a veces depauperación grave.

Otro gusano que penetra en el organismo por la piel, generalmente la del pie o la pierna, es el esquistosoma, conocido también con el nombre de bilharzia. En las zonas tropicales los casos de esquistosomiasis pasan en la actualidad de 150 millones.

Entre los insectos vectores de enfermedades, uno de los más peligrosos es el flebótomo que tiene marcada predilección por el tobillo. A diferencia del mosquito, el flebótomo no emite ningún zumbido, y su picadura es muy dolorosa. El género *Phlebotomus* está muy difundido en las zonas templadas y sus distintas especies son vectores de enfermedades graves como la fiebre de Oroya, frecuente en Sudamérica, que causan anemias graves y muchas veces mortales; el Kala azar o esplenomegalia tropical, bastante común en Africa, en Sudamérica y en el sur de Europa, que se caracteriza por fiebre con hipertrofia del bazo y del hígado, depauperación y anemia; la leishmaniasis cutánea o pústula oriental, que se da en muchos lugares del mundo, y la leishmaniasis mucocutánea, circunscrita a Centroamérica y América del Sur.

La piel de la pierna y el pie, especialmente en la región del tobillo, es también uno de los asientos más frecuentes de la úlcera madre del pian, la primera que aparece en los casos de esta enfermedad tropical, que se transmite por contagio, sobre todo entre los niños, y que está causada por una espiroqueta muy semejante a la de la sífilis. Como la espiroqueta no puede entrar por una epidermis intacta, la puerta de entrada de la infección ha de ser por fuerza una herida (cortadura, arañazo u otra lesión cutánea). Las úl-

ceras localizadas de la etapa primaria van seguidas de una generalización del mal que puede afectar a la piel o a los huesos de distintas partes del cuerpo. Cuando las lesiones se fijan en los pies las consecuencias pueden ser graves: inflamación y endurecimiento de la piel en la región plantar con fisuras muy dolorosas que impiden prácticamente la locomoción.

La lepra puede acarrear deformidades graves del pie; en esta enfermedad, las lesiones de los nervios causan anestesia, parálisis y en algunos casos, atrofia de las extremidades seguida de mutilación. La situación se agrava cuando los pies más o menos insensibilizados por efecto de las lesiones nerviosas sufren heridas o traumatismos accidentales.

Otra enfermedad que provoca mutilaciones del pie es el llamado mal de Madura, infección causada por hongos, que acarrea extensas destrucciones de los tejidos blandos y del esqueleto del pie y que está muy difundida en el sudeste de Asia y en Africa. En las Américas y en Europa se señalan casos más o menos aislados con alguna frecuencia.

Hay parásitos que sólo atacan la piel de los pies sin adentrarse más en el organismo. Uno de ellos es el *Ancylostoma brasiliense*, un gusano nematodo, parásito habitual de perros y gatos, cuyas larvas pueden perforar la piel humana en la que horadan túneles, dando lugar a erupciones serpiginosas con inflamación y prurito intenso. Esta parasitosis es endémica en algunas zonas de los Estados Unidos y Sudamérica, en Asia y en muchas islas del Pacífico. Otro parásito con acentuada predilección por el pie es la nigua, especie de pulga muy difundida en las regiones tropicales de las Américas y de Africa. Las hembras de nigua fecundadas perforan la piel del pie y se alojan a veces debajo de una uña.

Una enfermedad muy corriente del pie es el llamado pie de atleta o micosis (infección causada por hongos) que se contrae generalmente en piscinas y cuartos de baño, sea por contacto con el agua contaminada, sea por el uso de toallas o calcetines de limpieza defectuosa. El hongo causante de la infección resiste a la mayoría de los tratamientos. Cuando la micosis se extiende a las uñas

de los pies, éstas quedan deformes, descoloridas y quebradizas.

De todas las lesiones cutáneas del pie la más frecuente es seguramente el callo, endurecimiento de la piel consecutivo al roce del calzado con los procesos óseos de las articulaciones de los dedos o a la fricción entre dos dedos contiguos.

Hay callos duros y callos blandos; estos últimos se encuentran sobre todo en las interiores de los dedos del pie y son tan dolorosos como los duros, sino más.

También hay callosidades de la región plantar y de otras partes del pie expuestas a roces o presiones. Como los callos vulgares estas callosidades pueden dar lugar a fisuras o escoriaciones si no se toman las debidas medidas.

Las verrugas, que en su fase inicial se parecen mucho a un callo ordinario, son también muy frecuentes; su causa es un virus. Pueden salir verrugas en cualquier parte del pie, hasta debajo de las uñas (en este caso son muy dolorosas).

Las uñas de los pies pueden servir de asiento a muchas dolencias; una de las más comunes —y de las más dolorosas— es la uña encarnada, es decir, que crece dentro de la carne del dedo, dando lugar a veces a problemas graves. En la mayoría de los casos, su causa es una técnica defectuosa de cortarse las uñas, o el uso de zapatos demasiado cortos o de puntera demasiado dura; otras veces puede atribuirse a alteraciones orgánicas de carácter general, agravadas por una presión localizada.

Otra anomalía bastante común se debe a la nutrición suficiente o inadecuada de la raíz de la uña; ésta se engrosa y, si el defecto no se corrige, puede convertirse en un verdadero callo.

Las hemorragias de las uñas se deben a la rotura de capilares en los tejidos subyacentes; sus causas pueden ser lesiones traumáticas o enfermedades de los capilares o de la uña misma.

Entre las anomalías del pie que afectan principalmente a los niños están las causadas por el desequilibrio. Como en cualquier otra estructura arquitectónica, el equilibrio del cuerpo humano es función de la resistencia

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

de sus cimientos (los pies en este caso). El pie tiene un esqueleto compuesto de 26 huesos, entrelazados por ligamentos, músculos y nervios, y, si está demasiado tiempo en una posición desequilibrada, la alineación de los huesos puede alterarse, dando lugar a deformidades. Son pocos los casos de anomalías congénitas del pie; la mayoría de los niños nacen con pies normales y las deformaciones eventuales se deben a problemas ulteriores de desequilibrio.

Una posición desequilibrada no puede causar al principio ningún dolor preciso, sus únicos síntomas serán una cojera casi imperceptible, una postura defectuosa y un andar desequilibrado y desgarrado; por ejemplo, si un tobillo se gira en supinación más que el otro y el peso del cuerpo no está repartido por igual entre los dos pies. El esfuerzo de torsión excesiva puede hacer que el tobillo se agrande y que los dedos del pie se separen más de lo debido; a la larga, el desequilibrio puede causar anomalías dolorosas de muchos tipos en las articulaciones de los dedos, en los dedos mismos o en el arco plantar.

En las personas de edad las anomalías de los pies son muchas y su frecuencia es cada vez mayor. En los países más desarrollados, la proporción de ancianos ha aumentado mucho en los últimos años y sigue en rápido aumento. Para que los ancianos puedan seguir llevando una vida útil y satisfactoria es necesario, ante todo, que puedan seguir moviéndose, cosa difícil y a veces imposible con ciertas afectaciones del pie, como gota, varices, deformidades de los dedos o del arco plantar, etc.

Entre las afecciones más graves del pie están en el caso de las personas de edad, las de origen artrítico. Son muchos los enfermos de artritis reumatoidea o de artrosis que descuidan sus pies; si no lo hicieran la incidencia de las deformidades disminuiría sensiblemente.

Una cuestión importante para el médico en relación con el pie es la importancia de éste como indicador del estado de salud del organismo. Esa «función diagnóstica» del pie se desdeña injustamente en muchos casos; todos propendemos, en efecto, a fiarnos de la cara de una persona para saber si está sana

Labor de las Delegaciones

BARCELONA

CICLO MONOGRAFICO DE GIMNASIA
CORRECTIVA Y PROFILACTICA DE LA
INFANCIA.

o enferma. Pero, como el resto del organismo, el pie está compuesto de tejido cutáneo subcutáneo y muscular, vasos sanguíneos, nervios, ligamentos, etc. Las mismas enfermedades que afectan al pie pueden afectar otras partes del cuerpo, y muchas enfermedades de otros sistemas y aparatos orgánicos pueden manifestarse por síntomas en los pies. Una de ellas es la insuficiencia cardíaca, en tre cuyos primeros síntomas está el edema bilateral depresible de los pies. Otra es la diabetes sacarina, que empieza a manifestarse por pesadez e insensibilidad en las extremidades inferiores, y, que si se descuida, puede acabar provocando una gangrena diabética del pie. La gota, que antaño se tenía erróneamente por una enfermedad de ricos, causa dolores insuportables en el pie, y muchos trastornos circulatorios pueden diagnosticarse fácilmente observando los cambios de coloración de la piel del empeine.

¿Quién se ocupa de la salud de los pies? En la mayoría de los países esa función incumbe al médico, que por lo común tiene muy poco tiempo que dedicar a esa parte tan importante del organismo. En otros países, la pediatría —medicina del pie— es una rama especial; en América del Norte los estudios de podiatría duran seis años y el podiatra tiene un estatuto legal semejante al médico y al dentista.

Para que el mundo «siga de pie» y para velar debidamente por la salud de la población es necesario promover la salud de los pies e incluir los servicios correspondientes dentro de los planes nacionales de acción sanitaria. Urge que se emprendan estudios de alcance mundial sobre la frecuencia y la gravedad de las afecciones de los pies y que se tengan presentes esas afecciones a la hora de organizar encuestas en gran escala sobre las condiciones de salud. No parece que convenga demorar la adopción de esas medidas si se tiene en cuenta que es posible, no sólo atajar muchas enfermedades cuando se advierte con tiempo sus síntomas en los pies, sino prevenir otras muchas que se valen del pie como puerta de entrada al organismo. Se podrán así evitar las inermas de productividad que las afecciones de los pies dan en el mundo entero.

Organizado por la Delegación Provincial de Podología de Barcelona, se ha celebrado los días 2, 3 y 4 de marzo p.p. un Ciclo de Conferencias sobre un tema de vital importancia dentro de la Podología, cual es: «GIMNASIA CORRECTIVA Y PROFILACTICA DE LA INFANCIA» y al que han asistido profesionales de distintas provincias españolas.

El día 2, a las 22.30 h. el podólogo Sr. Jorge Cayuelas, disertó sobre: «Exploración miológica del pie y balance muscular», dando testimonio vivo de sus conocimientos técnicos en esta materia, así como de su capacidad oratoria para plasmar de manera que su disertación fuese amena, despertando el interés del auditorio, su tema, que era la explicación clara de lo que se estaba proyectando en film.

El día 3, a las 12 h. el propio Sr. Jorge Cayuelas quién, además de Podólogo, ejerce la especialidad de Fisioterapia, disertó sobre: «Gimnasia profiláctica y deportiva», tema de palpitante actualidad por la profusión de deportes que hoy en día se practican y, además, en su vertiente profiláctica, por ser hoy, la mayor aspiración de la Medicina; PREVENIR.

A las 12.30 h. el Sr. Jaime Sala Pich, Delegado de Podología, presentó un film bajo el tema: «Gimnasia deportiva y terapéutica», en el que demuestra la importancia de una buena gimnasia, bien orientada y bien controlada según necesidad, aptitud y capacidad del paciente, para conseguir unos resultados que no pueden ser alcanzados si no es a base del ejercicio. Film muy interesante,

Tal y como estaba programado, en dos autocares, al final de la sesión matinal se desplazaron los cursillistas a la Escuela Deportiva BRAFA, enclavada en un barrio de la Ciudad Condal, en plena montaña, para efectuar una detenida e interesante visita de sus instalaciones y complejos.

ESSAVENON[®] GEL



**Tratamiento local de los trastornos de la
circulación de retorno.**

Indicaciones

- Piernas y pies cansados, hinchados
- Tobillos hinchados
- Adaptación de plantillas
- Hematomas, coñusiones
- Calambres, hormigueos

Modo de empleo

Aplicar 2 ó 3 veces al día Essavenon Gel en sentido ascendente.

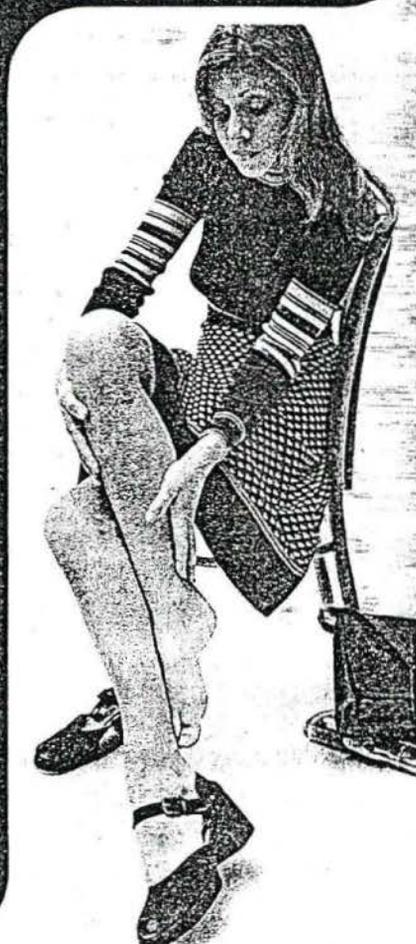
**Inmediata absorción, gran efecto refrescante
no mancha, no irrita y no necesita vendajes.**

Presentación

Tubo 40 g.

Precio

93,40 ptas.



INFAR  **NATTERMANN**

Apartado 400 - Zaragoza
Infanta Carlota, 84-88
Barcelona-15

Al llegar a la Escuela, en el primer peldaño de la escalera, esperaba su Director, D. Jaime Dalmau. Si la primera visión panorámica del complejo deportivo pareció magnífica, al oír la bienvenida de su Director y las explicaciones que con sencillez pero docta palabra iba ofreciendo, sirvió para darse cuenta de que se estaba ante algo mucho más interesante, mucho más profundo, más grande de lo que a simple vista parecía. D. Jaime Dalmau —Director— explicó el funcionamiento de la Escuela, lo que ahora se hacía y los proyectos futuros, ambiciosos, llenando todo un campo descuidado y con el solo y único fin de mantener el mayor tiempo posible la salud y bienestar corporal, amén del espiritual, merced al ejercicio controlado médicamente.

De 6 a 60 años, se podrá decir que abarca la actividad de esta Escuela y en ella, si bien no se realizan competiciones deportivas en la forma habitual, sí que se mantiene un ritmo de interés por el deporte, en especial, a la infancia y juventud para dejar paso ya, a una determinada edad, a un ejercicio más en consonancia con esa edad del militante.

Juntamente con el ejercicio corporal, se realizan una serie de funciones de carácter social, humano, las cuales complementan en un maravilloso todo, ese ideal que domina a los directivos de la Escuela que, huelga decir, abrió sus puertas a todos aquellos podólogos que deseen conocer más particularmente los efectos, ventajas y necesidad de la gimnasia.

Las manecillas del reloj, implacables, señalaron la necesidad de dar fin a la visita para trasladarse al Restaurante donde por gentileza de unos Laboratorios iba a servirse el almuerzo.

La euforia de la visita, el paseo en auto-car, la comida, todo sirvió para que discurriera el ágape bajo el maravilloso signo de la amistad y fraternidad hasta el momento en que —siempre el reloj— fue necesaria la reincorporación a la tarea pendiente de la tarde, programada para las 17 h.

El Sr. Sala Pich, dio comienzo a la sesión, presentando un nuevo film sobre: «Gimnasia correctiva dirigida en consulta». En él, plas-

ma en forma clara la manera de practicar una buena gimnasia correctiva en la propia consulta a través de sucesivas sesiones, manteniendo un riguroso control de los efectos para, en todo momento, instaurar los ejercicios más adecuados y el tiempo de realización. Buena película e interesante el tema en todo su contenido.

A las 18 h. el podólogo Sr. Salvador Oliveros, expuso su conferencia bajo el tema de: «Ficha clínica del niño.» Todo profesional en ejercicio sabe cuán importante es realizar una buena anamnesis para poder averiguar las causas de un problema o trastorno e instaurar el oportuno y educado tratamiento. Todo ello, cuando se trata de un niño es mucho más necesario e importante si cabe, pues el niño representa el mejor terreno, el mejor material para poder obtener de él, los mejores resultados. Expuso los distintos puntos que deben tenerse en cuenta valorando la importancia de cada uno de ellos, de cara al futuro bienestar, de cara al mejoramiento de la afección o trastorno que el niño presente. En resumen, una amena disertación sobre un interesante tema.

El día 14 de marzo, a las 12 h. el Sr. Jaime Sala Pich, ofreció la última conferencia del ciclo bajo el tema: «Laxitud articular». A través de su disertación dejó constancia del interés que, para él, tiene la «laxitud articular» en muchos de los problemas que presentan los pies y que, de conocerse adecuadamente, permiten instaurar mejores y más perfectos tratamientos. Apoyó sus explicaciones en el trabajo científico realizado por el equipo de Médicos del Servicio del Dr. Rotés Querol, Profesor de Reumatología del Hospital Clínico de Barcelona. Fundamentalmente basó su disertación en dichos estudios, pero orientados, dirigidos en todo momento a la extremidad inferior y, muy especialmente al pie, sacando conclusiones maravillosas por ser, hasta ahora, poco conocidas o quizás, olvidadas. Así en muchos de los trastornos posturales del pie, se ve claramente como interviene como factor preponderante esa «hiperlaxitud muscular» y, no nos será posible pensar en corregir o en mejorar el problema si desconocemos una de las causas que lo

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 cm³.

* MARCAS REGISTRADA



ESSEX (ESPAÑA), S. A.

AFILIADA A

SCHERING CORPORATION, U.S.A.

producen. De ahí la gran importancia que debemos dar a la «Laxitud articular».

Al dar por finalizado este Ciclo Monográfico se concedió a los asistentes un Diploma firmado por el Presidente de la Agrupación de Podólogos de España, como prueba de asistencia y aprovechamiento.

Estamos seguros de que las enseñanzas obtenidas en este breve pero fructífero Ciclo de Conferencias habrán servido a todos los asistentes como acicate para rememorar detalles olvidados y por qué no, para poner un poco más de interés en el estudio de las causas que motivan muchas de las visitas a nuestras consultas. Si así es, este ciclo habrá cumplido su sencilla finalidad.

CORDOBA

I Jornadas Andaluzas de Podología

Querido amigo y compañero:

Tenemos el gusto de ponernos en contacto contigo para comunicarte la celebración de las Primeras Jornadas Andaluzas de Podología a celebrar en Córdoba del 11 al 13 de octubre próximo.

La idea de organizar estas jornadas la tenemos un grupo de entusiastas Podólogos andaluces, con el ánimo de elevar y dignificar nuestra profesión y crear un bloque con el que poder ayudar en la medida de nuestras posibilidades a la Podología Nacional.

Dicha idea la elevamos en el reciente y brillante Congreso Nacional de Valencia, a nuestro querido Presidente Nacional D. Leonardo Escachs, el cual quedó entusiasmado, ofreciéndose incondicionalmente para ayudarnos.

El tema principal de las Jornadas versará sobre el Pie Plano Infantil, según podrás ver en el Avance de Programa que te adjuntamos.

Nos es grato comunicarte que las Ponencias de estas Jornadas serán editadas para todos los Podólogos de España y serán traducidos a 5 idiomas, para divulgación internacional de nuestra querida Podología Española. Asimismo tendremos la asistencia de Podólogos de Italia, Bélgica y Francia.

Aunque las Jornadas son de carácter regional, pero la asistencia es de tipo nacional, por lo que esperamos con ansiedad y agrado tu preciada asistencia.

Queremos ofrecer unas jornadas inolvidables a pesar del poquísimos tiempo del que estamos disponiendo, pero la ilusión y la fe son nuestras principales armas.

Por favor, te rogamos nos comuniqués a vuelta de correo la confirmación de tu asistencia, pues disponemos de muy poco tiempo para la celebración de las Jornadas.

Te agradecemos de antemano el interés que nos prestas y te esperamos con los brazos abiertos en esta tu tierra.

Un abrazo.

Por la Comisión Organizadora.
Fd. Máximo González

AVANCE DE PROGRAMA

Día 11:

De 19.00 a 22.00: Recogida de documentación en la Secretaría de las Jornadas instalada en la Sede de las mismas.

Día 12:

9.00 horas: Continuación de recogida de documentación.

10.00 a 14.00 horas: Sesiones de trabajo y comunicaciones a cargo de los Sres. Podólogos.

14.30 horas: Recepción Oficial. Vino de honor.

17.00 a 21.00 horas: Sesiones de trabajo y comunicaciones a cargo de los Sres. Podólogos.

22.00 horas: Cena en Bodegas típicas Andaluzas con actuación de Cuadro Flamenco.

Se presenta... el nuevo CUATRODERM

(valerato de betametasona, sulfato de gactamicina, tolnaftato, yodoclorohidroxiquinoleina)

CREMA

proporciona acción polivalente
...no importa qué curso tome
la afección cutánea

INFECCION BACTERIANA

sulfato de gentamicina:

El antibiótico con espectro más amplio y acción bactericida contra los gérmenes grampositivos y gramnegativos.

No produce reacciones de sensibilidad o de irritación.

INFLAMACION-ALERGIA

-PRURITO valerato de betametasona:

Demuestra superioridad clínica sobre otros corticosteroides tópicos.



MONILIASIS

yodoclorohidroxiquinoleina:

El agente antimoniliásico comprobado que inhibe el desarrollo de *C. albicans*.

DERMATOMICOSIS

tolnaftato: El agente

fungicida tópico más eficaz, que destruye directamente los hongos patógenos de la piel.

TUBO DE 30 GRS.

Para afecciones de gran extensión, de larga o media duración y mayor economía.

PRESENTACION:

Tubo de 15 grs. P.V.P. 207,30 ptas.

Tubo de 30 grs. P.V.P. 373,10 ptas.



ESSEX (ESPAÑA), S. A.

AFILIADA A:

SCHERING CORPORATION, U.S.A.

Día 13:

9.00 a 14.00 horas: Comunicaciones a cargo de los Sres. Podólogos.

14.00 horas: Clausura Oficial por las Autoridades y entrega de Diplomas.

17.00 horas: Asamblea General.

21.00 horas: Cena de Gala y Baile.

DIAS Y HORARIOS PARA ACOMPAÑANTES

Día 12:

14.30 horas: Asistencia a Recepción Oficial. Vino de honor.

17.00 horas: Pase de modelos y exhibiciones de peinados por los más afamados peluqueros cordobeses.

22.00 horas: Cena en Bodegas Típicas Andaluzas con actuación de Cuadro Flamenco.

Día 13:

10.00 horas: Visita turística a la ciudad con guías en los autocares de las Jornadas. Se visitarán: Mezquita, Museo Romero de Torres, Museo Taurino, Barrio Judío, recorrido panorámico, Cristo de los faroles, Murallas, Calahorra, Puente Romano, etc.

14.00 horas: Clausura Oficial.

21.00 horas: Cena de Gala y Baile.

CONFERENCIANTES DE LAS JORNADAS

Conferenciantes de honor

D. ANTONIO BAEZ PRIETO

Profesor de la Escuela de Podología de la Facultad de Medicina de Madrid.

Tema: Biomecánica del pie humano.

D. PABLO VILATO RUIZ

Profesor de la Escuela Oficial de Podología de la Facultad de Medicina de Barcelona.

Tema: Exploración Podológica Infantil.

Conferenciantes

D. ANTONIO GUTIERREZ VELASCO

Vocal y Delegado Regional de Andalucía.

Tema: Programación de Exploraciones a nivel oficial de los Colegios de Enseñanza Primaria.

D. MANUEL ALBALA VALLE

Delegado Provincial de Cádiz.

Tema: Plantillas de Polietileno. —Técnica Albala—. Grestas de Poliuretano del antepié. —Técnica Albala.

D. MELCHOR HORCAJO SANZ

Profesor de la Escuela Oficial de Podología de la Facultad de Medicina de Madrid.

Tema: La rehabilitación en Podología.

D. FRANCISCO MORAN VENTURA

Vocal y Delegado Regional de las Islas Canarias.

Tema: Profilaxis del pie.

D. PEDRO GARCIA FERRIS

Podólogo de Jaén.

Tema: Plantillas Ortopédicas. Aplicación.

D. JOSE CAMARA DE LA HOZ

Profesor de la Escuela de Podólogos de Barcelona.

Tema: Recuperación Funcional del pie.

D. CARLOS SANMARTIN ESPINEL

Podólogo de Madrid.

Tema: Diagnóstico diferencial entre pie plano valgo y retropie pronado. Tratamientos.

Posible intervención de un miembro del Ministerio de Educación y Ciencia sobre la necesidad de la Podología en la enseñanza escolar infantil.

El sistema de conferencias será a base de la comunicación documentada con diapositivas y películas durante 30 minutos aproximadamente y otros 30 para realizar ruegos y preguntas, mediante petición de la palabra por escrito (a través de unos boletines que se facilitarán) al Presidente de la Mesa, que concederá la intervención y duración de la misma, por riguroso orden.

Higiene y Podología

(continuación de la Revista n.º 36)

usamos en una proporción de un 1 % o a lo sumo 1 1/2 por cada 100 gramos de pomada y asociados a la sal sedativa de Homborg, Poligalacturonosulfonato sódico, Pantotenol, Ovolecitina y tintura de árnica, otras veces solos, y observando que responde el tratamiento, ya los utilizamos en mayores proporciones pero en forma de polvo o soluciones. Otro tratamiento preconizado y utilizado por nuestro colega Dipl. don Félix Alonso Royano, consiste en pincelar mañana y noche las partes enfermas con soluciones alcohólicas yodadas o yodosalicílicas con crisarrobina; locionar con gerianol, citrol y eugenol, pastas con azufre y ácido salicílico; preconizando en las formas crónicas, iniciar el tratamiento con la aplicación por la noche de vaselina salicílica al 1/20, así como pediluvios de la solución siguiente: Sulfato de cobre, 1 gramo; fenosalil, 1 gramo; sublimado, 0'1 gramos; agua, 1 litro. Sobre las lesiones hiperqueratósicas la terapéutica que emplea por creerlo preciso, es a base de potentes queratolíticos, como el ácido salicílico por ejemplo, que lo une al ácido benzoico consiguiendo un preparado muy aceptable.

Como tratamiento por vía bucal citaremos la Griseofulvina conocida por todos ustedes. Algunos autores, en caso de presentaciones con el proceso en estadio muy inflamado, utilizan y preconizan las pomadas a base de corticoides, en nuestra opinión, deberán evitarse si en su fórmula llevan al mismo tiempo algún antibiótico fúngico. La radioterapia es peligrosa.

Pasemos ahora a la hiperhidrosis, otra incidencia muy a considerar. La hiperhidrosis se caracteriza por un aumento de la cantidad de sudor segregado, es decir una hipersecreción sudoral, más acentuada y acusada en

la región plantar e interdigital que en el resto del pie. Por circunscribirse al mismo, nosotros utilizamos un vocablo corto de denominación más concreta, hablamos de pedhidrosis que significa agua en el pie, localizada en el pie. Esta excesiva sudoración; humedece de tal manera la piel que la macera a la vez que la inflama, enrojeciendo y engrosando 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 venir acompañada de bromhidrosis, es decir con fetidez del sudor fácilmente perceptible por el olfato y debido a la fermentación de ácidos grasos, como el butírico y el amoníaco, ambos contenidos en el sudor.

Profilaxis. — En los períodos de calor intenso, debido a la poca transpiración consecuente a los materiales, formato de la bota de protección, etc., que impiden la eliminación del sudor, se exagera la pedhidrosis, quedando ésta hipersecreción sudoral dentro del continente, endureciendo, agrietando y transformando el material noble tanto en la plantilla como en su contorno a la bota de seguridad. Día tras día lleva el operario este mismo calzado por lo que la confortabilidad va desapareciendo paulatinamente en consonancia a la pérdida de la ductibilidad de esa piel o serraje de primera calidad de que hablamos en el momento de escoger los materiales más idóneos para la confección de la bota, por lo tanto el pie se siente más incómodo, se irrita con más facilidad y concomitante a la pedhidrosis en tales circunstancias se pasa al estadio de la bromhidro-

constantino velasco laínz

↓
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 — Calla Mallorca, n.º 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.

sis y de otras incidencias dermatológicas. Ante la imposibilidad, en general, de prescribir calzado poroso, amplio y de tela que faciliten la evaporación, ya que entonces no haríamos protección del pie ante los insultos externos del trabajo y traumatismos, debemos preconizar una rigurosa higiene de pies, cambios frecuentes de calcetines y cremas protectoras desodorantes así como espolvoreados con sulfofenato de zinc, Inotyol polvo, Alucid u otro talco de buena calidad. No olvidemos que podemos actuar directamente sobre el calzado de protección dando betunes, sebos, etc., por su exterior, limpiando su interior con una solución de ácido bórico al 1 %, empapando un paño o una bola de algodón dando con ello un enérgico y riguroso frote dejando después airear el calzado.

Tratamiento. — Los más diversos tratados nos hablan de lo difícil del tratamiento y preconizan multitud de ellos. Es normativo, en principio establecer que se trata de una verdadera padhidrosis y que el trabajador no padece una hiperhidrosis generalizada debida a un trastorno endocrino o nervioso. Descartada ésta posibilidad, así como asegurados de que la hipersecreción se limita al pie, pasaremos a comentar sin extendernos demasiado, algunos de los tratamientos que se preconizan con mejores o peores y otros con excelentes resultados.

Algunos autores preconizan el ácido bórico, las pincelaciones con cloruro de alúmina al 10 % y pediluvios de permanganato potásico al 1 x 400 durante 15 minutos. Las pincelaciones de formol, es decir, formaldehído al 2 % al acostarse y al levantarse son casi del dominio público. Los baños de alcohol y el empleo de polvos de Inotyol son también aconsejables.

En el comercio se expenden multitud de preparados, entre los que cabe destacar el PEUSEK.

Queremos hacer constar, pues la experiencia nos lo ha demostrado, que junto con el tratamiento de nuestra preferencia, particularmente en los casos rebeldes no debemos olvidar la actinoterapia. Estimamos que la terapéutica con rayos ultravioletas doce o quin-

ce sesiones diarias de 15 minutos, están muy indicadas en los casos de pedhidrosis.

Aún hay otros muchos tratamientos, otros muchos preparados pero creemos que hemos expuesto lo principal; los otros, pueden ser objeto de comentario en mesa redonda con las experiencias personales.

Y ya por último hablemos sobre la Onicriptosis, vulgarmente denominada una encarnada, u onixis lateral que impide el uso de la bota en el trabajador.

Esta lesión tan frecuente se localiza electivamente, pero no de una manera exclusiva, a nivel del dedo 1.º; a veces se presenta en el 2.º y 5.º dedos también, según cita Jean Lelievre. No estudiaremos a fondo esta patología de una extrema complejidad, revisaremos y comentaremos tan sólo las afecciones específicamente podológicas y atribuibles al calzado.

Etiología-Mecanismo. — A pesar de lo que se ha dicho, la edad y el sexo no tienen ninguna importancia etiológica. El factor mecánico desempeña el factor principal. La onicriptosis, resulta de una hiperpresión variable en dirección directa o indirecta. Vamos a esquematizar en la imaginación un juego de presiones: 1.º Una presión aplicada directamente sobre la placa de la uña abombada encarna los dos bordes laterales: lesión interna y externa; 2.º Presión directa sobre la porción interna: lesión interna; 3.º Mecanismo indirecto: es el resultado de la suma de dos presiones, una se dirige de adentro hacia afuera, rechaza el dedo 1.º contra el 2.º, éste recibe una presión que le acuña sobre el borde externo del dedo 1.º. Se forma allí un tope en el que se incarna la uña: lesión externa.

Causas de éstas presiones. — a) Calzado. Una bota punteaguda comprime el borde unguear contra la uña o el dedo 1.º contra el 2.º; b) Uña. La misma uña enferma, abarquillada y abombada, a la más ligera presión por una causa múltiple de orden variable tiende a incrustarse por sus bordes en los lechos ungueales; c) Hallux valgus. El dedo 1.º cabalga sobre el 2.º dedo y éste empuja las partes blandas hacia arriba y dentro, contra la uña

de su vecino; d) Un traumatismo. Como un pisotón u otra contusión cualquiera pueden desarrollar ésta afección; e) Calcetín de nylon. Demasiado pequeño se adapta al pie al ceder, pero ejerce una presión que también puede predisponer a la formación de una onicocriptosis. Existen otras múltiples causas que ejercen presiones y son debidas a una variada patología del mismo pie, no creyendo en el caso que nos ocupa proceder a su estudio.

Estudio clínico. — El comienzo se manifiesta por dolores ligeros e intermitentes, que se exacerban con la más mínima presión. Se forma una prominencia o flemón carnosopariungueal; nuestro colega Dipl. don Leonardo Escachs, lo denomina rodete, bajo el cual se encuentra el borde de la lámina incrustada. A medida que avanza en su estadio, pasa a ser el dolor intolerable. El diagnóstico resulta evidente y es suficiente ejercer una presión lateral sobre las partes blandas para provocar un dolor muy vivo, brotando una secreción blanquecina, fluida seropurulenta.

Profilaxis. — 1.º) Hay que evitar toda compresión, dando un calzado de protección ancho y de suficiente altura en su puntera; que sea lo más fisiológico posible y confortable y corregir un trastorno estático; 2.º) Se preconizará el uso de calcetines de hilo o algodón en vez de fibras sintéticas; 3.º) Las uñas se cortarán transversalmente y no demasiado cortas ni redondeadas; 4.º) Gran higiene de los pies y tratar la onicomycosis si existiera.

Tratamiento. — Creemos que dentro del tema 1.º de este SYMPOSIUM, «tratamiento de las Onicopatías», otros Podólogos Diplomados colegas, disertarán sobre el «trata-

miento podológico de la uña», con sus experiencias personales, por lo que omitimos sus técnicas. De todos los modos este tema con su incidencia que se da en el pie del trabajador por el calzado industrial habrá sido ya objeto de comentario en mesa redonda.

Estas normas expuestas, son a grandes rasgos las medidas más recomendables para la PROFILAXIS DEL PIE DEL TRABAJADOR una vez efectuado y expuesto el precedido estudio, pero no quisiera terminar aquí, y abusando de la amabilidad de todos ustedes, mis queridos colegas, les diremos a modo de epílogo de ésta comunicación, lo importante que es darse cuenta del primordial papel que nos toca representar dentro de nuestra Especialidad, de conseguir vitalizar un Decreto que sólo se limita a dar vida a la Especialidad. Nosotros podemos y debemos mantener, ampliar y mejorar esa vida. Así pues la Especialidad ya creada, a nosotros nos toca la ingente tarea de ponerla a la altura que le corresponde en las actuales circunstancias.

Pudiera creer que ésta es una Especialidad para minorías. Nada más lejos de la verdad. Hoy y aquí, es una especialidad para la cultura y progreso de los pueblos, ya que aún no se concede al pie la importancia, no solamente intrínseca, sino general, que tiene. Las estadísticas más rigurosas nos demuestran que el 80 % de los seres humanos padecen de los pies. ¿Puede una especialidad que se preocupe del estudio, investigación, diagnóstico y tratamiento de un tan gran número de personas afectas de este apéndice locomotor, ser especialidad para minorías?

No ya solamente la sociedad en general, como tal fenómeno humano, sino los estados políticos, las economías nacionales y la medicina académica saldrán ganando con la admisión, reconocimiento y ayuda, del Podólogo en su seno.



a su servicio

Si todavía no recomienda Ud. a sus pacientes el calzado infantil-juvenil **PIEDRO**, es que no le hemos informado suficientemente o no tiene un distribuidor cerca de su Consulta. En cualquier caso **CONSULTENOS** pues nada le conviene tanto al hacer unas plantillas, como que el paciente refuerce y prolongue su efecto usando un calzado indeformable y fisiológicamente perfecto.

PIEDRO le ofrece estas características en los mejores materiales nobles. Es el mejor calzado infantil de Europa.

En nuestro afán de servir a los Sres. podólogos, hemos importado para Ud. las nuevas fresas alemanas con **ANILLOS** de **CORINDON RECAMBIABLES**, muy útiles, sobre todo para hiperqueratosis extensas. Son de enorme duración.

Conoce Ud. ya el aparato -casi de balsillo- de impulsos electrónicos (onda cuadrada) "FITMAKER"?
Fue la gran novedad en el Congreso Mundial de Podología de Salzburg (Sept. 1973) y sus efectos son espectaculares como tonificante muscular, activador de la circulación, analgésico local, etc. etc.
Somos los representantes exclusivos en España. Pídanos información.







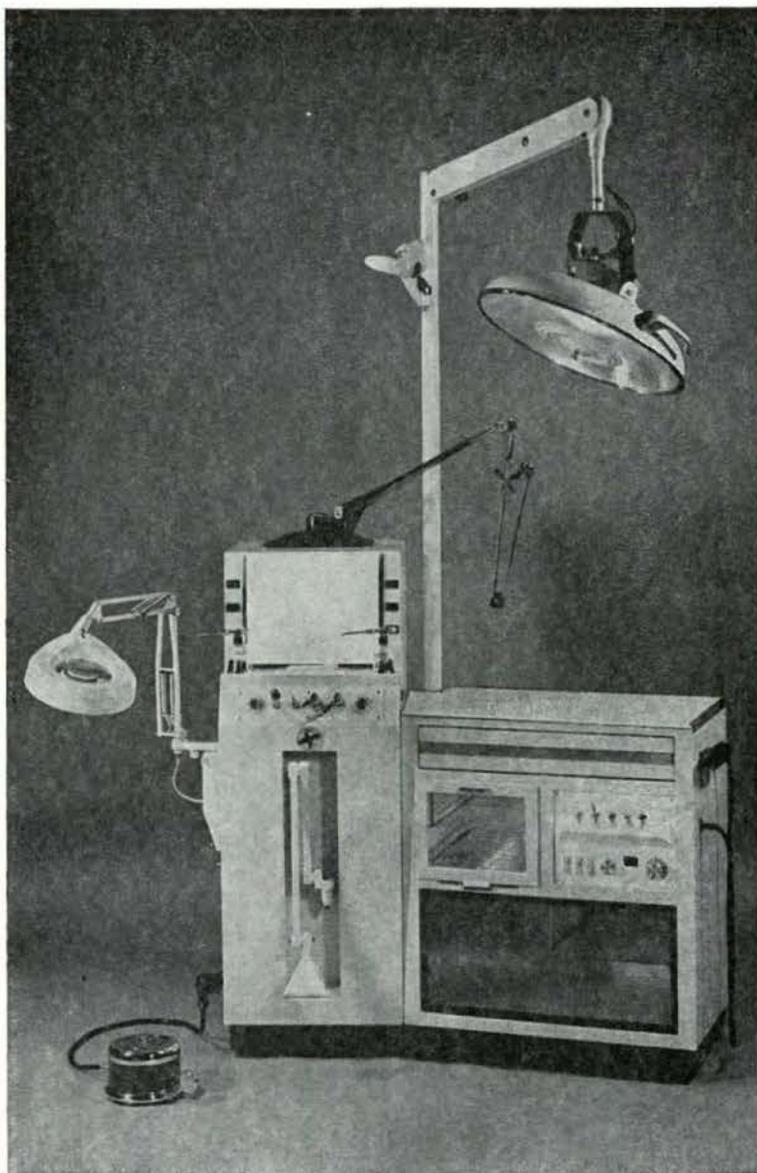
Handwritten text in a cursive script, likely a medical or scientific manuscript, written on a yellow background. The text is arranged in several lines, with some words appearing to be in a different language or dialect. The script is dense and fills most of the page area below the drawing.



REVISTA ESPAÑOLA DE

PODOLOGIA

A.P.E. Nov. - Dic.
n.º 42 1974



**CALIDAD EN NUESTROS MATERIALES
COMODIDAD EN SU TRABAJO
LARGA EXPERIENCIA,**

TODO ESTO LE OFRECEMOS CON NUESTRO ULTIMO MODELO

«CONSUL SUPER NOVO»

CONSULTE SIN COMPROMISO A TALLERES CONSUL

Aurora, 12

BARCELONA-1

Teléf. 241 72 75

REVISTA ESPAÑOLA DE **PODOLOGIA**

ORGANO DE LA AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

A. P. E.

Redacción:

Diputación, 118, 2.º, Pral, 2.ª, Barcelona (15)

Director:

Leonardo Escachs Clariana

Sub-director:

Pablo Vilató Ruiz

Redactor jefe:

Martín Rueda Sánchez

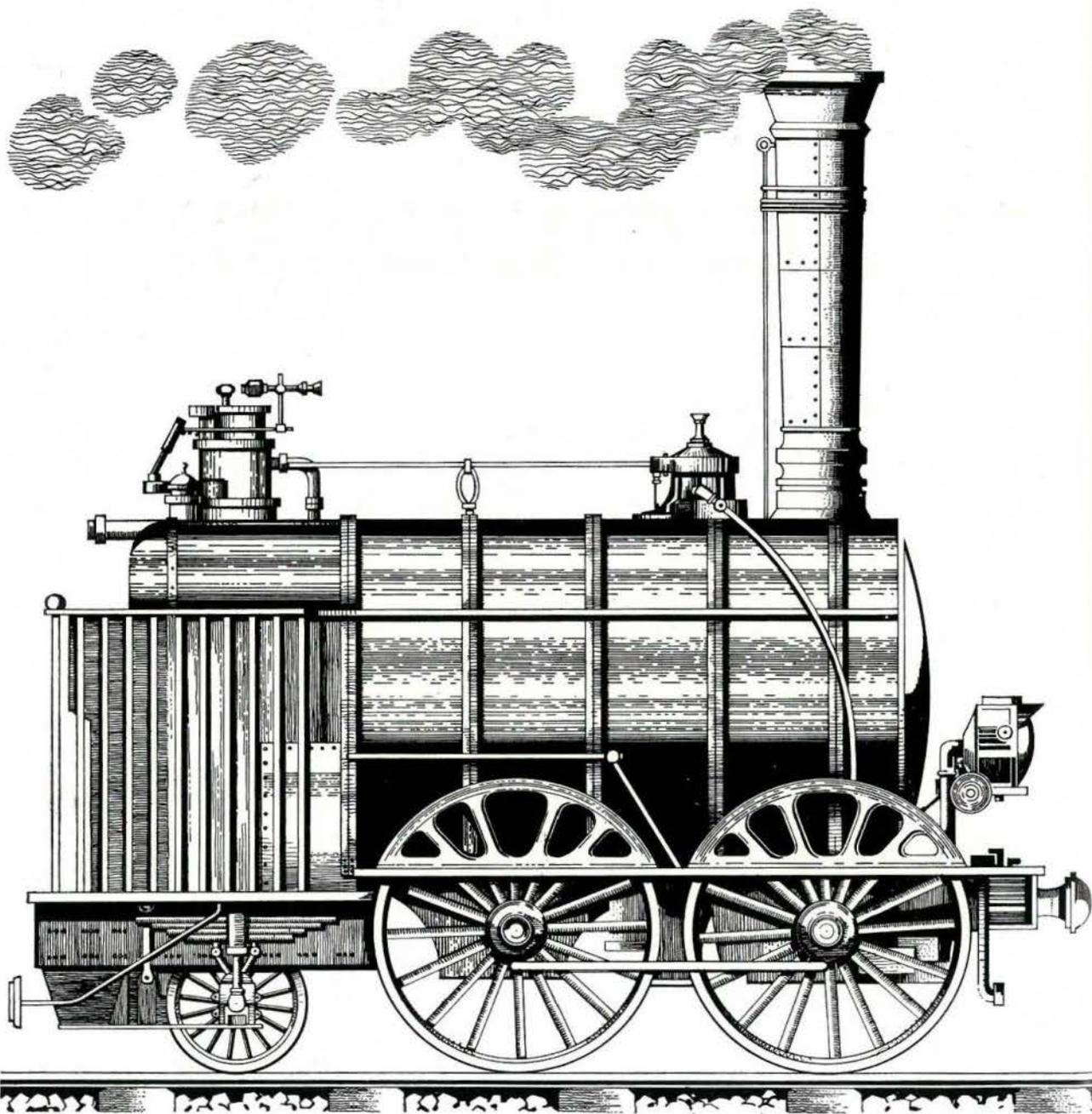
Administración:

Manuel Gavin Barceló

GRAFICAS RENACIMIENTO - Depósito Legal B-13.484 - 1974

SUMARIO

| | |
|----|--|
| 3 | Junta de Gobierno |
| 6 | Editorial |
| 8 | Manifestaciones podológicas en la Miositis Osificante Progresiva |
| 10 | Repaso terapéutico a las Micosis |
| 16 | Programa de estudios de la Comunidad Europea |
| 19 | Profilaxis del Pie Infantil |
| 23 | El Podólogo en Geriatria |
| 28 | A. P. E. - Secretaría General |
| 29 | Asistencia de nuestro Presidente al Comité de la Comunidad Europea |
| 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.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.º BAEZ BASAURI | Bilbao |
| Vocal nato | D. JAIME SALA PICH | Barcelona |
| Vocal | D. ANTONIO GUTIERREZ VELASCO | Málaga |
| Vocal | D. JOSE OLCINA MORALES | Alicante |

DELEGADOS DE ZONA

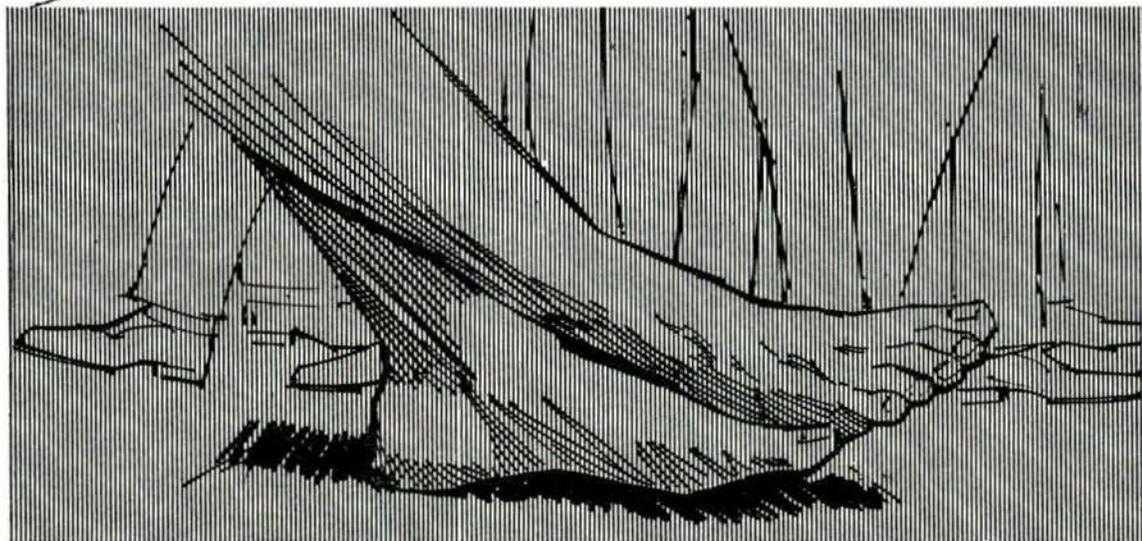
- D. José M.º Báez Basauri, Mayor, 27, 6.º. Las Arenas. BILBAO.
- D. José Luis Inchaurredo. Paseo de Colón, 65. IRUN.
- D. Juan Vidán Torres. Preguntoiro, 10. SANTIAGO DE COMPOSTELA.
- D. Antonio Báez Prieto. Alcalá, 313. MADRID.
- D. José Antonio Calvo García. Coso, 77, 5.º. ZARAGOZA.
- D. Jaime Sala Pich. Muntaner, 142. BARCELONA-11.
- D. Isaias del Moral Cejalvo. Castellón, 8. VALENCIA-4.
- D. Francisco Morán Ventura. León y Castillo, 8. LAS PALMAS DE GRAN CANARIA.
- D. Antonio Gutiérrez Velasco. Plaza de las Flores, Edificio Jazmín, 1.º. MALAGA.

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.
- BADAJOS: 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: Máximo Ganzález Jurado.
- GERONA: D. José M.º Boch Doménech.

- GRANADA: D. Manuel Ruiz Morales.
- GUADALAJARA: Sin Delegado Provincial.
- HUELVA: Jesús Tocino Vizcaíno.
- HUESCA: Sin Delegado Provincial.
- JAEN: Víctor Nieto Molina (accidental).
- 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: Sebastián Tenés Iturriza.
- STA. CRUZ DE TENERIFE: D. Armenio Méndez.
- SEGOVIA: D. Francisco García.
- SEVILLA: José Cañero Ramos (accidental).
- 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 CERAFARM, S.A.

El Presidente y la 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 1975 POR EL CAMINO DE LA SUPERACION Y LA UNIDAD PROFESIONAL.



EDITORIAL

El reloj del tiempo, implacable, sigue su marcha marcándonos con su periodicidad la cadencia rítmica e invariable del paso de los años, ese compás de tiempo que tomando posesiones sobre la Creación, va transformando y dejando su huella sobre todas las cosas. Es como una gigantesca máquina a cuya sombra nos movemos, hacemos, sin darnos cuenta que su acción es acumulativa y cada año es un escalón más en el camino ascendente de la vida. No podemos hacer nada para evitarlo, no podemos ir en contra de las leyes que rigen la naturaleza, pero sí podemos hacer un alto y revivir mentalmente nuestras actividades a través de esos doce meses, para en consecuencia, hacer un balance, un suma y sigue, y sacar la conclusión de nuestra labor a lo largo de este año que agoniza, y así proyectar ya nuestra ruta hacia el incógnito año nuevo.

Si de verdad hacemos un balance podológico retrospectivo, podemos estar contentos, aunque no plenamente satisfechos. Contentos porque ha sido un año lleno de actividades como lo demuestran las múltiples manifestaciones profesionales: VII Congreso Nacional de Podología: I Jornadas andaluzas, Cursillos de perfeccionamiento en la Escuela de Barcelona, Conferencias en Málaga, Homenaje al Profesor Echeverri en Santiago, y recientemente al Sr Rogelio Mir en Barcelona... y tantas más que están presentes en el ánimo de todos y creo sería innecesario enumerar una a una. Pero no podemos estar plenamente satisfechos porque eo sería aceptar las cosas tal como están, sin pensar que pueden y deben mejorarse siguiendo en la brecha de constante superación, aunando

nuestros esfuerzos en pro de una especialidad a la altura que se merece.

A la vista de los acontecimientos podemos pensar que este año ha sido bueno para la profesión, y que tal como están las cosas, el próximo se espera con gran ilusión, ya que puede ser trascendental. Todo ello se debe a que cuando una organización está bien dirigida y encarrilada, cuando sus guías son hombres abnegados dispuestos siempre a dar todo cuanto llevan dentro por su clase, sin importarles el sacrificio, sin más egoísmo que el de superarse constantemente, y como consecuencia superarnos a todos los que a su sombra nos movemos, a todos los que estamos dispuestos a secundarles siempre prestándoles nuestra incondicional ayuda, como ocurre con todos los miembros integrantes de la Agrupación de Podólogos de España —o casi todos— se pueden conseguir muchas cosas; pero si por el contrario los dejamos solos y no están apoyados por un ejército siempre en forma, ¿qué pueden conseguir?; sólo una cosa, estropear su tiempo y su vida, hacer un sacrificio estéril y perder esa ilusión que un día les llevó a la lucha olvidándose muchas veces de sí mismos y de su familia, y entonces como consecuencia todos saldríamos perjudicados, ya que nosotros somos la causa de sus inquietudes, los que un momento dado tenemos que estar siempre preparados para ocupar sus puestos, para que la Podología no vaya nunca atrás y su camino esté siempre despejado. Por todo esto quisiera que en estas fiestas de tan profundo sentir cristiano y tan arraigadas en nuestras costumbres, pensáse-

mos un poco en lo que somos y a dónde vamos e hiciésemos nuestro balance profesional particular.

Al hacer mi balance del primer año como Redactor, quiero dar las gracias a todos cuantos me han ayudado, y al mismo tiempo pedirles que sigan haciéndolo y dando ejemplo a los demás. Yo podría llenar cada dos meses las 32 páginas que integran nuestra revista, pero no puedo hacerlo porque sería tanto como tomar posesión de una cosa que no es mía, sino de todos, y tenemos que ser todos los cooperadores, por eso desde aquí me dirijo a los Delegados, para pedirles que durante el próximo 1975 se acuerden de que la Revista todavía existe, pero que su existencia está supeditada a todos nosotros que nos hemos comprometido, al integrar un grupo profesional, a alimentar a este órgano que difunde a los cuatro vientos nuestra profesión.

A cambio de trabajos he recibido muchas promesas, muchas palabras, sólo eso... pa-

labras. Pensad que no pido nada para mí; pensad que la Revista, esa carta que debemos mandarnos cada dos meses, también va a manos ajenas a la profesión, que traducen en esos pliegos de papel quiénes somos y hasta dónde llegamos, es decir, a través de ella nos identifican, por eso ha de ser una revista completa, viva, un reflejo exacto de lo que somos, una programación de la proyección impresa de nuestra profesión.

Después de estas líneas sólo me resta pedir una vez más vuestra incondicional ayuda, pues aunque en esta época que vivimos, llena de inquietudes, de ajeteo, a veces resulta difícil buscar un hueco para hacer algo para la Revista, no es totalmente imposible, sólo hay que hacer una cosa: proponérselo, y de esta forma, cuando recibas el próximo número estarás contento y satisfecho, tendrás el orgullo de ver que en ese número va un trozo de ti, va tu cooperación, y sentirás la enorme satisfacción de una misión cumplida.

NUEVO

sandalia de masaje ganter

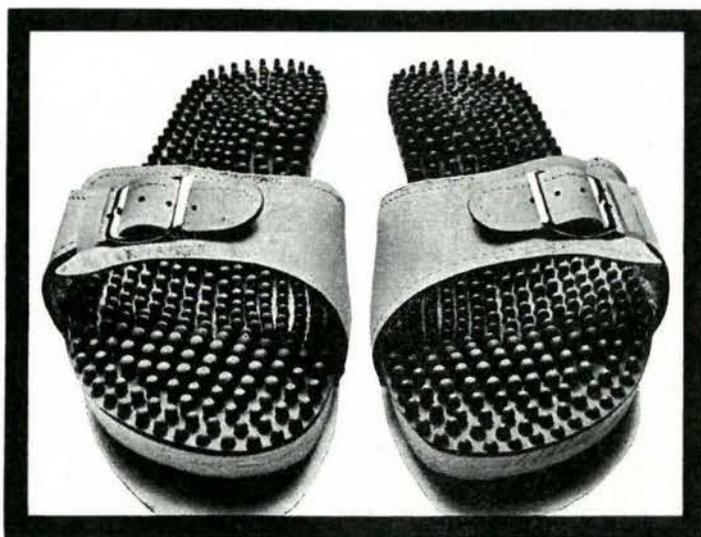
una plantilla anatómica **ACTIVA**

- antiedematosa •descontracturizante
- activadora de la circulación periférica •sedativa del pie



ganter

MADE IN GERMANY



Solicite información a:

EXDIRE · AVDA. MERIDIANA. 422 · TEL. 340 72 47 · BARCELONA · 16

Comunicaciones Científicas



Manifestaciones Podológicas en la "Miositis Osificante Progresiva"

Por J. JORGE UGARRIZA
Podólogo
Bilbao (Vizcaya)

En mis afanes de formación podológica, a los que dedico los ratos libres de mis muchas ocupaciones, me llamó la atención una enfermedad de la que nunca había oído comentar, en relación a la trascendencia de sus manifestaciones en los pies.

Dado el interés de la misma, en el sentido estrictamente podológico, estimo conveniente aportar un breve resumen de sus características.

Vista la rareza del caso que nos ocupa y la escasa bibliografía existente, me ha parecido oportuno exponer que, esta enfermedad de oscuros orígenes, desde el punto de vista de diagnóstico, puede ser reconocida por las alteraciones que sufren los pies.

La Miositis Osificante Progresiva, es una enfermedad congénita, de etiología desconocida, comenzando el proceso en las fascias, aponeurosis y tendones.

Sintomatología podológica

1. Se considera patognomónico de la Miositis Osificante Progresiva, que en los pies se aprecien:
 - a) La formación bilateral de un Hallux-Valgus.
 - b) En algún caso, puede haber también microdactilia y curvatura radial del quinto dedo.
2. Lesiones radiográficas ostensibles:
 - a) La ausencia de la falange proximal de los dedos primeros.
 - b) Es frecuente, en períodos avanzados, la presencia de neoformaciones en las fascias plantares, así como el desarrollo de exóstosis, siendo más raras, éstas, en el astrágalo.

Todas estas manifestaciones podológicas de la Miositis Osificante Progresiva, forman un verdadero síndrome podológico, raramente visto en nuestras consultas. No obstante, si viéramos que el enfermo adopta una posición antiálgica, o aparatosas rigideces, ocasionadas por las deformidades óseas, sobre todo en el pie infantil o adolescente (ya que es poco común el comienzo de esta enfermedad después de los veinte años), creo que se impone llevar a cabo un radiodiagnóstico podológico, efectuando una radiografía en proyección dorso-plantar. De verse confirmadas las manifestaciones podológicas mencionadas, contribuiremos al diagnóstico diferencial correcto.

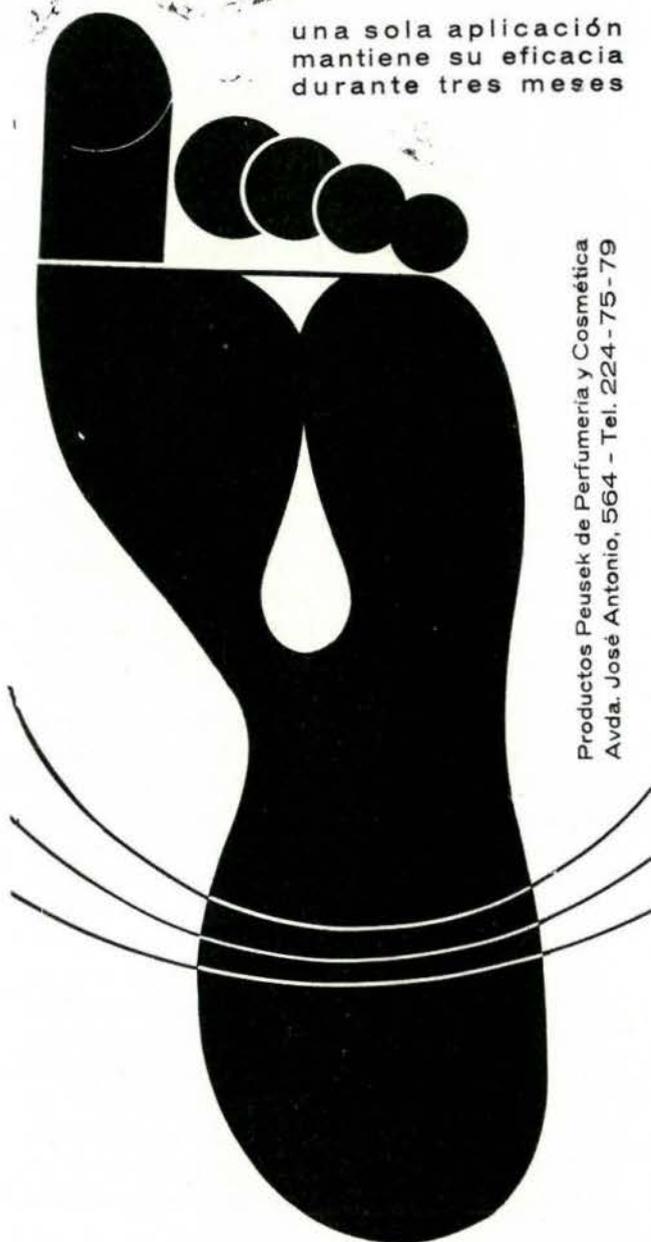
La Miositis Osificante Progresiva, aún en sus deformidades pédicas no creo que sean tributarias del Podólogo, pero ya el hecho de haber dado con un diagnóstico diferencial correcto, apunta una preparación podológica de mucha altura. Un informe al respecto, y el envío del paciente al especialista correspondiente, dirían muchísimo en favor de la **PODOLOGIA**, escalando peldaños insospechados, que es, en definitiva, lo que todos deseamos.

Esperando que esta breve comunicación nos haya orientado hacia una enfermedad más, con alteraciones óseas en los pies, les quedo muy agradecido por su atención.

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

Repaso terapéutico a la micosis

Por ENRIQUE-CARLOS
BLANCO
PEREZ-MOLINOS

De un par de años a esta parte, en muchas de nuestras consultas podológicas se ha notado un aumento considerable de afecciones cutáneas que, bajo la denominación genérica de «micosis» agrupan a todas las infecciones causadas por hongos.

Desde 1858 en que Rudolph Virchow empleó por vez primera la palabra «micosis» para designar a estas entidades mórbidas, tanto en el hombre como en los animales, producidas por hongos, hasta nuestros días se han ido sucediendo diferentes agentes como expresión de estas afecciones y cuyo tratamiento plantea importantes problemas terapéuticos.

He creído oportuno exponer en esta breve charla todo cuanto a través de mi interés por este problema he llegado a poder asimilar, especialmente en cuanto a situación actual de la terapéutica.

Sé positivamente que muchos de cuantos ahora estamos reunidos tenéis más conocimiento de causa que yo para exponer este tema, sin embargo, y si me está permitido quisiera dar un sucinto repaso a la micosis.

Tras este prólogo, hay que hacer de entrada un breve repaso a qué son los hongos y tanto clínica como terapéuticamente, una distinción de los importantes grupos en que podemos clasificar a las infecciones micóticas.

En este primer dibujo vemos las partes principales de que consta un hongo.

No todos los hongos tienen idénticas características, ya que cada género se diferencia del otro. Así podemos apreciar en estos otros dos dibujos las partes principales de

cada una de las clases que más nos interesan.

Dentro de la división de los hongos podemos considerar un primer grupo formado por los Dermatofitos o Tiñas, hongos botánicamente Ascomicetos, aunque algunos de ellos puedan clasificarse en géneros diferentes, de reproducción sexuada a pesar de presentar comportamiento heterotálico que es una de sus características, y en la cual tampoco podemos decir que se haya demostrado plenamente dicha reproducción sexuada. Y es que el mundo de los hongos es muy variable.

Tres géneros agrupan a los Dermatofitos y que corresponden a: *Microsporum*, *Tricophyton* y *Epidermophyton*. En pantalla podemos ver la última clasificación válida de las especies dermatofíticas, en revisión llevada a cabo por el Profesor Ajello, aunque no existe unanimidad en tal criterio.

Dentro de la Podología nos interesan de modo especial dos *Tricophyton*: el *Mentagrophites*, hongo que presenta una variedad interesante, podológicamente hablando, el *Tricophyton interdigitale*, del que luego hablaremos y el *Tricophyton rubrum*, que establece una micosis generalmente de evolución crónica y de difícil curación.

Ambos, el *mentagrophites* y su variedad y el *rubrum* son los causantes de la *Tinea pedis* conocida vulgarmente como Pie de atleta y a la que podemos sumar todavía otro dermatofito. Este del género *Epidermophyton*, el *Epidermophyton floccosum*, de incidencia mucho más lejana pero que también podemos incluir como causante de esta infección y

cuyo aspecto podemos observar a través de esta diapositiva que nos muestra un caso de *Tinea pedis* por este hongo.

Los hongos que ocasionan las dermatofitosis se caracterizan por atacar la queratina, creciendo entre las capas queratinizadas de la epidermis, pelos y uñas. Mediante experiencias «in vitro» se ha podido comprobar que son capaces de atacar a la queratina e introducirse a sus expensas mediante el micelio, del que antes hablábamos, hasta una profundidad, suficiente que les permita adquirir los materiales nutritivos necesarios para su subsistencia.

Un segundo grupo está formado por levaduras y blastomicetos, hongos imperfectos, en las que encontramos dos grupos: uno las levaduras que no forman pseudomicelio y otro las que lo forman. A este último grupo pertenecen todas las levaduras patógenas que comprenden el género *Cándida*. Sus características están precisamente en la formación de pseudomicelio, que se diferencia del verdadero por presentar unas estrangulaciones en los puntos de unión de unas células con otras; en estos puntos es donde suelen existir blastoporos.

De entre las *Cándidas*, la de mayor trascendencia y que día a día adquiere mayor importancia por su mayor presencia en las infecciones ungueales es la *Cándida albicans*, que según algunos autores es característica la formación de verdadero micelio, lo que en cierto modo le confiere unas características especiales dentro del grupo de levaduras que ahora tratamos. Para atender a su identificación debemos atenernos a la formación de clamidosporos en determinados medios de cultivo como el agar-arroz.

Observamos un caso de onixis en la que se halló *Candida albicans* y que con más detalle podemos apreciar de los blastoporos que antes citábamos y aún con más detalle la presencia de clamidosporos.

Como tercer grupo podemos distinguir una serie de hongos de diversa procedencia y cuyo resumen vemos en pantalla destacando algunos de ellos que nos han reportado un extraordinario beneficio como el *Penicillium notatum*, y que no tienen un encuadre per-

fecto en los anteriores grupos, y sin interés podológico, con carácter patógeno.

Tras esta exposición el primer problema que se nos plantea es el de identificación del agente micótico causante.

Para ello disponemos de diversos medios y técnicas, relativamente sencillas y sobre las cuales no voy a entrar puesto que agradecería al compañero Calvo expusiera este apartado toda vez que tiene una mayor experiencia y una extensa casuística de gran interés.

El segundo problema que se nos plantea es identificar el motivo por el que se ha instaurado una micosis cutánea.

En un caso, por ejemplo, de *Tinea pedis*, una de las afecciones más frecuentes, se ha observado que su instauración no tiene influencia ni con el sexo ni con la edad, aunque existe una tendencia a ser más frecuente en los varones adultos. Georg, uno de los que más ha trabajado en este campo, considera que el gran espesor de la capa córnea de la planta de los pies ofrece una magnífica oportunidad a los hongos para su permanencia.

Asimismo la humedad es factor coadyuvante de la proliferación fúngica. He observado que en muchos individuos, particularmente durante los meses de invierno cuando los pies están fríos y secos, el dermatofito se encuentra en la epidermis en estado saprofítico, obteniendo alimentos de los restos epiteliales de la superficie cutánea, en tanto aquellas personas cuya profesión requiere estar en contacto con medios húmedos, como matarifes, jardineros, dependientas de pescadería, y similares, presentan una disponibilidad mayor para presentar infecciones micóticas e incluso rebeldes a su curación en toda época.

Los síntomas más evidentes se observan en los espacios interdigitales, como en los casos que hemos visto, en cuya zona la existencia de calor y humedad así como la maceración de la piel, permiten al hongo obtener las condiciones idóneas para su proliferación. Desde estas áreas, la infección puede extenderse a las uñas y plantas de los pies, con preferencia hacia el borde interno del mis-

mo, como se aprecia en esta diapositiva de una dermatomicosis hiperqueratósica.

El mecanismo de transmisión de las micosis en los pies ha sido muy discutido y cabe considerar la posibilidad de la existencia de ciertos factores no aclarados hasta el momento actual y que guardan relación, al parecer, con el manto ácido de la piel con cuya disminución se predispone a la penetración y extensión fúngica, en cuya alteración puede tener cierta importancia la formación de ácidos como el hialurónico, en grandes cantidades, que favorecen su permanencia.

No hace mucho tiempo, en una publicación inglesa se comentaba, con relación a su virulencia, las diferencias observadas en el *Trichophyton mentaglyphites* que portaban los soldados ingleses que eran enviados a Hong-Kong, los cuales presentaban una mayor frecuencia de *Tinea pedis* con pronóstico más severo que las aparecidas en la metrópoli. Su explicación se halló en la diferenciación de dos variedades de *Trichophyton mentaglyphites*, como ya apuntábamos al principio, una variedad vellosa, el *Trichophyton inguinales*, de pronóstico leve, y abundante en la metrópoli y otra granulosa que es de pronóstico más grave y existente en Hong-Kong. ¿A qué se debe esta mayor virulencia? Posiblemente a los factores climatológicos en relación con la humedad. Sabido es que es país de cultivo de arroz, lo que importa unos estancamientos de agua y por otra parte a la existencia de arroz, medio ideal de cultivo, como hemos visto al presentar la diapositiva referida a estos dermatofitos. En cambio, y algún compañero de la zona arrocera, podría añadir algo con referencia a este supuesto y a la posible existencia de esta variedad más grave en esta zona valenciana precisamente, motivo interesante para una comunicación al tema.

En cuanto a la patogenia de las infecciones por *Candida*, sabido es que se encuentra sacrofíticamente en el intestino y adquieren carácter patógeno por causas aún no determinadas si bien experimentalmente se ha demostrado la incidencia de factores diversos que pueden alterar su vida saprofita entre los cuales podemos contar la antiotico-terapia, falta de síntesis de vitamina B, aumen-

to de glucógeno, etc. Sin embargo la humedad es factor altamente predisponente.

Tras esta exposición sólo nos resta dar un esquema comentado de la situación actual de la terapéutica. Adentrarnos en el problema terapéutico no es fácil. Dada la variedad de fármacos existentes resulta difícil y tal vez inadecuado, hallar una clasificación suficientemente reducida por su actuación. Por esta razón abandonamos una clasificación por su grupo farmacológico o su estructura química para hacerlo en razón de su empleo, y su antigüedad en el mismo.

En primer término vemos los antifúngicos cuyo empleo es por vía local y tienen más carácter antiséptico aunque presenten cierto efecto antimicótico.

Tal como decíamos en la exposición existe un mecanismo enzimático en la penetración y estabilización de las infecciones fúngicas, que en los estudios de Rotman, ya en 1947, vio que los ácidos grasos tenían ciertas propiedades fungistáticas. Por ello se emplearon desde antiguo dos ácidos grasos para el tratamiento de las dermatofitosis: el ácido undecilénico y el propiónico, cuya terapia ha permanecido hasta nuestros días. Estudios posteriores han demostrado que la acción de dichos ácidos y sus derivados actúan moderadamente en la infección micótica.

Sin embargo es constatable que una buena parte de los fármacos existentes en el mercado español usan en sus fórmulas de dichos ácidos en forma directa o de sal.

Al profesor Vilanova, de gran recuerdo en Barcelona y figura nacional en Dermatología desde su cátedra barcelonesa, se debe el uso del conocido PABA ácido para-aminobenzoico, especialmente en el tratamiento de las tiñas.

Desde el timol y algunos otros fenoles como el ácido salicílico y el benzoico, así como sus derivados, hasta el mercurocromo, son buenos fungicidas. Numerosos productos se presentan en el mercado con asociaciones de estos fenoles en sus formas esterificadas.

El yodo ha sido y es empleado en su forma de solución al 1 por ciento y también las formas yodadas más modernas como el yodo povidona.

Después del yodo otro antiséptico usado y conocido de todos: el violeta de genciana, especialmente activo frente a levaduras y en las dermatomicosis que se han infectado secundariamente por bacterias.

Finalmente en este grupo de antisépticos y ya en franco desuso, por su toxicidad y en especial por su irritabilidad cutánea, está el azufre y sus derivados como el tiosulfato sódico (hiposulfato sódico) de gran interés y efectividad en el tratamiento de la pitiriasis versicolor.

De talle más moderno tenemos dos fármacos interesantes: la alfabrocina, producto que tiene una acción de tipo amplio sobre dermatofitosis y levaduras y el tolnaftato, muy usado en América y que centra su acción sobre los dermatofitos en tanto es inactivo frente a las levaduras.

Entramos ahora en la exposición de lo que podemos considerar, si ello cabe, los grandes antimicóticos, que han revolucionado la medicación y son de gran eficacia por su carácter de acción general, a través de las vías oral y parenteral.

Por su antigüedad corresponde en primer lugar hablar de la griseofulvina, antibiótico antifúngico muy conocido ya desde 1939 a partir de los cultivos de *Penicillium griseofulvium* ha venido siendo ininterrumpidamente usado en la terapia sobre los dermatofitos, no teniendo acción sobre las levaduras.

Sabido es aunque no estará de más un repaso que los dermatofitos se reproducen por mitosis la cual presenta cuatro fases: la primera llamada profase cuya evolución alcanza hasta aquí, en el dibujo y en la que se aprecia esquemáticamente el inicio de la duplicación con la condensación cromática y la aparición visible de los cromosomas. Los centriolos se duplican y separan hacia los polos apareciendo el aster o filamento en forma de huso.

La segunda fase es la más interesante como veremos al hablar de los tratamientos y se llama metafase que comienza con la desaparición de la membrana nuclear y los cromosomas libres en el citoplasma se dirigen a situarse con su filia y hacia el centro, que es el punto de partida de la siguiente fase o profase con la división longitudinal de los

cromosomas y por último el alargamiento de la célula con la aparición de un surco en el centro y la reconstrucción del núcleo para finalmente escindirse la célula en dos. Esta es la telefase.

Esto ha servido de base para que comprendamos con mayor claridad el mecanismo de acción de la griseofulvina ya que se basa en la alteración de la síntesis de la pared celular y el metabolismo de los ácidos nucleicos lo cual provoca la detención de la mitosis en metafase o sea la segunda fase de la reproducción.

A nivel de la queratina actúa mediante la impregnación total de la misma. Hemos dicho que la infección fúngica actúa penetrando a través de la queratina de fuera adentro, pues bien la griseofulvina actúa de dentro afuera y con ello se logra que al estar la capa queratinizada impregnada de medicamento el desarrollo de los dermatofitos se pare y con ello se logra la curación clínica.

Es pues de gran uso para zonas muy queratinizadas como sucede con las plantas de los pies y en las onicomosis.

Sin embargo, y también tiene su pero..., al transcurrir el tiempo e ir desapareciendo la griseofulvina de la capa queratinizada puede dar lugar a que haya una reinfección.

Otro producto interesante es el Ester boro-trioxibenzoico de la dextrosa, no por su composición química sino por el mecanismo de su acción, que es sinérgico a la griseofulvina por cuanto su acción se basa en crear una división artificial entre la zona afectada y la

IMPORTANTE:

Rogamos a todos los Agrupados que hayan cambiado su dirección, lo comuniquen por escrito a la Redacción de la Revista, calle Diputación, 118, pral., 2.ª, Barcelona-15, Sr. Manuel Gavín Barceló, para de esta forma poder cambiar las franjas y evitar el creciente número de Revistas que son devueltas por no encontrar al destinatario.

Gracias.

sana también por impregnación y la creación de un medio ácido que favorece según lo anteriormente apuntado la detención de la micosis.

Desde 1955 se introdujo en la terapéutica otro nuevo fármaco la Anfotericina B. Su espectro es bastante amplio, mostrando su mayor actividad frente a hongos inferiores como *Candidas* y *blastomices*.

Era hasta hace poco la única terapia disponible para el tratamiento de las micosis viscerales, a pesar de su toxicidad y su única vía la endovenosa con una técnica especial. Actualmente se sigue usando en micosis viscerales y la aparición de la forma en pomada para uso local la siguen manteniendo activa.

Su mecanismo de acción sigue siendo la alteración de la membrana celular.

Con la aparición de la Fluorocitosina, antimicótico sintético, se dio un paso más. La fluorocitosina tiene un comportamiento como antimetabólico, semejante a los productos que se usan para la terapia antineoplásica, por inhibición del ácido ribonucleico. Con la fluorocitosina se ha comprobado la existencia de cierto complemento con la Anfotericina B para las micosis resistentes a ésta.

No está suficientemente comercializada porque se halla en fase experimental y su no carencia de riesgo la hará sustituir por fármacos más inocuos.

Otro antibiótico es la Nistatina, de sobras conocido. Su mecanismo de acción es el mismo que el de la Anfotericina B y se muestra, como todos sabéis, de amplio espectro abarcando con mayor actividad la terapia contra las levaduras (*Candida*) y algo menor para los dermatofitos.

Su uso tanto es por vía oral como aplicación local.

La Nistatina no se ha podido aislar pura por lo que se ha tasado en unidades mediante una equivalencia arbitrariamente tasada en 3.000 U. por miligramo.

Dos antifúngicos modernos son las Primaicina y la Tricomocina, ambos activos contra *Candida* y el primero de ellos de gran inte-

rés por su especial efecto sobre la pitiriasis versicolor.

Los más modernos antifúngicos están relacionados con el imidazol y son: Clotrimazol de estructura química parecida al violeta de genciana y a los insecticidas clorados y cuyo espectro antimicótico es muy amplio, abarcando dermatofitos, *Candida*, *blastomices* y bacterias.

Su acción es por vía oral, de momento.

El segundo derivado imidazólico, el Miconazol, se presenta bajo todas las formas. Hace poco, unos seis meses, leí en una revista americana, la referencia del uso del Miconazol en fase experimental en URSS y de dicha referencia puede entresacarse que es el antifúngico más moderno y con una serie de ventajas en conjunto que hasta ahora se repartían entre varios fármacos.

Su escasa toxicidad, su rápida absorción y alta eficacia han hecho que se coloque a la cabeza del tratamiento de las micosis.

Es activo frente a dermatofitos, levaduras y otros hongos e incluso a bacterias grampositivas.

Se presenta en polvo, pomada y tratamiento oral aunque en España no se dispone todavía de todas las formas.

Finalmente y aun cuando está en fase experimental en el Japón podemos añadir a la lista un nuevo antifúngico de Sicanina, que se extrae de los cultivos del *Helminthosporium siccans* y es al parecer eficaz contra los dermatofitos.

Hasta aquí la situación actual de la terapéutica antimicótica y para concluir podemos ver en pantalla un resumen de esta última parte de la charla con la acción de cada uno de los fármacos.

Finalmente otro cuadro en el que se nos presenta la mayor cantidad de fármacos existentes, por sus nombres comerciales desglosados en razón de la sustancia activa.

Si ha servido para aclarar alguna duda, me doy por satisfecho, como se dice siempre al final de las charlas.

Gracias, compañeros

Fitex-E

Onico-Fitex

Tratamiento local específico de las dermatomicosis y micosis de uña respectivamente.

Gran poder de penetración, acción prolongada e intermitente.

Modo de empleo _____ Pincelar las zonas afectadas 2 ó 3 veces al día y cada vez que se ponga en contacto con el agua.

Indicaciones _____ **Fitex-E**

- Pie de atleta
- Hiper-hidrosis
- Mal olor
- Enrojecimiento, picor
- Grietas interdigitales
- Maceración

Onico-Fitex

- Onicomycosis
- Paroniquia
- Pie de atleta rebelde

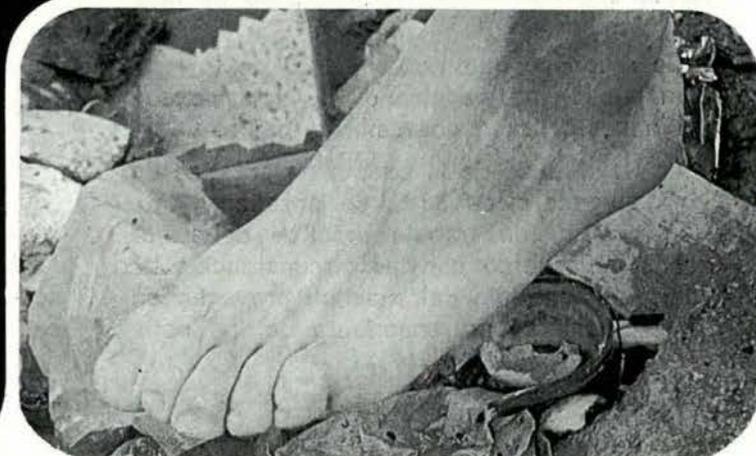
Precios _____ **Fitex-E** 199,10 ptas. frasco de 60 c.c.
Onico-Fitex 100,50 ptas. frasco de 30 c.c.

No precisan apósitos ni vendajes.

INFAR  **NATTERMANN**

Apartado 400 - Zaragoza

Infanta Carlota, 84-88 Barcelona-15



Programa de estudios

COMITE DE ENLACE DE LOS PODOLOGOS
DE LA COMUNIDAD EUROPEA
Países miembros de la F.I.P.

Este documento expone el compendio teórico y práctico que ha sido preparado por el Comité de Enlace de los Podólogos de la Comunidad Europea.

Ha sido redactado en su totalidad para constituir el curso de los estudios que cualificarán a los Podólogos en todos y cada uno de los estados miembros de la Comunidad para obtener el diploma estatal para practicar la Podología.

Tal como la Comisión ha exigido, el documento que sigue, representa una relación de las áreas mínimas de conocimientos y habilidades que los modernos podólogos/quiropodistas requieren.

El documento no pretende ser un plan de estudios, sino que quiere esbozar los campos en que los planes de estudios deberían tener por bases.

Han sido inevitables algunos traslados de unas secciones a otras, pero se ha tratado en lo posible de evitar las repeticiones.

No han sido incluidos tratamientos específicos y el documento se ha redactado de forma que permitiese el desarrollo de nuevas técnicas.

Se reconoce que varias partes de la relación pueden ser recalcados de acuerdo con las necesidades o costumbres locales.

La flexibilidad de la puesta en práctica de la base general de 50 % de enseñanza teórica y 50 % de trabajo práctico debe ser usada de acuerdo con las circunstancias locales en beneficio del máximo provecho en la enseñanza y entrenamiento de los estudiantes.

PODOLOGIA/QUIROPODIA

El objeto del curso es proveer instrucción:

- 1 En el tratamiento científico de los desórdenes del pie;
- 2 (a) En la distinción entre trastornos del pie provenientes de trastornos locales o trastornos generales;
- (b) En los efectos de los trastornos sistemáticos y funcionales del cuerpo sobre el pie;
- (c) En el papel del Podólogo/quirópodo en el tratamiento de efectos locales sobre el pie causados por sistemáticos y funcionales desarreglos del cuerpo.

CIENCIA INTRODUCTIVA

Biología, Química y Física. Revisión. Introducción de nuevo material *apropiado para la comprensión del material presentado más tarde en el curso*. Relación a determinar de acuerdo con los sistemas educacionales de cada país y con las cualificaciones previas de los estudiantes.

ANATOMIA

Histología y citología

Estructura general de la célula y sus organelas: mitosis y meiosis.

Tejidos: conectivo, muscular, epitelial y nervioso.

Anatomía evolutiva

Embriología general.

Crecimiento.

Osificación de los huesos de los miembros inferiores, en detalle.

Anatomía descriptiva

Osteología: Tipos de huesos; estructura y función de los huesos. Los huesos del esqueleto en general y los de la columna vertebral, pelvis y miembros inferiores, en detalle.

Otras estructuras de soporte: Fascias, cartílagos y ligamentos.

Articulaciones: Tipos. Articulaciones del cuerpo en general y de la espina dorsal, pelvis y miembros inferiores, detalladamente.

Sistema nervioso: El cerebro, médula espinal y plexos nerviosos. Sistemas motor y sensitivo. Sistema nervioso autónomo. Inervación de la piel, músculos, articulaciones y órganos sensoriales especiales. Nervios de las extremidades inferiores, en detalle.

Músculos: Músculos principales del tronco. Músculos de los miembros inferiores, en detalle.

Sistema circulatorio: Estructura del corazón, sangre y vasos linfáticos. Vasos extremidad inferior, en detalle.

Anatomía general: De los sistemas digestivo, respiratorio, endocrino y urinario.

Anatomía funcional/Quinesiología/ Biomecánica

Fuerzas que afectan al cuerpo humano.

Palancas en el cuerpo humano.

Funciones de las articulaciones en la extremidad inferior.

Acción de los músculos: agonistas, antagonistas y sinérgicos.

Postura-movimiento: coordinación, propiocepción, reflejos y equilibrio.

Mecánica del pie en detalle: con carga y deambulación.

FISIOLOGIA

Homoestasis: Mantenimiento de un ambiente interno constante; control de temperatura; fluidos corporales y equilibrio electrolítico y su control.

Sistemas circulatorio y respiratorio: Formación de la sangre: células, plasma y elementos formados; coagulación; funciones de la sangre. El corazón; sistemas arterial, venoso y linfático. Mecánica y control de la circulación sanguínea. Respiración; su función, mecánica y control. Respiración de los tejidos.

Sistema nervioso: Estructura de la neurona y su función; el impulso nervioso y su transmisión. Sistema nervioso central, incluido cerebro, nervios craneales y médula espinal. Sistema nervioso periférico; motor y sensitivo. Sistema nervioso autónomo.

Nutrición: Digestión, absorción, utilización y eliminación. Necesidades energéticas. Vitaminas y minerales esenciales.

Endocrino: Glándulas endocrinas: su estructura, características y secreciones; sus funciones.

Sistema muscular: Tipos de músculos; inervación; función. Nutrición; metabolismo; energía. Tono muscular; fatiga; espasmos.

PATOLOGIA GENERAL Y MICROBIOLOGIA

Principios fundamentales

Causas de enfermedad: Micro-organismos; toxinas; defectos de nutrición; traumas; tensión. Alergias y anafilaxis. Herencia y ambiente (medio-ambiente).

Procesos patológicos: Procesos inflamatorios y curación. Procesos degenerativos y reacción a la tensión. Infección y secuelas.

Procesos locales: Hipertrofias, hiperplasias, Atrofias, Distrofias. Tumores, benignos y malignos.

Micro-organismos: Clasificación y características de microorganismos, incl. bacterias, hongos y virus. Efectos patológicos producidos por microorganismos. Infección y formas de difusión de microorganismos. Prevención de la infección: Asepsia y antisepsis. Control de microorganismo; esterilización y desinfección. Defensas del organismo: Inmunidad, Mecanismos de defensas humoral y celular.

PATOLOGIA ESPECIFICA, MEDICINA Y CIRUGIA

Etiología, patología y sintomatología de las siguientes, con particular referencia a los síntomas manifiestos en los pies y su significado:

Enfermedades del sistema circulatorio: corazón, vasos, sangre.

Enfermedades del sistema nervioso, central y periférico.

Enfermedades metabólicas, incluida obesidad, gota, diabetes.

Enfermedades que afectan los huesos y articulaciones: Enfermedades reumáticas; enfermedades óseas metabólicas y malformación del hueso; infecciones óseas; anquilosis y sinartros, fracturas.

Enfermedades infecciosas que afectan los pies, incluyendo tuberculosis, venéreas, lepra.

Enfermedades deficitarias, endógenas y exógenas.

Enfermedades respiratorias.

Efectos locales sobre el pie, de medicaciones sistemáticas.

Heridas y sus tratamientos.

Hemorragias; su control y tratamiento.

Daños a huesos y articulaciones.

Daños a los tejidos blandos.

Ulceraciones.

Neoplasias.

Quistes y ganglios.

Efectos ortopédicos de la espina dorsal y extremidad inferior sobre el pie.

Operaciones en la cadera, rodilla y pie; sus efectos sobre el pie y sus funciones.

Dermatología: Reconocimiento de enfermedades de la piel que afectan al pie y su tratamiento dermatológico.

PRIMEROS AUXILIOS EN EMERGENCIAS CLINICAS

Reconocimiento y primeros auxilios en el tratamiento de:

Daños corrientes; incluyendo magullamiento, esguinces, dislocaciones y fracturas.

Cortaduras y quemaduras; físicas, químicas, eléctricas.

Lipotimia.

Síncopes epilépticos.

Intoxicaciones por alcohol o drogas.

Coma diabético e hipoglucemia.

Accidentes cerebro-vasculares.

Ataques cardíacos.

Schok y emergencias respiratorios.

Histeria.

Náuseas y vómitos.

Electrocución.

Resucitación: Respiración artificial y masa je cardíaco externo.

Compañero:

**No olvides
que la Revista
necesita tu
colaboración.
Redacta en élla
tus
experiencias
profesionales.**

Normas a seguir durante el tratamiento ortopodológico del pie infantil

Por: ANTONIO ALONSO DIAZ
Podólogo (Oviedo)

La finalidad que tienen las plantillas ortopédicas, es la de mantener el pie en posición fisiológica normal, cuando el niño camina o cuando 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 acción los múscu-

los y ligamentos (función dinámica de dicho aparato), por tener que cumplir esta función, consideramos que las plantillas han de ser *flexibles, poco pesadas y resistentes*.

Para completar un eficaz tratamiento, es *indispensable*, que el niño realice frecuentemente, ejercicio de los miembros inferiores, por el verano podemos hacerle caminar des-

SERRA - FARGAS

BARCELONA — Plaza Castilla, 3

MADRID — San Bernardo, 74

«EQUIPOS — SILLONES — TABURETES»

SWAN NORTON: Bisturís, mangos y hojas.

AESULAP: Esterilizadores, hojas bisturí, mangos bisturí, instrumentos, alicates, etc.

MICROMOTORES: De importación.

PODOMETROS: MOBILIARIO; MOTORES COLGANTES; ESTERILIZADORES ULTRAVIOLETAS; FRECUENCIA VIBRADORES; BISTURIS ELECTRICOS; CAUTERIOS; PIEZAS DE MANO; SILICOSIS; PULIDORAS; FRESAS; MESAS ASPIRADORAS.

AMPLIO STOCK DE MATERIALES PARA PODOLOGIA.
CONSULTE CONDICIONES ESPECIALES.

Cuando ella le diga:
"Doctor...
siento un gran peso
en las piernas"



Feparil® Gel

Neutraliza todas las manifestaciones
del síndrome prevaricoso.



Feparil® Gel

Combate el éstasis venocapilar.

Composición por 100 g de gel

| | |
|---|----------|
| Aescina roentgenográficamente amorfa | 1,000 mg |
| Polisulfato sódico de Aescina (heparinoide) | 1,000 mg |
| Salicilato de dietilamina | 5,000 mg |

Posología

En general, de dos a cuatro aplicaciones diarias extendiendo suavemente el gel, que no engrasa ni ensucia, por lo que su aplicación resulta agradable y limpia. No se precisa realizar masaje, pero puede hacerse si la piel no está alterada. No debe aplicarse directamente sobre las úlceras varicosas, sino alrededor de las mismas. Tampoco debe aplicarse sobre superficies eczematizadas.

Presentación y P.V.P.

Tubo con 50 gramos de gel, 150,— Ptas.

Indicaciones

Piernas pesadas, parestesias, sensación de quemazón. Síndromes prevaricosos. Varices constituidas. Flebitis, tromboflebitis y periflebitis. Dermohipodermítis. Edemas de los miembros inferiores. Úlceras crónicas de las piernas.

(*) En otros países (Alemania, Italia, Francia, etc.) REPARIL GEL



MADAUS CERAFARM, S. A.
APARTADO 9116 - BARCELONA

calzo 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., etc.).

En los casos de pie cavo, la reeducación debe de orientarse a medios que faciliten vencer la resistencia de los dedos en garra relajando los flexones plantares, subir de frente y bajar de espaldas el plano inclinado, ejercicios con los rodillos de Thonser, cámara de Bier, siendo muy conveniente así mismo enseñar al niño a que corra pisando sobre toda la planta del pie (plantigrado), y no solamente con el antepie, con estos medios podemos conseguir cierta elasticidad de la aponeurosis plantar y con ello, la mejoría de esta anomalía, bastante rebelde al tratamiento.

Con el ejercicio reseñado y el tratamiento de vitaminas, calcio y helioterapia que en muchas ocasiones es prescrito por el médico especialista, se facilitará la recuperación del «tono neuro-músculo-esquelético»; no debemos olvidar nunca que la corrección de toda malformación del pie, ha de orientarse en primer lugar a conseguir esta recuperación.

Conviene que el niño esté calzado durante el mayor tiempo posible del día, con botas de suela flexible y atadura de cordón (las botas de suela rígida y las de hebilla 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 suficientemente su parte posterior, no son recomendables.

Para lograr una correcta posición del pie fijaremos especial atención al calcáneo que como sabemos *se considera el timón que gradúa el abovedamiento plantar y el responsable de las desviaciones de los ejes del pie*; y lo conseguiremos mediante el acoplamiento al calzado, de las *plantillas ortopédicas* que previamente habremos confeccionado sirviéndonos de *foto-podograma* y *molde*. Las botas llamadas «ortopédicas» *si no son debidamente confeccionadas para cada caso, con igual sistema que el que hemos menciona*

do para las plantillas, la mayoría de las veces pueden resultar perjudiciales.

Con relación a lo dicho en el párrafo anterior, recogemos unas frases atribuidas al famoso Dr. Hohmann. Director de la Clínica Ortopédica Universitaria de Frankfurt. «En primer término el *calzado ortopédico*, procede decidir si merece verdaderamente este calificativo o sólo consiste en dotarle con un nombre más o menos rimbombante, terminado a ser posible en «sanz» o en otras sílabas procedentes de la nomenclatura médica. Estos nombres, pueden desorientar, pues inducen a suponer que son elementos terapéuticos. Es obvio que este calzado sólo puede fabricarse y adaptarse *individualmente*, según el defecto o defectos que presenten el pie o la pierna, por último dice: UNA PLANTILLA ORTOPEDICA NO SE PUEDE IR SIN MAS A COMPRARLA AL COMERCIO, LO MISMO QUE NO SE NOS OCURRE ADQUIRIR UNOS LENTES EN EL «OPTICO», NI PONERNOS «UNA DENTADURA» QUE NO ESTEN GRADUADAS O HECHAS A NUESTRA MEDIDA».

Debemos tener siempre muy presente:

Que del mismo modo que se consiguen resultados sorprendentes con plantillas bien confeccionadas, especialmente en los primeros años, puede perjudicarse el pie del niño si las que se le aplican no son las adecuadas. No debemos de permitir nunca, durante el tratamiento de las afecciones del pie del niño, que se le apliquen *plantillas prefabricadas en serie*, que se despachan a veces en establecimientos como a «medida» y de ésto, lo único que tienen es la numeración coincidente con el número del calzado. Por suerte, esta costumbre antaño bastante extendida, cada vez es menos frecuente.

El pie del niño entre los dos y los seis años experimenta un gran desarrollo en relación y proporción a su crecimiento, por consiguiente, durante el tratamiento debe de hacerse *foto-podograma*, cada seis u ocho meses, durante los primeros años y desde los seis o siete años hasta los diez o doce, cada diez o doce meses; este moderno sistema de obtener la huella plantar, al mismo tiempo de servirnos para la oportuna corrección de las plantillas, nos irá dando una visión exacta de la evolución del tratamiento.

Salvo las excepciones prescritas por el médico especialista, procuraremos no iniciar el tratamiento antes de que el niño haya cumplido los DOS AÑOS, tiempo éste en que se considera que la evolución favorable espontánea ha alcanzado el grado óptimo. Es de todos conocido que en los casos de pies zambos de cierta entidad, la iniciación del tratamiento por medio de la aplicación de las férulas nocturnas, es ordenada por el cirujano ortopédico o traumatólogo, ya en los primeros días del nacimiento del niño.

Advertencia a las mamas:

El niño no aprende a andar, sino que lo hace *espontánea e instintivamente*, cuando su aparato locomotor y sistema nervioso, han alcanzado el desarrollo necesarios. Se ha llegado a esta afirmación, como resultado de las experiencias realizadas en animales inferiores y estudios también hechos en el niño. Por ejemplo, Gessen y Thomson, en observaciones comparativas con niños gemelos, estimulaban a uno de ellos a subir escalones y a gatear con frecuencia y por el contrario a su hermanito lo mantenían en inactividad, transcurridos seis meses y puestos ambos a realizar dichos ejercicios, todo el progreso del primero de ellos, era igualado, al cabo de dos semanas por el que había permanecido inactivo.

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 como sabemos es el «pataleo». No debemos de obligarle a que lo haga antes de tiempo porque el de la vecinita se le haya anticipado, ello podría perjudicarle al no encontrarse sus estructuras en condiciones favorables; si obramos con esta prudencia, le evitaremos el arqueamiento y otras malformaciones de los pies. El ponerle

en el taka-taka, andador, etc., etc., antes de tiempo, por idéntica razón le puede perjudicar.

Las plantillas metálicas o rígidas

Hemos creído muy conveniente recoger lo que el gran maestro en la materia Dr. Lelièvre, de París, en su texto de *Patología del pie* (versión española), dice al respecto en su página 126.

«El supinador de Withman, está hecho de metal cubierto de cuero. ¿Qué utilidad tiene Su borde interno, fuertemente elevado, impide al astrágalo bascular hacia adentro. Pero al lado de esta ventaja presenta también grandes inconvenientes. Al ser rígido, el aparato traumatiza las partes blandas, aplasta la plantilla venenosa y atrofia los músculos o los hace entrar en contractura según éstos sean hipotónicos o hipertónicos. La plantilla metálica puede, pues, igualmente agravar el pie cavo y el pie plano. De todas maneras, cuando se emplean estas plantillas rígidas, después de un alivio pasajero a menudo aparecen dolores. Para hacerlos desaparecer es suficiente reemplazar el metal por una materia flexible y blanda. Los partidarios de las plantillas metálicas, afirman que solamente una materia dura puede resistir el peso del cuerpo. Nuestra respuesta es la siguiente: Para ser lógicos con sí mismos, debían suprimir los neumáticos de su coche y circular sobre la llanta».

Tengo que rogar perdón a cuantos compañeros hayan tenido la paciencia de leer estas líneas, cuyo contenido no se me oculta que es de general conocimiento de todo podólogo. La única finalidad que he pretendido conseguir, es que sirviera de divulgación para las personas que habitualmente asisten a nuestras consultas, caso de que pudieran precisar de nuestros servicios en el campo de la ortopedia del pie.

El Podólogo en Geriatría

Por: RODRIGO CONTRERAS QUIROS

Cuando en mi clínica recibo una persona anciana mis manos se ponen en alto para procurar defenderme contra todo riesgo, en nuestras intervenciones podológicas tenemos que tener en cuenta, que desde el bisturí en cualquier acto profesional hasta el alicatez pasando por todos los utensilios clínicos, son móviles en un momento de descuido o inexperiencia de producir una catástrofe en personas seniles. Uñas incarnadas, callos interdigitales, callos infectados y ulcerados.

Cualquier práctica operativa en un enfermo mayor (sin que esto no quiera decir que en la juventud no se use la misma técnica) tiene que ir rodeada de los máximos cuidados para evitar como decía anteriormente un desastre. En la afección parcial de una uña, parcial o total en la operación o simplemente electrocoagulación de un papilome, en el tratamiento operatorio de una exostosis, etcétera. Y corrientemente en la intervención sobre un simple callo tenemos que pensar siempre que estamos ante una persona mayor y para esto presento mis dos puntos de vista básicos en el diagnóstico.

La piel y la circulación

Es inevitable que a través de la piel podemos darnos cuenta que la persona padece

una ancianidad precoz y un estado senil normal.

El envejecimiento de la piel comienza alrededor de los 5 años y es a partir de esa edad y, sobre todo, en los sujetos predispuestos cuando se aprecian talangiectasias, arrugas cutáneas y cambios degenerativos, pero sin embargo, es entre los 40 y los 60 años cuando los trastornos seniles se manifiestan con más claridad.

La piel al envejecer pierde su brillo y tersura, su superficie se hace mate, descamándose en finas laminillas resquebrajándose con frecuencia la capa córnea, sobre todo, en las extremidades inferiores, su color se torna marfilado.

Los grandes vasos subcutáneos se muestran muy aparentes dilatándose los capilares en algunos puntos.

La disminución de la secreción sebácea y sudorípara es la causa de la sequedad de la piel de los viejos y la atrofia cutánea causante de las arrugas puede ser tan intensa que la piel se pliegue finamente como la piel seca de cebolla. También en estos estados son corrientes las queratosis seniles que comenzando con un estado rugoso de la piel puede conducir a un epiletioma.

Las uñas es frecuente hallarlas engrosadas, más convexas que normalmente poco



a su servicio

Si todavía no recomienda Ud. a sus pacientes el calzado infantil-juvenil **PIEDRO**, es que no le hemos informado suficientemente o no tiene un distribuidor cerca de su Consulta. En cualquier caso **CONSULTENOS** pues nada le conviene tanto al hacer unas plantillas, como que el paciente refuerce y prolongue su efecto usando un calzado indeformable y fisiológicamente perfecto.

PIEDRO le ofrece estas características en los mejores materiales nobles. Es el mejor calzado infantil de Europa.

En nuestro afán de servir a los Sres. podólogos, hemos importado para Ud. las nuevas fresas alemanas con ANILLOS de CORINDON RECAMBIABLES, muy útiles, sobre todo para hiperqueratosis extensas. Son de enorme duración.

Conoce Ud. ya el aparato -casi de bolsillo- de impulsos electrónicos (onda cuadrada) "FITMAKER"?
Fue la gran novedad en el Congreso Mundial de Podología de Salzburg (Sept. 1973) y sus efectos son espectaculares como tonificante muscular, activador de la circulación, analgésico local, etc. etc.
Somos los representantes exclusivos en España. Pídanos información.



brillantes con frecuencia estriadas y hendidas en su borde libre y con crecimiento más lento que en la juventud.

En relación con el sistema vascular las úlceras arterioscleróticas e hipertensivas que sino son exclusivas de los viejos, se presentan en gran proporción de edades avanzadas que facilitan su presentación la sequedad de la piel, su tendencia a la atrofia y la falta de irrigación sanguínea que produce una isquimia tisular.

Los caracteres histopatológicos de la piel senil presenta una característica general que es la atrofia con la disminución de espesor de la epidermis. La dermis con su componente colágeno y elástico y recorrida por vasos y nervios también está adelgazada lo mismo en su parte fibrosa como adiposa (tejido subcutáneo).

Los vasos de la dermis sobre todo los arteriales engruesan progresivamente sus paredes.

Todas estas características clínicas y anatómicas de la piel senil hace que la piel del viejo se comporte de manera distinta a la del joven; así la cicatrización de las heridas es más tardía, es más frecuente la fragilidad capilar, alteraciones en el tono térmico cutáneo, su disminución de resistencia ante los agentes externos, etc.

Las causas etiológicas de la senilidad cutánea son las que influyen en la senilidad, en general, y en las de otros órganos y sistemas, sin embargo, tiene una gran influencia la herencia, las influencias climáticas, higiénicas, alimenticias, tóxicas, etc.

La terapéutica de la senilidad de la piel es simple y deriva de los síntomas que se aprecien. Generalmente es irreversible. Los preparados vitamínicos son poco eficaces y las hormonas aun se prestan a discusión si bien parece que los estrógenos tienen acción estimulante y reparadora de la piel senil.

Será pues, la profilaxis junto a una mayor protección ante los agentes externos, una cuidadosa higiene de la piel y los cuidados geriátricos en general sobre los que debemos fiarnos para obtener los mejores resultados. De aquel podemos pasar al otro capítulo para

mí de vital importancia en geriatría. La circulación y forma de diagnóstico.

El aparato circulatorio sigue indefectiblemente, en el curso de los años, el proceso de envejecimiento que experimenta otras estructuras orgánicas y lo hace con extraordinaria fidelidad hasta el punto que se ha llegado a decir que los hombres tienen la edad de sus arterias. Este proceso involutivo normal, fisiológico, del aparato circulatorio a veces se ve acelerado por la coincidencia en el individuo de procesos morbosos que precipitan este envejecimiento; es el caso conocido de la diabetes, sífilis, etc. Una circulación arterial involutiva se caracteriza por unas alteraciones anatómicas (arterioesclerosis) que van a provocar una insuficiencia de aporte de sangre al territorio interesado (insuficiencia circulatoria). La lesión anatómica peculiar de la arterioesclerosis es, como saben bien el ateroma que, en resumen, consiste en el depósito de ciertas sustancias de naturaleza grasa, que están normalmente presentes en la sangre y circulando por ella, sobre la capa más interna de las arterias, la íntima. La cantidad de este depósito, obturando más o menos la luz arterial, condiciona la gravedad de la afección; desde el pequeño ateroma que apenas tapa la luz del vaso interesado hasta el gran ateroma que la obstruya por completo produciendo un taponamiento total a la circulación.

Cuando una arteria se obstruye por un ateroma sea por un émbolo, el tejido irrigado por ese vaso, al no recibir sangre, muere, se necrosa. Para paliar esta grave consecuencia, el organismo pone en marcha dos mecanismos una inmediato (de urgencia) y otro tardío. El inmediato consiste en derivar la circulación sanguínea por las colaterales, es decir, por otras ramas arteriales que salvando el obstáculo que produce la obstrucción, reponga la circulación en un tramo más inferior con lo que los tejidos isquémicos vuelven a recibir el caudal sanguíneo necesario para su normal metabolismo (es el caso de un conductor que toma un atajo para salvar un trozo impracticable de la carretera general). El mecanismo tardío consiste en la formación, en la creación de nuevas arterias que van a suplir a la que quedó inutilizada

en su función. Este esquema, sin embargo en el paciente anciano o afectado de un proceso obstructivo arterial de extremidades inferiores, no se cumple; y no se cumple por que el organismo senil no es ya capaz de formar nuevas arterias (fallo del mecanismo tardío) y por que la circulación colateral (el atajo) es precaria en las extremidades inferiores porque cuanto más alejada esté del corazón la arteria menos colaterales existen y, sobre todo, por que aun existiendo esas colaterales, éstas están ya más o menos afectadas por la arterioesclerosis y no pueden admitir más caudal sanguíneo que el poco que admitían antes. Por estas razones, los problemas circulatorios periféricos en el enfermo senil revisten más gravedad y son, en mayor o menor grado, irreversibles. De ahí el interés de detectar un estado de insuficiencia circulatoria en este tipo de pacientes que nos vaya a permitir identificar las lesiones observadas en los pies como consecutivas de la falta de riego sanguíneo; pues, por su naturaleza de irreversibilidad, si actuamos sobre ellas pensando en otro origen (uña incarnada, etc.), no vamos a conseguir otra cosa que agravar esa lesión y aun producir otras nuevas por el nulo poder cicatrizante que tiene un tejido isquémico. Por esta razón, en el paciente senil debemos preguntarnos primero cual es su estado circulatorio, investigarlo después y actuar en consecuencia. Si después de este interrogatorio intencionado y una exploración adecuada pensamos que existe un déficit arterial debemos de enviarlo al médico especialista en circulación para que confirme o rechace nuestra presunción diagnóstica y actúe en consecuencia. No debemos olvidar que actuar sobre un pie isquémico con alteraciones tróficas más o menos características, o sin ellas, puede ser el punto de partida de un proceso gangrenoso de consecuencias fácilmente previsibles: morales y penales.

Con este pensamiento, me voy a permitir hacer un esbozo de lo que puede ser esta exploración circulatoria en nuestra consulta diaria: primero el interrogatorio, preguntando si tiene dolores en pies, pantorrillas o muslos a la marcha y, caso de existir, si estos dolores ceden al reposar y reaparecen de

nuevo a la marcha (claudicación intermitente). Si el paciente se queja de hormigueos en los pies o de frialdad. En algunos casos, el síntoma más llamativo es la sensación urente, de quemaduras, de calor, que el enfermo siente sobre todo en cama y que sólo se alivia tocando algo frío con los pies (andar sobre las baldosas, etc.). Preguntar sobre una posible diabetes, lues, etc.

Hecho este primer interrogatorio orientador nos fijaremos en los pies y piernas teniendo en la mente el esquema del miembro isquémico; palidez, falta de vello, atrofiaciones musculares (piernas finas), manchas eritrocianóticas, trastornos tróficos ungueales o dérmicos.

Finalmente, pasaremos a hacer una somera exploración, empezando por la palpación del latido arterial. Para esta maniobra, es necesario que el enfermo esté acostado en decúbito supino y relajado, las piernas algo separadas. Empezaremos buscando el latido arterial inguinal fijándonos si es igual en las dos extremidades (una diferencia clara en la fuerza del latido ya orientario a sobre un déficit de circulación en el miembro correspondiente) y en la dureza: un latido duro hace pensar en una arteria esclerosada y por ende, potencialmente, en una disminución de riego en niveles más inferiores.

La palpación de la arteria oplíteo, en el hueco poplíteo detrás de las rodillas es difícil y sin interés. Por el contrario es muy importante buscar el latido de las dos arterias más periféricas: la tibial posterior y la pedia. La primera, como saben, se encuentra detrás del maleolo interno; la segunda tiene una localización más variable sobre el dorso del pie. Para encontrar uno y otro latido es necesario hacer una palpación muy suave, sin apenas apoyar sobre la piel, y muy paciente. Es innecesario decir que la falta de uno de estos latidos, sobre todo si se percibe claramente en el lado opuesto) es un buen argumento para pensar en un problema circulatorio.

La exploración se complementará con la oscilometría (que debe hacerse sobre muslo y pantorrillas, si es posible simultáneamente sobre las dos piernas; ya hay aparatos equipados con un sistema de doble brazaletes que

ESSAVENON[®] GEL



Tratamiento local de los trastornos de la
circulación de retorno.

Indicaciones

- Piernas y pies cansados, hinchados
- Tobillos hinchados
- Adaptación de plantillas
- Hematomas, contusiones
- Calambres, hormigueos

Modo de empleo

Aplicar 2 ó 3 veces al día Essavenon Gel en
sentido ascendente.

**Inmediata absorción, gran efecto refrescante
no mancha, no irrita y no necesita vendajes.**

Presentación

Tubo 40 g.

Precio

93,40 ptas.



INFAR  **NATTERMANN**

Apartado 400 - Zaragoza
Infanta Carlota, 84-88
Barcelona-15

lo permiten) sin olvidar para su correcta interpretación, que la magnitud de las oscilaciones no sólo depende de la fuerza del latido arterial subyacente, sino también del grosor de la capa de piel y otros tejidos que se interpongan, de tal manera que un índice oscilométrico de 4 en una pierna delgada puede ser bajo y un índice de 2 en una pierna gorda puede ser alto.

Finalmente, conviene explorar la temperatura de la piel. Si se dispone de un termómetro cutáneo, no ofrece dificultad. De no ser así, hay que hacer una apreciación subjetiva pasando el dorso de la mano a lo largo de la pierna, pies y dedos para percibir una posible disminución de temperatura. En determinados casos de insuficiencia circulatoria, es notable el cambio brusco de temperaturas, nivel de media pierna (como si el paciente llevara un calcetín frío...).

Y terminamos repitiendo nuevamente la idea que intenta informar esta breve exposición: en todo paciente senil hay un déficit de circulación a cuenta del proceso involuntario normal de las arterias (arterioesclerosis), que en determinadas circunstancias puede ser grave, de lo que cabría pensar por la edad del enfermo al coincidir en el diversos factores precipitantes y acelerantes de esa esclerosis vascular. Entonces, ante una herida o lesión en el pie hay que valorar muy exactamente si no se debe a su problema circulatorio en exclusiva en cuyo caso, ante una sospecha fundada, debemos hacer un examen somero de su circulación según las directrices más arriba señaladas y, de confirmarse nuestra sospecha, enviarlo al médico especialista. Pero aunque nos parezca evidente que su lesión no se debe primitivamente a un problema circulatorio, debemos de abstenernos de cualquier maniobra antes de comprobar la integridad de su ap. circulatorio ya que podríamos provocar lesiones, después difícilmente curables o incurables, habida cuenta de lo precario de su circulación.

AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

Secretaría General

AVISO:

Todo agrupado que no posea el diploma acreditativo de Miembro de la Agrupación de Podólogos de España, puede obtenerlo dirigiéndose a Secretaría General, Calle Coso, 77, 7.º (Zaragoza). Sr. J. A. Calvo, mediante el pago de 300 ptas.

A continuación insertamos el grupo de compañeros que tienen hecho el mencionado diploma desde el Congreso de Valencia, que igualmente pueden dirigirse a Secretaría desde donde les será remitido:

María Danés Balcells
José Luis Díaz González
F. Pilar Fierro Egido
Eduardo Fernández Vélez
José M. Corvera Vallbona
Vicente Crusellas Crusellas
Federico del Campo Capella
Conrado Giménez Gil
Angel Herreras González
Ginés García García
Carlos San Martín Espinel
Nuria Ramírez Fuentes
Antonio Rivas Morcillo
Rafael Gallego Castro
Javier Sarasa Moneo
Lorenzo Pérez Sáez
Policarpo A. Alonso Díaz
Teresa Sanfeliu Piñol
Alberto de Carlos Escribano
Juan José Camarero García
Raimunda García Torralba
Marina Maestre Seuba
Fernando Martín Cuevas
José Mira Sala
Elías Hernando Tamayo
Rosario Paredes Prada

Para más detalles o información, pueden ponerse en contacto con el Secretario General, Sr. Calvo, en la dirección antes señalada.

ASISTENCIA DE NUESTRO PRESIDENTE A LA REUNION DE LA COMUNIDAD EUROPEA DE PODOLOGOS EN BRUSELAS

Invitados por el Presidente del «Comité de Liaison des Podologues de Communauté Européenne» Mr. R. van Lith se desplazaron a Verviers (Bruselas) los días 1, 2 y 3 de noviembre el Sr. Escachs y el Sr. Alonso en carácter de oyentes para asistir a las reuniones previas de todos los representantes de los países del Mercado Común, para aprobar el nuevo plan de estudios de Podología que deberán regir en todos los países de la Comunidad Europea.

La presencia de España fue muy bien acogida en todos los momentos por los representantes belgas e igualmente de todos los restantes países europeos.

En el acto inaugural el Presidente del Comité Mr. van Lith, dio la bienvenida a todos los representantes reunidos, haciendo especial atención al Sr. Escachs por ser Presidente de Honor de la F.I.P., y por ser el protagonista del alto nivel cultural de los estudios de Podología de su país.

Posteriormente se entregó una propuesta de los nuevos estudios a todos los representantes y se fueron discutiendo punto por punto todos los apartados incluidos en el proyecto. Fueron aprobados la mayoría de ellos, quedando algunos apartados que requerían ciertas modificaciones y que quedaron pendientes de aprobación en la próxima reunión.

El Sr. Escachs hizo algunas declaraciones en torno al proyecto de los nuevos estudios de Podología que se asemejan en gran parte a los actuales vigentes en España:

1. Manifestó que veía con gran entusiasmo el proyecto de los nuevos estudios de la Comunidad Europea ya que reflejan el deseo de superación, el de una profesión más digna y justa para la sociedad actual.

2. Mencionó el que era interesante la utilización del nombre de Podólogo para los profesionales y el de Podología para la especialidad.
3. Que debían ampliarse las funciones del Podólogo que estaban resignadas en uno de los artículos, ya que no demostraban la riqueza de la Especialidad (este artículo quedó pendiente de aprobación para detallar mejor estas funciones).
4. Declaró que debían describir las funciones y formación del profesorado de las Escuelas de Podología.
5. El Sr. Escachs hizo finalmente una disertación especialmente a aquellos países en que la especialidad no está reconocida por el Estado para que hicieran todos los trámites posibles para conseguir en Título de Estado, aunque para ello tengan que presentar un proyecto de estudios inferior al que proyectan actualmente, para después ir elevándolos convenientemente ya que así sería mucho más fácil, que no presentar a los diferentes Gobiernos un plan de estudios superior y que puedan presentar mayores dificultades.

Escachs resaltó que el Podólogo no es médico ni tampoco una profesión para-médica sino una profesión liberal.

La destacable actuación de todos los representantes especialmente la del Presidente Mr. R. van Lith hizo posible que en tan poco espacio de tiempo hubiese sido aprobado casi en la totalidad todo el proyecto de estudios de Podología.

Asistieron a estas reuniones los Delegados:

Mr. R. van Lith - Président (Belgique)

constantino velasco laínz

y

BERKEMANN

en

colaboracion

con

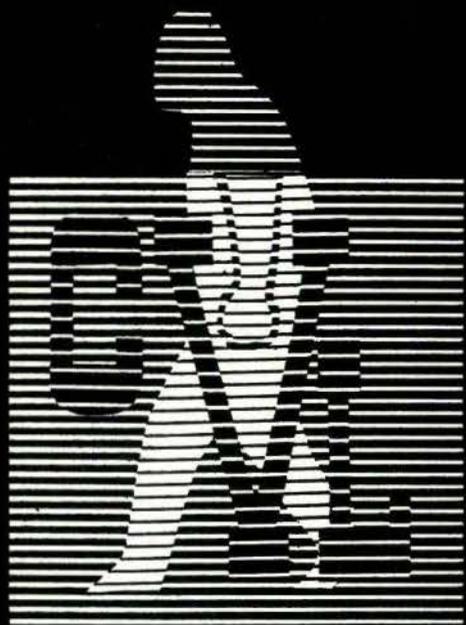
la revista española de

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.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.

Mr. W. Gnass, Dr. Niejahr (Rép. Féd. Allemagne)
Mme. G. Demoulin, Mme. S. Charlier (Belgique)
Mme. J. Madsen (Danemark)
Mr. J. Beauvallet (France)
Mr. Estgen (Gr. Duché Luxembourg)
Mr. R. Suvarna, Mr. P. Read (Grande-Bretagne)
Mr. R. Devitt (Irlande)

Mr. G. Zanetti (Italie)
Mr. Heil, Mme. J. Th. Idema (Pays-Bas)
Y los observadores:
Mr. H. Purschke (Rép. Féd. Allemagne)
Mme. M. Schicho (Autriche)
Mr. R. Schuurman (Belgique)
Mr. L. Escachs (Espagne)
Mr. J. Alonso (Espagne)
Mr. J. W. Ramspek (Pays-Bas)
Mr. van der Straeten (Pays-Bas)

Labor de las Delegaciones

MALAGA

Cursillo de Recuperación Funcional del Pie

Con gran afluencia de compañeros se celebró en Málaga, durante los días 24 y 25 de agosto un cursillo sobre REHABILITACION FUNCIONAL DEL PIE dirigido por el profesor de la Escuela de Podólogos de Barcelona, Sr. José Cámara de la Hoz.

A la hora anunciada para la apertura, 4 de la tarde del sábado 24, el salón de actos del Colegio de Málaga ofrecía un brillante aspecto, pues, dado el interés que despertó desde su anunciación el referido cursillo, la mayoría de los Podólogos de la ciudad y provincia estaban presentes.

Hizo la presentación del conferenciante el Delegado de Málaga, D. Antonio Gutiérrez Velasco, quien tras destacar la personalidad, espíritu de trabajo y compañerismo que adornan al Sr. Cámara, continuó hablando de sus brillantes intervenciones durante el Congreso de Valencia: «donde, para mi gusto fue uno de los Podólogos triunfadores del mismo». Le agradeció en nombre de los podólogos malagueños su gentileza, al haber dedicado dos días de sus vacaciones veraniegas para celebrar este cursillo, y terminó deseándole una feliz estancia por tierras de Málaga.

Tomó la palabra el Sr. Cámara para decir

que no le suponía ningún sacrificio el dedicar dos días de sus vacaciones para celebrar este cursillo, entre otras cosas, porque él también es andaluz; agradeció las amables palabras del delegado malagueño diciendo que no se ajustaban a la realidad, pero que las aceptaba porque «el amigo Gutiérrez es un buen diplomático».

Comenzó su disertación haciendo un recuerdo anatómico de los músculos extrínsecos del pie, que considera de vital importancia el estudio y conocimiento de los mismos para llegar a dominar la recuperación funcional del pie. Se extendió en la valoración de la fuerza muscular y del balance, para llegar a la exploración del músculo en sí, donde pidió a todos los cursillistas su participación activa, y de esta forma fue enseñando la exploración de los músculos uno a uno, respondiendo a la vez con gran amabilidad a la cantidad de preguntas que se le formularon.

Después de esta parte del cursillo, que fue eminentemente práctica, se dio media hora de descanso, para continuar con la parte dedicada a «problemas musculares que podemos encontrarnos en el pie», entre los que destacó: falta de fuerza muscular, falta de elasticidad, contracturas y limitaciones arti-

culares, dando una serie de consejos para poder resolver dichos problemas.

Seguidamente pasó a la preparación para la recuperación, terminando con un extraordinario capítulo sobre los Genus, donde vertió toda su extensa experiencia, resultando una verdadera monografía de gran valor y practicidad.

Es de resaltar que a pesar de la larga duración del cursillo (15 horas entre los dos días), no decayó el interés en ningún momento, pues el Sr. Cámara supo salpicar su dilatada intervención con anécdotas que fueron muy bien acogidas por los cursillistas.

El sábado por la noche se ofreció una cena a los Sres. de Sámara en un restaurante típico de la Costa del Sol y a los postres se les hizo entrega de sendos regalos como reconocimiento de los podólogos malagueños por su desinteresada colaboración, terminando la grata velada en una sala de fiestas.

El domingo por la mañana, el Sr. Cámara presentó un interesante caso, una niña de

cuatro años, sobrina de un podólogo de Málaga, que fue explorada y diagnosticada con la colaboración de los cursillistas; dado el interés del caso en cuestión, es deseo de esta Delegación Provincial, presentarlo en el próximo Congreso a celebrar en Granada, para que llegue a conocimiento de todos los colegas españoles.

En resumen, un cursillo maravilloso del que se sacaron provechosas conclusiones y vino a ser como el broche de oro que cierra este ciclo preparativo de los Podólogos malagueños.

En un futuro próximo, presentaremos por mediación de nuestra Revista Nacional, la organización y desarrollo de la PRIMERA CAMPAÑA PROVINCIAL DE LA SALUD DEL PIE INFANTIL, es decir, la exploración podológica en los mismos colegios, de la totalidad del censo escolar —130.000 alumnos—. Para ello contamos con el beneplácito y colaboración de las autoridades docentes de la provincia.



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.



REF. N-U

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





Handwritten text in a cursive script, likely a medical or scientific report. The text is arranged in several lines, with some words appearing to be in a different language or dialect. The handwriting is dense and somewhat difficult to decipher. There are some markings above the text that look like a scale or a series of small vertical lines.

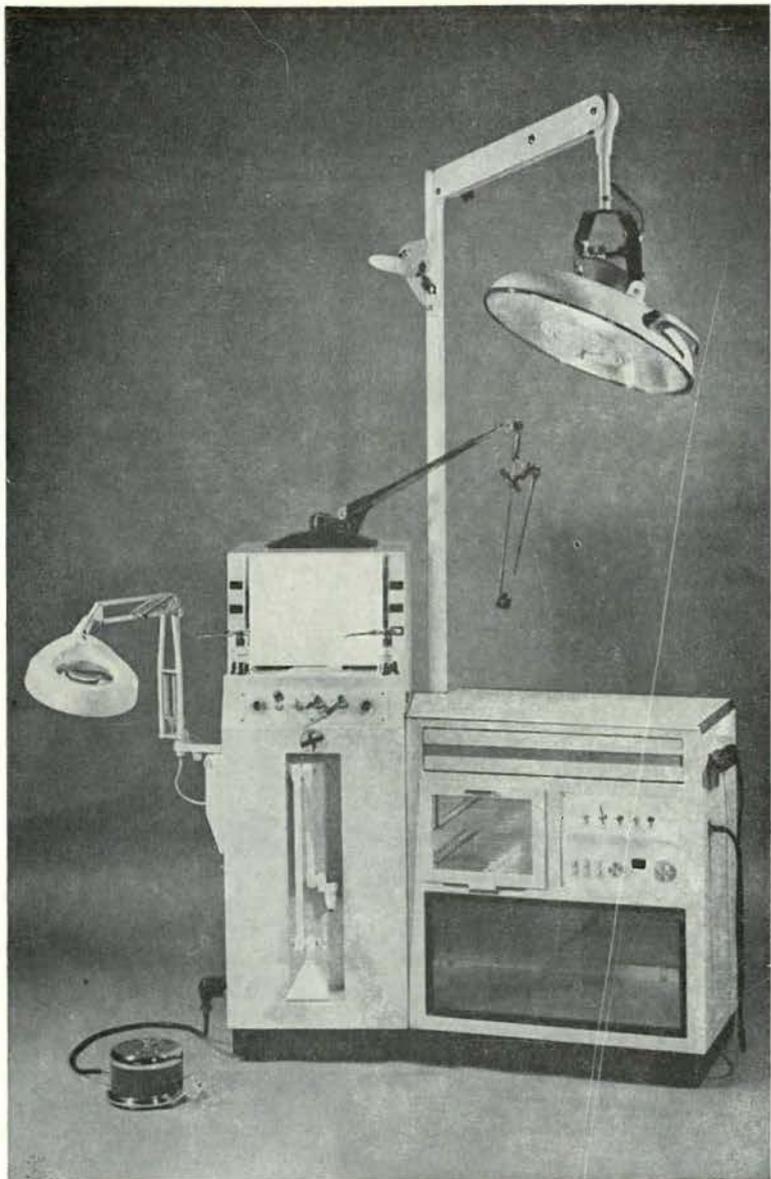


REVISTA ESPAÑOLA DE

PODOLOGIA

A.P.E. Enero-Febrero

n.º 43 1975



**CALIDAD EN NUESTROS MATERIALES
COMODIDAD EN SU TRABAJO
LARGA EXPERIENCIA,**

TODO ESTO LE OFRECEMOS CON NUESTRO ULTIMO MODELO

«CONSUL SUPER NOVO»

CONSULTE SIN COMPROMISO A TALLERES CONSUL

Aurora, 12

BARCELONA-1

Teléf. 241 72 75

REVISTA ESPAÑOLA DE

PODOLOGIA

ORGANO DE LA AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

A. P. E.

Redacción:

Diputación, 118, 2.º, Pral, 2.ª, Barcelona (15)

Director:

Leonardo Escachs Clariana

Sub-director:

Pablo Vilató Ruiz

Redactor jefe:

Martín Rueda Sánchez

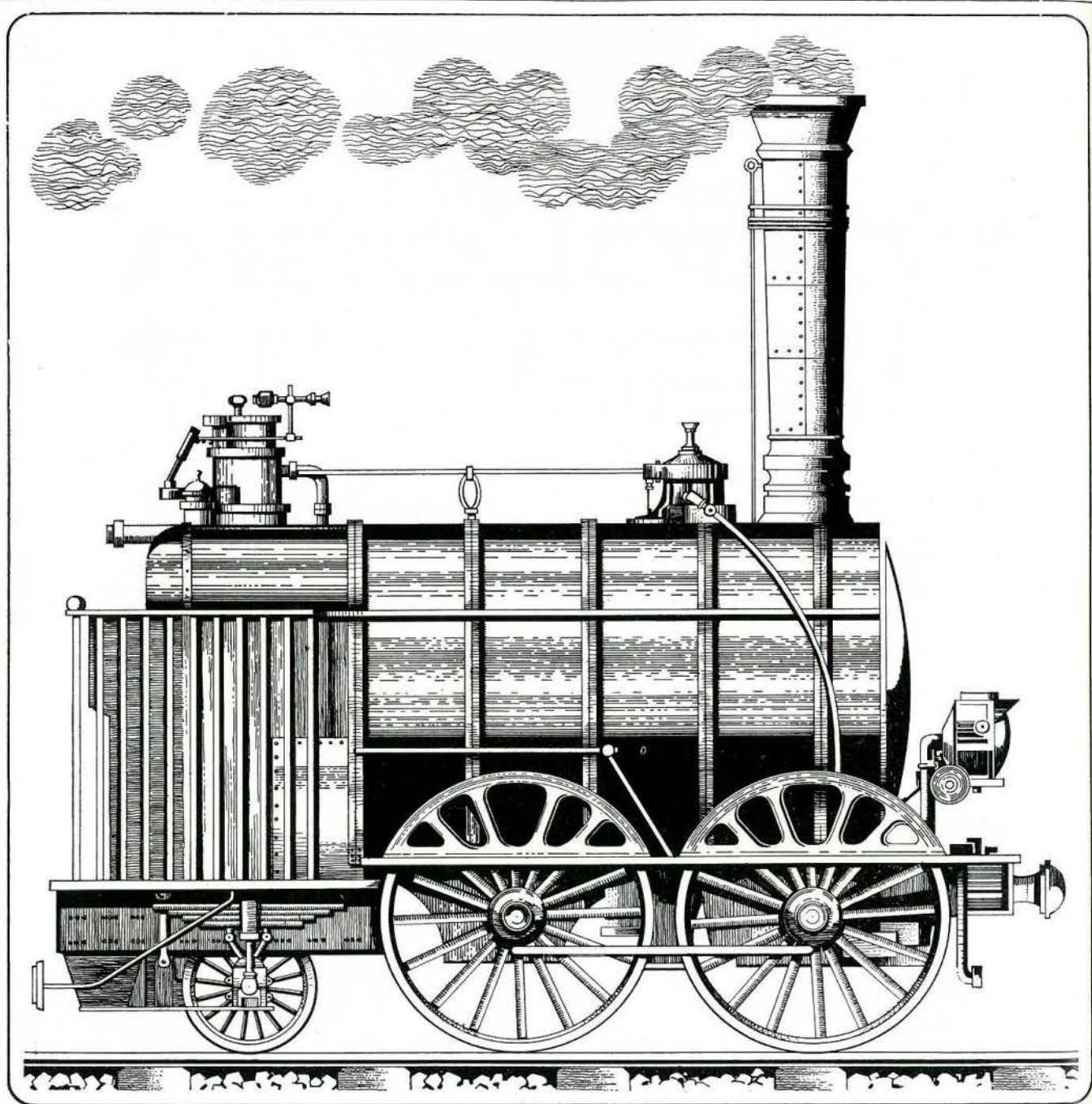
Administración:

Manuel Gavin Barceló

GRAFICAS RENACIMIENTO - Depósito Legal B-13.484 - 1974

SUMARIO

-
- | | |
|----|--|
| 3 | Junta de Gobierno |
| 5 | Editorial |
| 7 | Viaje a EE.UU. |
| 8 | Algas más frecuentes en el pie adulto |
| 13 | Algunas técnicas quirúrgicas para el tratamiento de las Onicocriptosis y uñas incurvadas |
| 18 | El desamparo de la «Previsión» de los profesionales de la medicina |
| 21 | Exploración vascular podológica |
| 29 | Labor de las Delegaciones |
| 32 | 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. respect.)

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. JAIME SALA PICH | Barcelona |
| Vocal | D. ANTONIO GUTIERREZ VELASCO | Málaga |
| Vocal | D. JOSE OLCINA MORALES | Alicante |

DELEGADOS DE ZONA

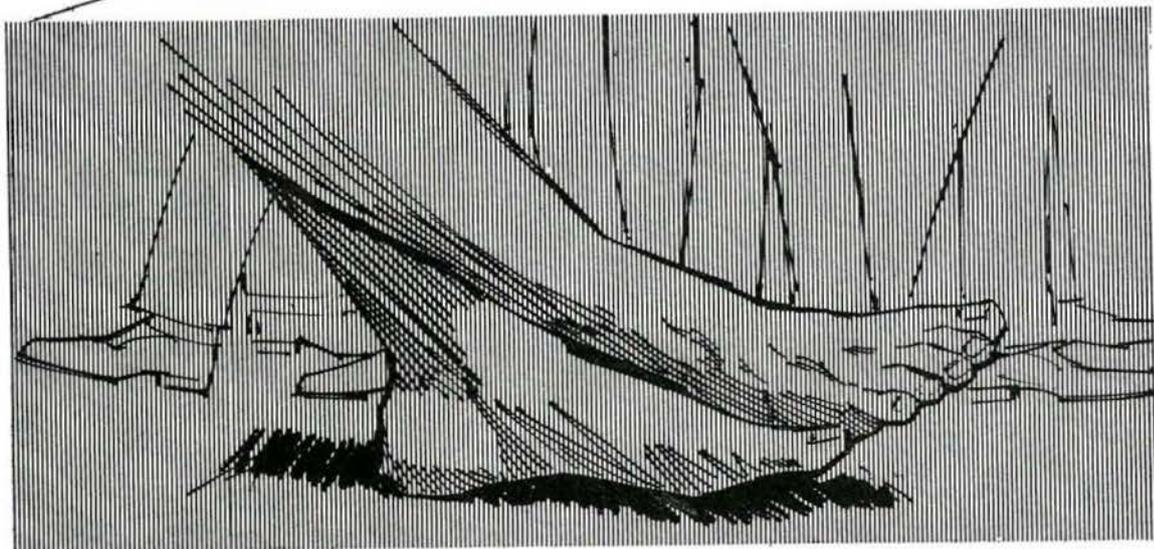
- D. José M.ª Bález Basauri, Mayor, 27, 6.º. Las Arenas. BILBAO.
- D. José Luis Inchaurredo. Paseo de Colón, 65. IRUN.
- D. Juan Vidán Torres. Preguntoiro, 10. SANTIAGO DE COMPOSTELA.
- D. Antonio Bález Prieto. Alcalá, 313. MADRID.
- D. José Antonio Calvo García. Coso, 77, 5.º. ZARAGOZA.
- D. Jaime Sala 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.
- D. Antonio Gutiérrez Velasco. Plaza de las Flores, Edificio Jazmín, 1.º. MALAGA.

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.
- BADAJOS: 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: Máximo Ganzález Jurado.
- GERONA: D. José M.ª Boch Doménech.

- GRANADA: D. Manuel Ruiz Morales.
- GUADALAJARA: Sin Delegado Provincial.
- HUELVA: Jesús Tocino Vizcaíno.
- HUESCA: Sin Delegado Provincial.
- JAEN: Víctor Nieto Molina (accidental).
- 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: Sebastián Tenés Iturriza.
- STA. CRUZ DE TENERIFE: D. Armenio Méndez.
- SEGOVIA: D. Francisco García.
- SEVILLA: José Cañero Ramos (accidental).
- SÓRIA: 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 CERAFARM, S. A.

EDITORIAL

Mil novecientos setenta y cinco...

En medio de incertidumbres, unas más y otras menos justificadas, hacemos entrada en este nuevo año, deseando que su presencia sea portadora de una felicidad extensiva a todos los hogares españoles, aunque la felicidad, en el sentido amplio de la palabra, es difícil de lograr totalmente, puesto que ha de entrañar obligatoriamente una salud física y psíquica óptimas, y en ellas, nosotros podemos influir directamente con nuestro comportamiento: no se puede alcanzar plenamente la tranquilidad de espíritu si no hemos obrado en conciencia y no estamos en paz con nosotros mismos, para lo que se necesita algo más que trabajar y hacer las cosas más o menos bien, pues por encima del trabajo de cada uno y las obligaciones que el mismo impone, está el deber que tenemos para con los demás, para con la profesión y los compañeros.

Ha llegado el momento en que no se concibe el hombre que trabaja sólo para él y se crea un círculo que lo absorbe formándole

una barrera forjada por su modo de actuar, a veces un egoísmo profesional injustificado, que incondicionalmente le lleva al fracaso. Nosotros, los Podólogos, trabajamos unidos y por lo tanto no compartimos esas ideas; tenemos un gran sentido del deber y la profesión; estamos actualizados y trabajamos en grupo. Queda ello bien claro y demostrado si nos paramos a pensar un poco en los Cursos de Perfeccionamiento y en las Conferencias que organizan tanto las Escuelas como las Delegaciones a lo largo del año. Son muchos los actos profesionales que cada día se hacen en una u otra parte de nuestra geografía, y cada vez es mayor el interés que despiertan entre los compañeros, que ávidos de aprender nuevas técnicas, cada vez acuden en mayor número, para de esta forma estar en óptimas condiciones de ofrecer siempre lo mejor a esas personas que depositan la confianza en sus manos.

La Podología no debe ser jamás una Especialidad que dura dos años y nos va a servir como un medio de vida, pues si hubiese sido así para todos los Podólogos hoy seríamos

callistas rutinarios; pero miremos un poco al vecino, veremos que su consultorio ha cambiado, se ha renovado, está actualizado, y eso no lo ha hecho solo con su esfuerzo, sino a la sombra de una organización que le ha dado nombre y un campo de acción cada vez más amplio.

En marzo hará trece años que se consiguió el Decreto que reglamenta la Especialidad de Podólogos. Hace sólo trece años y cómo han cambiado las cosas: ¡cuántas miradas hemos atraído a lo largo de esa década! Pero eso no ha sido un milagro, ha sido el fruto de una lucha entablada para defender unos intereses que son nuestros, y gracias a la cual se ha convertido un sueño en realidad.

Ahora, al quitar la primera hoja al calendario, podemos pararnos a pensar un poco en lo mucho que se ha conseguido, y en que a pesar de ello el camino a recorrer es todavía largo, aunque no fácil; pero si la unión hace la fuerza, ahora que somos más que hace trece años y contamos con un nivel y unos medios mucho más superiores para tratar a nuestros pacientes podemos pedir y lograr muchas cosas, y así, cuando pasen unos años y miremos un poco hacia atrás, veremos que nuestra cooperación ha servido para algo y que la línea que gráficamente representaría la trayectoria de nuestra profesión sigue una ascendencia rítmica y progresiva, sin acusar los «estancamientos» propios de unos años de inactividad.

NOTA DE SECRETARIA:

Los compañeros mencionados en la Revista anterior, que todavía no hayan retirado el Diploma de Socio de la Agrupación de Podólogos de España, pueden enviar el importe por giro o talón al Sr. Gavín, Rda. Guinardó, 23, 1.º Barcelona, quién cursará la orden de envío del Diploma correspondiente.

AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

NOTA DE INTERES:

Curso en la Escuela de Podiatría de Filadelfia

Una vez solucionadas todas las dificultades propias de cualquier tipo de organización, tenemos el placer de poner en conocimiento de nuestros compañeros que al fin se ha podido hacer realidad el viaje programado a los Estados Unidos de América para asistir a un curso de perfeccionamiento en la Escuela de Podiatría de Filadelfia, en español y organizado exclusivamente para nosotros.

Para tu buen gobierno y oportuna organización nos es grato comunicarte que las fechas previstas son del día 15 de junio al día 23 de junio, ambas inclusive, con 4 días de estancia en Filadelfia para asistir al Curso, visita a la propia ciudad de Filadelfia y, ade-

más, visitas a Nueva York y Washington.

Dentro de muy breves días, por correo aparte, recibirás amplia información al respecto.

Esta agrupación de Podólogos, consciente de la importancia profesional que se puede derivar de este contacto con los colegas americanos, espera tener el placer de contarte entre los asistentes.

Nota: Siendo forzosamente limitado el número de plazas disponibles te agradeceremos que caso de estar interesado en el viaje y tan pronto recibas la próxima carta, formalices tu inscripción.

Comunicaciones Científicas



Algias mas frecuentes en el pie adulto

Por JOAQUIN SOLE CUCH

Posiblemente el enunciado dé lugar y con razón que voy a referirme a la Clínica patológica de las distintas y grandes algias del pie, y aunque como es lógico no puedo dejar de hacerlo, procuraré a lo largo de este trabajo huir de las bibliografías, primero porque sería interminable dado el tema escogido, segundo, que los libros se hallan al alcance de todos y por último que éstos no siempre, principalmente en lo que hace re-

ferencia a los tratamientos, se ajustan a la verdad, generalmente por falta de una verdadera experiencia sobre el particular.

Todos sabemos por propia experiencia, que cuando exploramos un niño, generalmente no es el dolor el motivo de la exploración y si así es, es muy probable salvo algunos casos que se trate de algias de los núcleos de osificación en períodos de crecimiento, de fa-

vorable diagnóstico, cuyas algias se pueden considerar como fisiológicas, aunque a veces con nuestros tratamientos tengamos que ayudar; pero cuando es una persona adulta, la que acude en busca de nuestra ayuda, es casi seguro, que el síntoma dolor presidirá, como elemento principal el problema.

Ahora bien, aunque hablaremos de la mayoría de las algias del pie excepto las dérmicas porque ello no es posible en tan corto espacio de tiempo, dividiremos el síntoma dolor en dos grandes grupos, o sea, las algias del postpié, y las algias del antepié y dedos; intencionadamente, no me refiero a metatarsalgias ni a talalgias, para así concretar con más detalle la situación específica del síntoma, sus probables causas y consecuente tratamiento.

En el pie plano, variará su sintomatología e irá paralelamente según el grado de deformidad, profesión del paciente y zapato utilizado, aunque lo antedicho no excluya que un pie, con una leve insuficiencia de sus bóvedas longitudinales, ocasione serios dolores en la cara plantar del escafoides y primera cuña y consecuente de ello unas mialgias y gonalgias, ocasionados por la postura refleja de defensa del individuo, y ya puesto en el tema existen pies plano valgus congénitos o no, cuyas articulaciones y músculos se hallan condicionados a la deformidad y por tanto su estado es completamente asintomático, es improbable que una persona en estas condiciones acuda a nuestra consulta, pero en el caso de que ocurra, hay que valorar el grado de deformidad de cada pie por separado y comprobar que a causa de un hundimiento de bóveda longitudinal más pronunciado unilateralmente ocasione un acortamiento virtual, con desnivel de rodillas, de caderas y de hombros generalmente opuesto al lado de más deformidad y que ocasionaría una escoliosis de compensación, y que ésta asimismo podría producir dorsalgias y lumbalgias que podrían remitir con un tratamiento con plantillas que consiguieran equilibrar los desniveles. Podemos considerar al pie plano como una deformidad adquirida o congénita, que puede ocasionar algias en el

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

post-pie con más frecuencia, si bien también es posible que un pie plano típico, de valguismo de talón y supinación de antepié, produzca la angulación del primer segmento dígito metatarsal o hallus valgus y encadenado a éste la consecuente metatarsalgia. El tratamiento del pie plano dependerá del grado de deformidad, ya que no es igual un pie plano congénito, generalmente de astrágalo verticalizado y otro pie que sus bóvedas se han hundido paulatinamente, a consecuencia del peso, edad y función laboral de aquel organismo, todo ello paralelamente a las condiciones de sus ligamentos y músculos; al practicar los moldes nos daremos cuenta de la corrección probable que podremos practicar, debido a la laxitud del pie y a la movilidad de las articulaciones del mismo, la confección del molde en general es a la vez sencilla y complicada. En el talón hallamos dos grandes tipos de deformidades: el varo y el valgo, y en el antepié la supinación y pronación, estas dos últimas posiciones pueden ir asociadas a cualquiera de las primeras y viceversa, o sea que simplificando y hablando con un lenguaje sencillo o se trata de conseguir el eje perpendicular de la línea de Helbing, partiendo primero de un extremo valgo o de otro varo, y en el antepié reconstruir el arco anterior, partiendo de supinación o pronación, procurando al mismo tiempo la extensión de los dedos, para reducir en lo posible las frecuentes sub luxaciones metatarsofalángicas; así tendríamos el pie que, con la férula de yeso aplicada o botina, nos formará un ángulo casi recto con respecto a la pierna; la plantilla para el tratamiento del pie plano, deberá tener distintas cualidades que dependerán del grado de deformidad por ejemplo en el pie plano congénito de astrágalo vertical y a veces luxación de la cabeza del mismo, dicha plantilla en este caso, deberá proteger la cara interna de escafoides, cabeza de astrágalo y primera cuña, mediante una aleta; también es conveniente a veces practicar otra aleta en la plantilla que naciendo a la altura de la apófisis estiloides del 5.º metatarsiano se eleva amparando cara externa del cuboides y cara externa del calcáneo; el motivo de esta aleta es que el pie quede mejor fijado en la pró-

tesis. Aparte de la plantilla o más bien como coadyuvante de la misma, podemos recurrir a los Baños Escoceses, Masaje Subacuático, tacón de Thomas, infiltraciones de Novocaína y corticosteroides, así como a todos los antiálgicos tipo Butazonas, sin olvidar al Ultrasonido. Cuando haya remitido el dolor, si el enfermo continúa con las plantillas y éstas son revisadas periódicamente, es muy difícil que se repitan las molestias. Los materiales más idóneos para las plantillas con aleta, son la Cola 70 o Acetato de Celulosa, el Polite, Araldit, Ortholen y Plexidur y para los casos de pie plano que no convenga dichas aletas pueden ser utilizados el corcho y el duraluminio. En todos los casos es aconsejable elevar el tacón del zapato.

Tenemos también como algias del postpié, las talalgias, desde el simple dolor en el talón ocasionado por pie cavo, cuya sintomatología puede conseguirse fácilmente elevando el tacón del zapato, hasta la más frecuente de la talalgias, las ocasionadas por el espolón de calcáneo, generalmente el situado en la región sub-calcánea.

Cuando exploramos un enfermo y nos explica que sufre agudos dolores en el talón, sobre todo al levantarse de la cama o después del descanso, hemos de pensar en un espolón, aunque nos abstendremos de dar un diagnóstico definitivo hasta que no sea comprobado radiológicamente; las talalgias por espolón son producidas por la presión que éste ejerce sobre la bolsa serosa primero y bursitis después, contra el suelo y aumentado por la tracción anormal de los músculos a causa generalmente del valguismo, pero también, si bien en menor grado, hemos observado algias por espolón en pies varos, por tanto y debido a estas conclusiones para que remita el dolor, precisaremos de una plantilla dura ya que lo más importante será corregir la postura anómala del talón aprovechando al mismo tiempo toda el área plantar de apoyo desde el talón hasta la cabeza de los metatarsianos; además aconsejaremos a nuestros pacientes la utilización de zapatos con tacones elevados 3 cm. en el hombre y de 4 a 6 en la mujer. Algunos autores aconse-

sejan plantillas blandas o semi blandas con una excavación en el talón de la plantilla relleno de espuma de goma blanda; esta plantilla aunque generalmente consigue cierta mejoría, no puede equipararse a los resultados conseguidos con una plantilla dura. Algunas veces cuando no remite el dolor practicamos una hoquedad en la plantilla dura, de Duraluminio, corcho o plexidur pero no conseguimos mejores resultados, habiendo de recurrir además a la Baños Escoceses, Antipol, Masaje Subacuático, infiltraciones con Novocaína y corticosteroides en el nervio tibial posterior, pero pocas veces hemos de recurrir a tales medios. Otra talalgia de muy buen pronóstico es la apofisitis o epifisitis calcáneo, descrita por Sever; se trata de un problema de osificación en período de crecimiento que muy bien puede agruparse a las talalgias del adulto ya que ocurre generalmente a la edad de 10 a 15 años; se produce el dolor después de una caminata o de los juegos; casi siempre existe la desviación en valgo del talón. Vemos con relativa frecuencia dicha talalgia. Se describen muchos tratamientos, alguno de ellos incluso cruento; el mecanismo que produce el dolor, es la tracción muscular anormal a causa del valgismo, que provoca un desplazamiento de la Epífisis con relación al cuerpo del calcáneo, a veces incluso aparece el talón tumefacto y puede producir una gibosidad del calcáneo, hay autores que lo describen como una necrosis, o infección de tipo tuberculoso, pero la verdad es que una plantilla dura, que corrija la postura en valgo del calcáneo al normalizar a tracción muscular hace remitir la talalgia; también es aconsejable el calcio y la Vitamina D, alimentación a base de leche y queso, pues así se favorece al metabolismo del calcio y con ello a la sinóstosis de la epífisis con el cuerpo del calcáneo.

También debe ser causa de tratamiento con pantillas los pies que hayan sufrido una fractura de calcánea, a todas ellas debería aconsejar el traumatólogo una plantilla que desde el talón aproveche toda el área plantar de apoyo hasta las cabezas metatarsales, habrá que aconsejar elevar el tacón del zapato, temporalmente y si es definitivo, habrá

que levantar el tacón del zapato opuesto, ya que no conviene provocar un acortamiento virtual. Otros casos para la utilización de plantillas con fines recuperativos a la vez que antiálgicos, es la Aquilotendinitis, el esguince de tobillo, etc., en las exóstosis de Haglund, es conveniente aislar la exóstosis del contrafuerte del zapato mediante una prótesis aplicada al talón o un almohadillado en la cara posterior interna del contrafuerte. Aun existen más tipos de talalgias como por ejemplo la pancalneitis exostósante, que todas ellas deben mejorar descargando peso del talón mediante la elevación del tacón del zapato y plantilla para la distribución de fuerzas.

Las metatarsalgias constituyen el síntoma que con mayor frecuencia se da en nuestras consultas, más frecuente en mujeres que en hombres. Dicho dolor se halla condicionado al tipo de pie; es más frecuente en el pie cavo; por metatarsiano corto —más frecuente en el primero—, algunas veces también en el cuarto metatarsiano, otras veces se aprecia la cara plantar del antepié con una marcada convexidad que hace adivinar las subluxaciones de las articulaciones metatarsófalángicas centrales, ello por el desorden de los espacios intermetatarsales, puede dar lugar al pinzamiento del nervio plantar o de algunas de sus ramas digitales ocasionando la llamada neuralgia de Morton, se podrá comprobar también por la hipoestesia del pulpejo del 3° o 4° dedo generalmente; también puede ser ocasionada por un zapato que comprima el antepié, por una hipertrofia de la cabeza de un metatarsiano; en resumen, que se trata de un traumatismo provocado en la rama del nervio que discurre por los espacios intermetatarsales 3° y 4° o de una de sus ramas digitales. Generalmente el dolor se presenta de forma aguda que obliga al paciente a pararse en la deambulación; puede mejorar quitándose los zapatos y moviendo los dedos. El dolor se irradia por las caras laterales de los dedos siguiendo la ramificación nerviosa. El tratamiento consiste en provocar mediante una plantilla, la separación de los espacios intermetatarsales, Barra de Thomas, Masaje subacuático e infil-

traciones en el espacio intermetatarsal que se practican por el dorso del pie, se aconsejará a la enferma que no utilice zapato de tacón alto. Algunas veces existe una sobrecarga metatarsal en los llamados antepie en triángulo o sea Hallus valgus y quinto varo, entonces hay que valorar uno por uno toda la sintomatología de aquel antepié, ya que si le hacemos una plantilla de descarga nos exponemos a aumentar o provocar un dolor en las exóstosis de la 1.^a articulación metatarsofalángica o en el llamado juanete de sastré; por tanto en estos casos es posible que dé mejores resultados un guantelete que, a la vez que descargue el antepié puede aislar las exóstosis de 1.^a y 5.^a articulación metatarso falángica. Otras veces la metatarsalgia se irradiará hacia la cara plantar de las falanges provocando unas algias muy agudas, el tratamiento aconsejable es que además de la plantilla que elevará la cabeza del metatarsiano más sensible y además un almohadillado en la cara plantar de los dedos confeccionado con Caf 3 Silicona Adhesiva, tubitón y espuma de goma, de muy fácil realización y excelentes resultados. Lo que no se aconseja es la aplicación del almohadillado sólo, ya que ello produciría un aumento de la sobrecarga del metatarsiano. Los materiales más aconsejables son: Plastazote asociado al podiasin, podiasin, corcho, también algunas veces puede estar indicado el plexidur y duraliminio, en las sobrecargas no muy acentuadas y con una línea de Helbing normal es aconsejable una plantilla

completamente plana, sólo con un elevador metatarsal, dicha plantilla podrá llevarse también en zapato de tacón alto, ya que puede ser muy estrecha, también puede aplicarse el elevador metatarsal en el zapato pero entonces hay que hacerlo en cada zapato. No hay que olvidar en las metatarsalgias rebeldes el tacón anterior o barra de Thomas, que se aplica por detrás de las cabezas metatarsales y en la suela del zapato ha de tener una anchura de 2'5 cms. y un grosor de medio, sus bordes han de ser en ángulo recto, puede confeccionarse con Ligeril o con llanta.

Y por último hemos de tener en cuenta que, las plantillas junto a la escisión de un heloma, son nuestros principales caballos de batalla, pero no podemos confiar demasiado en ellas, como tampoco prescindir, y utilizarlas como nuestro principal recurso, para restablecer el equilibrio de fuerzas en el pie plano, cavo, sobrecarga metatarsales espón, epífisis calcánea, etc., y en todos los traumatismos del pie que convenga conseguir la descarga de la zona afectada, ahora bien, a veces no es suficiente y entonces habremos que recurrir, a las infiltraciones, hidroterapia, Butazonas, etc., para alejar el síntoma dolor del pie.

Y ahora sólo las gracias por la atención, junto con mi admiración a mi amigo Isaías del Moral porque por fin consiguió su Congreso.

Algunas técnicas quirúrgicas para el tratamiento de las Onicocriptosis y uñas incurvadas

Por JULIO ALONSO GUILLAMON
Podólogo del Hospital Clínico
de Barcelona

Este trabajo quiere reflejar algunas técnicas quirúrgicas eficaces para el tratamiento de las onicocriptosis y también de las uñas incurvadas, así como detallar algunas consideraciones sobre las mismas.

El motivo principal que me indujo a realizarlo ha sido debido a la gran cantidad de procesos patológicos ungueales recidivantes con que nos vemos hoy en día, y muy especialmente entre ellos se hallan las *onicocriptosis*.

Creemos que en la gran mayoría de centros quirúrgicos del país, no se practica convenientemente la cirugía de la uña, y consideramos que las causas principales es desconocer la anatomía ungueal y especialmente el no darle a la patología de la uña su significada importancia.

En 10 años que presté mis servicios en un centro quirúrgico, donde veíamos con mucha frecuencia procesos de incrustación de la

uña en tejidos blandos, tratábamos éstas de una manera sistemática con la ablación de la uña. Estadísticamente calculo que serían unos 700 los casos que practicamos esta técnica, durante este período de tiempo, si bien no puedo determinar con exactitud el tanto por ciento de recidivas, ya que muchos de éstos casos no volvían, pero podemos decir que era considerable el número de ellas.

En estos casos recidivantes usábamos otro procedimiento quirúrgico, que nos daba resultados altamente positivos. Esta técnica consiste en la extirpación de uno o ambos canales afectos, con la correspondiente parte de la matriz ungueal, según técnica de Winograd, que ya detallaremos posteriormente, ya que creo muy eficaz para las onicocriptosis, y también para las variaciones morfológicas de la uña que condicionan problemas en los surcos ungueales.

Incorporado en el dispensario de podología del Hospital Clínico de Barcelona, conocí la

técnica de Escachs, que él mismo me enseñó y que consiste en la amputación del rodete hipertrófico.

En los primeros casos que la practicamos, no tenía la certeza de su eficacia, ya que es una técnica muy traumática al dejar una superficie cruenta muy extensa, pero la suma de los casos realizados en estos últimos años me ha permitido reconocerla como muy eficaz para las *onicocriptosis*, y también en algunos casos de uñas incurvadas.

Consiste este procedimiento, en practicar una incisión en sentido vertical, a nivel del canal ungueal, iniciando en su parte distal para terminar por detrás del repliegue supraungueal, en un plano de disminución o en forma de bisel; amputando todo el rodete o labio ungueal y respetando la matriz. Generalmente se quita la parte de uña que motivaba la incrustación, y que ya hemos dejado al descubierto, para poder permitir redondear mejor la superficie cruenta, evitando que cuando cicatrice por segunda intención, motive nuevamente la incrustación. (Publicado en el núm. 2 de la Revista de Podología.)

Esta técnica quirúrgica, es la que pregonizamos en todos los casos de onicocriptosis, que sean susceptibles de tratamiento quirúrgico. Entre sus ventajas están:

- 1.º Permite practicar la intervención aunque el proceso sea séptico, ya que al dejar una superficie cruenta al descubierto, no puede nunca abcesarse. Hay que tener en cuenta, como es lógico, que el proceso inferior sea puramente mecánico, que no exista ningún problema sobre añadido, como la isquemia de la extremidad, glucemia, etc. Exploraciones que ya habremos comprobado previamente antes de cualquier intervención.
- 2.º Los resultados son altamente positivos (no he conocido ningún caso de recidiva con esta modalidad).
- 3.º Permite dejar el dedo de una manera estética.

4.º No quedan cicatrices dolorosas, que pueden presentarse en otros procedimientos con sutura.

5.º Es simple de realizar.

Como inconvenientes, podemos matizar que tarda en cicatrizar completamente la herida, de un mes y medio a dos meses.

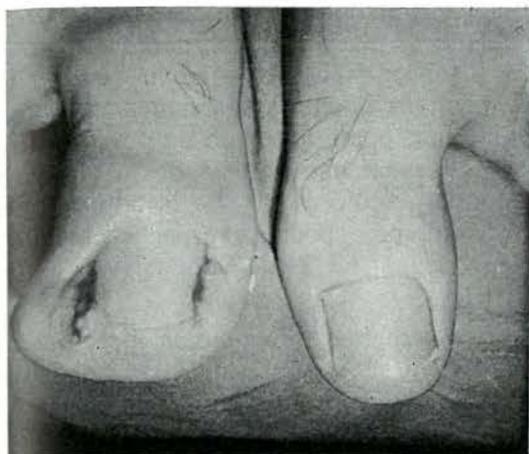
En algunos casos en que el paciente tenga una cierta predisposición queloidea presentará una cicatriz antiestética, pero no dolorosa.



Técnica de Escachs



id. a los 7 y 30 días respectivamente en los dedos del mismo paciente



Primeros dedos del mismo paciente. El dedo sano fue intervenido hacia 1 año, por sufrir el mismo trastorno.

Vamos a comentar ahora la Técnica de Winograd. Como anteriormente les he explicado, la he realizado en muchos casos, obteniendo resultados favorables. Consiste en practicar doble incisión del lado afecto. La 1.^a se inicia por detrás del repliegue supraungueal, extendiéndose longitudinalmente por el lecho ungueal y a través de la matriz. La 2.^a incisión se realiza, trazando una ligera curva sobre los tejidos blandos peringueales, desde el extremo proximal al distal, yendo a encontrar a la 1.^a incisión. Con esta forma elíptica queda englovado el lecho subungueal, matriz, canal lateral y tejido hipertrófico, si es que lo hay, que se han despegado de los planos profundos y que se extirpa en bloque. Con este procedimiento la uña queda más estrecha.

Posteriormente se coaptan los bordes de la herida. En principio lo hacíamos con puntos de seda, uno que se aplicaba por encima del repliegue supraungueal, otro que se apli-

caba en la parte más distal y un tercero que abarcaba la zona media de la herida, cogiendo el lecho subungueal.

En algunas ocasiones, vimos que el punto que habíamos atravesado el lecho subungueal, aparecía con el tiempo un heloma, que a la presión era doloroso.

Para evitar esta alteración, dejamos de suturar este punto central, cicatrizando esta parte más lentamente.

Ultimamente, hemos abandonado los puntos de seda, aplicando cintas adhesibles para la sutura (Curapot, Steri-Strip, etc.), con lo que conseguimos que las cicatrices sean menos voluminosas y por lo tanto, menor el número de dolorosas.

A nuestro criterio esta técnica está muy indicada en los onicocriptosis y en las uñas encorvadas, tan sólo que en el primero de los casos, es preferible eliminar previamente la infección piogénica, ya que si no, estamos más expuestos a la formación de un panadizo, al contactar los bordes de la herida. De no hacerlo así, es preferible usar la técnica de la amputación del rodete hipertrófico que como anteriormente hemos mencionado no es posible abcesarse, dado que queda una superficie extensa al descubierto.

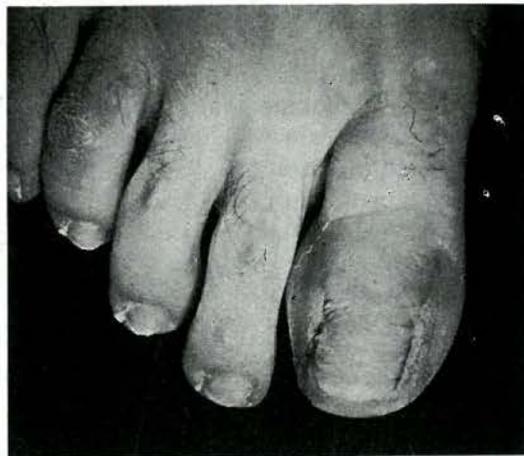
Este procedimiento tiene como ventajas:

- 1.º Que cicatriza como máximo a los 15 días.
- 2.º Que sus resultados son altamente satisfactorios, sin recidivas.
- 3.º Queda el dedo muy estéticamente.

Por el contrario nos puede pasar que en alguna ocasión nos quede cicatrices dolorosas, si bien han quedado disminuidas con el procedimiento de las cintas adhesibles en lugar de los puntos con material irreabsorbible. Y también pueden presentarse en el posoperatorio una vez cicatrizada la herida la formación de espículas, generalmente dolorosas, si no hemos practicado correctamente la intervención.



Uña intervenida quirúrgicamente con la Técnica de Winograd.



Caso anterior a los 15 días de la intervención.

Finalmente vamos a explicar la Técnica de Frost, es actualmente la que más empleo en uñas incurvadas, o sea en aquellas uñas que plantean problemas en los surcos laterales con inflamaciones, helomas, etc., pero en general no van acompañadas de infección.

Esta técnica consiste en una incisión en «L» mayúscula invertida, desde el extremo distal de la placa ungueal, penetrando en el lecho subungueal y que luego se extiende sobre el repliegue supraungueal a unos 3 milímetros; posteriormente se prosigue la incisión desviándose del eje de la uña y formando un ángulo de 90°. Se levanta el colgajo de piel para poder extirpar en bloque la placa ungueal, el lecho ungueal y la matriz.

Posteriormente se contactan los bordes de la herida y se sutura con cintas adhesibles, aunque no siempre es necesario.

Esta técnica tiene como ventaja, comparándola con la de Winograd, en que los bordes de la herida no están a tensión, por lo que su cicatrización es más perfecta. Por lo demás son muy similares, ya que ambas buscan eliminar la parte de órgano productor de la uña correspondiente al canal afecto.

Por lo que en este caso también la uña quedará más estrecha $1/8$ aproximadamente. El dedo queda estéticamente y los problemas de recidiva estarán en consonancia según lo bien que se haya practicado la intervención, ya que dejar algún trozo de órgano productor de uña, o sea matriz, canales laterales, o dermis subungueal, puede conllevar a la formación de escúculas dolorosas, que motive otra intervención.

Como en el principio les explicaba, mi propósito tan sólo ha sido el exponer algunas técnicas eficaces para el tratamiento de las onicocriptosis y de las uñas incurvadas, con ello no quiero decir que estas sean las mejores, ni tampoco las únicas, sino aquellas que me han dado al cabo de los años una seguridad en el tratamiento. Aún así, no hay que olvidar tampoco las técnicas preconizadas por algunos autores dignos de crédito como Lelièvre, Duvries, etc.

Y ahora como punto final quisiera decir algunas consideraciones sobre el tratamiento de las onicocriptosis y de las uñas incurvadas:



Uña intervenida con uno de los canales según Técnica de Escachs, y otro con la de Frost.

- 1.º Intentaremos utilizar los procedimientos, ya que con ellos conseguiremos un % elevado de curaciones evitando la cirugía. Si esto nos falla, o bien el proceso es recidivante y antiguo, o que la hipertrofia del labio sea muy acusada, usaremos de estas técnicas quirúrgicas eficaces.
- 2.º No realizaremos la técnica de la ablación de la uña, como solución quirúrgica para las onicocriptosis y uñas incurvadas, ya que con ella, obtendremos un % elevado de recidivas, al persistir la obstrucción del canal o bien la misma configuración de la uña que se incrusta. Por otra parte, en muchos casos que se extrae la lámina ungueal, la nueva que crece, sale hipertrófica y ha veces despegada de

su lecho en su parte central y distal, al usar su extracción pinzas de pean, que lesionan al coger la uña el lecho subungueal. Por eo es muy frecuente ver en los casos recidivantes una imagen típica de un triángulo con base en la extensión libre de la uña. En los procesos patológicos que requieren esta técnica, existen unas pinzas de forcets, que tienen la misma configuración que la uña y que evita el traumatismo del lecho subungueal.

- 3.º Hay autores que aconsejan la ablación de la uña acompañando con la extirpación de un trozo del canal hipertrófico. Con este procedimiento se solventan más casos que con la simple ablación ungueal, pero a veces es insuficiente por existir el stop por detrás de la incisión.
- 4.º Aconsejar la Técnica de Escachs en los casos de Onicocriptosis.
- 5.º Usar la técnica de Winograd indistintamente para las inococriptosis, como para las uñas incurvadas, pero aconsejando que el proceso no sea séptico.
- 6.º Usar la técnica de Frost en las uñas que plantean un problema de incrustación de los canales, pero que no vayan acompañados de infección.

Mi deseo sería que este trabajo fuera sensibilizante, para llegar a conocer mejor la anatomía ungueal, como también para obtener y practicar alguna de estas técnicas eficaces; con ello evitaríamos una gran cantidad de recidivas y la problemática que estas conllevan. De esta forma estoy seguro que nos será más fácil quitar la piedra que obstruye la vía, que quitar el tren.

El desamparo de la "Previsión" de los Profesionales de la Medicina

Por ALONSO DIAZ
Podólogo
OVIEDO

Quiero, en primer lugar, disculparme, pues no me considero capacitado para hilvanar como debiera tema de tanta importancia como sin duda lo es el que figura en el epígrafe, pero como hasta la fecha se ha ocupado poco espacio en la revista de distinta índole que ha caído en mis manos, asumiéndome una función que debería estar reservada a persona más impuesta en la materia, me decido a hacerlo por estimar que ello es tema de palpitante actualidad.

Debemos de pensar todos y de hecho creo que lo hagamos, sin reparar que tengamos de experiencia en la vida un cuarto de siglo, con más razón si nos encontramos en los albores de los 50 años y muchísimo más si estamos llegando al umbral de la jubilación; decimos que tenemos que pensar que llegado el día, la «Previsión», puede ser nuestra mejor aliada, para sobrellevar unos años, que puede que sean buenos y así se lo deseo a todos los sanitarios desde estas líneas, pero

también pudiera ser que no lo fueran tan buenos como deseamos. Tarde o temprano, es decir unos años antes o después, nos llegará inexorablemente la edad de la jubilación, siendo entonces cuando más de menos —valga la expresión—, echaremos a la «Previsión».

Si nos preguntamos ¿qué es la Previsión?, todos, reconociendo las dificultades que encierran las definiciones, sabemos de qué se trata; echándole un vistazo a un diccionario, podemos aumentar la noción que de ella tenemos; no obstante como escueta explicación me viene a la memoria aquel adagio de que: *vale más prevenir que lamentar* y también aquel otro relacionado íntimamente con nuestra profesión de: *vale más prevenir que curar*, ambos y otros muchos que podríamos citar nos dan mucha luz sobre los fines de la «Previsión» y extenderme más sobre el particular sería salirme de la finalidad que me he propuesto, de ser breve.

Sabemos todos que nuestro país, durante muchos años ha ido como diríamos en términos ciclistas «chupando rueda», en este campo, si lo comparamos con otros eminentemente más sociales; últimamente ha tratado de ir adelantando puestos y si bien es cierto que no podemos decir que se haya situado «en cabeza», sí al menos ha logrado colocarse en el «pelotón de destacados», tratando de hacer partícipes a los trabajadores, de las mejoras salariales y paralelamente con la previsión que los tiempos demandan y aconsejan.

Pero no todo han de ser menciones loables a esta postura adoptada por los Organismos de la Administración, encargados de hacer llegar estas mejoras sociales a todos los españoles, ya que existe un gran número de profesionales «colegiados» que por el solo hecho de concurrir en ellos esta circunstancia de «colegiación», son rechazados de plano sus solicitudes de afiliación a la Mutualidad Autónoma de Servicios.

No nos correspondería a nosotros hacer mención a tales situaciones, a todas luces injustas, si en ellas no estuviéramos comprendidos gran número de profesionales sanitarios (Médicos, Odontólogos, Veterinarios, A.T.S., Podólogos, Fisioterapeutas, Matronas, Enfermeras, etc.), que desarrollando nuestras actividades en el amplio campo de la medicina, precisamente los que tenemos encomendada una de las funciones más importantes de la *previsión*, por la única razón de estar decretada la obligatoriedad de la colegiación, para el ejercicio legal de la profesión, nos vemos sin derecho a la afiliación como productores autónomos, colocándonos en una situación de desventaja con relación al resto de los productores «autónomos» de cualquier otra actividad.

En dos o tres ocasiones, han caído en mi poder revistas que han comentado muy a la ligera esta situación de los profesionales sanitarios y según parece se realizan gestiones para conseguir suprimir este absurdo inconveniente por el que son rechazadas las peticiones que se formulan, por la única razón de «estar colegiados».

Para ver los perjuicios que se nos irrogan en la situación actual en que nos encontramos, considero oportuno informar desde estas líneas, que los actuales afiliados a las Mutualidades Autónomas de Servicios, en la que nos corresponderá estar inscritos, tienen establecidas unas escalas de tributación que se inician con 5.500 ptas., llegando hasta las 12.000, con una variada escala intermedia y por las que en cada caso se calcula las primas a satisfacer, que representan la cuantía del 11 por ciento; ello ha dado derecho a percepciones medias mensuales a los actuales pensionistas de unas 8 a 10.000 ptas., que si bien no es elevada cuantía en los tiempos que corren, es una ayuda muy estimable a la que a nosotros, por los razonamientos expuestos se nos deniega y la cual nos sería muy necesaria al llegar a la edad de la jubilación a la que es cierto que a todos nos apena acercarnos, pero que lo hacemos a pasos agigantados.

Habíamos tenido la esperanza de que el desarrollo del Régimen Especial de la Seguridad Social según se dispone en el artículo 10, apartado c), que prevé en la Ley aprobada en 28 de diciembre de 1963, hubiera resuelto este bache —por cuya solución creemos deben de interesarse los Consejos Generales de los Colegios afectados—, para ver la forma de que desaparezca la situación de excepción, que por el motivo simplemente de estar colegiados, se nos priva de ingresar como productores autónomos en la Mutualidad Autónoma de Servicios.

Fitex-E

Onico-Fitex

Tratamiento local específico de las dermatomicosis y micosis de uña respectivamente.

Gran poder de penetración, acción prolongada e intermitente.

Modo de empleo _____ Pincelar las zonas afectadas 2 ó 3 veces al día y cada vez que se ponga en contacto con el agua.

Indicaciones _____ **Fitex-E**

- Pie de atleta
- Hiper-hidrosis
- Mal olor
- Enrojecimiento, picor
- Grietas interdigitales
- Maceración

Onico-Fitex

- Onicomycosis
- Paroniquia
- Pie de atleta rebelde

Precios _____ **Fitex-E** 199,10 ptas. frasco de 60 c.c.
Onico-Fitex 100,50 ptas. frasco de 30 c.c.

No precisan apósitos ni vendajes.

INFAR  **NATTERMANN**

Apartado 400 - Zaragoza

Infanta Carlota, 84-88 Barcelona-15



Exploración Vascular Podológica

Por PEDRO M.^a ECHEGARAY
Diplomado por la U.P.A.
ARGENTINA

ANGIOLOGIA

Como todos de sobra sabemos, es la parte de la anatomía que estudia el aparato circulatorio.

Toda célula, para vivir, precisa de unos elementos indispensables, como son: El oxígeno, las proteínas, los hidrocarbonados, etc. Por otra parte, sabemos que la mayoría de nuestras células están fijadas en nuestro organismo y que precisan de un medio encargado de llevarles estas sustancias para subsistir. Este medio es la sangre.

La sangre es un vehículo que por sí solo no puede circular, por lo que precisa de un motor o una bomba que lo impulse, siendo esta bomba, como todos sabemos, el corazón. Para que este líquido no se desparrame por nuestro organismo, precisa de unos conductos a los que llamamos vasos. Dentro de estos vasos, hacemos la distinción de los que salen del corazón, a los que llamamos arterias, y los encargados del retorno, venas.

Las arterias, son unos conductos membranosos, contractiles y elásticos, de forma cilíndrica en el vivo y aplanadas en el cadáver. Constan para su estudio de tres capas: La externa, interna y media. La externa formada de un tejido conjuntivo laminoso y de escasas fibras elásticas. La capa media, está formada por fibras musculares, lisas y elásticas y algunos haces del tejido conjuntivo inervadas por finísimas ramas del sistema simpático. La capa interna, está formada por epitelio y capa elástica. Las tres capas están nutridas por finísimos capilares que reciben el nombre de «Vasa vasorum».

Las venas, son unos conductos que nacen en la periferia y en los órganos y terminan por medio de otra vena o directamente en el corazón. Tienen un aspecto parecido a las arterias y están constituidas por tres capas, con la diferencia que la capa media está mucho menos desarrollada que en las arterias (su grueso es menor) y además tiene la

propiedad que al seccionarse, se aplanan y pierde su luz. Además la capa interna, presenta en su superficie, unos repliegues valvulares (válvulas ostiales, parietales y semilunares) que son las destinadas a impedir el retroceso de la sangre. Estas válvulas, hacen que su forma cilíndrica presente unas nudosidades de trecho en trecho. Haremos resaltar que estas válvulas no existen en todas las venas.

Al ser la Podología lo que nos interesa, centraremos nuestra atención en el recordatorio del riego del miembro inferior. Tomaremos como punto de partida, el hueco poplíteo, lugar, a mi juicio, donde nacen los grandes vasos de nuestro interés.

Comenzaremos este recordatorio por la arteria poplíteica, continuación de la femoral, que se divide en dos ramas, la tibial anterior y el tronco tibioperóneo.

La tibial anterior: Comienza en el anillo del músculo sóleo, pasa haciéndose anterior entre la tibia y el peroné, alcanzando el cuerpo muscular anterior, emitiendo durante el trayecto, la rama recurrente tibial anterior. Al llegar a la cara anterior de la membrana interósea se desliza por ella hacia abajo y llega al dorso del pie, cubierta por el músculo extensor del dedo gordo y extensor largo de los dedos, para recibir el nombre de arteria dorsal del pie o arteria pedia. Se dirige hacia adelante a lo largo del dorso del pie, hasta la base del primer meta, donde nace la rama dorsal del metatarso, que riega el lado peroneal del segundo meta y ambos lados del tercero, cuarto y quinto. Muy cerca nacen, la arteria plantar profunda, que perfora el músculo interóseo para anastomarse con la plantar interna y formar el arco plantar, y la primera dorsal metatarsiana para el dedo primero.

El tronco tibioperoneo, nace también en el anillo del sóleo y después de un corto trayecto se divide, en tibial posterior y perónea. La perónea se encarga del riego de la parte externa de la pierna. La tibial posterior, sigue el mismo curso que el nervio ti-

bial, entre el sóleo y la musculatura posterior profunda, regando los músculos posteriores de la pierna, pasa por detrás del maleolo interno y llega al canal del tarso donde penetran sus dos ramas distales que son, la tibial plantar y la epronea plantar (esta última llamada también por algunos sutores como Pernkoph, fibular, por denominarle fibula al peroné), sin embargo Du Vries las denomina plantar interna y externa. La arteria plantar tibial o interna, es más pequeña que la externa o perónea, y se dirige hacia delante por el borde interno del pie para terminar en las ramas metatarsianas del arco plantar. La plantar externa o perónea se dirige oblicuamente hacia delante y hacia fuera y cruza la planta en dirección anterior para llegar a la base del quinto meta, desde aquí describe una curva y se dirige transversalmente hacia dentro hasta el intervalo existente entre el primero y segundo metas, donde se une con la arteria dorsal profunda, rama de la pedia, para así formar el arco plantar. El arco plantar además de repartir numerosas ramas a los músculos de la planta del pie, emite dos ramas perforantes y plantares del metatarso. Ya en los dedos, las arterias discurren por ambos lados a lo largo de los dedos.

En la red distal arteriovenosa nacen las venas del pie, formando el arco venoso dorsal del pie, de donde nacen las venas safena interna y externa (que Pernkoph, las denomina magna a la interna y parva a la externa). La safena interna nace en el borde interno del arco dorsal, ascendiendo por la cara interna de la pierna y el muslo, para llegar a desembocar a la vena crural. La safena externa que nace en el borde externo del arco, sigue ascendiendo por la cara posterior de la pierna, para desembocar en la vena poplitea.

Hecho este recordatorio angiológico del miembro inferior; como Hallen, Barker e Hines dicen en su monografía «Periferal vascular Diseases», «Las extremidades se prestan especialmente bien para la exploración física, y en las enfermedades de los vasos sanguíneos se manifiestan con extraordinaria claridad».

Los medios indispensables en nuestras consultas, para la exploración del miembro inferior, en lo que a angiología se refiere, no son caros y de uso difícil, ya que nos basta con un termómetro cutáneo, un oscilómetro, nuestros ojos y nuestras manos.

El termómetro, está construido con alcohol en vez de mercurio como los clásicos de clínicas, y el modo de usarlo es colocando en contacto con la piel sujeto con una tira de esparadrapo y esperar de 3 a 5 minutos. De esta forma sabemos la temperatura del miembro inferior en los diferentes puntos, recordaremos que la temperatura del pie es de 10° C menos que el de la axila. Foantaine, para averiguar la temperatura del miembro inferior en vez de usar el termómetro cutáneo lo hace con un aparato termoeléctrico. Con el oscilómetro, aparato de sobra conocido por todos, descubrimos si el riego arterial es normal o deficiente, la amplitud de las pulsaciones, etc., de aquí el gran interés de usar este aparato en nuestros gabinetes, ya que nos podremos equivocarnos en nuestras exploraciones. Para saber el valor normal y el lugar donde se deben tomar los índices oscilómetros, me remito a recordar lo que el Dr. Zaldúa expuso en el congreso de Podología que se celebró en Bilbao en el año 1969. Aplicando el brazaletes en el tercio inferior del muslo, el índice oscilométrico normal es de 3; aplicándolo en el tercio superior de la pierna, el índice oscilométrico es de 2, aplicándolo en el tercio inferior es de 1,5 y si lo aplicamos en el hemipie es de 1/2. Debemos tener en cuenta, que al hacer una exploración oscilométrica a destiempo en un paciente afecto de una grave vasculopatía, puede provocar dolor, isquemia e incluso una tromboembolia, luego el uso del oscilómetro deberemos hacerlo con sumo cuidado.

Con los ojos vemos la pigmentación de la piel, deformaciones, edemas, etc.

Con las manos podemos hacer, palpaciones, percusiones, toma de pulsaciones, etc., y hablando de la toma de pulsaciones, vamos a recordar cuáles son los lugares del

miembro inferior donde podemos detectarlas. La ingle, donde palpamos la pulsación de la arteria ilíaca; hueco poplíteo, donde detectamos la pulsación de la arteria poplíteo; en el canal retromaleolar donde palpamos la pulsación de la arterial tibial posterior, y, por último entre las diáfisis del primero y segundo metatarsos, donde detectamos la pulsación de la arteria pedia (tendremos en cuenta al palpar la arteria pedia, que no le late al 7 % de los seres humanos). Recordaremos también que la pulsación la tomaremos con los dedos índice y medio de la mano y no el pulgar, ya que si lo hacemos con el pulgar podemos caer en el error de tomarnos nuestra propia pulsación, ya que el pulgar tiene pulsación propia.

Siempre que hagamos una exploración, no solamente angiológica, sino de cualquier clase, debemos hacer la comparación de la extremidad enferma con la sana ya que esto nos aclara muchos errores y evitará que nos confundamos.

Lesiones vasculares

El simpático es vasoconstrictor, siendo su acción bastante comprensible sobre las arterias y arteriolas revestidas de una túnica muscular. Es más misteriosa a nivel de los capilares, ya que están reducidos a un endotelio, que por otra parte es indiscutiblemente contráctil.

Esta acción resulta compleja, ya que es indisoluble, con lo que se ha dado en llamar «Hormonas del simpático». La adrenalina, es vasoconstrictora, la colina, vasodilatadora, y la histamina provoca un reflejo asónico «invirtiendo la acción del simpático». Sabemos que el espasmo bloquea la corriente sanguínea, y por su intensidad, duración y localización, va a determinar diversas afecciones. A continuación vamos a recordar las afecciones más importantes del miembro inferior:

Enfermedad de Raynaud. — Es más frecuente su localización en las manos que en los pies, por lo que sólo haremos un breve recordatorio.



a su servicio

Si todavía no recomienda Ud. a sus pacientes el calzado infantil-juvenil **PIEDRO**, es que no le hemos informado suficientemente o no tiene un distribuidor cerca de su Consulta. En cualquier caso **CONSULTENOS** pues nada le conviene tanto al hacer unas plantillas, como que el paciente refuerce y prolongue su efecto usando un calzado indeformable y fisiológicamente perfecto.

PIEDRO le ofrece estas características en los mejores materiales nobles. Es el mejor calzado infantil de Europa.

En nuestro afán de servir a los Sres. podólogos, hemos importado para Ud. las nuevas fresas alemanas con ANILLOS de CORINDON RECAMBIABLES, muy útiles, sobre todo para hiperqueratosis extensas. Son de enorme duración.

Conoce Ud. ya el aparato -casi de bolsillo- de impulsos electrónicos (onda cuadrada) "FITMAKER"?
Fue la gran novedad en el Congreso Mundial de Podología de Salzburg (Sept. 1973) y sus efectos son espectaculares como tonificante muscular, activador de la circulación, analgésico local, etc. etc.
Somos los representantes exclusivos en España. Pídanos información.



Esta enfermedad evoluciona en crisis sucesivas, entrecortadas por períodos remiten-tes. En ella nos encontramos con tres fases diferentes:

Fase de isquemia: Puede ser producida por el frío o por un choque emocional, en ella la piel palidece uno o varios de los dedos se vuelven lívidos, torpes e insensibles, apenas podemos percibir el latido de las arterias. Al cabo de unos minutos, con una sensación dolorosa y fría vuelve la circulación normal.

Fase de asfixia local: Es un grado más avanzado que la fase de isquemia produciéndose igualmente por crisis, quedando los dedos fríos, cianóticos, hinchados, inertes, y perdiendo su sensibilidad de tacto. El enfermo en esta fase acusa dolor, pinchazos y hormigueo. En esta fase la crisis se mantiene por más tiempo, llegando a veces hasta horas en desaparecer.

Fase de trastornos tróficos: La repetición de estas crisis, hace que aparezcan trastornos tróficos, la piel aparece seca y las uñas estriadas y quebradizas, aparecen flictenas y ulceraciones tórpidas, y en las fases graves aparece la gangrena, que es superficial y limitación a los dedos, su curación es espontánea y recidiva, pero a veces puede producir una grave mutilación de los dedos.

En este síndrome los dedos se desmoronan y se vuelven en garra con piel frágil que se despega de los huesos y se ulcera. En las radiografías de los dedos veremos que los huesos están descalcificados y las falanges más delgadas. En la oscilometría las curvas son normales en reposo y después de un baño caliente se sobrepone exactamente a la obtenida después de un baño frío.

Para hacer la diferenciación de la arteriolitis del síndrome que nos ocupa diremos que en este síndrome en principio no hay obliteración de las colaterales de los dedos, y cuando ésta existe es siempre terminal. Por el contrario en la arteriolitis, las colaterales se encuentran obliteradas a nivel de la base

de los dedos, estando frecuentemente todas las arteriolas trombosadas, presentando el aspecto de un dedo muerto.

Leriche concibe esta enfermedad de Raynaud como una hipotonía arterial, en la que el simpático ha sobrepasado la medida. Este síndrome parece ser la expresión de una irritación simpática, cuya localización puede estacionarse desde los territorios más distales hasta los centros simpáticos del dien-céfalo.

Según Wertheimer y Gauthier, en la extremidad distal puede hacer una arteritis, una secuela traumática, y un tumor glómico de una uña, que simplemente extirpando desaparece el espasmo vasoconstrictor. Otras veces se trata de una anemia perniciosa, un trastorno, ovárico especialmente, una afección neurológica, una enfermedad de colágeno, etc. Resumiendo diremos que se trata de un síndrome muy amplio en el que existen muchas interrogantes.

Tratamiento.— En las formas menores la administración de foliculina, vitamina B y vasodilatadores, es suficiente. Los baños calientes calman la crisis. En la fase de trastornos tróficos, hay que pensar en intervenciones simpáticas, y en los casos graves puede asociarse la suprarrenalectomía de Oppel. De hecho los mejores resultados, se obtienen con la simpatectomía de la primera, segunda, y tercera vértebras lumbares.

Eritomelalgia.— Afecta más a menudo a los pies que a las manos. Se desarrolla en forma de crisis dolorosas que son desencadenadas por el calor.

Los síntomas son: Fuerte escozor, que obliga al enfermo a caminar con los pies descalzos y a tomar baños fríos, la coloración varía del rosa al rojo escarlata, pedhidrosis, e hipersensibilidad. Con la repetición de la crisis aparece cierta atrofia cutánea, erupción bullosa y trastornos ungueales.

Potain, observó en un enfermo, el síndrome de Raynaud en un miembro y eritromelalgia en el otro.

Tratamiento: Además de los baños fríos, la adrenalina y el tartrato de ergotamina alivian la crisis dolorosa. Para evitar la repetición de las crisis, se usa en la actualidad los gangliopéjicos. El profesor Coste, propone la glicocola I. M. en la eritromelalgia de la menopausia.

Sabañones (Eritema pernio). — La zona de localización preferente es donde la piel es delgada y poco vascularizada, luego en el pie, será en el dorso de los dedos y en la cara posterior del talón, en este último lugar se acentúan cuando existe una bursitis. Se pueden manifestar en tres formas distintas.

Eritematosa simple: Placas de color rojo brillante sobre piel violácea, con edema que se extiende por los dedos. Se manifiesta con prurito, que se calma con el frío y aumenta con el calor, por lo que produce insomnio.

Forma ulcerosa: Cuando sobre las placas anteriores aparecen flictemas serosanguinolentos o serosas, acompañadas de grietas, resultando de éstas ulceraciones tórpidas que segregan líquido seropurulento, pudiendo ser el punto de partida de infecciones sobreañadidas.

Formas mutilantes: Son muy raras, pero a veces han constituido un cerco alrededor del dedo, que ha determinado una mutilación. Su aspecto es parecido a la forma mutilante de la lepra o al panadizo de Morvan.

Etiología: Es la persistencia del frío húmedo. Todos los trastornos circulatorios los favorecen por lo que proscibiremos el uso de medias, calcetines y zapatos apretados, ya que causan un cierto grado de isquemia por compresión.

Afecta a los niños en la pubertad y a las mujeres jóvenes, más que a los adultos, por una insuficiencia glandular y una inestabilidad circulatoria periférica. La acrocianosis, la eritrocianosis y algunas secuelas de la poliomiелitis son propicias a un espasmo vasoconstrictor seguido de una excesiva vasodilatación.

Tratamiento: En el tratamiento vamos a hacer una división, tratamiento preventivo y tratamiento curativo.

Preventivo: Protegerse del frío húmedo usando calcetines de lana y zapatos amplios. Activar la circulación efectuando contracciones frecuentes, enérgicas y rápidas del pie y de los dedos. Fricciones con alcohol y polvo graso, masajes que se aplicarán de la extremidad a la raíz del miembro.

Tratamiento curativo: Evitar el recalentamiento brutal porque es muy doloroso. A menudo son eficaces los predilubios con agua caliente y fría alternativamente. El alcohol mentolado al 10 % calma el prurito. Durante las noches se pueden endurecer los sabañones con pomadas de ictiol o tanino (Ictiol con manteca sin sal fresca y 2 grs. de tanino por 20 de glicerina). En las ulceraciones el reposo y la cura estéril con un tul graso y si existe infección aplicar una pomada antibiótica. Desde el punto de vista general, el ácido nicotínico puede ser eficaz. en el adulto 50 mgr. después de cada una de las tres comidas y en el niño la mitad de la dosis.

Dentro de la medicina física se aconsejan las corrientes de alta frecuencia. En los casos graves se requiere la radioterapia simpática, siendo los lugares de aplicación el scarpa y el hueso popliteo. Algunos autores aconsejan los anticoagulantes. En las formas tenaces, la indicación de la simpatectomía es excepcional.

Arteritis obliterante. — Para el estudio de las arteritis, seguiremos a Leriche y Fontaine, los cuales han dividido en cuatro estadios esta enfermedad. Arteritis compensada, isquemia de esfuerzo, isquemia de decúbito, y trastornos tróficos. Antes de seguir adelante diremos que no hay un valor absoluto en esta división ya que los trastornos tróficos pueden preceder a los dolores de decúbito.

Estadio de la arteritis compensada: La obliteración es silenciosa. Los síntomas que aparecen son muy pobres, ya que el enfermo

ESSAVENON[®]

GEL



**Tratamiento local de los trastornos de la
circulación de retorno.**

Indicaciones

- Piernas y pies cansados, hinchados ●
- Tobillos hinchados ●
- Adaptación de plantillas ●
- Hematomas, contusiones ●
- Calambres, hormigueos ●

Modo de empleo

Aplicar 2 ó 3 veces al día Essavenon Gel en sentido ascendente.

**Inmediata absorción, gran efecto refrescante
no mancha, no irrita y no necesita vendajes.**

Presentación

Tubo 40 g.

Precio

93,40 ptas.



INFAR  **NATTERMANN**

Apartado 400 - Zaragoza
Infanta Carlota, 84-88
Barcelona-15

sólo nota sensación del frío en el pie y una ligera molestia, la cual no le intranquiliza, siendo esta la razón de que no asista a las consultas por lo que es raro ver este estadio.

Estadio de isquemia de esfuerzo: El síntoma característico de este estadio es la claudicación intermitente. Se presenta como una ramba dolorosa, que se advierte después de una marcha más o menos larga: 200 metros, 100, 40, etc., y desaparece cuando el enfermo se detiene y descansa, volviendo a aparecer cuando da el mismo número de pasos. El dolor se inicia en la misma pantorrilla y raras veces en el talón o en la planta del pie, pudiendo extenderse el dolor a toda la pierna. La aparición del dolor está favorecida por el frío (recordemos que es un vaso-constrictor), la marcha rápida y el subir las escaleras. La circulación colateral no tiene la capacidad de aumentar el débito sanguíneo que se debe en el esfuerzo. La claudicación intermitente se traduce a la obliteración de un tronco principal: Arteria femoral (la superficial es sobre todo la más afectada) y la arteria poplítea.

Las trombosis de las arterias de la pantorrilla puede ser discreta en casos que la afectación corresponda solamente a un tronco, pues en este caso el paciente, percibirá fatiga, sensación de compresión en la pantorrilla y ligero dolor plantar. Pero si son los dos troncos los afectados, aparece rápidamente el estadio de esfuerzo.

Las trombosis de las arterias ilíacas, se reduce en general a una claudicación ligera presentando una sensación de fatiga y un síntoma engañoso, el dolor en la cadera pues éste es de tipo ciático. La trombosis en la terminación aórtica, se traduce a una fatiga en los miembros inferiores, a la que tenemos que añadir la impotencia sexual y la desaparición del pulso femoral.

La exploración clínica de los troncos arteriales la efectuaremos siempre que tengamos la menor duda o el menor síntoma. Comenzaremos por mirar la pulsación femoral, poplítea, tibial posterior y la pedia, trataremos de palpar las arterias en todo el trayecto

posible, y ayudados por el análisis del dolor nos permitirá hacer un diagnóstico de arteritis y darnos una idea bastante exacta de donde está la obliteración.

La coloración de la piel puede ser igual en toda la zona o variar, la palidez o la cianosis, puede aparecer solamente en el pulpejo de los dedos, la planta del pie o extenderse aún más arriba. La elevación o descenso del miembro puede modificar la coloración de los tegumentos (signo de Samuels). La piel la encontraremos seca y edematosa, mediremos la posible atrofia muscular e investigaremos también el posible edema perimaleolar, ulceraciones tórpidas, y el engrosamiento y fragilidad de las uñas.

Fontaine, con el enfermo en una habitación a una temperatura de 23° C, advierte una diferencia de temperatura de 3° C de la extremidad de los dedos con relación a la raíz del muslo, pero en los casos de obliteración esta diferencia puede llegar a ser de 10 a 12 grados. Es también muy importante la dosificación de la urea sanguínea y el colesterol.

Lian, insiste en estos casos sobre las pruebas oscilométricas. En la prueba de esfuerzo en el ser normal, aumentan la tensión arterial y el índice oscilométrico, mientras que en el enfermo arterítico se muestran uno y otro muy descendidos.

Leriche, nos dice que el componente del espasmo se mide, tomando las oscilaciones en reposo, después de un baño caliente y después de un baño frío. En la persona normal aparecen tres curvas paralelas, mientras que en el arterítico se encuentran las tres hundidas y casi se confunden.

Pruebas vasomotoras: Estas pruebas dan una idea bastante clara del riego colateral.

Prueba de Cosacesco: Trazamos con un borde ligeramente romo (con una uña por ejemplo) una raya, que en un principio será blanca después su color a roja, no apareciendo esta tonalidad roja en las zonas isquémicas.

(continuará)

LABOR DE LAS DELEGACIONES

BARCELONA

CENA HOMENAJE A DON ROGELIO MIR MARTI

El día 23 de noviembre de 1974, a las 22,30 horas, y coincidiendo con la celebración del primer aniversario de la nueva Sede Social de la Delegación de Podólogos de Barcelona, se ofreció a los Agrupados una cena en el típico Restaurante Barcelonés «La Masía», en el transcurso de la cual tuvo efecto un cálido homenaje a nuestro querido compañero D. Rogelio Mir Martí como testimonio de agradecimiento por sus desvelos en bien de la clase.

La cena estuvo presidida por nuestro Presidente Nacional, D. Leonardo Escachs Clariana, por el Presidente del Sindicato de Actividades Sanitarias, Dr. Jiménez de Anta, y

por el Delegado Provincial de Podología de Barcelona, D. Jaime Sala Pich.

En el transcurso de la misma el Sr. Sala Pich se dirigió a los asistentes poniendo de manifiesto el esfuerzo y trabajos realizados por la actual Junta hasta lograr un local y una Delegación dignos de los Agrupados de Barcelona.

Toma seguidamente la palabra nuestro Presidente Nacional, Sr. Escachs, quien dijo que en la próxima reunión de la Junta de Gobierno de la Agrupación de Podólogos, hará resaltar este trabajo del Sr. Sala, indicando que es el primer Delegado que ha conseguido crear un local social propio para el desa-



Aspecto que ofrecía el Salón durante la cena

constantino velasco laínz

y

BERKEMANN

en

colaboracion

con

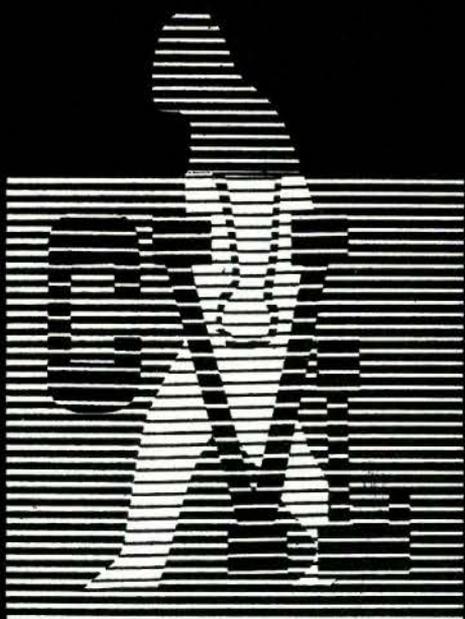
la revista española de

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.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.

rrollo de su Delegación, a los efectos de que le sea recompensada su labor.

Después de este preámbulo el Sr. Sala inició el ofrecimiento del Homenaje a D. Rogelio Mir, y tras mencionar la labor desarrollada en los distintos cargos que ocupó a través de su dilatada vida profesional, le hizo entrega de una placa conmemorativa del acto en nombre de todos los Podólogos.

Seguidamente, el Presidente del Sindicato de Actividades Sanitarias, Dr. Jiménez de Anta, se dirigió a los asistentes diciendo que consideraba acertada la elección de la persona de D. Rogelio Mir, pues durante los años que estuvieron unidos por vínculos profesionales, dejó constancia de la gran capacidad y el interés en el desarrollo de los mismos, mostrándose siempre como un perfecto profesional.

Finalizadas las palabras del Dr. Jiménez de Anta, nuestro Presidente hizo entrega al Sr. Mir de una alta distinción profesional, recordando al mismo tiempo aquellas épocas en que junto a otros compañeros soñaban con una Podología mejor. Continuó con emotivas palabras resaltando la personalidad del homenajeado, en el transcurso de las cuales fue interrumpido varias veces por emotivos y calurosos aplausos.

Agradeció el Sr. Mir con palabras sencillas y entrecortadas por la emoción el homenaje tributado a su persona, recordando asimismo los momentos difíciles que junto con otros colegas, muchos de ellos allí presentes, habían pasado en su lucha como pioneros de la Podología.

Acto seguido se hizo entrega de un ramo de flores a la distinguida esposa de D. Rogelio Mir.

Finalizado este acto hubo un simpático sorteo efectuado entre todos los asistentes por la Delegación de Podología de Barcelona, recayendo, como nota simpática, uno de los premios en el hijo del Sr. Mir.

Prosiguió la velada con un baile que duró hasta altas horas de la noche, poniendo así el broche a este simpático acto de compañerismo.

Es de resaltar la desinteresada aportación de las firmas colaboradoras, que con su ayuda contribuyeron a la brillantez del acto.

ZARAGOZA

Curso de Perfeccionamiento

Organizado por la Delegación Provincial de Zaragoza, y con la asistencia de casi la totalidad de los Agrupados de Aragón, se ha llevado a cabo un Cursillo de Perfeccionamiento durante los días 14 y 15 de diciembre p.p.

Se procedió a la apertura del cursillo con una magistral conferencia a cargo del Delegado, D. J. A. Calvo, versando sobre el tema «Genu valgo infantil».

Seguidamente, y en la misma sesión de la mañana, se expuso el segundo tema a cargo del Podólogo D. Angel Gil Acebes, que disertó sobre «Reconocimiento en Podología».

Ya en las sesiones de tarde, el Podólogo D. Francisco Sala Rodrigo hizo una disertación sobre «Malacias del pie y prótesis específicas según localización».

Esta primera tanda de Conferencias del sábado día 14 acabó con la intervención de D. José Sánchez Luna, que bajo el título de «Pequeña prótesis del pie con poliuretano y siliconas», expuso una forma eficaz para resolver muchos problemas del pie mediante prótesis de rápida elaboración.

El domingo, día 15, el profesor de la Escuela de Podología de Barcelona, D. Francisco Farreras, habló con gran dominio sobre el amplio tema de ONICOLOGIA. Al final de su intervención le fue entregada una placa como recuerdo y agradecimiento por la clase dada.

Todas las conferencias tuvieron sus correspondientes coloquios, que finalizaron con sus determinadas conclusiones.

Es de resaltar el alto nivel de preparación de todos los conferenciantes, cuyas disertaciones rayaron a una altura considerable.

La Podología en el Mundo

La Unión Uruguaya de Pedicuros y Podólogos nos ha remitido escrito dando cuenta de la formación de la nueva Comisión Directiva nombrada por elecciones celebradas el día 1.º de septiembre del pasado año.

A tal respecto, esta Redacción al propio tiempo que da cuenta de ello a través de sus páginas a los Podólogos de toda España, hace votos para que la tarea que se han impuesto estos compañeros en los que ahora recae la Dirección de la Unión Uruguaya sea todo lo fructífera que desean, y los re-

sultados que obtengan sean en todo momento un notable beneficio y adelanto para la Especialidad de Podología.

Constitución de la nueva Comisión Directiva:

Presidente: D. Moisés Mauricio Lizmi
Vice-Presidente: D. Hugo Palanco
Secretario General: D.ª Rosalía M. de Olivar
Pro-Secretario: D.ª Lila Soca de Biagioni
Tesorera: D.ª Nair Avila Gutiérrez
Secretario de Actas: D. Juan C. López



REF. B-C

'' HOSCH '' PIEZAS DE MANO ESPECIALES PARA INTERVENCIONES EN CALLOCIDADES 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





Handwritten text in a cursive script, likely a medical or scientific report, positioned below the illustration. The text is dense and spans several lines, with some words appearing to be in a specialized or historical language. It is framed by a horizontal line with small tick marks, resembling a scale or measurement line.

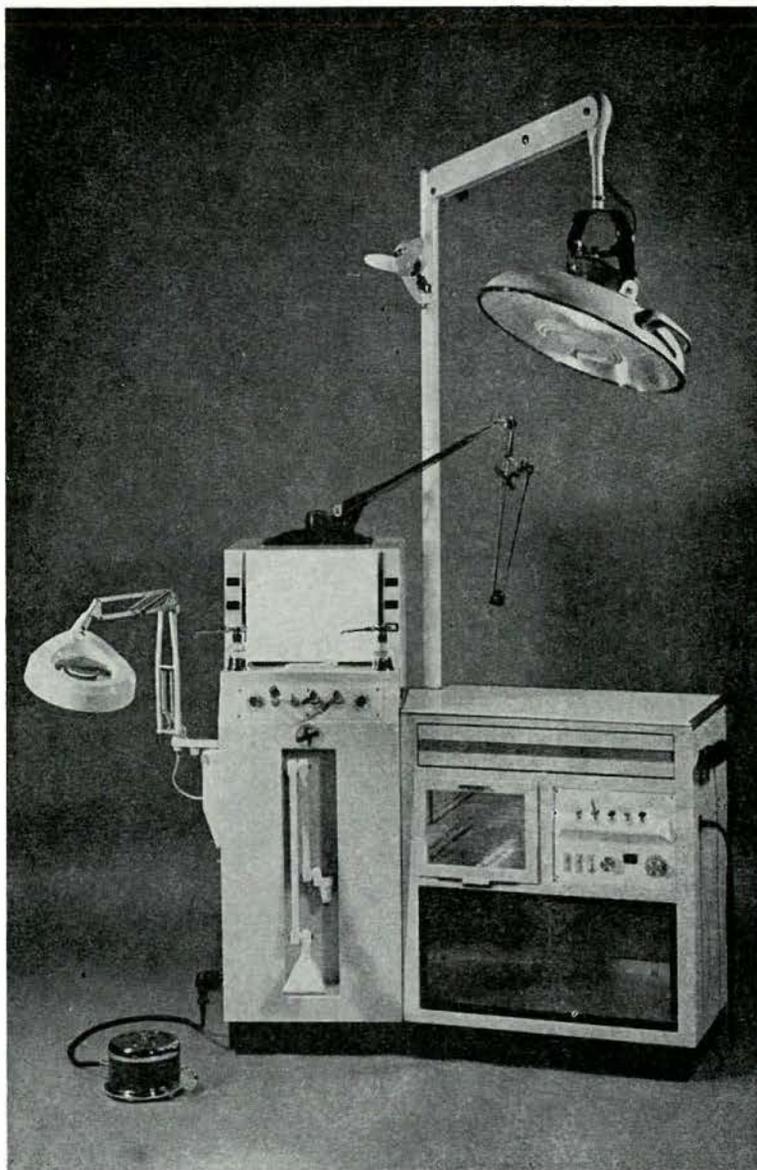


REVISTA
ESPAÑOLA
DE

PODOLOGIA

A.P.E. Marzo-Abril

n.º 44 1975



**CALIDAD EN NUESTROS MATERIALES
COMODIDAD EN SU TRABAJO
LARGA EXPERIENCIA,**

TODO ESTO LE OFRECEMOS CON NUESTRO ULTIMO MODELO

«CONSUL SUPER NOVO»

CONSULTE SIN COMPROMISO A TALLERES CONSUL

Aurora, 12

BARCELONA-1

Teléf. 241 72 75

REVISTA ESPAÑOLA DE

PODOLOGIA

ORGANO DE LA AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

A. P. E.

Redacción:

Diputación, 118, 2.º, Pral, 2.ª, Barcelona (15)

Director:

Leonardo Escachs Clariana

Sub-director:

Pablo Vilató Ruiz

Redactor jefe:

Martín Rueda Sánchez

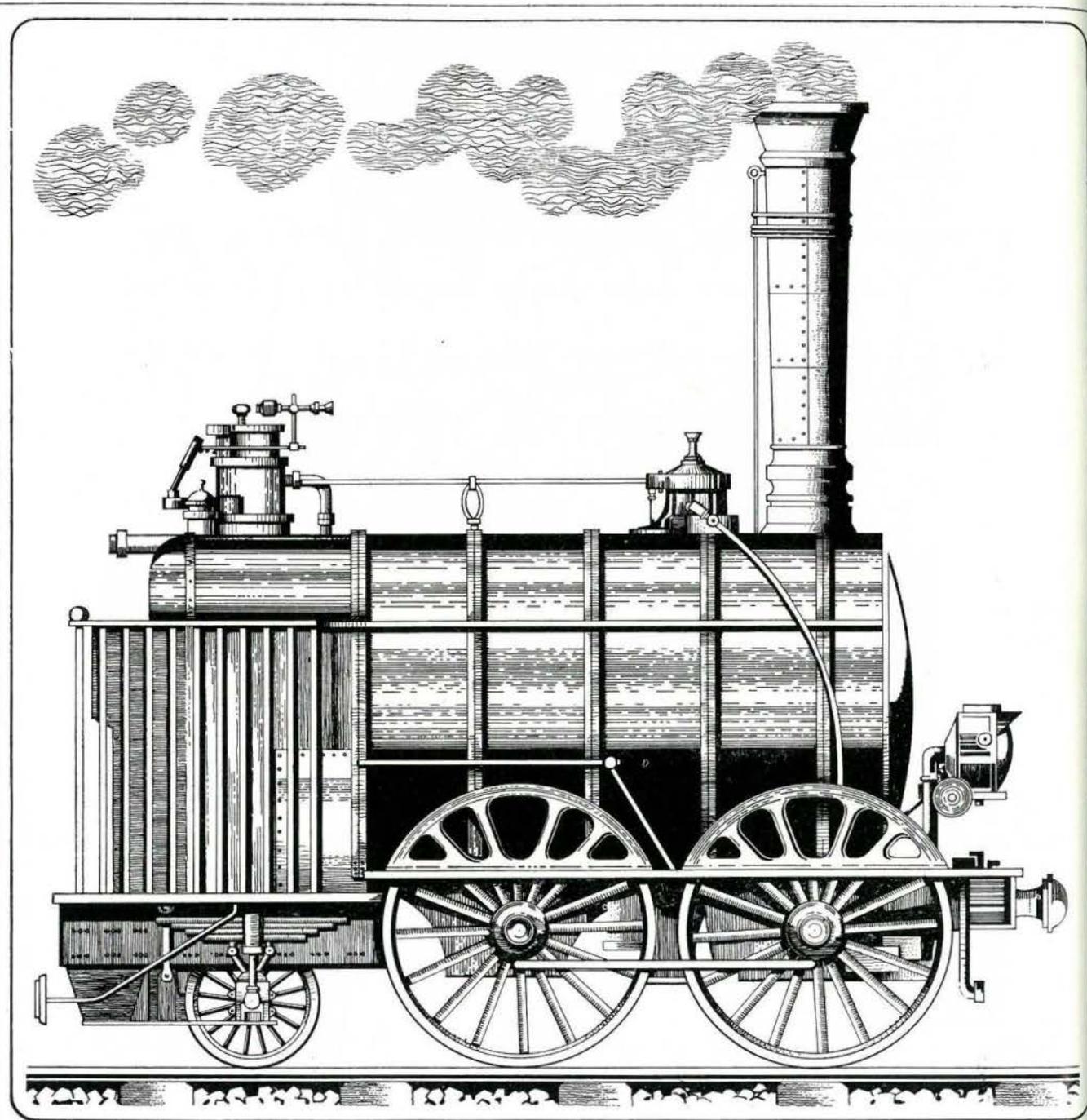
Administración:

Manuel Gavin Barceló

GRAFICAS RENACIMIENTO - Depósito Legal B-19.617 - 1976

SUMARIO

| | |
|----|--|
| 3 | Junta de Gobierno |
| 5 | Editorial |
| 7 | Uña incarnada, onicocriptosis, onixis lateral |
| 17 | Notas históricas de la podología inglesa |
| 27 | Curso en Filadelfia |
| 28 | Curso de perfeccionamiento en la Escuela de Podólogos de Barcelona |
| 31 | Exploración vascular podológica (continuación) |



en procesos reumáticos...

ditrone

cápsulas 100 y 200 mg (envases con 20 cápsulas)

supositorios 200 y 500 mg (envases con 16 y 10 sup. respect.)

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.º BAEZ BASAURI | Bilbao |
| Vocal nato | D. JAIME SALA PICH | Barcelona |
| Vocal | D. ANTONIO GUTIERREZ VELASCO | Málaga |
| Vocal | D. JOSE OLCINA MORALES | Alicante |

DELEGADOS DE ZONA

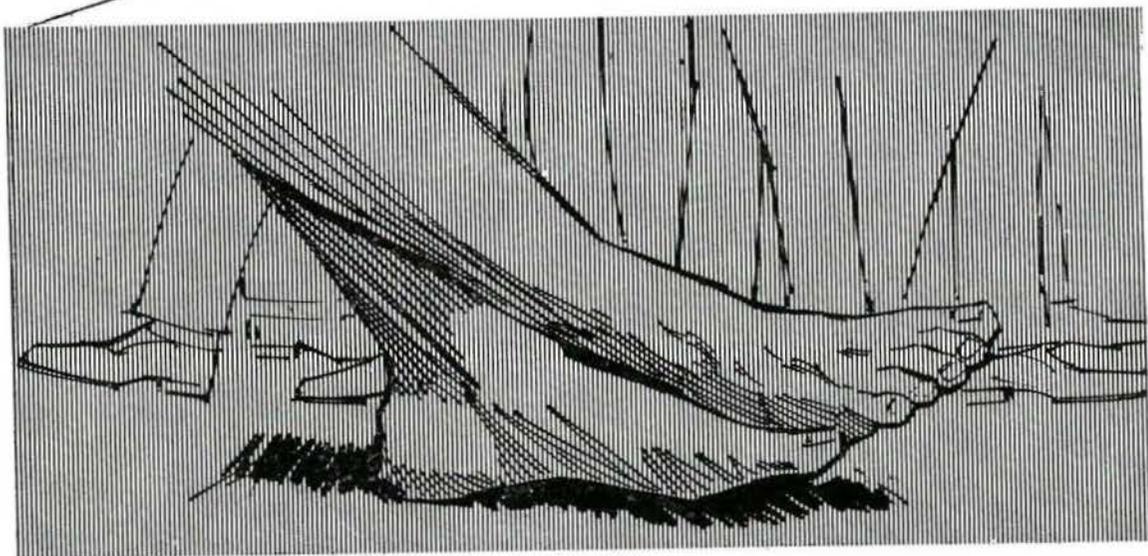
- D. José M.º Báez Basauri, Mayor, 27, 6.º. Las Arenas. BILBAO.
- D. José Luis Inchaurredo. Paseo de Colón, 65. IRUN.
- D. Juan Vidán Torres. Preguntoiro, 10. SANTIAGO DE COMPOSTELA.
- D. Antonio Báez Prieto. Alcalá, 313. MADRID.
- D. José Antonio Calvo García. Coso, 77, 5.º. ZARAGOZA.
- D. Jaime Sala Pich. Muntaner, 142. BARCELONA-11.
- D. Isaias del Moral Cejalvo. Castellón, 8. VALENCIA-4.
- D. Francisco Morán Ventura. León y Castillo, 8. LAS PALMAS DE GRAN CANARIA.
- D. Antonio Gutiérrez Velasco. Plaza de las Flores, Edificio Jazmín, 1.º. MALAGA.

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.
- BADAJOS: 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
- CADIZ: D. Manuel Albala Valle.
- CASTELLON: D. José Aguilar Beltrán.
- CIUDAD REAL: D. Luis Barba Vázquez.
- CORDOBA: Máximo Ganzález Jurado.
- GERONA: D. José M.º Boch Doménech.

- GRANADA: D. Manuel Ruiz Morales.
- GUADALAJARA: Sin Delegado Provincial.
- HUELVA: Jesús Tocino Vizcaino.
- HUESCA: Sin Delegado Provincial.
- JAEN: Victor Nieto Molina (accidental).
- 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: Sebastián Tenés Iturriza.
- STA. CRUZ DE TENERIFE: D. Armenio Méndez.
- SEGOVIA: D. Francisco García.
- SEVILLA: José Cañero Ramos (accidental).
- 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 CERAFARM, S.A.

Pujol, 22 - Tel. 211 91 12 - Barcelona-6. Cristóbal Bordiu, 35 - Tel. 294 64 44 - Madrid-3. Pérez Galdós, 95 - Tel. 263898 - Valencia-8.

EDITORIAL

Las profesiones nacen por las necesidades de los pueblos, y como tales están íntimamente vinculadas a su evolución y progreso, para poder brindar siempre lo mejor a esa sociedad que las ha creado, y así llega el momento en que ya se hace indispensable su existencia.

La Podología nació un día de unos hombres que encontraron en esta profesión, en aquellos tiempos artesana, un medio honesto de ganarse la vida al mismo tiempo que con su labor aliviaban los pasos de sus semejantes. Fueron pasando los años, y mucho tiempo hubo de transcurrir para aquellos callistas ambulantes, víctimas de injurias y burlas en muchas ocasiones, que se hicieron fuertes en su trabajo hasta que llegaron a ser indispensables, siendo ya su existencia solicitada por una sociedad. Así los monarcas y señores de aquellos tiempos ya requerían a sus órdenes a un callista para cuidar de sus pies, y poco a poco se fue creando la necesidad de dar cuerpo ya a esta profesión, que se había ido afianzando con el paso de los años.

Hoy el Podólogo es de sobras conocido por todos y su trabajo indispensable en la época actual. Ha pasado de ser una profesión de minorías a una profesión de innegable valía que atrae cada vez más adictos. Hemos logrado hacernos acreedores de una fama y un nombre porque ya no nos conformamos con enuclear un heloma o hacer las curas de una uña encarnada, sino que buscamos el porqué de las cosas, eliminamos el efecto atacando la causa que lo produce, ofrecemos cada vez una técnica más depurada a nuestros pacientes y hacemos nuestro trabajo mejor que nadie: nos hemos adaptado firmemente a las necesidades sociales del momento y nos hemos hecho indispensables porque no vemos el pie aislado, sino como la base de una compleja máquina orgánica e íntimamente vinculado a su economía constitucional.

Nuestras ansias de superación son perfectamente captadas por la Agrupación de Podólogos de España, que bien encarrilada y dirigida se apresura en realizar viajes de estudios, contactos con otros países, y sobre

todo a crear entre nosotros una inquietud profesional, y así año tras año vamos dando fe de nuestro nivel de preparación.

Para este año se prepara un viaje que es el sueño dorado de todos los Podólogos españoles: EE. UU., con asistencia a un curso en la Escuela de Podiatría de Filadelfia, un curso organizado para nosotros en nuestra propia lengua mediante la traducción simultánea, donde veremos la forma de actuar y los medios de que disponen nuestros colegas americanos, hoy día los mejor preparados del mundo, donde veremos el nivel logrado por nuestra carrera en una nación mecanizada y ultramoderna donde la ciencia está alcanzando metas insospechadas.

Faltan todavía cuatro meses para que se lleve a efecto dicho viaje y ya es elevado el número de compañeros dispuestos a darnos cita en esta realidad que hace no mu-

chos años sonaba a imposible y en cambio ahora es inminente y palpable.

Hay quien dice que esto es el inicio de nuestro despertar, que son nuestros primeros pasos en busca de nuevas técnicas, pero en realidad nosotros hace ya tiempo que nos dimos cuenta de nuestra existencia y enfocamos este viaje como el primero a un país americano, pero el primero de una larga cadena que tenemos proyectados, porque ha llegado el momento que tenemos que verternos más allá de nuestras fronteras para enriquecernos en algunos conceptos y dar fe de nosotros, que por nuestra preparación e idiosincrasia dominamos mejor que nadie. Nuestra meta no es aprender, sino buscar el intercambio cultural con otras naciones y coger lo que mejor encontremos en cada una de ellas, para de esta forma conseguir que se nos tenga presentes a la hora de hacer los grandes proyectos de Sanidad a Escala mundial.



REF. B-C

'' HOSCH '' PIEZAS DE MANO ESPECIALES PARA INTERVENCIONES EN HIPERQUERATOSIS Y UÑAS

Como herramientas especiales y muy eficaces le recomendamos nuestras piezas de mano HOSCH para hiperqueratosis y uñas. Sus cabezas están equipadas con una lámina rotativa que permite quitar en capas las hiperqueratosis 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 hiperqueratosis o Ref. N-U para uñas.



REF. N-U

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

Uña incarnada, onicocriptosis, onixis lateral



Por ANTONIO GARROCHO LUNA
Podólogo

Morón de la Frontera
SEVILLA

Ponencia presentada en el VII Congreso Nacional de Podología celebrado en Valencia en junio de 1974.

Al tratar esta dolencia, problema al que tenemos que enfrentarnos casi a diario en nuestras consultas, nos ha llevado desde hace muchísimo tiempo a estudiar un tratamiento adecuado y que fuese eficaz. Todos conocemos cuán doloroso es, pocos paliativos existen ya que por tratarse de un cuerpo extraño que por días, horas y minutos aumenta de tamaño, por tanto es cada vez más irresistible su dolor. Creo ha sido nuestra más grande preocupación, como una responsabilidad no sólo de los podólogos españoles, pues si recordamos, hace once años, exactamente en el mes de Mayo de 1963, se celebró en Madrid el III Congreso Internacional de Podología, en aquel congreso ya se abordó y con gran preocupación el gravísimo problema de la uña incarnada. Desde esa fecha a hoy se han efectuado grandes progresos en la cirugía del pie; la Delegación de Barcelona, Madrid, Valencia, Bilbao y otras han traído a los distintos congresos nacionales tratamientos quirúrgicos dignos de ser realizados; con todo ello nos vienen a demostrar con qué ahínco se investiga y trabaja, con la seriedad y entrega de unos profesionales que se quieren abrir camino en la sanidad española que no es extraña a cuanto sea progreso y evolución.

La uña incarnada todos conocemos las causas que la produce, pero sólo por refrescar un poco su origen quisiera dividirla en cuatro partes.

1.^o Considero que el primer motivo o causa es el corte que damos a la misma buscando quizás mayor estética, redondeando la parte libre, ésta al crecer y por el peso corporal se introduce en las partes blandas que antes servían anatómicamente como surco y guía, pero ahora como si de un taladro se tratara se va incrustando cada vez más y más. Inmediatamente se organiza una reacción de toda esta zona; ya tenemos una puerta de entrada a la infección, el rodete aumenta de forma y tamaño, se endurece unas veces y otras se ulcera, si este pie afectado se somete a un repaso continuado y a tratamiento adecuado, obtendremos una ligera regresión del dolor e inflamación pero el proceso continuará hasta no ser liberados los tegumentos heridos por la uña.

2.^o Someteremos a estudio las uñas incarnadas por el calzado; nos da una extensa casuística. Normalmente y gracias a los diseñadores y fabricantes del calzado español podríamos asegurar sin miedo a equivocarse

nos que es el calzado más cómodo y anatómico de Europa, pero a veces por aquello de la moda suelen aparecer unos muy puntiagudos donde nuestros pies se encuentran comprimidos; si observamos un pie dentro de un tipo de estos zapatos a través de una pantalla de rayos X, comprobaremos perfectamente el daño a que se está sometiendo a nuestros pies. Muchísimos *hallus valgus*, deformaciones falángicas y tarsales. Con respecto a lo que nos interesa, o sea a la uña incarnada también nos da un porcentaje muy serio. Un calzado cómodo y lo suficientemente suave sería la profilaxis más completa y deseada.

3.º Es la producida por el peso, tenemos personas muy obesas, otras que por su trabajo tienen que soportar grandes cargas, son los pies que como peanas han de sostener, como perfecta estructura anatómica que son, excesos que más tarde dan como fruto indeseados pies planos, puentes caídos en sus distintos grados, deformaciones y gran número de uñas incarnadas.

4.º Por último tenemos la uña incarnada congénita, ésta se da a edad temprana, es decir, aproximadamente a los diez años en adelante; si efectuamos un interrogatorio veremos que no ha sido producida por ninguna de las causas antes estudiadas, poco a poco comenzaron las molestias que fueron en aumento, los padres alarmados nos lo traen y nos encontramos de hecho ya con una verdadera uña incarnada con todas sus consecuencias, infección, el rodete periungueal se ve gravemente interesado. Si preguntamos a la madre si ha tenido este mismo padecimiento, es muy posible que nos diga que sí, que lo ha padecido o que lo padece, vean que hablo sólo de la madre, no del padre, pues ni un solo caso he tenido por parte paterna y sí de la madre, por tanto yo considero que es una herencia maternal.

Con este somero estudio realizado, comprendo es suficiente para conocer las causas más corrientes de la uña incarnada.

A continuación y de la forma más clara y

precisa que me sea posible voy a exponer cómo intervengo personalmente la uña incarnada quirúrgicamente:

Lo primero es asegurarse de que el enfermo a intervenir no tiene azúcar, no es diabético, por tanto le harán análisis de orina y sangre y si es preciso curva de glucemia.

Instrumental necesario para esta intervención: En hervidora y durante 20 minutos y en completa ebullición tendremos, mango de bisturí para hoja pequeña, dos pinzas de trabajo, dos de Cocher, una gubia, una espátula, una cucharilla de oculista o lepra, una jeringa dental con agujas de la misma especialidad, ya que por ser sumamente finas apenas suele dar dolor en la infiltración. Material de corte, éste se pondrá en una batea con alcohol u otro desinfectante que constará de un par de tijeras y hojas de bisturís pequeñas.

Dos paños estériles, uno de ellos perforado, bata y guantes. Cortaremos con bisturí eléctrico o electrocauterio. Con todo a punto efectuaremos una ligadura en la raíz del dedo para conseguir una buena isquemia, desinfectaremos toda la zona bien con iodo o mercurio cromo, colocaremos los paños y efectuaremos la anestesia que para menos molestia podemos chorrear primeramente con C. de Etilo y a continuación haremos las infiltraciones con anestesia local sin adrenalina. Sólo dos infiltraciones y dos c.c. de anestesia, la primera en el ángulo que forma la matriz y rodete periungueal, el segundo introduciendo la aguja a fondo por la parte libre de la uña según el trayecto a seccionar, a los 3 ó 5 minutos puede comenzarse la intervención. Con la hoja montada efectuaremos un corte desde la misma raíz de la uña a la parte libre de la misma con una extensión de unos 6 milímetros a partir del rodete ya que siempre queda oculta una parte mayor de la misma; una vez realizado el corte, cuidando mucho de no elevar el resto de uña con la espátula se efectuará el despegue de delante atrás, a continuación y con una pinza de Cocher se retirará sin dificultad alguna la arista de uña a extirpar, tomaremos la cucharilla y haremos un legrado

o raspado de la parte de matriz que ha quedado al descubierto. Cuando ésta haya sido eliminada, se verán unos pequeños restos de pulpa, tomaremos el bisturí eléctrico o electrocauterio, el primero a una tensión de 6 a 7 y el segundo al rojo vivo, lo introduciremos a fondo, es decir a zona de matriz con idea de destruir totalmente cualquier resto de la misma que pudiese haber quedado. Con una tijera recta resecaremos el mameión del rodete hasta dejarlo totalmente aplanado; como quiera que este corte nos sangraría después de quitar el torniquete por su mucha vascularización, daremos por toda la zona unos toques con el bisturí eléctrico en coagulación y si es con el electrocauterio al rojo sombra. La intervención está totalmente terminada, sólo aplicar una compresa de Linitul, retirar la ligadura y hacer un vendaje un poco compresivo. A los tres días cambiaremos la cura por una seca y así tres o cuatro lo más, normalmente a los diez o doce días se puede dar de alta.

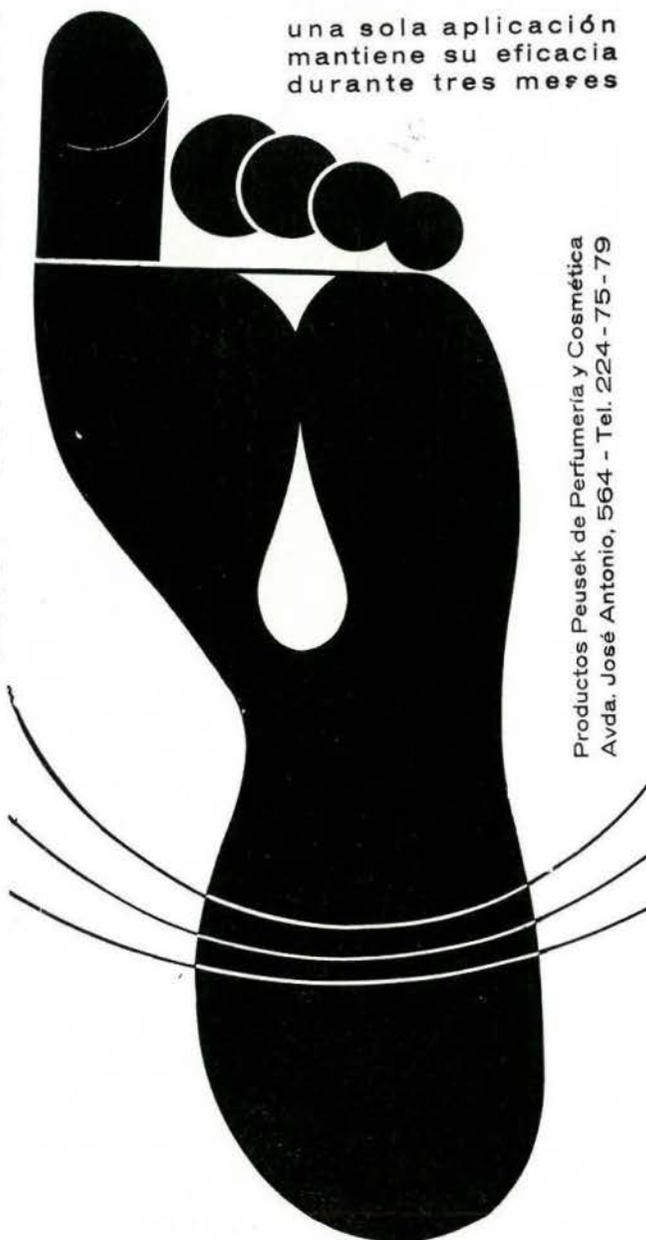
Es una intervención poco cruenta, el enfermo apenas sufre, el dedo queda en tan perfectas condiciones que pasado un mes el rodete ha avanzado hacia la uña y es muy difícil pensar que esa uña ha sido tocada.

Para terminar, distinguidos compañeros, sólo me resta deciros que tengo celosamente archivados más de cuatrocientos casos y sólo dos me dieron recidiva y ello por no tener ni bisturí eléctrico ni termocauterío.

para evitar el sudor de los pies...

Peusek
MARCA REGISTRADA

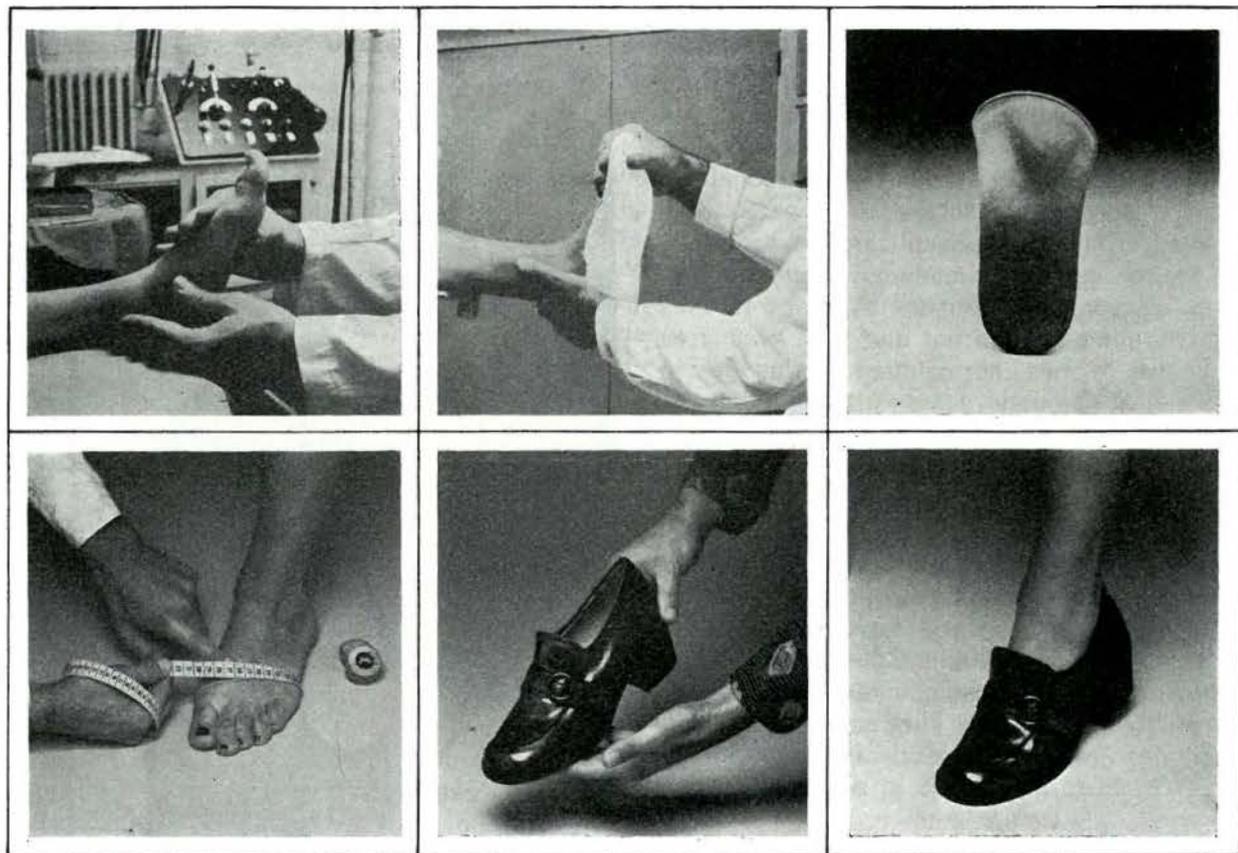
una sola aplicación
mantiene su eficacia
durante tres meses



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



TAN IMPORTANTE COMO SUS MANOS



Sus manos conocen, investigan y alivian. Pero su experiencia personal puede verse traicionada si no existe un zapato que satisfaga plenamente sus prescripciones. Por esta razón, MANUFACTURAS PROS pone a su disposición la nueva línea de zapatos MANITOS ORTHO.

MANITOS ORTHO es un zapato especialmente diseñado para satisfacer todas sus exigencias. Tanto la calidad de los materiales, como la adaptabilidad al uso de plantillas permiten en todo momento continuar ejerciendo una acción benéfica y correctora como si se tratara de sus propias manos.

MANITOS ORTHO: TAN IMPORTANTE COMO SUS MANOS.



MANITOS
ORTHO

Genu-Valgo infantil

Por JOSE A. CALVO GARCIA
Podólogo
ZARAGOZA

Como todos sabemos, existe una interdependencia entre el pie, el miembro inferior y la columna vertebral. Algunos dolores de rodilla y de cadera, ciertas lumbalgias y molestias en columna vertebral, desaparecen rápidamente cuando se compensa un acortamiento o cuando se reduce un valgus o valgus calcáneo.

Inversamente, una plantilla incorrecta, puede proporcionar un dolor coxofemoral o lumbar.

En este tema que brevemente voy a comentar, quiero explicar la relación importante que tiene el eje de la pierna con relación al pie, sobre todo en la infancia.

El Genu-Valgo infantil, muy corriente, y más en la actualidad, puede estar condicionado a diversas causas:

Primera. — Estado de raquitismo en el niño.

Segunda. — Laxitud de ligamentos.

Tercera. — Una sobrecarga por exceso de peso.

Cuarta. — Proceso de pie plano-valgo acentuado.

A todas estas causas debemos de añadir la mala educación de los niños en su «rodaje», sus primeros pasos, su querer que corran antes de empezar a caminar, y el uso de andadores, empapaderas, calzados inadecuados y exceso de permanencia de pie, sin estar preparados para ello.

Normalmente, el eje del fémur, forma con el de la tibia un ángulo de 170° abierto hacia afuera. En la mujer, este ángulo se cierra a 165° . Un Genu-Valgo puede oscilar de 10° a 15° . Más allá de estos límites, se entra en lo patológico. (fig. 1).



Fig. 1

Para examinar al paciente, lo tendremos en posición de pie, pondremos en contacto la cara interna de las rodillas y orientaremos las rótulas hacia delante.

La separación de los dos maleolos internos, mide, el Genu-Valgo.

Interderm

Crema

GENTAMICINA

Presentación:

Tubo de 30 grs. - P. V. P. 183'90

Composición por 1 gr.

| | | |
|-----------------------------------|---------|------|
| Nistatina | 100.000 | U.I. |
| Triamcinolona acetónido | 1,0 | mgr. |
| Gentamicina | 1,0 | mgr. |
| Excipiente crema c. s. p. | 1,0 | gr. |

Propiedades

La crema INTERDERM debido a sus ingredientes, posee una acción dermo-específica, con un amplio poder antifúngico, antibacteriano, antiinflamatorio y antipruriginoso.

Indicaciones

Dermatosis por hipersensibilidad.
Eczemas y erupciones cutáneas exudativas.
Dermomicosis.
Intértrigos microbianos y micóticos.
Prurito generalizado, anal y vulvar.
Eczemas microbianos.
Candidiasis.
Psoriasis.

**Laboratorios
INTERPHARMA
sa**

La separación de cada uno de ellos, al hilo de una plomada que cae desde la sín-

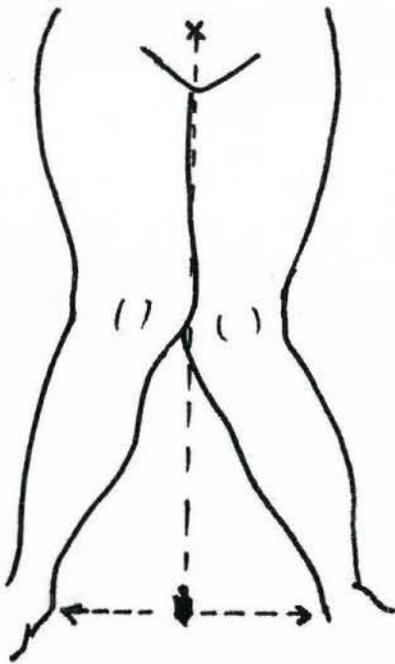


Fig. 2

fisis pubiana, nos dará el valor de las deformaciones derecha o izquierda (fig. 2).

En caso de Genu-Valgo, sólo puede aproximar los maleolos cruzando las rodillas o si es hiperlaxo, colocando en recurvatum.

Estando el enfermo en decúbito dorsal, se investiga el grado de reductibilidad y de hiperlaxitud.

En flexión el Genu-Valgo, desaparece cuando es de origen femoral, pero persiste cuando es tibial.

La marcha es molesta y las rodillas se cruzan y en la carrera son frecuentes las caídas.

Cuando el eje de la pierna está fuertemente desviado hacia afuera, el pie se presenta en valgus y el apoyo se hace sobre el borde interno. Para poner en contacto con el suelo toda la planta, el pie debe aplanarse y girar finalmente en supinación.

Por lo que puede observarse, pies planos con el calcáneo en varus.

Cuando la planta es hipertónica, el arco no cede. El Genu-Valgo puede coexistir con una bóveda normal e incluso con un pie cavus. Pero de todas maneras, entraña distorsiones articulares que llegan a ser muy dolorosas con el transcurso de los años.

Como he dicho al principio, su etiología o causas, son numerosas, pero frecuentemente desiguales, siendo el raquitismo la más numerosa de las mismas.

En el Genu-Valgo raquítico y para asegurarnos de que ésta es la causa, buscamos los signos más importantes: Frente amplia, fontanela no cerrada después de los 18 meses, tórax estrecho en forma de quilla, rosario costal y alteraciones en las muñecas y rodillas. El abdomen es prominente y el raquis se flexiona en cifosis o escoliosis.

En la fase aguda del niño, éste no quiere permanecer de pie. El esqueleto todavía no está deformado, pero en varias semanas o en algunos meses, entra en la fase de deformaciones. La contracción muscular es suficiente para doblar un esqueleto maleable.

La acción de la gravedad, lleva las lesiones a su punto máximo y la radiografía nos muestra la extremidad diafisaria ensanchada en «techo de Pagoda» (fig. 3).

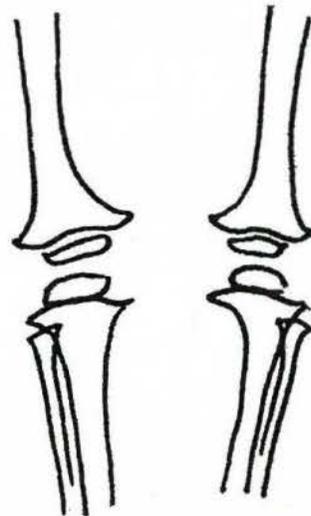


Fig. 3

Fitex-E

Onico-Fitex

Tratamiento local específico de las dermatomicosis y micosis de uña respectivamente.

Gran poder de penetración, acción prolongada e intermitente.

Modo de empleo _____ Pincelar las zonas afectadas 2 ó 3 veces al día y cada vez que se ponga en contacto con el agua.

Indicaciones _____ **Fitex-E**

- Pie de atleta
- Hiper-hidrosis
- Mal olor
- Enrojecimiento, picor
- Grietas interdigitales
- Maceración
- Onicomicosis
- Paroniquia
- Pie de atleta rebelde

Onico-Fitex

Precios _____ **Fitex-E**

Onico-Fitex

199,10 ptas. frasco de 60 c.c.

100,50 ptas. frasco de 30 c.c.

No precisan apósitos ni vendajes.

INFAR  **NATTERMANN**

Apartado 400 - Zaragoza Infanta Carlota, 84-88 Barcelona-15



En este estadio aparece el Genu-Valgo, en otros recurvatum o deformaciones complejas.

Hacia los 5 ó 6 años de edad, se entra en la fase de reparación, aparece una intensa osificación periférica y las incurvaciones se corrigen, pero casi siempre de una forma incompleta.

En esto hemos de distinguir dos formas de Genu-Valgo raquíutico:

1.ª El Genu-Valgo por hiperlaxitud articular, que se acompaña generalmente de recurvatum y pie plano. Se trata típicamente en los niños gordos, que caminan con las piernas separadas, lo cual abre la interlínea de las rodillas, esta deformación persiste mucho tiempo, mientras exista la hiperlaxitud.

2.ª El Genu-Valgo primitivamente óseo. Entonces, la lesión es femoral o tibial, o las dos a la vez. En este caso el borde interno del hueso se encuentra alargado.

Muchos Genu-Valgos de la primera infancia, curan con métodos simples o espontáneamente. Pero no podemos olvidarnos de hacer un tratamiento precoz y vigilar periódicamente al pequeño ya que esta teoría es falsa en la mayoría de los casos.

Además del tratamiento general con vitamina D, calcio, helioterapia, baños de agua salada, ultravioletas, etc., hemos de corregir su posición, primero con una cuña supinado-

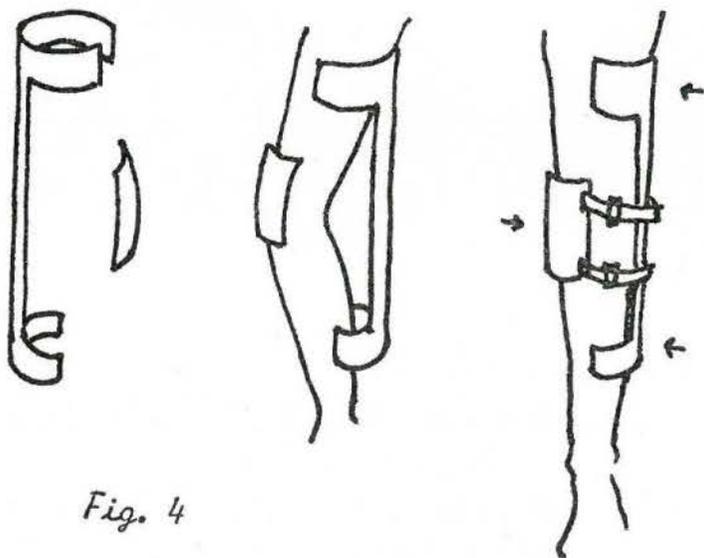
ra para el valgus del talón y otra anterior que representa un apoyo retrocapital, o mejor todavía, con una plantilla que nos mantenga el pie en una posición correcta.

Este tratamiento general se refiere a las horas que el niño está levantado; por la noche, le aplicaremos las férulas (fig. 4) con las cuales mantendremos la posición correcta de la pierna.

Como quiera que los niños permanecen en cama un período aproximado de diez horas diarias, si multiplicamos por 31 días que tiene cada mes, habremos tenido 310 horas una posición correcta, tiempo suficiente para evitar un desarrollo patológico músculo-ligamentoso y óseo, sin inhibir su crecimiento ni atrofiar su desarrollo (como se viene haciendo, con la aplicación de escayolados).

Durante este período de tiempo es recomendable y cada tres meses, hacerles una fotografía de sus extremidades inferiores, que nos irá demostrando su corrección pudiendo comparar la 1.ª con la última.

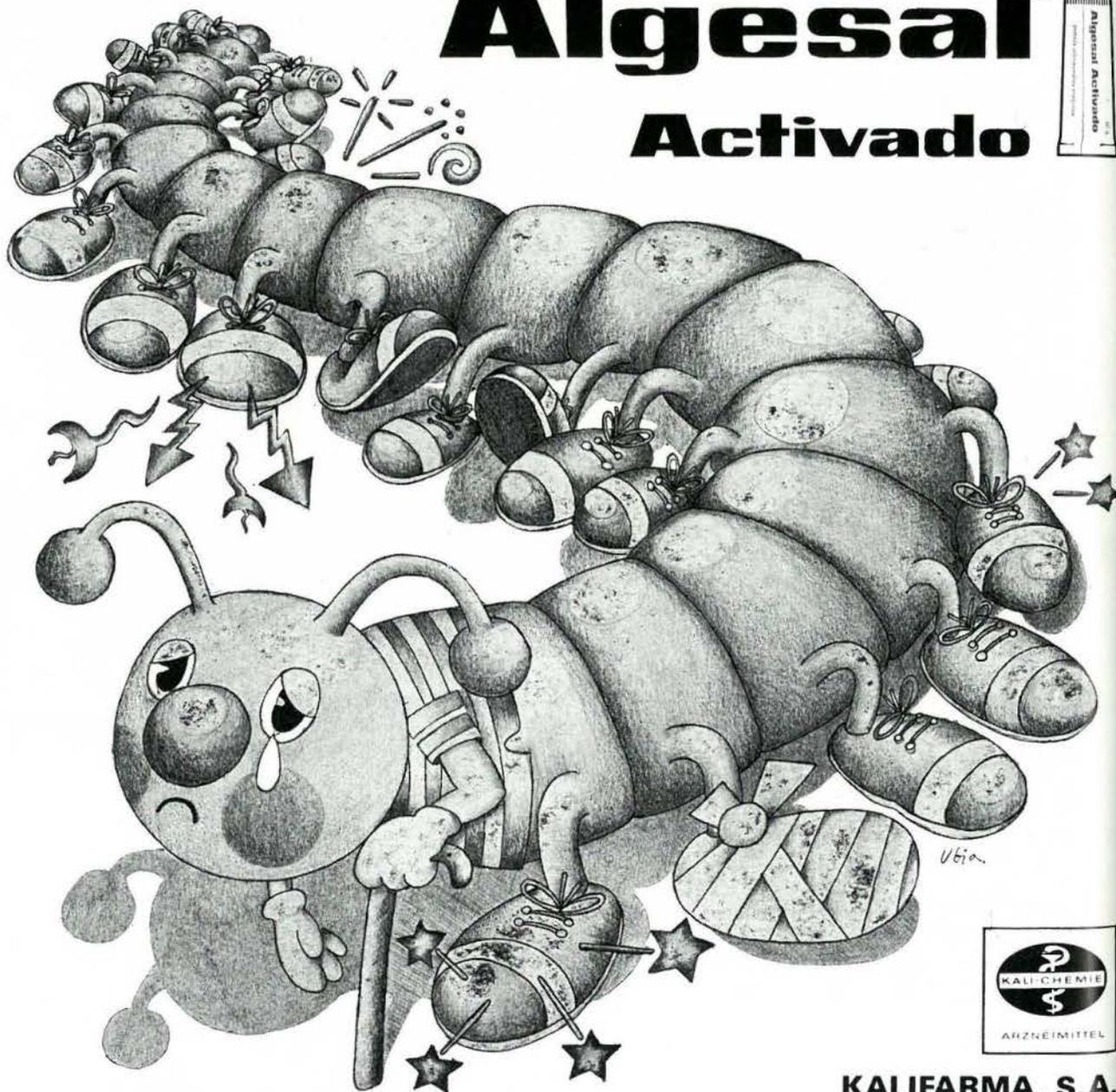
En mi archivo particular, dispongo de 120 casos tratados, controlados y con resultado positivo, los cuales están a disposición de cualquier compañero que quiera ampliar esta documentación, y que gustoso enviaré una fotocopia documental y fotográfica. Agradeciendo esta publicación, me consideraré muy satisfecho si ha tenido algún interés.



CUANDO APRIETA EL DOLOR...

Algesal®

Activado



KALIFARMA, S. A.



- Calma el dolor al instante, por su gran poder de penetración
 - Posee un olor agradable
 - No mancha ni engrasa
- Presentación y P.V.P.
Tubo con 50 grs. de pomada 94,90 ptas.

Notas históricas de la podología inglesa

Por W. Seeling († 1955).
Versión al español por
Fernando Muñoz Campos.
Podólogo (Málaga).

El espíritu emprendedor que siempre anima a quien como Mr. Seeling rindió culto a la perseverancia en la búsqueda de hechos relacionados con la podología en épocas pretéritas, es digno de los mejores elogios. El panegírico es simple, corto, si consideramos el empeño que supuso para él, tras vencer múltiples dificultades y no pocas indiferencias, aunar datos muy dispersos que evidenciaron hechos consecutivos, como asimismo, identificados con los grabados de la época. Este trascendental y valioso exponente, queda como legado de fiel testimonio histórico, para las generaciones presentes y futuras de la podología mundial.

Por mi parte, debo hacer constar mi especial agradecimiento a la señora viuda de Mr. Seeling, como así también a «The Society of Chiropodists» de Londres que con sus respectivos permisos, hicieron posible la versión al español y publicación de este trabajo.

A principios del siglo XVII, el callista (The corn cutter), no era más que un pobre hombre al que todos despreciaban, y el vocablo callista empleábase en sentido despectivo. Resulta significativo de que el diccionario Oxford, al dar ejemplos de dicho término, sólo encontraba su etimología en expresiones de carácter injurioso.

Se sabe, que los primeros callistas pregonaban sus servicios a semejanza de otros tantos mercaderes al ofrecer sus mercaderías, y era muy común verlos en las calles, plazas y sobre todo, en la feria de los pueblos. El autor teatral Ben Jonson, para dar mayor realismo al segundo acto de su obra «La Feria de San Bartolomé», hizo aparecer en escena al callista como típico personaje de feria con su característico pregón.

El público no sólo contaba con los servicios de estos humildes callistas, sino también con los de peluqueros o peluqueros-cirujanos, preferidos por la nobleza y la gente rica.

También existieron charlatanes públicos, que trataban de introducir sus remedios propios, cuyas propiedades decían poseer la virtud de curar casi todas las enfermedades. Como uno de tantos ejemplos, citamos el del profesor Jacobus Maximinus, de origen italiano quien en 1622 presentó The Famous Safonya, una piedra amarillenta que también poseía propiedades callicidas.

A fines del siglo XVII, la profesión de callista se transforma favorablemente, jerarquizándose su condición, en el sentido de que dejaron de ser simples pregoneros primero, para elevar su categoría después por la in-



...pregonaban sus servicios a semejanza de otros tantos mercaderes al ofrecer sus mercaderías...

fluencia de profesionales holandeses que, procedentes de su tierra, comenzaron a llegar a Inglaterra en la época del reinado de Guillermo III. Estos profesionales de la podología frecuentaban lugares públicos, tales como cafés y casas de baños, donde hacían su propia propaganda a través de largas peroratas, en las cuales, presentaban sus «remedios infalibles». Se calificaban a sí mismos, como las máximas autoridades en el arte de extirpar callos.

Dos de los más genuinos profesionales de este arte, fueron Thomas Smith y Thomas Shadells. Otro, también digno de mencionar, era el holandés John Hardman, quien atraía la atención pública al irrumpir en las calles londinenses con sus extemporáneos atavíos. Se decía que había tratado los pies del rey y que la nobleza le protegía. Sin embargo, en 1741 murió sumido en la mayor miseria. Este profesional fue uno de los más renombrados de la época.

A mediados del siglo XVIII aparece un curioso detalle del callista londinense en general, que se conserva en un grabado de Funney que muestra a un señor elegantemente vestido a la usanza que, al usar lentes y estar tocado con peluca, daba la impresión inequívoca de ser una relevante figura profesional. Cabe señalar, que la ima

ginativa de los dibujantes de la época, expresaban gráficamente la práctica podológica, en las formas más dispares, pues mientras unos le daban sentido formal, otros empleaban la sátira.



...el holandés John Hardman quien atraía la atención pública al irrumpir en las calles londinenses con sus extemporáneos atavíos...

Durante la segunda mitad de dicho siglo, la podología escaló ventajosas posiciones, abriendo nuevas perspectivas. Los callistas desechan la propaganda engañosa, desaparecen de las calles y adoptan una condición más efectiva. Es la primera vez que los ejercentes de la podología actúan con sensatez, eliminando todo lo que evidenciara improvisación y haciendo que su personalidad, resaltara a través de tarjetas impresas con sus nombres y domicilios donde actuaban. Los pacientes que frecuentaban estos lugares, los encontraban lo suficientemente con-

fortables para poder estimar el nivel social de estos profesionales.

Pero como es lógico suponer, no todos adoptaron la misma posición y por tanto, siguieron existiendo los seudocallistas y otros advenedizos charlatanes. Por esta razón, fueron menos los que sobresalieron para dignificar la especialidad. Entre ellos merecen citarse: Cordery, Guthery, D. Low, Thomas Serjeant, doctor Wolff en Londres, Abraham Durlacher en Bath, Heyman Lion en Edimburgh. Aunque parezca reducido el número de estos profesionales, cuarenta años después, lo eran



...grabado de Funney que muestra a un señor elegantemente vestido a la usanza que, al usar lentes y estar tocado con peluca...

Sudermín

Crema

ANHIDROTICA ANTIFUNGICA

Presentación:

Tubo de 30 grs. - P. V. P. 118'05 Ptas.

Composición por 1 gr.

| | |
|---|--------------|
| Nistatina | 100.000 U.I. |
| Acido salicílico | 0,02 gr. |
| Clorhidrato de aluminio (solución 50°/o). | 0,25 gr. |
| Excipiente crema c.s.p. | 1,0 gr. |

Propiedades

La crema SUDERMIN tiene una acción anhidrótica desodorante y antifúngica.

Indicaciones

Hiperhidrosis.
Bromhidrosis.
Pie de atleta.
Pies irritados, sudor y fétidos.
Micosis y Candidiasis.
Intértrigos.

**Laboratorios
INTERPHARMA
sa**



...mientras unos le daban sentido formal,
 otros empleaban la sátira...

aún más, ya que una guía londinense registraba la existencia de uno sólo.

Aún cuando la podología distaba mucho de reconocerse como profesión formal y de darle el lugar social que debía corresponderle,

aquellos escasos podólogos, tras sus propios esfuerzos, supieron jerarquizar su condición como tales y gozaron de la reputación que merecían. Su empeño y suficiencia profesional hicieron de sus hijos dignos su-



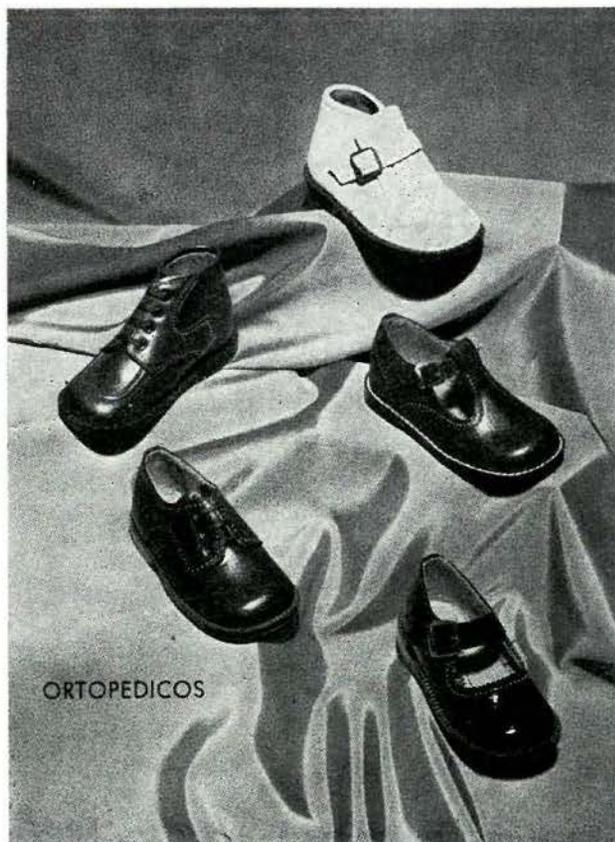
OPERATOR on the TEETH & CORNS,

16.

Butcher Row, Cannon Street, London.

His reputation for the eradication & entire cure of Corns has for many years past been so well known to the public at large as renders all Encomiums quite unnecessary.

El doctor Wolff indica en su tarjeta que asiste muelas y callos...



**calidad,
comodidad y
materiales
adecuados**

**Todos los modelos
tienen su importancia y
han sido estudiados
para colaborar en los
tratamientos de los
señores Podólogos y
ajustándose a sus
prescripciones**

Mendivil
ESPECIALIDAD EN ORTOPEDICOS



RAMON SAEZ GARCIA

AGUAOR, JOSE MENOR HERNANDEZ, S/N
TELEFONO 801377 - PREFIJO 965
VILLENNA (ALICANTE)

cesores. Así llegamos a una nueva generación, en la que encontramos a Abraham Durlacher, hijo del famoso Lewis Durlacher (1792-1864), callista-cirujano cuyo ejercicio se extendió en forma sucesiva a tres soberanos ingleses. Era autor de uno de los mejores libros que sobre la especialidad se habían escrito.

En una guía de Edinburgh aparece Heyman Lion como podólogo y más tarde Robert Lion. Asimismo, el doctor T. Wolff, fundador de la firma «Wolf e hijo», quienes prosperaron en un local de la calle Leadenhall durante muchos años. Cordery dejó sus experiencias

y procedimientos técnicos a su hija, que se reveló como una de las mejores podólogos de Londres. Ella asistía los pies de Charles Dickens y éste la inmortalizó como miss Mowcher en su obra «David Copperfiel».

Otro rasgo interesante del siglo XVIII era que algunos podólogos ejercieron también la actividad odontológica. El doctor Wolff indica en su tarjeta que asiste muelas y callos. Abraham Durlacher aparece en las guías de Bath en calidad de cirujano-dentista y callista. La guía de Edinburgh, registra a Lion como dentista y callista. Es de señalar, que estas combinaciones profesionales existieron

CHIROPODOLOGIA
OR, A
SCIENTIFIC ENQUIRY
INTO THE CAUSES OF
CORNS, WARTS, ONIONS, and
other painful or offensive **CUTANEOUS**
EXCRESCENCES :
WITH
A Detail of the most successful **METHODS** of
removing all Deformities of the **NAILS**, and
of preserving, or restoring, to the **FEET** and
HANDS their natural Soundness and Beauty.

THE WHOLE
Founded on the approved Doctrines of the first Medical
and Chirurgical **AUTHORS**, and systematically
confirmed by the Practice and Experience of
D. L O W, CHIROPODIST.

— Si tibi vera videntur,
Dede manus : aut, si falsa est, accingere contra.
LUCRET. LB. 2.

L O N D O N :
Printed by J. ROZEL, No. 91, Wardour-Street, Soho
SOLD BY 30
THE AUTHOR, No. 10, Berkeley-Square,
T. HOOKMAN, New Bond-Street; T. DAVIS, R.
Street, Covent-Garden; SCATCHERD & WHITAKE,
Ave-Maria Lane; and W. RICHARDSON, Cornhill.

El primer libro en inglés sobre la especialidad lo hizo publicar D. Low...



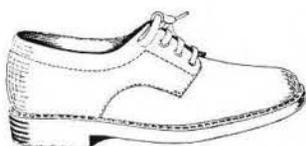
no basta

con que haga usted la mejor plantilla,
la más adecuada a cada caso...



ADEMAS ha de cerciorarse de que el paciente la use en un calzado que ayude su benéfica acción:

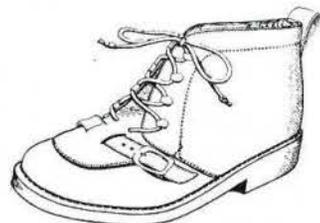
SOLIDEZ: con la máxima garantía de INDEFORMABILIDAD.



EQUILIBRIO: que garantice los correctos contactos (pie-suela y suela piso)

ESTRUCTURA: Firme y estática en sus dos tercios traseros (buena corrección) y flexible en el tercio delantero (fácil deambulación).

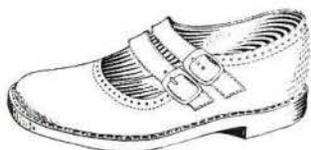
SUJECION: en posición correcta del retropié (empeine y talón)



ESPACIO: que deje holgura para el crecimiento y libre moción de los dedos.

MATERIALES: con suficiente porosidad y poder de absorción.

PIEDRO reposa sobre un excelente equipo técnico y científico internacional que le garantizan el mejor calzado posible en los materiales nobles de más alta calidad.



Si no encuentra **PIEDRO** cerca de su Consulta, díganoslo, por favor.



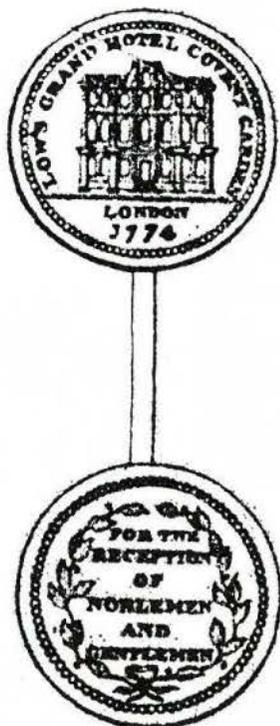
Delegado en ESPAÑA de **PIEDRO INTERNACIONAL**

J. L. VILA-PLANA - Conde Borrell, 211 - Prta. 33 - T. 93/239 53 06 - BARCELONA-15

en Francia y Alemania, de modo que no era de extrañar se extendiese a Inglaterra.

En las postrimerías del siglo XVIII se conoció también el comienzo de la literatura podológica y le cupo este honor a los propios podólogos, que aún siendo noveles en materia literaria, demostraron gran nivel cultural y experiencia profesional.

El primer libro en inglés sobre la especialidad lo hizo publicar D. Low. Pero parece ser que tras la relación de ciertos antecedentes que concurren en los distintos medios de vida de D. Low, entre los que se cuentan el haber sido propietario del llamado «Gran Hotel» en Covent Garden según se desprende de las medallas que con fines publicitarios hizo acuñar ex-profeso, se llegó a la conclusión de que «Chiropodología», que era el libro en cuestión, resultó ser un plagio del libro de Laforest, «L'Art de soigner les Pieds». Dicho autor estaba calificado como cirujano-callista y contó entre sus pacientes a Luis XVI. Su libro alcanzó un éxito internacional definitivo. La primera edición se publicó en 1781 en París, donde una segunda edición corregida y aumentada, apare-



...según se desprende de las medallas que con fines publicitarios hizo acuñar ex profeso...

L'ART
DE
SOIGNER LES PIEDS,
CONTENANT

Un Traité sur les Cors, Verrues,
Durillons, Oignons, Engelures,
les accidens des Ongles & leur
difformité;

PRÉSENTÉ AU ROI,

Par M. LAFOREST, Chirurgien-Pédicure de
Sa Majesté & de la Famille Royale.



A PARIS,

l'Anteur, rue Croix des Petits-Champs;
Et se trouve à LIÈGE,
Chez F. J. DESOER, Imprimeur-Libraire, sur le
Pont-d'Isle.

M. DCC. LXXXI.

AVEC APPROBATION ET PERMISSION.

...resultó ser un plagio del libro de Laforest, «L'Art de soigner les Pieds».

ció en 1782. En 1785 se publicaron otras ediciones en francés, alemán (Leipzig 1782) y danés (Copenhague, 1785). De modo que a D. Low no le valió su artimaña y considerado como plagiaro, no mereció los honores de representar el comienzo de la literatura podológica inglesa.

Otro libro de gran éxito aparecido en Edinburg en 1802 fue «An entire, new and original work: being a Complete Treatise upon Spinae Pedum» y cuyo autor, Heyman Lion, colmó sus inquietudes profesionales hasta llegar a comprender la necesidad de prepararse en medicina y cirugía, por cuya razón ingresó en la Universidad de Edinburg. Con ello, es posible que aspirara a un diploma que testimoniase su capacitación y le habilitara con dignidad facultativa a ejercer la profesión. En este aspecto, parece como si Heyman Lion hubiera profetizado que el estudio de la materia podológica habría de ser a nivel universitario, como en realidad, es la disciplina que vienen alcanzando los competentes podólogos del siglo XX.

BIBLIOGRAFIA E ICONOGRAFIA:

Revista «The Chiropodist», vol. 8, núm. 11, págs. 381-385. 1953.

ESSAVENON[®] GEL



Tratamiento local de los trastornos de la
circulación de retorno.

Indicaciones

- Piernas y pies cansados, hinchados ●
- Tobillos hinchados ●
- Adaptación de plantillas ●
- Hematomas, contusiones ●
- Calambres, hormigueos ●

Modo de empleo

Aplicar 2 ó 3 veces al día Essavenon Gel en
sentido ascendente.

**Inmediata absorción, gran efecto refrescante
no mancha, no irrita y no necesita vendajes.**

Presentación

Tubo 40 g.

Precio

93,40 ptas.



INFAR  **NATTERMANN**

Apartado 400 - Zaragoza
Infanta Carlota, 84-88
Barcelona-15

Curso en la Escuela de Podiatría de Filadelfia

DIAS 13 AL 23 DE JUNIO

Una vez ultimados todos los detalles referentes al viaje que la Agrupación de Podólogos de España tiene programado a EE. UU., nos es grato comunicarte un avance de programa del mismo, con indicación de fechas e itinerario al respecto.

Todos sabemos que hace tiempo se estaba preparando este viaje por tierras americanas, pero las gestiones han sido largas y laboriosas, hasta que por fin se ha conseguido el objetivo: un curso especialmente programado para nosotros, en nuestro idioma mediante el sistema de traducción simultánea, en el cual veremos cómo se desenvuelven nuestros colegas americanos, de qué medios disponen, qué materiales y métodos emplean, cómo hacen la cirugía menor del pie, concretamente dedos en martillo, espón de calcáneo, hallux valgus, etc.

Es una ocasión que se nos presenta y que no debemos desaprovechar, por eso te esperamos a ti, compañero, que tienes ansias de superarte y conocer nuevas técnicas, de emanciparte en tu profesión.

Como ya habrás recibido por correo aparte, a pesar de tratarse de un viaje de diez días de duración, de los cuales cuatro se dedican al cursillo y el resto para desplazamientos y conocer las ciudades de Washington y New York, su precio no es exhaustivo, ofreciendo además la modalidad de poderse efectuar en mensualidades con lo que el problema económico puede verse notablemente facilitado.

La programación del viaje se ha hecho como sigue:

Día 13 de Junio (viernes)

Salida de Madrid en vuelo regular con la compañía Iberia, vía Nueva York, donde se enlazará con una línea de aviación americana para trasladarnos a la ciudad de Washington, donde llegaremos el mismo viernes día 13. Alojamiento en hotel.

Día 14-15 de Junio (sábado, domingo)

Estancia en Washington con visita a la ciudad: Casa Blanca; monumento a Lincoln; Capitolio; Obelisco a George Washington; etc. El día 15 por la noche, salida hacia la ciudad de Filadelfia.

Día 16 al 19 de Junio

(lunes, martes, miércoles, jueves)

Estancia en la Escuela de Podiatría para asistir al Curso programado.

El día 19 por la noche, salida en dirección a Nueva York. Llegada y traslado al hotel.

Día 20-22 de junio (viernes, sábado, domingo)

Estancia en Nueva York. Días libres. Por la noche del día 22, salida del aeropuerto de Nueva York con destino a España y llegada a Madrid el lunes día 23. Fin de viaje.

Esperamos sabrás darte cuenta de lo que significa para la Podología, y para nosotros profesionalmente el poder asistir a un curso de tal magnitud, que ha de tener honda repercusión en nuestra labor cotidiana, al mismo tiempo que dejaremos a la Especialidad en un buen lugar, pues nuestros colegas americanos son hoy día los mejor preparados del mundo, y nosotros, como buenos profesionales, vamos a verlos en su ambiente para sacar un provecho máximo, y recordar al mismo tiempo siempre con alegría ese viaje maravilloso que nos tiene organizado nuestra Agrupación Nacional.

SERRA - FARGAS

BARCELONA — Plaza Castilla, 3

MADRID — San Bernardo, 74

«EQUIPOS — SILLONES — TABURETES»

SWAN NORTON: Bisturís, mangos y hojas.

AESULAP: Esterilizadores, hojas bisturí, mangos bisturí, instrumentos, alicates, etc.

MICROMOTORES: De importación.

PODOMETROS; MOBILIARIO; MOTORES COLGANTES; ESTERILIZADORES ULTRAVIOLETAS; FRECUENCIA VIBRADORES; BISTURIS ELECTRICOS; CAUTERIOS; PIEZAS DE MANO; SILICOSIS; PULIDORAS; FRESAS; MESAS ASPIRADORAS.

AMPLIO STOCK DE MATERIALES PARA PODOLOGIA.

CONSULTE CONDICIONES ESPECIALES.

FACULTAD DE MEDICINA DE BARCELONA

ESCUELA DE PODOLOGOS

Curso de Perfeccionamiento

Durante los días 27 y 28 de febrero, y 1 y 2 de marzo ha tenido efecto un curso de perfeccionamiento en la Escuela de Podólogos de Barcelona, a cargo de los colegas franceses Mr. Emonet y Mr. Doutaut, y los españoles Sr. E. Rodríguez Valverde y Sr. J. Solé Cuch.

El objetivo de este curso, «Pequeña Prótesis ortoplástica» y «Plantillas correctoras», ha quedado sobradamente cubierto dada la maestría y nivel profesional de los conferenciantes, que con una ordenación magistral han puesto su amplio bagaje de experiencias a disposición de los cursillistas.

Como novedad se pueden señalar los temas de los colegas franceses, que con una visión nueva de la prótesis, totalmente distinta a la que comúnmente se practica en España, por lo menos en cuanto a su confección se refiere, nos han demostrado no sólo cómo trabajan, con unos tornos de mango flexible que les permiten hacer la prótesis en un taller reducido y sin ruidos ni polvo, sino también cómo con plantillas sin arco longitudinal tratan con éxito los problemas podológicos de sus pacientes.

Creemos pues, que un cursillo en el que se han visto dos técnicas distintas de trabajo, dos visiones diferentes de la correc-

ción del pie, expuestas por unos hombres científicamente bien preparados y que se han vaciado totalmente en los cursillistas, ha tenido un aliciente capaz de despertar ese gusanillo de la investigación, de buscar el porqué de las cosas, que nos puede llevar a una forma nueva y revolucionaria en nuestro sistema de trabajo, siempre en busca de una Podología mejor.

El programa desarrollado ha sido el siguiente:

Día 27 febrero a las 9 h. Sr. E. Rodríguez Valverde. 16 h. Sr. J. Solé Cuch.

Día 28 febrero 9 h. Sr. J. Solé Cuch. 16 h. Sr. E. Rodríguez Valverde.

Día 1 marzo a las 9 h. Mr. J. L. Emonet. 16 h. Mr. B. Doutaut.

Día 2 marzo a las 9 h. Mesa redonda.

El día 2, domingo, a las 9 horas se inició la discusión de los distintos puntos de vista y conclusiones que de este cursillo se habían obtenido, alargándose el coloquio durante horas en una atmósfera de gran interés.

constantino velasco laínz

y

BERKEMANN

*en
colaboracion*

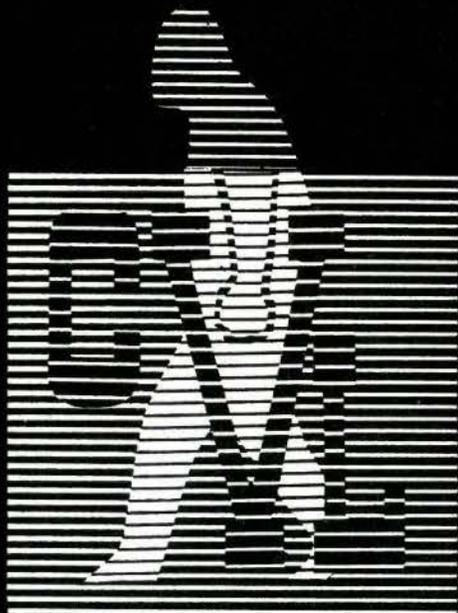
*con
la revista española de*

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. Glmo.)
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.

Exploración vascular podológica

(Continuación Revista Podología N.º 43)

La gangrena seca, una flictema vacía puede recordarnos a la uña incarnada, a veces se pueden ver pequeñas manchas azules o de color vinoso, son las precursoras de la gangrena. Apareciendo después en los tegumentos una coloración blancoamarillenta, luego rosácea y más tarde negra. La piel está retraída, dura e insensible, los dedos inmóviles y el enfermo acusa dolores de intensidad variable. Pueden aparecer unas flictenas de color rosáceo que se rompen y constituyen la gangrena húmeda. Hay que seguir atentamente la evolución de la gangrena, que puede limitarse a uno o dos dedos, pero también puede extenderse al dorso del pie o por todo un tegumento del miembro. En las gangrenas masivas la reabsorción de los productos de necrosis, constituye un estado alarmante de intoxicación, con temperatura de 40° C, lengua seca, pulso rápido y pequeño. La muerte sobreviene a veces con un cuadro de Hiperazoemia.

Las formas clínicas son la juvenil o senil. Tenemos otras variedades como son: la sifilítica, diabética, por secuelas de congelaciones, infecciones agudas, etc., etc.

Tratamiento: Tenemos también dos clases de tratamiento, médico y quirúrgico.

Médico: Las reglas de higiene y dietética son fundamentales, supresión del tabaco, uso de calzados suaves y atraumáticos, corte de

uñas correcto, si hubiere tratar las micosis; la extirpación de hiperqueratosis se efectuará con gran asepsia y se indicará al paciente que camine sin llegar a cansarse con el fin de que no llegue el dolor de la claudicación

Los vasodilatadores han sido el único tratamiento durante mucho tiempo, pero como todos sabemos se corre el peligro de provocar accidentes.

El oxígeno intrarterial, tiene la propiedad de producir vasodilatación suficiente, intensa y duradera, la administración del oxígeno se efectuará en espacios de 8 a 15 días. Actualmente los grandes especialistas, se inclinan por los medicamentos que modifican el metabolismo tisular.

Quirúrgico: La suprarrenalectomía propuesta por Oppel. La esplancnicetomía. La simpatectomía perifemoral y la arteriectomía. La simpatectomía lumbar. Las intervenciones reparadoras. Las amputaciones, etc., etc.

Trastornos de la circulación de retorno

Varices. — La etiología varicosa es muy numerosa, herencia, obstáculo sobre la vía de retorno, infección, intoxicación, trastornos endocrinos, malformaciones, etc.

Con simple inspección y palpación haremos un diagnóstico de varices.

Mediante la exploración veremos la sensación de pesadez en la posición de pie, edema vespertino, y la mejoría de los trastornos con el reposo y la marcha.

Los flebólogos distinguen numerosas formas, cosa que no vamos a citar ya que no son de nuestro interés. Lo que sí vamos a recordar son las complicaciones más frecuentes de las varices: Edema, primeramente blando, vespertino y en declive, que incluso puede llegar a la elefantiasis. La induración de las placas ovas, a menudo pigmentadas. El eczema varicoso que reviste un sin fin de tipos. Ulceras de la pierna (que las estudiaremos en otro lugar).

Tratamiento: Será quirúrgico o esclerosante. Dentro del tratamiento médico haremos el vendaje elástico, vitamina P y las curas termales, ni qué decir tiene sobre lo dicho la higiene y la marcha. Con este tratamiento se corrigen los trastornos estáticos y eventuales. Las curas termales están indicadas bastante a menudo.

Angiomas de pie. — Se trata de verdaderas esponjas venosas, que ocupan generalmente la planta del pie, pero que pueden encontrarse también en el dorso. El examen demuestra que este pie, distendido por las varices es de hecho más corto que el sano. La radiografía nos confirma el acortamiento y su importante descalcificación. Los angiomas son causa frecuente de fracturas espontáneas de metatarsianos.

Tratamiento: Consiste en la resección tan completa como sea posible de todos los tejidos invadidos por las venas angiomasos.

Úlceras de pierna. — Se hacen más dolorosas y rebeldes a nivel de pie, que en el punto de elección supramaleolar o perimaleolar. Para los dermatólogos son debidas a capilaritis. Para los flebólogos por una insuficiencia venosa crónica. Tournay cree que la mayoría de los casos son de origen postflibítico.

Las úlceras varicosas pueden sufrir una degeneración maligna.

Tratamiento: El tratamiento local generalmente da buenos resultados, y entre otros se preconizan desde el óxido de zinc a la hormona trófica del páncreas, pasando por las escisiones periulcerosas.

En mi estudio con 18 pacientes, y aunque no me gusta mencionar nombres comerciales, lo que mejores resultados me ha dado ha sido el «Pantomen» para el tratamiento local, es una pomada cicatrizante con el 3 % de pantotenato de mentilo.

Trastornos de la circulación linfática

Se manifiestan generalmente por alteraciones del retorno de la circulación linfática. En los casos avanzados se ve un gran edema que se conoce con el nombre de elefantiasis. A veces el linfedema primario, es de tipo congénito que aparece en la infancia y evoluciona al paso de los años. Se trata pues de aplasia de los vasos linfáticos o de una insuficiencia de los mismos.

Con más frecuencia, el linfedema es debido a infecciones de tipo micótico o tipo tuberculoso.

El linfedema comparado con el edema venoso, es más duro y se reduce con mucha más dificultad por el decúbito y a veces comprende toda la extremidad. No se observan varices y la piel no está pigmentada como en los trastornos venosos. Al ser un edema permanente y prácticamente no reducirse con el descanso nocturno, existen surcos en la garganta del pie y en la parte dorsal del nacimiento de los dedos.

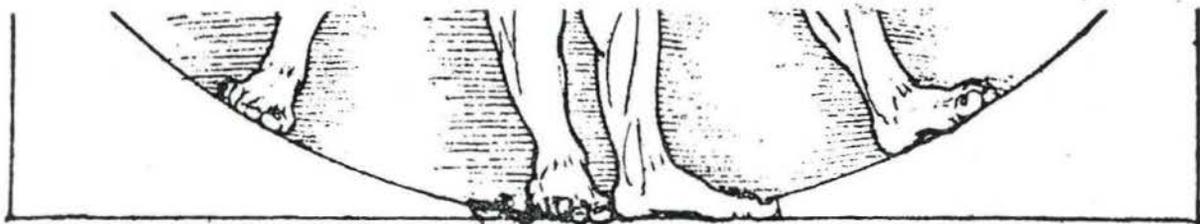
Con estos enfermos para cualquier intervención por pequeña que sea la haremos con la más rigurosa asepsia, por la infección fácil y rápida difusión.

El enfermo se verá obligado a guardar reposo durante largo tiempo y a tratamiento intenso de antibióticos.

Sin más, agradezco la atención prestada, dándome por muy satisfecho, si he conseguido recordar algunas cosas, que quizás estaban un poco olvidadas.







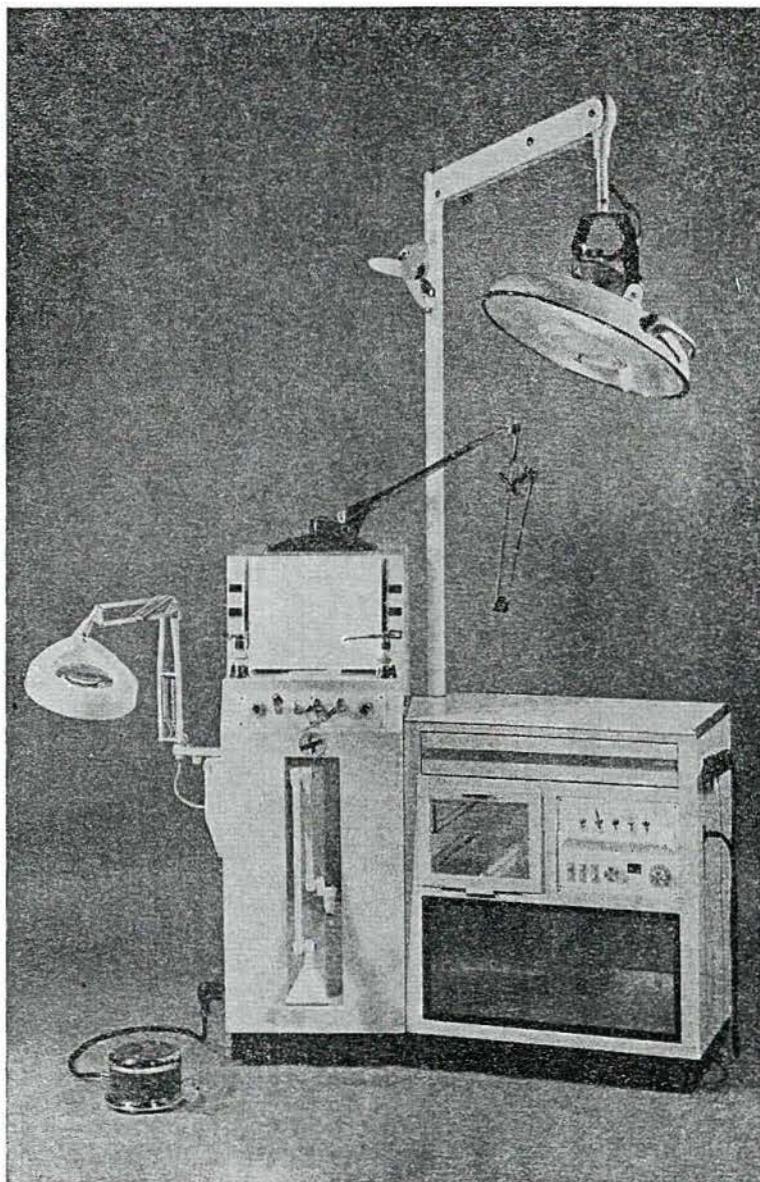
Handwritten text in a cursive script, possibly a medical or scientific manuscript, with some lines underlined. The text is arranged in several lines across the page.



REVISTA ESPAÑOLA DE

PODOLOGIA

A.P.E. Mayo-Junio
n.º 45 1975



**CALIDAD EN NUESTROS MATERIALES
COMODIDAD EN SU TRABAJO
LARGA EXPERIENCIA,**

TODO ESTO LE OFRECEMOS CON NUESTRO ULTIMO MODELO

«CONSUL SUPER NOVO»

CONSULTE SIN COMPROMISO A TALLERES CONSUL

Aurora, 12

BARCELONA-1

Teléf. 241 72 75

REVISTA ESPAÑOLA DE **PODOLOGIA**

ORGANO DE LA AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

A. P. E.

Redacción:

Diputación, 118, 2.º, Pral, 2.ª, Barcelona (15)

Director:

Leonardo Escachs Clariana

Sub-director:

Pablo Vilató Ruiz

Redactor jefe:

Martín Rueda Sánchez

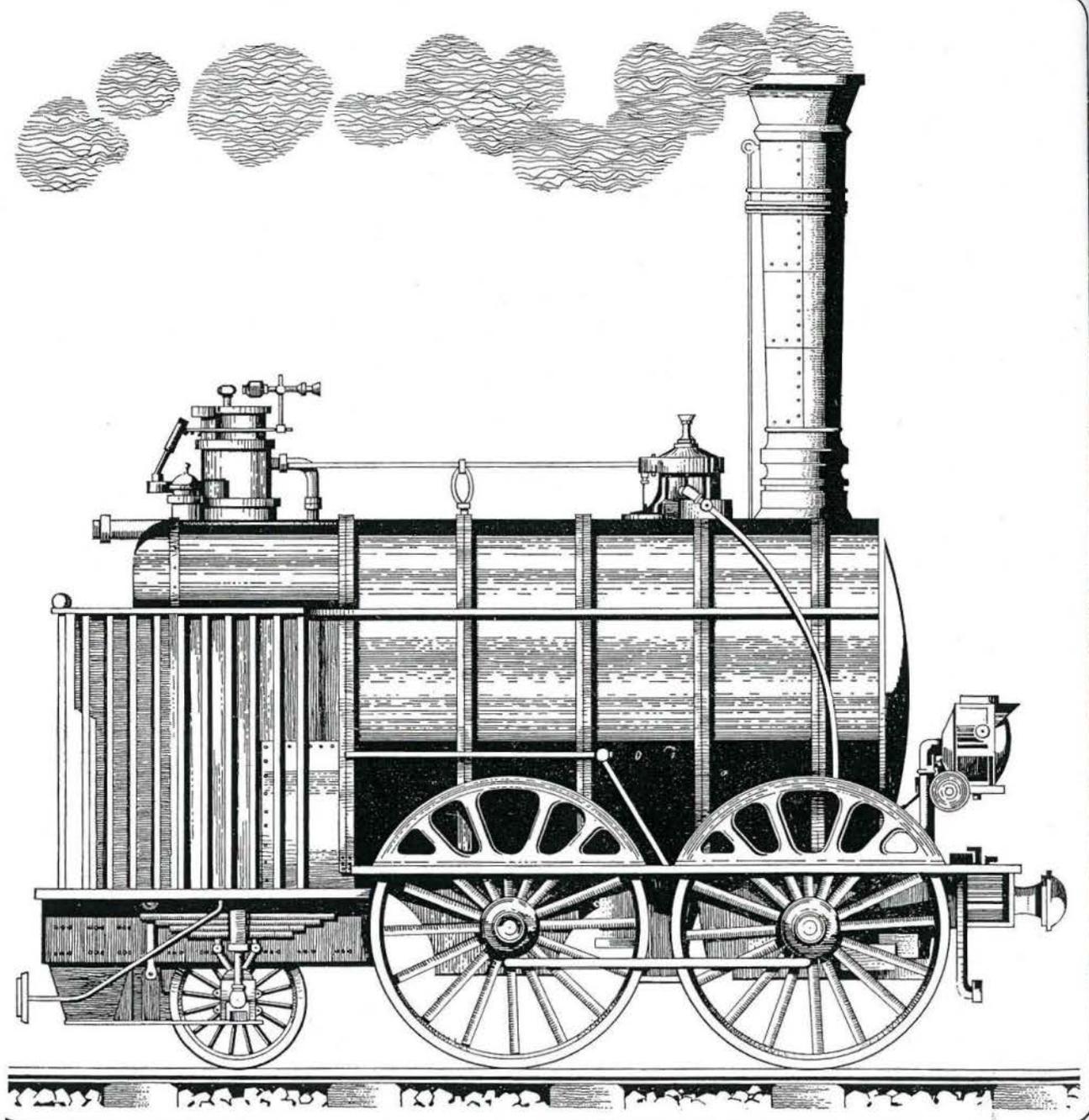
Administración:

Manuel Gavin Barceló

GRAFICAS RENACIMIENTO - Depósito Legal B-22.991 - 1975

SUMARIO

-
- 3 Junta de Gobierno
-
- 5 Editorial
-
- 7 Uña incarnada
-
- 11 Osteonecrosis del astrágalo
-
- 15 Paresia del peroneo lateral largo
-
- 19 Mientras el cuerpo aguante
-
- 25 VIII Congreso Nacional de Podología
-
- 29 VIII Congreso Mundial de Podología
-
- 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. resp.)

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.º BAEZ BASAURI | Bilbao |
| Vocal nato | D. JAIME SALA PICH | Barcelona |
| Vocal | D. ANTONIO GUTIERREZ VELASCO | Málaga |
| Vocal | D. JOSE OLCINA MORALES | Alicante |

DELEGADOS DE ZONA

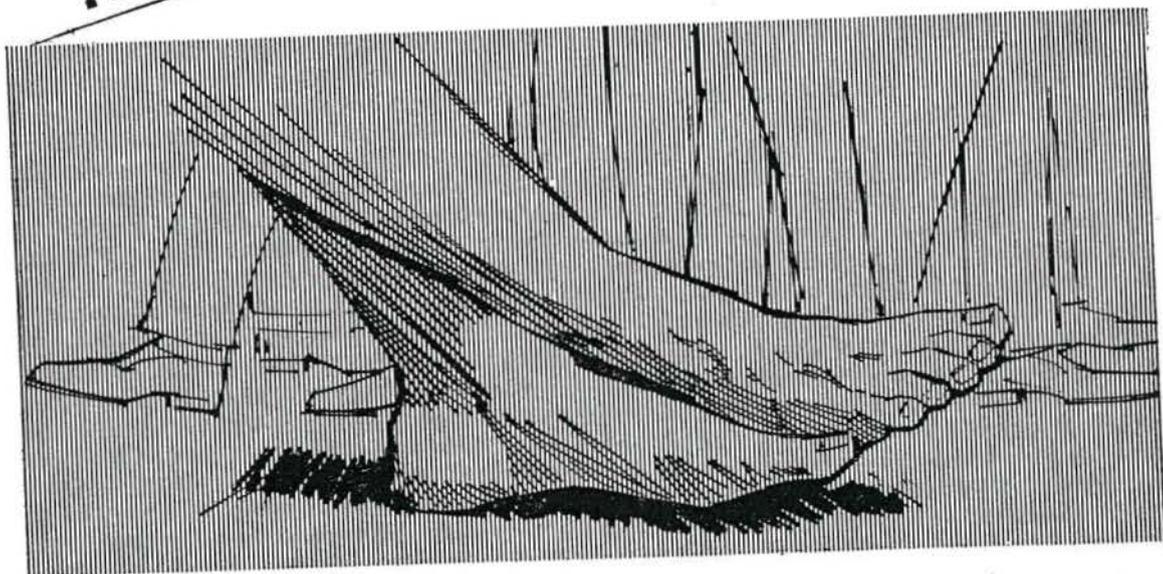
- D. José M.º Bález Basauri, Mayor, 27, 6.º. Las Arenas. BILBAO.
- D. José Luis Inchaurredo, Paseo de Colón, 65. IRUN.
- D. Juan Vidán Torres, Preguntoiro, 10. SANTIAGO DE COMPOSTELA.
- D. Antonio Bález Prieto, Alcalá, 313. MADRID.
- D. José Antonio Calvo García, Coso, 77, 5.º. ZARAGOZA.
- D. Jaime Sala 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.
- D. Antonio Gutiérrez Velasco, Plaza de las Flores, Edificio Jazmín, 1.º. MALAGA.

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.
- BADAJOS: D. José Villafaina de la Cruz.
- BARCELONA: D. Jaime Sala Pich.
- BILBAO: D. Juan M. Bález Gutiérrez
- BURGOS: D. Elías Hernando Tamayo.
- CACERES: D. Timoteo Fernández
- CADIZ: D. Manuel Albala Valle.
- CASTELLON: D. José Aguilar Beltrán.
- CIUDAD REAL: D. Luis Barba Vázquez.
- CORDOBA: Máximo González Jurado.
- GERONA: D. José M.º Boch Doménech.

- GRANADA: D. Manuel Ruiz Morales.
- GUADALAJARA: Sin Delegado Provincial.
- HUELVA: Jesús Tocino Vizcaíno.
- HUESCA: Sin Delegado Provincial.
- JAEN: Víctor Nieto Molina (accidental).
- 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: Sebastián Tenés Iturriza.
- STA. CRUZ DE TENERIFE: D. Armenio Méndez.
- SEGOVIA: D. Francisco García.
- SEVILLA: José Cañero Ramos (accidental).
- SORIA: Sin Delegado Provincial.
- TARRAGONA: D. Miguel Manzano Hernández
- 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 CERAFARM, S.A.

Barcelona-6, Cristóbal Bordiú, 35 - Tel. 254 64 44 - Madrid-3, Pérez Galdós, 95 - Tel. 263898 - Valencia-8.

EDITORIAL

En estas fechas que los días largos y soleados empiezan a bañar nuestra geografía y nos vemos poco a poco invadidos por el turismo que acude a nuestras costas para gozar de ese sol espléndido que nos irradia, nosotros nos apresuramos a hacer las maletas, a programar nuestras vacaciones y a compaginar nuestro trabajo de forma que nos permita el doble desplazamiento que muchos tendremos este verano-75: EE.UU. y Granada.

En Granada seguro habrá una asistencia masiva, dado el tema del Congreso y el escenario elegido, esa catedral de arte que guarda en sus entrañas las mejores obras de la arquitectura musulmana. Nos consta que ya es elevado el número de colegas dispuestos a darnos cita en la ciudad de la Alhambra, así como también que los organizadores de este Congreso están trabajando activamente para aunar los actos científicos a una serie de actos recreativos de los que dejan imperecedero recuerdo a quienes los viven. Es pues un deber de todos el procurar estar presentes, para agradecer y felicitar con el ca-

riñoso calor de la amistad, ese tremendo esfuerzo que la Comisión Organizadora está llevando a cabo.

Igualmente, según las informaciones oficiales recibidas en esta Redacción, sabemos que el número de compañeros que viajarán a Filadelfia es superior a los sesenta, lo que ya representa un éxito de este viaje que patrocina la Agrupación de Podólogos de España, que ha sabido encarrilar y aprovechar ese afán de superación que nos caracteriza ofreciéndonos la oportunidad de conocer cómo trabajan y de qué medios disponen nuestros colegas americanos.

Muchos son los detalles a ultimar, antes de emprender el camino. Por tanto son días de nervios y agobio que nos obligarán a un sobreesfuerzo, pero que después tendrán una doble recompensación cuando al volver, cargados de apuntes, grabaciones, fotos y un sinfín de ideas, nos sentemos de nuevo delante de ese paciente que nos pregunta qué tal se nos dio el viaje y qué nuevas soluciones hemos encontrado para su problema.

Esto nos da una satisfacción y una seguridad en nosotros mismos, a la vez que despierta la admiración hacia nuestro trabajo por parte de esas personas que ya no ven en su podólogo a un profesional rutinario, sino a un hombre que tiene inquietudes, que se preocupa por superarse y ofrecer siempre algo mejor, aunque para ello tenga que vencer dificultades y hacer grandes dispendios, como es el sufragar los gastos del viaje y el dejar de ingresar esa cantidad que representa la compensación económica de unos días de consulta. Además, al aumentar nuestro bagaje de experiencias, incluyendo en él una visión nueva de la Podología con una meta a nuestro alcance, también otras ramas de la medicina contarán en lo sucesivo con un profesional en el cual pueden confiar, y así, cuando nos envíen a un paciente lo harán con la seguridad de que vamos a dejarlos en buen lugar solucionando el problema, si

podológicamente es posible, no defraudando jamás esa confianza que han depositado en nuestras manos.

Este es el camino a seguir, la trayectoria ascendente de la Podología, la proyección de nuestras aspiraciones, y el deseo de todos por un bien para el enfermo, para la ciencia y para el Podólogo, ese hombre que se ha ido superando porque quiere a su profesión no tal como es, sino elevada a su máximo exponente, siguiendo el paralelismo con otras ramas de la medicina y con las exigencias de una sociedad moderna con todas sus ventajas e inconvenientes, fruto de la que hemos salido, y con la que hemos de vencer todos los obstáculos que se nos presenten, siempre con el orgullo de poder decir que jamás hemos perdido una batalla, que siempre hemos "arrimado el hombro" y seguiremos haciéndolo cuando las circunstancias lo requieran.



REF. B-C

'' HOSCH ''

PIEZAS DE MANO ESPECIALES PARA INTERVENCIONES EN HIPERQUERATOSIS Y UÑAS

Como herramientas especiales y muy eficaces le recomendamos nuestras piezas de mano HOSCH para hiperqueratosis y uñas. Sus cabezas están equipadas con una lámina rotativa que permite quitar en capas las hiperqueratosis 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 hiperqueratosis 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

Uña *incarnada*

Por Emilio Andrés Fernández
Podólogo
Santurce (Vizcaya)

Las uñas son unas láminas de células epiteliales fuertemente endurecidas, que no poseen ni nervios, ni vasos, y en condiciones normales sirven de contrafuerte o defensa de los pulpejos de los dedos, tanto en los dedos de las manos como en los dedos de los pies. Pero en ocasiones y por causas diversas presentan una patología que debe ser tenida en consideración.

Una de la afección más frecuente con la que nos encontramos los Podólogos es la llamada uña *incarnada*, en la que los bordes laterales de la uña se introducen en el surco defectuosamente presionando sobre el mismo y ocasionando inflamación de la zona con fuertes molestias. Hay veces que la afección viene como consecuencia de presiones de las partes blandas sobre la uña, consecutivas a uso de calzados que comprimen.

Si observamos detenidamente el uñero, se aprecia el borde lateral incurvado y hundido materialmente en la parte blanda que aparece engrosada y rubicunda y echada sobre la superficie de la uña. Si separamos, tratando de dejar al descubierto el surco ungueal aparecerá una solución de continuidad característica con secreción líquida, blanca y maloliente.

Decíamos que una de las causas principales es el uso de calzados que comprimen

lateralmente el pliegue ungular y con ello la uña, pero a veces, cuidados defectuosos, infecciones, traumatismos, pueden condicionar el uñero, pero sobre todo en los pies valgos y en los hallux valgus se considera esta complicación como muy constante, ya que es más frecuente esta afección en estos pies que en los normales.

Para la formación del uñero favorece también la maceración de la piel por hiperhidrosis, o por procesos vasculares, deficiencia de higiene y por la forma y dureza de las uñas. De vez en cuando se descubren uñas muy arrolladas y deformes no sólo en el dedo gordo, sino en cualquier dedo.

Las complicaciones más dignas de tener en cuenta en estas afecciones, son las linfangitis, celulitis supurada y que con gran facilidad se puede presentar en sujetos enfermos de diabetes y arterioesclerosis, siendo en estos casos muchas veces el comienzo de gangrenas, de ahí el gran cuidado y recomendaciones especiales de higiene, para estos pacientes.

El tratamiento de esta afección de las uñas irá encaminado a combatir sobre todo la causa que la origina, así tenemos que procurar za-

Interderm

Crema

GENTAMICINA

Presentación:

Tubo de 30 grs. - P. V. P. 183'90

Composición por 1 gr.

| | | |
|-----------------------------------|---------|------|
| Nistatina | 100.000 | U.I. |
| Triamcinolona acetónido | 1,0 | mgr. |
| Gentamicina | 1,0 | mgr. |
| Excipiente crema c. s. p. | 1,0 | gr. |

Propiedades

La crema IMTERDERM debido a sus ingredientes, posee una acción dermo-específica, con un amplio poder antifúngico, antibacteriano, antiinflamatorio y antipruriginoso.

Indicaciones

Dermatosis por hipersensibilidad.
Eczemas y erupciones cutáneas exudativas.
Dermomicosis.
Intértrigos microbianos y micóticos.
Prurito generalizado, anal y vulvar.
Eczemas microbianos.
Candidiasis.
Psoriasis.

**Laboratorios
INTERPHARMA
sa**

patos anchos y sin tacón, las uñas se cortarán en forma recta evitando la convexidad y evitando dejarlas excesivamente cortas. Asimismo se debe procurar una higiene de los pies evitando la hiperhidrosis e intensificando la limpieza de ellos.

Otro procedimiento es el colocar un trozo de algodón entre el borde lateral de la uña y el surco ungueal aplicando a la gasa unguento de diaquilón, actuando también favorablemente sobre la solución de continuidad las pincelaciones con yodo o con sesquicloruro de hierro de acción astringente.

Adelgazando la uña por la mitad una tira de 1,5 cm. desde el borde posterior al anterior se consigue una disminución de las presiones laterales de la uña.

Con una tira de esparadrapo, y en aquellos casos en que el paciente se niegue o haya sufrido recidivas, se hace descender hacia la planta, el pliegue ungueal fungoso que rebasa el borde de la uña, fijando el otro cabo de la tira de esparadrapo en la cara plantar del dedo.

El método de Voeleker en el que se emplea una ferulita de plata que bajo anestesia se pasa por debajo del borde de la uña incrustada hasta la zona sana, fijándola. De esta forma la irritación producida por el borde cortante desaparece, y bajo la acción de pediluvios diarios se forma una superficie cutánea fuerte.

Si después de los procedimientos antedichos persiste el uñero y el paciente quiere en breve espacio solucionarlo se puede recurrir a la extirpación de la uña, pero tiene el inconveniente de que se observan recidivas. Para evitar esto la extirpación se puede hacer con la siguiente técnica: Se arranca la uña bajo anestesia de conducción, se pasa una tijera de adelante atrás por la línea media, para seccionar la uña en dos mitades, procurando en lo posible no lesionar la matriz, luego se prende una de las mitades de la uña con una pinza termostática o un portaguas e imprimiendo unos movimientos de rotación se la arranca, haciendo después lo

mismo con la otra mitad. El segundo tiempo operatorio comienza con una profunda incisión que se inicia al lado y a unos 3-5 mm. por detrás del pliegue transversal, para casi tocando al hueso, dirigirse verticalmente hacia el pulpejo.

La segunda incisión comienza donde la primera y desprende el pliegue ungueal y el rodete de partes blandas. Ambas incisiones se encuentran en el tejido celular subcutáneo del pulpejo, de modo que resulta una escisión uniforme de base dorsal. Comprimiendo el colgajo lateral se consigue la unión primaria sin necesidad de sutura siendo conveniente coaptar los bordes de la herida mediante una tira de esparadrapo teniendo así la secreción buen desagüe. Después crece una uña pequeña y estrecha que descansa de plano sobre un dedo sin pliegue marginal. Si a pesar de esto existieran recidivas se recurrirá a la extirpación total de la misma y matriz ungueal, evitando con ello que vuelva a salir la uña.

Sin embargo en la mayoría de los casos creo que el sistema más en uso y que soluciona el problema es la resección parcial de la parte lateral o borde que se encarna, haciendo un corte primeramente de la uña de adelante atrás que abarque solamente el trozo de uña incrustado. Se puede hacer con el bisturí suavemente y sin dolor. Una vez realizada la escisión o partición sólo queda coger el trozo de uña con una pinza y dándole un movimiento de rotación lateral se extrae el mismo. Después se cura con cualquier antiséptico o pomada antibiótica y se venda. Casi siempre desaparecen las molestias y es una operación que con práctica y habilidad puede hacerse casi indolora por lo que no es necesaria ni la anestesia del dedo, y con sólo la primera cura suele ser suficiente por lo que creo que dada su comodidad es mejor poner en práctica este método a otros de mayor complicación, cuando podrían no ser necesarios su puesta en práctica.

En todos los casos debemos tener presente, que para realizar esta pequeña intervención, se debe conocer el estado general del individuo con objeto de evitar complicaciones de infecciones, gangrenas o ulceraciones.

Fitex-E

Onico-Fitex

Tratamiento local específico de las dermatomicosis y micosis de uña respectivamente.

Gran poder de penetración, acción prolongada e intermitente.

Modo de empleo _____ Pincelar las zonas afectadas 2 ó 3 veces al día y cada vez que se ponga en contacto con el agua.

Indicaciones _____ **Fitex-E**

- Pie de atleta
- Hiper-hidrosis
- Mal olor
- Enrojecimiento, picor
- Grietas interdigitales
- Maceración

Onico-Fitex

- Onicomycosis
- Paroniquia
- Pie de atleta rebelde

Precios _____ **Fitex-E** 199,10 ptas. frasco de 60 c.c.

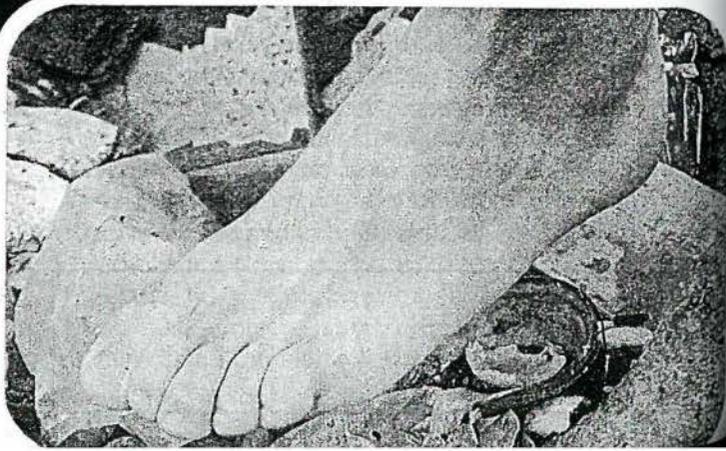
Onico-Fitex 100,50 ptas. frasco de 30 c.c.

No precisan apósitos ni vendajes.

INFAR  **NATTERMANN**

Apartado 400 - Zaragoza

Infanta Carlota, 84-88 Barcelona-15



OSTEONECROSIS

DEL ASTRAGALO

Por Fernando Muñoz Campos
Podólogo
(Málaga)



Aspecto radiológico de la «Osteonecrosis del Astrágalo»

INTRODUCCION:

Ante un síndrome doloroso del tobillo, se ha hecho ocasionalmente evidente, el descubrimiento de una osteonecrosis aséptica del astrágalo. El proceso cursa con manifestaciones necróticas (secuestro) cuyos grados varían transformando la estructura celular, según sea la diversidad expresiva etiológica con

que se presenta. Ello ha sido motivo de cuestionables consideraciones por parte de muchos autores que interesados en llegar a una conclusión que tuviera sentido práctico respecto al diagnóstico, pronóstico y tratamiento de esta lesión, orientaron sus estudios en las observaciones de numerosísimos casos.

cuando sus dos pies
son dos
problemas...



Use **Peusek**[®]

desUdorante y
desOdorante
de los pies



Y AHORA TAMBIEN

NUEVO

Peusek[®]
ARCANDOL

para pies

ARdientes
CANsados
DOLoridos

SPRAY



DOS PRODUCTOS PARA...
DOS PROBLEMAS QUE SON...
DOS SOLUCIONES

El objetivo propuesto en el caso patológico que expongo, no es otro que el de darle carácter informativo y por tanto escueto en muchas de sus partes, por sobreentender que es de competencia facultativa su profundo estudio y la prescripción del correspondiente tratamiento.

RECUERDO ANATOMICO:

Es tal la importancia de la condición anatómica del astrágalo, que se considera fundamental, tanto en sus relaciones articulares como en la funcionalidad del tobillo. El aparato esquelético del tobillo, está formado por las epifisis inferiores del peroné y la tibia, unidos por una articulación sindesmótica, y por el astrágalo y el calcáneo. La articulación del peroné y la tibia determina mediante sus maleolos, una mortaja donde se aloja el astrágalo. Dado que el astrágalo tiene forma trapezoidal, más ancha por delante que por detrás, en la flexoextensión del pie, la articulación sindesmótica tibioperonea inferior efectúa movimientos de diástasis. En el astrágalo no se inserta músculo alguno, presentando solamente inserciones ligamentosas que lo fijan a otros componentes del tobillo. En cuanto al calcáneo diremos que aún cuando no forma parte directa del tobillo, podemos considerarlo por correlación parte integrante del mismo. El calcáneo se articula con el astrágalo mediante la articulación subastragalina, la cual, está constituida por dos carillas; una anterointerna cóncava transversal donde se aloja la cabeza del astrágalo, y otra carilla posteroexterna convexa en sentido anteroposterior que se articula con el cuerpo del astrágalo. La zona comprendida entre las dos carillas y la cara inferior del cuello del astrágalo, forman el denominado seno del tarso.

ASPECTO CLINICO:

Este estado patológico lo padece el sexo masculino en la proporción del 60 %, es decir en sujetos sometidos a esfuerzos de marcha o sobrecarga ponderal, o bien en aquellos que de una vida sedentaria o pasiva pasan a la activa sin estar previamente entrenados, tal como viene ocurriendo a los reclutas.

Aún cuando la presión de la exploración manual sobre el tobillo, nos revela muchas veces dolor en el maleolo adyacente a la lesión e incluso en las partes vecinas, el síndrome puede presentar algún que otro estado carente de dicho síntoma por lo que podemos calificarlo de discreto o total silencio clínico. En tales casos, hemos de recurrir a informes de hechos retrospectivos que aclare algún antecedente causal. Por otra parte, existen dos principales factores sintomáticos; uno referido al estado doloroso agudo (torcedura por varus o valgus forzado) y otro, al estado doloroso crónico de intensidad moderada que se percibe en el centro de la articulación o en uno de los maleolos. Algunas veces se acusan irradiaciones dolorosas en la región dorsal del pie, o ya en el tercio inferior de la pierna provocadas por la bipedestación y la deambulación.

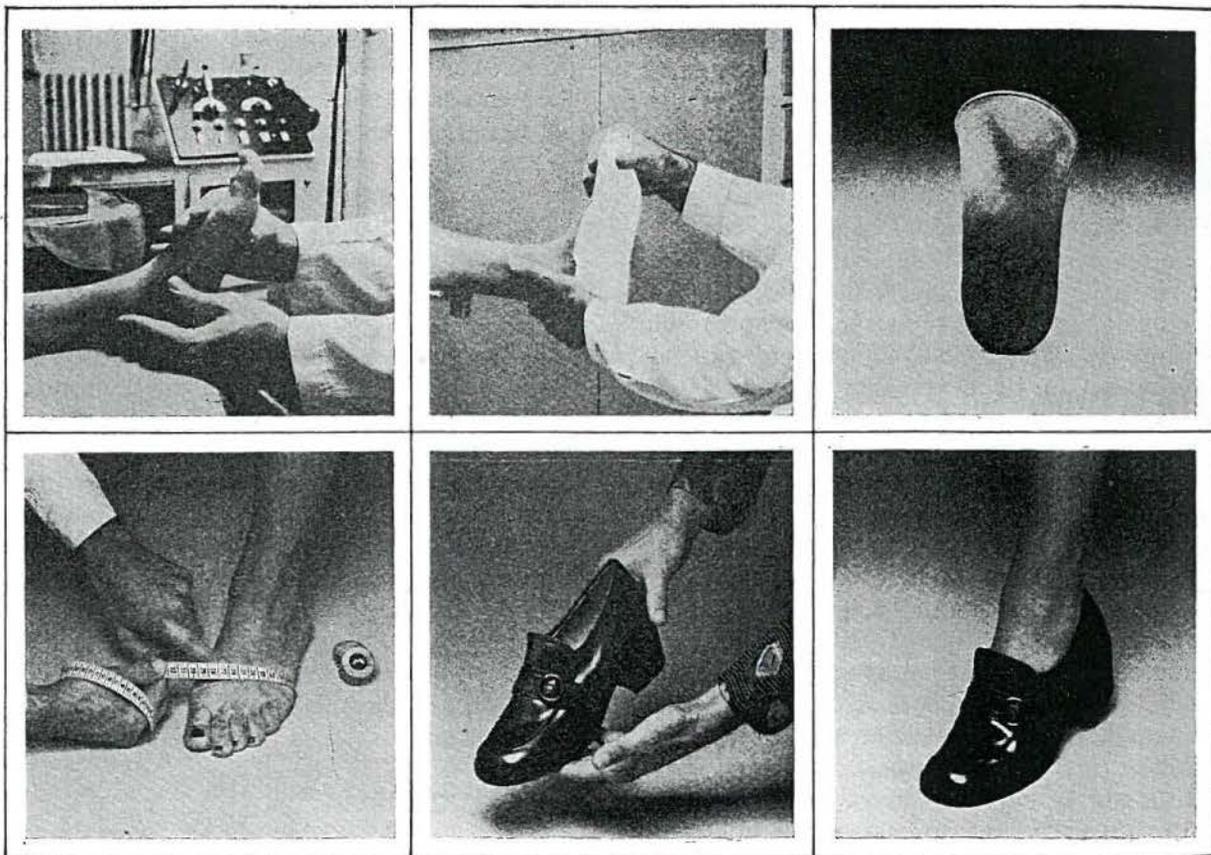
Este tipo de lesión suele localizarse en la cima de la polea astragalina, cuya alteración afecta el borde superior o uno de los ángulos de dicha polea. El examen de las placas radiológicas tomadas de frente y de perfil de ambos tobillos, confirman el diagnóstico. En efecto, se puede apreciar la imagen del fragmento necrótico, de figura ovoide, que revestido de una superficie neta, delimita su alojamiento en el lecho existente entre dicho fragmento necrótico y la parte de tejido óseo sano, y que explica la denominación de «huevo en el nido».

ETIOPATOGENIA:

La incidencia causal de la lesión es diversa. Desde el punto de vista etiopatogénico todos los casos observados resultaron diferenciados, siendo así que concurren en ellos variantes morfológicas y evolutivas contenidas en un múltiple cuadro clínico. Sin embargo, pesa sobre cualesquiera de ellos, la causa traumática dependiente de la sobrecarga ponderal, ya que tal noción es la más frecuente en los antecedentes obtenidos en la osteonecrosis aséptica del astrágalo.

El proceso evolutivo puede transformarse, dando lugar a una fragmentación conminuta del secuestro e incluso a una pulverización

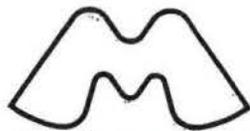
TAN IMPORTANTE COMO SUS MANOS



Sus manos conocen, investigan y alivian. Pero su experiencia personal puede verse traicionada si no existe un zapato que satisfaga plenamente sus prescripciones. Por esta razón, MANUFACTURAS PROS pone a su disposición la nueva línea de zapatos MANITOS ORTHO.

MANITOS ORTHO es un zapato especialmente diseñado para satisfacer todas sus exigencias. Tanto la calidad de los materiales, como la adaptabilidad al uso de plantillas permiten en todo momento continuar ejerciendo una acción benéfica y correctora como si se tratara de sus propias manos.

MANITOS ORTHO: TAN IMPORTANTE COMO SUS MANOS.



MANITOS
ORTHO

del mismo, reabsorbiéndose después. No obstante, se han dado casos en que la imagen del «huevo en el nido» persistió durante años.

TRATAMIENTO:

Según datos obtenidos literalmente de los autores consignados en la bibliografía, después de un traumatismo violento, la constatación de una fractura parcelaria de la polea, implica una actitud preventiva; reposo, inmovilización y luego reanudación progresiva de la actividad bajo vigilancia radiológica regular.

La misma actitud ante un tobillo «fatigado» bajo el efecto de microtraumatismos de origen profesional; la colocación en reposo relativo puede exigir un cambio de empleo laboral. El tratamiento médico varía según las circunstancias:

—las formas latentes no implican más que una prudencia en el esfuerzo, la reducción de la carga ponderal extrínseca o intrínseca, el mantenimiento de la articulación por una tobillera, la vigilancia radiológica;

— las formas dolorosas reclaman la aplicación de los mismos principios, imponiéndose el reposo durante unos días o algunas semanas. La inmovilización en yeso cuenta con algunos partidarios, pero Berndt y Harty la consideran como un mal método.

La acción sedante será pedida, o bien a los antiálgicos banales, o bien a los anestésicos locales. Los corticoides deben evitarse, siendo responsables por sí mismos de casos de necrosis. La fisioterapia será un complemento magnífico como restauradora y equilibradora en esa regulación orgánica y comprenderá la aplicación de corrientes exponenciales o de ionización cálcica. La radioterapia está contraindicada.

BIBLIOGRAFIA:

Dres. M. Orduña Serra, A. Blanquet Benedicto, J. J. Rey Zúñiga, J. Cabot Boix: Rev. Inf. Med. Ter. 7-8/1974.

S. Lechat y P. Louyot (Nancy): Med. e Hig., pág. 7-9. Dic. 1973.

PARESIA DEL PERONEO LATERAL LARGO

- PIE PLANO VALGUS DOLOROSO -

Por Francisco Barrenechea
Podólogo
Ceánuri (Vizcaya)

GENERALIDADES CLINICAS

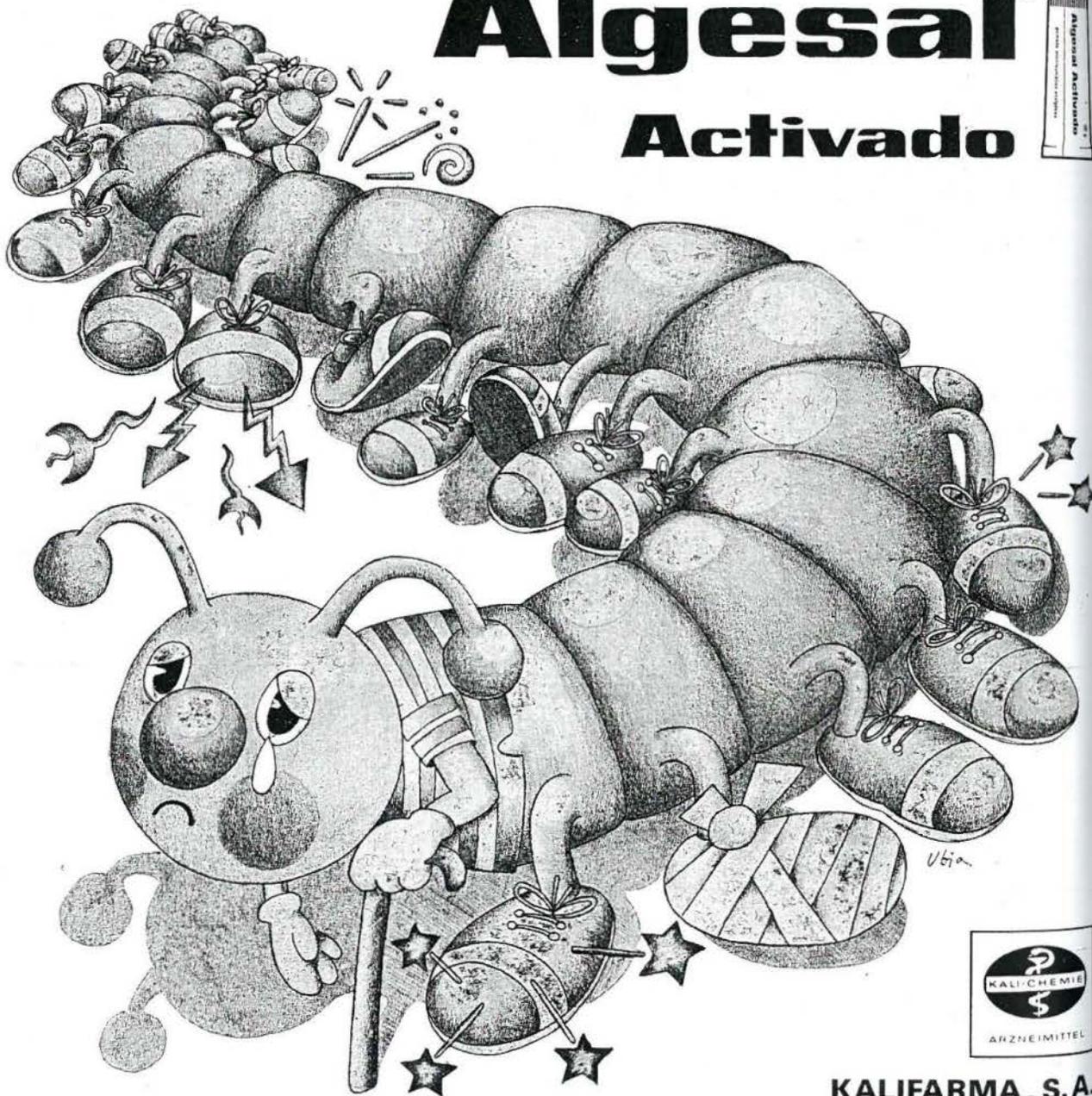
Duchenne de Boulogne creía que el pie plano valgus doloroso es el resultado de una paresia del peroneo lateral largo, cuya fun-

ción es, como se sabe, mantener la corvadura plantar. No obstante, la mayor parte de los autores se adhieren a la teoría de la impotencia funcional de Duchenne.

CUANDO APRIETA EL DOLOR...

Algesal®

Activado



KALIFARMA, S.A.



- Calma el dolor al instante, por su gran poder de penetración
- Posee un olor agradable
- No mancha ni engrasa

Presentación y P.V.P.

Tubo con 50 ars. de pomada 94.90 ptas.

Es preciso recordar que la enfermedad tiene dos períodos: El primero, durante el cual el peroneo lateral largo está parésico y en que se nota cierto grado de varus.

Siempre que el pie no descansa sobre el suelo por sus puntos de apoyo normales y contrae una actitud *viciosa* y *permanente*, se dice que hay Pie-Bot. Se distinguen como grandes variedades de pie-bot: El pie-bot-equino (de egus, caballo) en el cual el pie está en extensión forzada y descansa sobre el suelo tan sólo por su extremidad anterior o antepié.

El pie-bot-talus (talus, talón) en el cual el pie está en flexión forzada y se apoya sobre el talón o retropié.

El pie-bot-valgus (valgus, vuelto hacia fuera), en el cual la cara mira hacia fuera y el pie descansa sobre su borde interno.

El pie-bot-varus (varus, vuelto hacia dentro), en el cual la cara plantar mira hacia dentro y el pie se apoya sobre su borde externo.

Con la mayor frecuencia hay la combinación de estos diversos tipos, a consecuencia del predominio del tibial anterior; y el segundo, durante el cual el pie se pone *valgus* a consecuencia de la contractura del peroneo lateral corto y del extensor común de los dedos; y a veces también parece contracturado el mismo peroneo lateral largo. La electrización es útil, sobre todo durante el *primer período* de la enfermedad.

TRATAMIENTO

En el primer período, además del descanso en la cama, llevar calzado que sostenga el pie (borcegués), provistos en su interior de unas plantillas a medida.

En el segundo período se obrará del mismo modo si no hay contractura del peroneo la-

teral largo. Mas, si existe, se empleará tan sólo la galvanización del miembro enfermo.

Primer período: Faradización o galvano-faradización, gran electrodo indiferente sobre la región lumbar y pequeño electrodo activo sobre el punto motor del gran peroneo. El electrodo podrá sostenerse en su sitio por medio de una venda de caucho. Corriente lentamente rítmica, intensidad suficiente para obtener una buena contracción muscular; sesiones de 10 minutos por término medio.

En lugar de esta técnica corrientemente empleada y recomendada, hemos encontrado con frecuencia mucho mejor operar como Duchenne, es decir, utilizando la excitación bipolar del músculo (con un electrodo en forma de botón en cada uno de sus extremos).

Segundo período: Galvanización, gran electrodo positivo sobre los lomos; cátodo constituido por un pediluvio en el cual se coloca el pie enfermo. Intensidad de 10 a 12 miliamperes, sin interrupciones ni sacudidas durante quince minutos.

DIRECCION DEL TRATAMIENTO

Tendrán lugar las sesiones cada dos días, o bien cada día si el enfermo acusa una notable mejoría después de algunas sesiones separadas.

Retardaremos las aplicaciones adoptando únicamente la excitación farádica bipolar si la enfermedad tiene tendencia a pasar al segundo período.

RESULTADOS

La combinación del tratamiento eléctrico con los métodos indicados antes, da los mejores resultados. El tratamiento eléctrico correctamente aplicado es hasta capaz de curar, por sí solo, esta dolorosa y molesta afección.

Tenemos mucho que hablar sobre plantillas ortopédicas



Le informaremos a partir del próximo número

FLEXOR, S.A.

VALENCIA, 345 (ESQUINA BAILEN)
TELEFONO 258 14 15 - BARCELONA-9

"MIENTRAS EL CUERPO AGUANTE"

"Mañé: como reconocimiento de tus compañeros a la silenciosa labor por ti desarrollada me permito desvelar las líneas que transcribo, rogándote sepas disculpar mi indiscreción.

No veas mi nombre, pero sí el de los miembros de la Agrupación, pues estimo que a cualquiera de ellos pueden ser imputados mis escritos."

..... 22 de julio de 1972

Sr. Don

FRANCISCO MAÑE DOMINGO

Barcelona

Mi querido amigo y compañero:

No sé si ha sido dolor, indignación o vergüenza lo que me ha producido la lectura del EDITORIAL del número 24 de nuestra Revista profesional. Lo que sí te aseguro es que junto al significado de estos términos se ha unido la irritación; «rabia» por ser impotente ante los hechos.

Creo ser consciente del infatigable esfuerzo que llevas a cabo para que la Revista se mantenga en «pie» y de la lucha que, contigo

mismo, tienes que haber sostenido antes de decidirse a plantear la situación actual.

Muchos, y a veces serios, son los problemas que para la consecución de la Agrupación se han salvado. Incluye «nuestra Revista», Organo de unión entre los podólogos.

¿Qué os llevó al enfrentamiento con las personas y las cosas para la resolución de los mismos? Un ideal, una causa. Y este principio, admitido como doctrina, ha tenido como resultado una OBRA cuyo producto, más o menos perfecto, es grande, maravilloso.

Es lástima observar que las personas para la que fue creada no lleguen a asimilar su magnitud. Es posible, por idiosincrasia de naturaleza, que cuando se quiera reaccionar

Sudermín

Crema

ANHIDROTICA ANTIFUNGICA

Presentación:

Tubo de 30 grs. - P. V. P. 118'05 Ptas.

Composición por 1 gr.

| | |
|---|--------------|
| Nistatina | 100.000 U.I. |
| Acido salicílico | 0,02 gr. |
| Clorhidrato de aluminio (solución 50%). | 0,25 gr. |
| Excipiente crema c.s.p. | 1,0 gr. |

Propiedades

La crema SUDERMIN tiene una acción anhidrótica desodorante y antifúngica.

Indicaciones

Hiperhidrosis.
Bromhidrosis.
Pie de atleta.
Pies irritados, sudor y fétidos.
Micosis y Candidiasis.
Intértrigos.

**Laboratorios
INTERPHARMA
sa**

se haya perdido el «tren» y el tomar el siguiente suponga llegar tarde a la «cita». Entonces, también es posible que, solamente entonces, se den cuenta de la abnegación y espíritu de sacrificio que ha requerido la ejecución de la OBRA. Ese enérgico vigor y actividad del ánimo para conseguir vencer los obstáculos que se oponen a un fin, es virtud de hombres de temple, y esa integridad adquiere la máxima grandeza cuando el recto modo de proceder está orientado a proteger intereses comunes.

Sí. Te comprendo. Y considero real aquello que expones en tu EDITORIAL...

¿Que no debe hacerse? Abandonar la OBRA.

Sí, es cierto que el individuo no es digno de recibir beneficio alguno cuando de hecho no ha puesto ni siquiera su buena voluntad para su logro. Pero considero que eso, querido amigo, si bien es motivo para desertar del ideal los hombres de poco espíritu, no lo es para aquellos de temple. Solamente puede admitirse el abandono si después de haberse intentado lo imposible no se consiguen los medios imprescindibles para su permanencia. Ante estos hechos hay que rendirse.

Barcelona, 26 julio de 1972

Sr. Don

Mi querido amigo:

Acabo de recibir tu carta. No sabes cuánto te agradezco la atención en escribirme.

Esta, mi decisión, expuesta en las páginas de la Revista n.º 24, viene condicionada por mi insistente batallar solicitando, rogando, implorando, la estrecha colaboración de todos los profesionales para que «nuestra Revista» siguiera VIVIENDO. El más absoluto «SILENCIO» por respuesta.

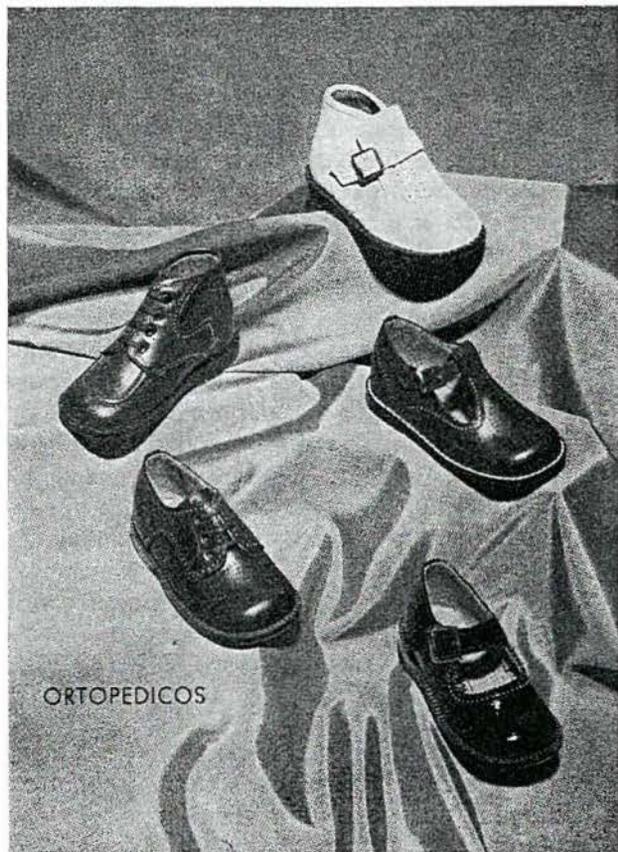
Como ves, querido amigo, cuando me he decidido a tomar este paso es porque, con

toda honradez, no le veo otra solución y me siento impotente para continuar la obra.

No puedes imaginarte cuánto me duele dar este paso pues después de los muchos años que, al lado de nuestro querido amigo Escachs, vengo aportando mi humilde y callada colaboración a la Podología, siempre duele dar un paso de tal envergadura. Estoy seguro de que tú lo comprenderás muy bien. Pero llega un momento en que «ya no se puede más». Parece imposible y ridículo que entre 700 compañeros que formamos la Agrupación no exista un grupo, más o menos numeroso, que en forma regular aporte sus conocimientos, sus estudios, su experiencias, sus casos a la causa común, haciendo partícipe de los mismos al resto de los compañeros que, como él, se dedican a la Podología. Te diré más, hay compañeros que publican trabajos sobre Podología en otras revistas pero que, incomprensiblemente, se olvidan de SU REVISTA.

¿La causa? Creo que es de todos conocida. No somos agradecidos. Cada uno de nosotros habiendo alcanzado una meta más elevada de la que hace poco habían disfrutado, se olvidan por completo de los demás. Un «ir haciendo» sin complicaciones, sin problemas. No se acuerdan de otra cosa que de su «ego». Una general apatía. Un desprecio si se quiere, hacia la colectividad. Y ello se ve y se nota en la Revista. Siempre son los mismos. Amigo mío, ¿crees que así se puede ir a alguna parte?

Pero fíjate, cuando con el corazón dolorido te estoy escribiendo estas líneas, pensando en tu carta y en todo cuanto en la misma dices, parece como si dentro de mí bullera un nuevo afán. Al darme cuenta de que AL MENOS UN AMIGO ha leído mis líneas y se ha hecho partícipe del problema, problema que yo hago mío, creo que me siento con ánimos de seguir adelante en la ingrata tarea. Que sea lo que Dios quiera pero que nadie pueda decir nunca que la «Revista se ha perdido por mi culpa». Mientras pueda y el cuerpo aguante, seguiré en la brecha. Veremos lo que dura.



**calidad,
comodidad y
materiales
adecuados**

**Todos los modelos
tienen su importancia y
han sido estudiados
para colaborar en los
tratamientos de los
señores Podólogos y
ajustándose a sus
prescripciones**

Mendivil
ESPECIALIDAD EN ORTOPEDICOS



RAMON SAEZ GARCIA

AGUAOR, JOSE MENOR HERNANDEZ, S/N
TELEFONO 801377 - PREFIJO 965
VILLEN A (ALICANTE)

..... 31 de julio de 1972

Sr. Don

FRANCISCO MAÑE DOMINGO

Barcelona

MAÑE, querido amigo:

Que en la vida todo tiene su compensación, es un hecho evidente.

Si entristecido e indignado por el contexto y la significación de tu EDITORIAL te escribí mi anterior, recibo, como «indemnización» a mi pesadumbre, tu atta. de 26 del actual que me llena de satisfacción y alegría.

Si mis líneas han excitado sobre ti la «savia» o energía que estaban degenerando por escasez de «riego», es un tanto que me apunto. Pero, ¡oh ilusión! Soy consciente de que ese tanto no entra en mi haber. Los puntos deben ser en exclusiva positivos cuando efectivamente se han hecho méritos por conseguirlos. Pero en nuestro caso la acción, digna de encomio, te corresponde a ti. Mi ejecutoria ha sido fácil, pues al encontrar en un ligero lapsus un espíritu podológico fértil, solamente con un simple y sencillo «masaje» nuevamente se ha puesto en actividad.

Que con todos nuestros grandes y buenos deseos sepamos localizar, en nueva fase, esa «cuerda» o fibra sensitiva que, tocándola, influya sobre el «caudal» originando un «riego» que permita ejecutar tu labor sin problemas.

Fiel a su postura, MAÑE siguió embrechado en la Redacción de la Revista hasta que su cuerpo no aguantó más.

«A VOSOTROS, COMPAÑEROS»

Hagamos posible que no surjan dificultades y así facilitaremos la labor del actual Redactor-Jefe, nuestro compañero RUEDA SANCHEZ, evitando, con nuestra colaboración, ponerle en la apremiante e imperiosa necesidad

de publicación de un nuevo «EDITORIAL 24» y de exclamar: «mientras pueda y el cuerpo aguante».

Con la intervención de todos se logrará que la Revista sea editada periódicamente y con regularidad y una vez conseguido me consta será el mejor exponente de gratitud con que podemos honrar el abnegado y silencioso trabajo que fue llevado a cabo por MAÑE y actualmente por RUEDA SANCHEZ.



Curso en la Escuela de Podiatría de Filadelfia

13 al 23 de junio de 1975

Según las últimas noticias recibidas en esta Redacción, sabemos que el número de compañeros inscritos para el viaje a Filadelfia se aproxima a los setenta. Podemos pues congratularnos ya que se trata de una cifra respetable que indica por sí sola el éxito de este desplazamiento patrocinado por la Agrupación de Podólogos de España, que esperamos sea fructífero para todos los podólogos españoles, representados en esos setenta que marchando en vanguardia se disponen llenos de entusiasmo a enriquecer las arcas de la Podología Española, y a los que deseamos un feliz viaje y estancia en EE.UU.

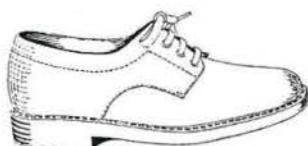


no basta

con que haga usted la mejor plantilla,
la más adecuada a cada caso...

ADEMAS ha de cerciorarse de que el paciente la use en un
calzado que ayude su benéfica acción:

SOLIDEZ: con la máxima garantía de INDEFORMABILIDAD.

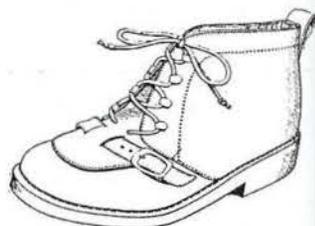


EQUILIBRIO: que garantice los correctos contactos
(pie-suela y suela piso)

ESTRUCTURA: Firme y estática en sus dos tercios
traseros (buena corrección) y flexible
en el tercio delantero (fácil deambulación).

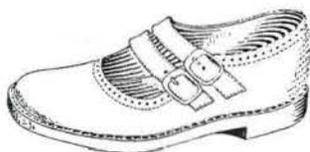
SUJECION: en posición correcta del retropié
(empeine y talón)

ESPACIO: que deje holgura para el crecimiento y libre
moción de los dedos.



MATERIALES: con suficiente porosidad y poder de absorción.

PIEDRO reposa sobre un excelente equipo técnico y científico internacio-
nal que le garantizan el mejor calzado posible en
los materiales nobles de
más alta calidad.



Si no encuentra **PIEDRO**
cerca de su Consulta, díganoslo, por favor.

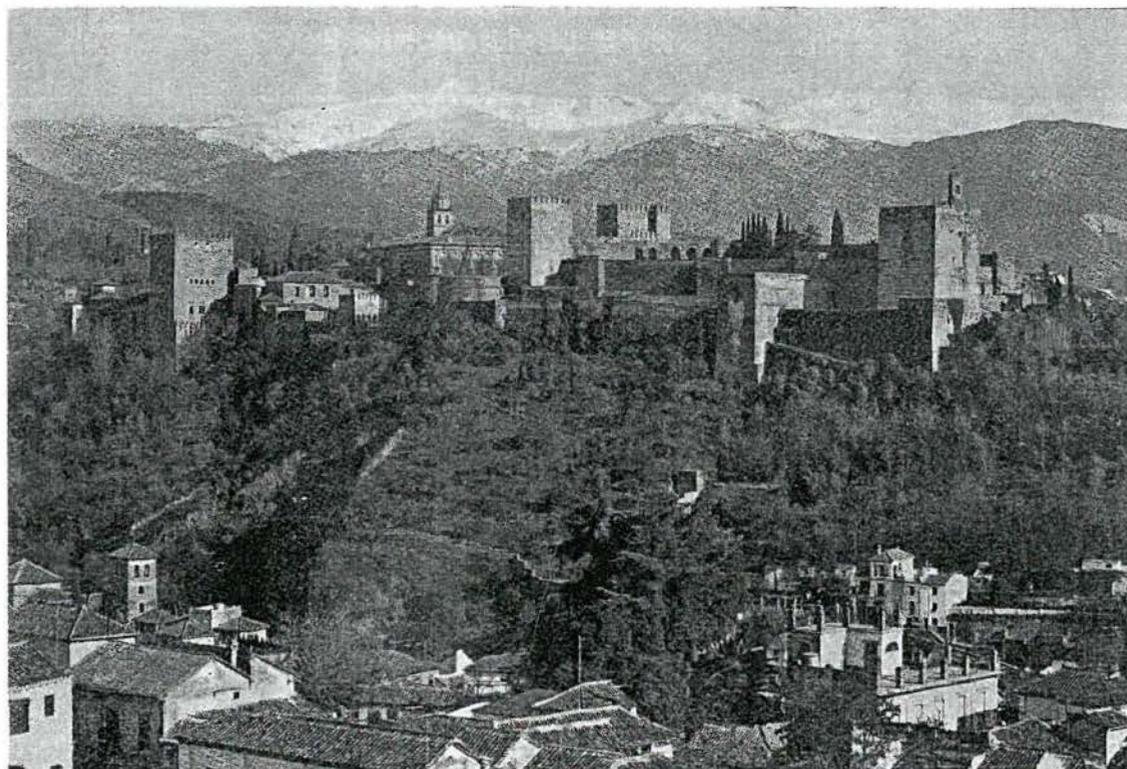


Delegado en ESPAÑA de **PIEDRO INTERNACIONAL**

J. L. VILA-PLANA - Conde Borrell, 211 - Prta. 33 - T. 93/239 53 06 - BARCELONA-15

VIII CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA

GRANADA: 24, 25, 26 y 27 DE JULIO DE 1975



Estando ya próxima la fecha de celebración del VIII Congreso Nacional de Podología, programada para los días 24, 25, 26 y 27 de julio, la Redacción de la Revista Española de Podología tiene el placer de comunicar estas primeras noticias a todos los Agrupados, para general conocimiento de los muchos interesados en el mismo.

Nos consta que es elevado el número de compañeros que a dos meses vista tienen proyectado realizar este desplazamiento a Granada, y esperamos que el número de los mismos se vea varias veces multiplicado hasta superar, como año tras año viene suce-

diendo, a los asistentes a otros Congresos, hecho que podemos asegurar basándonos no sólo en las fechas propicias y en el marco elegido, sino también en el deseo de superación de todos los Podólogos españoles que encontrarán en este Congreso las respuestas más recientes a los muchos problemas que el antepié presenta, por ser punto de localización de frecuentes afecciones que por su importancia motivan tal vez el mayor número de pacientes que acuden a nuestras consultas, y aunque mucho falte para que se diga la última palabra en el tratamiento de estos trastornos, podemos asegurar que se presentarán ponencias inéditas, tratamientos específicos,

ESSAVENON[®] GEL



Tratamiento local de los trastornos de la
circulación de retorno.

Indicaciones

- Piernas y pies cansados, hinchados
- Tobillos hinchados
- Adaptación de plantillas
- Hematomas, contusiones
- Calambres, hormigueos

Modo de empleo

Aplicar 2 ó 3 veces al día Essavenon Gel en
sentido ascendente.

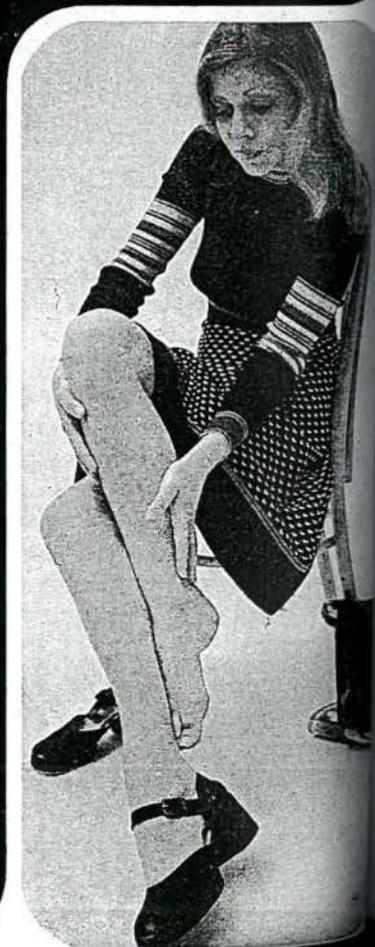
**Inmediata absorción, gran efecto refrescante
no mancha, no irrita y no necesita vendajes.**

Presentación

Tubo 40 g.

Precio

93,40 ptas.



INFAR  **NATTERMANN**

Apartado 400 - Zaragoza
Infanta Carlota, 84-88
Barcelona-15

fruto del ahínco de los actuales profesionales que llevados por una inquietud digna de los mayores elogios, ya no se conforman con hacer las cosas de una forma rutinaria, sino que, conscientes de que las posibilidades de la Podología son cada día mayores, consideran una necesidad y una obligación el superarse y ofrecer siempre algo nuevo a nuestros pacientes.

A los alicientes científicos de este Congreso se suman los naturales de la ciudad andaluza elegida para tal manifestación, Granada, que abrirá sus brazos para ofrecernos esos lugares típicos y esas obras maestras que la han hecho inmortal: Alhambra, Generalife, Sacromonte, Sierra Nevada... y tantos otros lugares que tendremos ocasión de conocer detalladamente, ya que paralelo a los actos científicos, los organizadores granadinos, haciendo gala de su hospitalidad y adhesión a los compañeros del resto de España, están preparando una serie de actos para agasajar a los Congresistas y conseguir que guarden el más grato de los recuerdos de esos días de estancia en Granada.

Una de las problemáticas que se ha abordado por la Comisión Organizadora, ha sido la forma de enfocar y desarrollar las ponencias. Ha sido tradicional, hasta la fecha, que expongan en un corto espacio de tiempo los Sres. Podólogos sus trabajos, no dando tiempo para poder dar de sí, cuanto el Podólogo quería comunicar. La Comisión Organizadora, consciente de este hándicap, ha creído oportuno introducir una innovación que esperamos sea del agrado de todos o al menos, de la mayoría de los congresistas. La modificación que se ha introducido, consiste en hablar menos Podólogos, con mayor tiempo para desarrollar el tema; que de un mismo trabajo no se puede disertar más de una vez; habrá coloquio de media hora y todo aquel que lo desee, puede dialogar y cambiar impresiones en el mayor ambiente de camaradería entre todos los compañeros asistentes. Así, de esta forma, se podrán tocar los temas —siempre distintos— de forma amplia y profunda.

Todo ponente deberá desarrollar su trabajo SIN HACER LECTURA, exponiéndolo con la

aportación de películas, diapositivas, dibujos, el uso de pizarra, etc. De esta forma se pretende ofrecer una originalidad de enfoque temático, que esperamos cause una grata impresión.

Los temas a desarrollar serán los siguientes:

Primer tema: PLANTILLAS ORTOPEDICAS; su correcta aplicación. Elección de la plantilla ortopédica según cada caso en particular. Características esenciales que debe reunir una plantilla ortopédica. Demostraciones.

Segundo tema: ACCION ACTIVA sobre las extremidades inferiores. Masaje y gimnasia. Tipo o modalidad de ejercicios físicos, según la anomalía pédica. Demostraciones personales.

Tercer tema: Metatarsalgias. Exposición gráfica.

Cuarto tema: PEQUEÑAS PROTESIS. Corrección ortodigital con pequeñas prótesis. Ortesis curación y protección ortodigital. Demostraciones.

Se dejan 6 temas más, que serán de libre elección de los Sres. Podólogos que no coinciden con los 4 temas ya señalados.

Es propósito de la Comisión organizadora, proponer en la Asamblea general que se celebrará al final del Congreso, la no participación de ninguno de los ponentes del VIII Congreso, en el Congreso siguiente salvo circunstancias especiales. De esta forma, se evitará la repetición año tras año, de los mismos compañeros que creemos merecen descanso y dar paso a otros que lo deseen.

En la confianza de haber cumplido satisfactoriamente una delicada misión, te pedimos tu presencia y colaboración en este VIII Congreso Nacional de Podología.

AVANCE PROVISIONAL DEL PROGRAMA DEL CONGRESO

DIA 24

9 horas. — Misa en la Basílica de Ntra. Sra. de las Angustias.

10 a 12 horas. — Retirada de documentación en la Secretaría General, instalada en la Facultad de Medicina y visita al stand.

12 horas. — Inauguración Oficial del VIII Congreso Nacional de Podología con asistencia de autoridades.

13,30 horas. — Vino de honor ofrecido por el Excmo. Ayuntamiento de Granada.

17 a 20 horas. — Sesiones científicas (para las señoras un desfile de modelos).

20 horas. — Visita a la Alhambra y el Generalife (iluminadas).

DIA 25

9 a 14 horas. — Sesiones científicas.

14,30 horas. — Almuerzo de Trabajo, aún no determinado.

17 a 19 horas. — Sesiones científicas y a continuación, Excursión a Sierra Nevada, donde se obsequiará a los señores congresistas

con una merienda (aún no determinado por encontrarnos en pleno apogeo de trabajo).

DIA 26

9 a 14 horas. — Sesiones científicas.

17 a 19 horas. — Sesiones científicas.

Merienda-Cena en la Sala de Fiestas del Balneario de Lanjarón, conceptuada como la 2.^a de Europa.

DIA 27

9 horas. — Conclusiones del Congreso.

12 horas. — Clausura Oficial del Congreso. Entrega de Diplomas.

17 horas. — Asamblea General de la Agrupación de Podólogos de España.

22 horas. — Cena de Gala y Baile, en el Hotel Alhambra-Palace.

SERRA - FARGAS

BARCELONA — Plaza Castilla, 3

MADRID — San Bernardo, 74

«EQUIPOS — SILLONES — TABURETES»

SWAN NORTON: Bisturís, mangos y hojas.

AESULAP: Esterilizadores, hojas bisturí, mangos bisturí, instrumentos, alicates, etc.

MICROMOTORES: De importación.

PODOMETROS; MOBILIARIO; MOTORES COLGANTES; ESTERILIZADORES ULTRAVIOLETAS; FRECUENCIA VIBRADORES; BISTURIS ELECTRICOS; CAUTERIOS; PIEZAS DE MANO; SILICOSIS; PULIDORAS; FRESAS; MESAS ASPIRADORAS.

AMPLIO STOCK DE MATERIALES PARA PODOLOGIA.

CONSULTE CONDICIONES ESPECIALES.

VIII CONGRESO MUNDIAL DE PODOLOGIA

LA HAYA: 29 de Abril a 1 de Mayo de 1976

De la Comisión Organizadora del VIII Congreso Mundial de Podología nos remiten el siguiente escrito con el ruego de que sea publicado en Revista Española de Podología para general conocimiento y divulgación entre todos los Agrupados.

EL AÑO PROXIMO, LA HAYA, CIUDAD DE LOS PODOLOGOS

El tiempo pasa de prisa; aproximadamente dentro de un año, del 29 de abril hasta el 1 de mayo inclusive, tendrá lugar el 8.º Congreso Mundial de Podólogos en La Haya (Holanda).

Los entusiastas miembros del Comité de Trabajo emplean su escaso tiempo libre a la organización de este acontecimiento tan importante en el campo de la Podología. Para ellos, el gran éxito de este Congreso es algo ya fuera de dudas.

Como ya hicimos público en su día, el tema del Congreso será "EL TRABAJO PREVENTIVO Y CURATIVO DEL PODOLOGO". Con base en este tema hemos tomado contacto ya con muchos prominentes especialistas. Podemos ya adelantar que entre otros pronunciarán conferencias los Sres. Leonardo Escachs (España), H. G. du P. Gillet (Inglaterra) y E. Tarara (Estados Unidos). Estamos en negociaciones con muchos otros posibles conferenciantes.

En lo que concierne a la exposición, uno de estos días estará listo el folleto de promoción y les será enviado a los muchísimos interesados.

Bajo el lema "Todo bajo un mismo techo" está proyectado celebrar la gran exposición de materiales para podología, medios curativos, etc. en varias elegantes salas, bella-

mente arregladas, del mismo Palacio Holandés de Congresos de La Haya donde se celebrará el Congreso.

También se trabaja activamente en la parte de recreación y agasajos. Los participantes y acompañantes tendrán la oportunidad, con un módico suplemento, de hacer una bella excursión por parte de Holanda. Además de esto está planificado en cualquier caso una velada de fiesta y un concierto.

No queremos ahora revelar más, pero dentro de pocos meses podrán Udes. leer el programa completo que será enviado a todos los interesados. Paciencia, pues, hasta entonces.

Como se deriva de estas líneas podemos ver que los actos de organización del Congreso están ya en un avanzado estado, y esperamos poder ofrecer más detalles referentes al mismo, así como el avance de programa, tan pronto sean recibidos en esta Redacción. No obstante se deja entrever la categoría que caracterizará a este próximo Congreso Mundial, en el cual, igual que viene sucediendo en tantas ocasiones, España estará firmemente representada, contándose ya entre los conferenciantes con nuestro Presidente, Sr. Escachs.

Si sugestivo se presenta el Congreso en sí, no menos lo hace el lugar, esa ciudad cuya belleza y atractivo la hacen visita anhelada por muchos de nosotros. Estamos seguros de que cuantos acudan a La Haya al regresar a sus hogares lo harán con una profunda felicidad, reflejo de las maravillas vistas en unos días inolvidables, y con un gran deseo de volver, porque así es Holanda y así son sus habitantes.

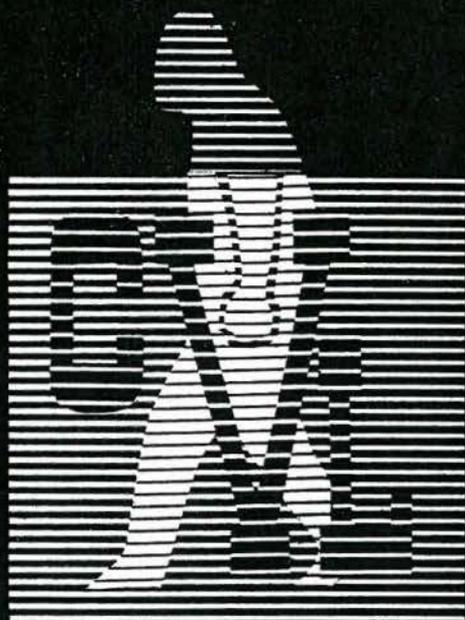
constantino velasco laínz
y
BERKEMANN

*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. Glmo.)
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.

Labor de las Delegaciones

VIZCAYA

En el Salón de Actos del Colegio Oficial de Practicantes A.T.S. de Vizcaya, siendo las once horas y treinta minutos del día nueve de febrero de mil novecientos setenta y cinco, se reúnen los Podólogos detallados up-supra, para tratar el siguiente orden del día:

- 1.º Informe de la Delegación.
- 2.º Elección de la Junta de Gobierno de la Delegación de Vizcaya.
- 3.º Ruegos y preguntas.

ASISTENTES:

D. Luis M.^a Salazar
Srta. Aránzazu Telleria
Srta. Begoña Aizpiri
D. José M.^a Martínez
D. Félix Alonso Royano
D. José Manuel Sarasua
D. Jon Guerricaeschebarría
D. Juan Manuel Báez
D. Víctor Fano Ugarriza
D. Francisco J. Jorge
D. Pedro Galardí (A.T.S., socio protector)

Disculpan su asistencia, los Diplomados D. José M.^a Baez, D. José Luis Díaz, D. Miguel Díaz y Srta. Carmen Fentanes.

En un breve pero detallado informe, el Delegado Provincial D. Víctor Fano, expuso: 1.º) Los motivos de su dimisión; 2.º) Los frutos conseguidos en los últimos contactos mantenidos con la Junta de Gobierno del C.E.I.P.; 3.º) Los motivos de nombrar una nueva Junta de Gobierno en la Delegación de Vizcaya. Terminada su intervención, se pasó al punto 2.º de la convocatoria. Se efectuó la votación para nuevos cargos de Delegado Provincial de la Agrupación, Secretario y Tesorero, así como también de cuatro vocales. Dichos cargos recayeron respectivamente, en las personas de D. JUAN MANUEL BAEZ GUTIERREZ, D. JON GUERRICAECHEBARRIA Y PEÑA y D. MIGUEL DIAZ ECHEANDIA. Respecto a las Vocalías, éstas recayeron respectivamente en las personas de: D. FERNANDO FAÑANAS ESCO, vocal 1.º; Srta. ARANZAZU TELLERIA RUPEREZ, vocal 2.º; D. JOSE LUIS DIAZ GONZALEZ, vocal 3.º, y D. PRISCO FERNANDEZ DE TOLEDO, vocal 4.º.

En el punto 3.º, intervinieron los Sres. Diplomados D. José Manuel Sarasua y D. Félix Alonso Royano, que destacaron la meritoria labor llevada a cabo por la Junta saliente y desearon toda clase de éxitos a la Junta entrante.

Acto seguido, el nuevo Delegado, Sr. Baez Gutiérrez, subió a la mesa presidencial y en breve alocución agradeció en su nombre y en el de la nueva Junta de Gobierno, la confianza depositada en sus personas para ocupar cargos de tanta responsabilidad. Prometió trabajar con todo tesón en pro de la Especialidad, para ganarse la confianza en ellos depositada. Propuso también, que para el curso científico actual de perfeccionamiento en la Especialidad, serían más interesantes los coloquios a discusión y mesas redondas anunciando previamente el tema a tratar, que las charlas leídas, iniciativa que se acogió favorablemente por la unanimidad de la asamblea.

Y sin más asuntos que tratar, se levantó la sesión a las doce horas y cuarenta minutos del día nueve de febrero de mil novecientos setenta y cinco.

Damos nuestra más cordial enhorabuena a estos compañeros en los que ha recaído el peso y la responsabilidad de dirigir a la Delegación de Vizcaya, y estamos seguros serán un puntal más donde la Agrupación pueda apoyarse para seguir el camino ascendente marcado con la figura de nuestro incansable Presidente y demás miembros de la Junta de Gobierno, y al mismo tiempo reconocemos la labor que durante años han venido desempeñando los miembros de la Junta saliente, a los que, conocedores de su valía y amor a la profesión, estamos seguros podemos seguir contando entre las "fuerzas vivas" de la Agrupación de Podólogos de España.

NUEVO

sandalia de masaje ganter

una plantilla anatómica **ACTIVA**

- antiedematosa
- descontracturizante
- activadora de la circulación periférica
- sedativa del pie


ganter
MADE IN GERMANY



Solicite información a:

EXDIRE · AVDA. MERIDIANA, 422 · TEL. 340 72 47 · BARCELONA · 16







Handwritten text in a cursive script, likely a medical or scientific report, written on a yellowed piece of paper. The text is arranged in several lines, with some words appearing to be in a non-standard or possibly invented script. The paper shows signs of age and wear, including a small dark spot near the bottom center.

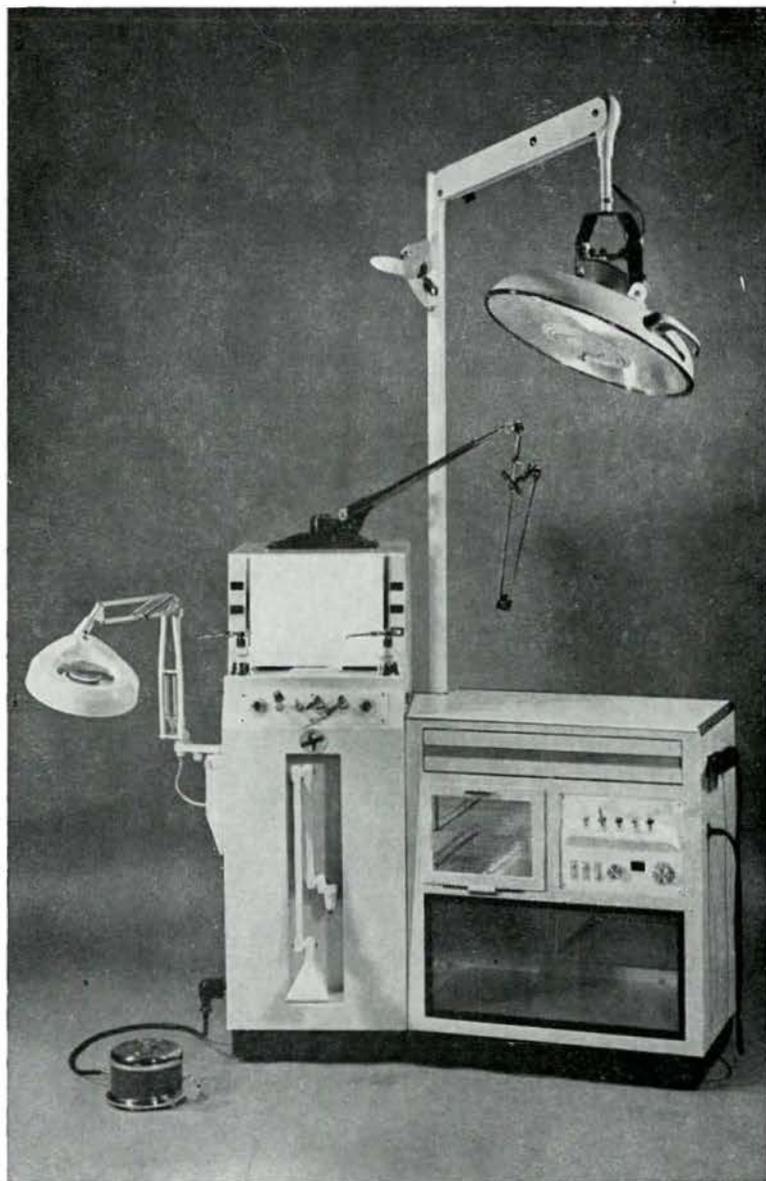


REVISTA
ESPAÑOLA
DE

PODOLOGIA

A.P.E. Julio-Agosto

n.º 46 1975



**CALIDAD EN NUESTROS MATERIALES
COMODIDAD EN SU TRABAJO
LARGA EXPERIENCIA,**

TODO ESTO LE OFRECEMOS CON NUESTRO ULTIMO MODELO

«CONSUL SUPER NOVO»

CONSULTE SIN COMPROMISO A TALLERES CONSUL

Aurora, 12

BARCELONA-1

Teléf. 241 72 75

REVISTA ESPAÑOLA DE **PODOLOGIA**

ORGANO DE LA AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

A. P. E.

Redacción:

Diputación, 118, 2.º, Pral, 2.ª, Barcelona (15)

Director:

Leonardo Escachs Clariana

Sub-director:

Pablo Vilató Ruiz

Redactor jefe:

Martín Rueda Sánchez

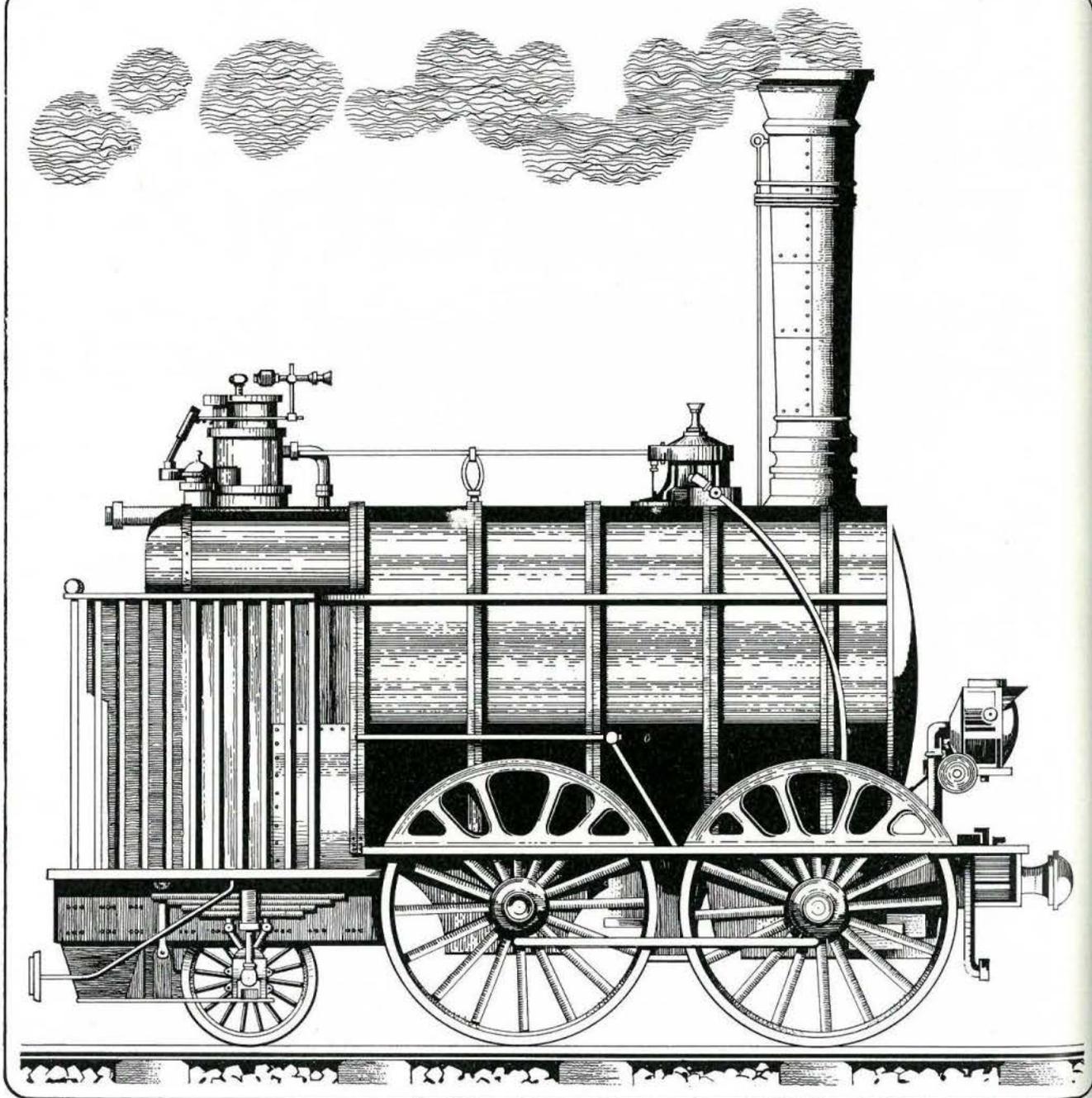
Administración:

Manuel Gavin Barceló

GRAFICAS RENACIMIENTO - Depósito Legal B-36880 - 1975

SUMARIO

| | |
|----|--|
| 3 | Junta de Gobierno |
| 5 | Editorial |
| 7 | Fotopodograma en color |
| 9 | Informe del curso en Filadelfia |
| 13 | Apertura matrícula Escuela de Podólogos de Barcelona |
| 15 | Introducción a la Roentgenología del pie |
| 17 | Pie de atleta |
| 27 | VIII Congreso Mundial de Podología |
| 39 | El pie y el ejercicio |
| 40 | Nota de la 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. respect.)

delta ditrone envase con 50 cápsulas



HOSBON SA

AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

JUNTA DE GOBIERNO

| | | |
|---------------------|--------------------------------|------------------------|
| Presidente Nacional | D. LEONARDO ESCACHS CLARIANA | Barcelona |
| Vice-Presidente 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 FARRERAS MORCILLO | 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.º BAEZ BASAURI | Bilbao |
| Vocal nato | D. JAIME SALA PICH | Barcelona |
| Vocal | D. ANTONIO GUTIERREZ VELASCO | Málaga |
| Vocal | D. JOSE OLCINA MORALES | Alicante |

DELEGADOS DE ZONA

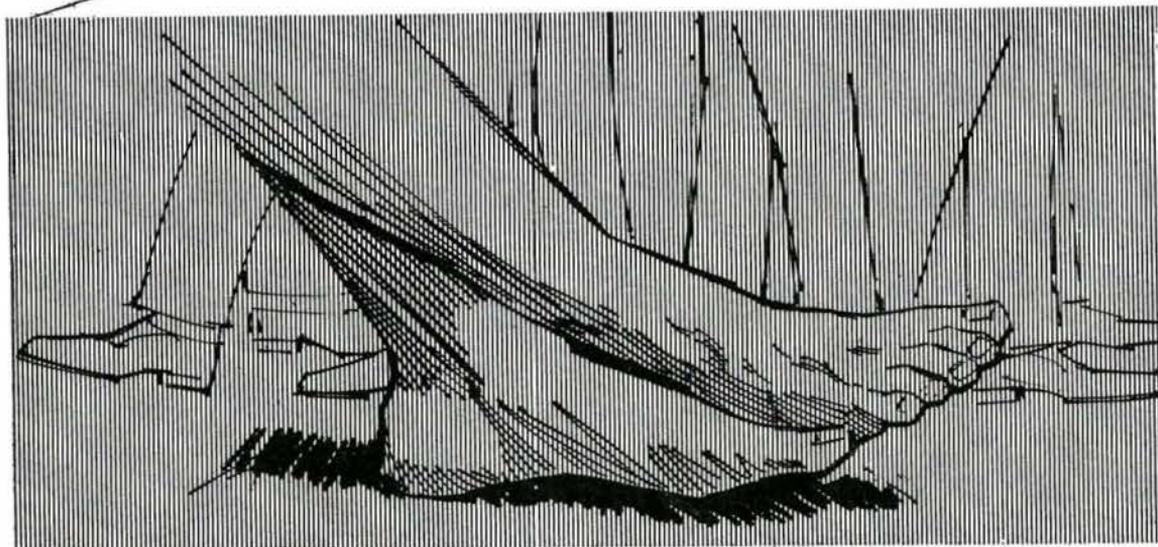
- D. José M.º Báez Basauri, Mayor, 27, 6.º. Las Arenas. BILBAO.
- D. José Luis Inchaurredo. Paseo de Colón, 65. IRUN.
- D. Juan Vidán Torres, Preguntoiro, 10. SANTIAGO DE COMPOSTELA.
- D. Antonio Báez Prieto. Alcalá, 313. MADRID.
- D. José Antonio Calvo García. Coso, 77, 5.º. ZARAGOZA.
- D. Jaime Sala Pich. Muntaner, 142. BARCELONA-11.
- D. Isaias del Moral Cejalvo. Castellón, 8. VALENCIA-4.
- D. Francisco Morán Ventura. León y Castillo, 8. LAS PALMAS DE GRAN CANARIA.
- D. Antonio Gutiérrez Velasco. Plaza de las Flores, Edificio Jazmín, 1.º. MALAGA.

- GRANADA: D. Manuel Ruiz Morales.
- GUADALAJARA: Sin Delegado Provincial.
- HUELVA: Jesús Tocino Vizcaíno.
- HUESCA: Sin Delegado Provincial.
- JAEN: Víctor Nieto Molina (accidental).
- LA CORUÑA: D. Francisco de la Cruz.
- LAS PALMAS: D. Francisco Morán Ventura.
- LEON: Sin Delegado Provincial.
- LERIDA: D. Alfredo Puchol.
- LOGROÑO: D. Vicente Alvarez.
- LUGO: Sin Delegado Provincial.
- MALAGA: D. Antonio Gutiérrez Velasco.
- MADRID: D. Zacarias 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: Sebastián Tenés Iturriza.
- STA. CRUZ DE TENERIFE: D. Armenio Méndez.
- SEGOVIA: D. Francisco García.
- SEVILLA: José Cañero Ramos (accidental).
- SORIA: Sin Delegado Provincial.
- TARRAGONA: D. Miguel Manzano Hernández
- 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 A. Calvo García.

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.
- BADAJOS: D. José Villafaina de la Cruz.
- BARCELONA: D. Jaime Sala Pich.
- BILBAO: D. Juan M. Báez Gutiérrez
- BURGOS: D. Elías Hernando Tamayo.
- CACERES: D. Timoteo Fernández
- CADIZ: D. Manuel Albala Valle.
- CASTELLON: D. José Aguilar Beltrán.
- CIUDAD REAL: D. Luis Barba Vázquez.
- CORDOBA: Máximo González Jurado.
- GERONA: D. José M.º Boch Doménech.

¡NUEVA FORMULA!



Pentoderm[®]

Crema dermoprotectora cutánea

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



MADAUS CERAFARM, S.A.

EDITORIAL

Da pena ver que mientras unos hombres luchan por superar a una clase, ésta no haga gran cosa para hacerse merecedora de tales privilegios, y en cambio, una vez conseguidos los objetivos, cualquiera, a veces el menos adecuado, se apresure para apuntarse los tantos dándole tal giro a la cuestión y colocándose en tan buen lugar que quien no sabe de qué va lo propondría para una condecoración, y en cambio el que ha llevado la batuta, quede a la vista de los demás sin pena ni gloria. Claro que por la boca muere el pez, y esos que se coronan a sí mismos, después son víctimas de sus propios errores e incluso dignos de compasión por su falta de personalidad, su poca ética y su "miopía profesional". Cuando esto sucede fuera de la familia y nuestra posición es puramente crítica y de contemplación, tiene un paliativo, pero cuando ocurre dentro de la gran familia que formamos todos los Podólogos, duele mucho. Como el índice de frecuencia de estos casos es superior al normal, pode-

mos pensar que no sería extraño que un día apareciese en alguna revista un artículo en el que alguien se apunte el éxito del viaje a Filadelfia, y no por mala fe, sino por inercia.

Claro que tocarían piedra, porque eso ya está en la cuenta de la Agrupación de Podólogos de España, que sin darse bombo consigue triunfos para sus compañeros hasta colocarnos en un lugar preferente dentro de la Podología mundial, cosa que hemos tenido ocasión de comprobar en la reciente visita a EE.UU., conociendo la forma de trabajo de estos colegas que saben ser señores dentro de una profesión señora.

Su altura científica es muy semejante a la nuestra, con la diferencia de que ellos hacen más cirugía que nosotros, pero en cambio en otras facetas, como la prótesis, les llevamos ventaja. También nos aventajan en medios para exploración y tratamiento, en escuelas, en organización, etc., pero como

nosotros somos orgullosos, tenemos la completa seguridad de que si vamos todos a una los alcanzaremos, seguro. Para ello se están dando grandes pasos a nivel internacional. La F.I.P. para nosotros ya no existe, porque nuestras aspiraciones no son la pedicura y la belleza, sino la ciencia y la técnica. Este desacuerdo ha hecho posible que se cree una CONFEDERACION MUNDIAL DE PODOLOGIA, de la que es presidente nuestro también presidente, Sr. Escachs, cargo para el que ha sido elegido por una diferencia de votos considerable dando así una vez más fe de que la Agrupación está en buenas ma-

nos, y nosotros o somos de materia inerte, o tenemos que ayudar de la forma que mejor podamos. A esta Confederación se han unido las naciones más importantes en Podología: EE.UU., Canadá, Inglaterra, Francia, Bélgica, Alemania, Italia... y todos juntos vamos lanzados con un objetivo común. El trabajo que se presenta es fuerte, pero el entusiasmo de los hombres que han creado esta nueva Confederación es superior todavía. Así es que vamos lanzados en una empresa única de la que saldrán los mejores éxitos para la Podología y de la que España y la Agrupación han sido sus pioneros.



REF. B-C

'' HOSCH ''

PIEZAS DE MANO ESPECIALES PARA INTERVENCIONES EN HIPERQUERATOSIS Y UÑAS

Como herramientas especiales y muy eficaces le recomendamos nuestras piezas de mano HOSCH para hiperqueratosis y uñas. Sus cabezas están equipadas con una lámina rotativa que permite quitar en capas las hiperqueratosis 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 hiperqueratosis o Ref. N-U para uñas.

APARATOS, MOBILIARIO E INSTRUMENTOS PARA PODOLOGIA

A. SOLE PALOU, S. A.

Barcelona-2 - Vergara, 7 - Teléfono 318 24 70

Madrid-14 - Av. José Antonio, 15 - Teléfono 221 01 95



REF. N-U

Fotopodograma

en color

Por:

E. Gratacós

Podólogo

BARCELONA

Antes de empezar este trabajo debo mencionar a dos personas que han influido en la obtención del fotopodograma en color; en primer lugar al amigo D. Pablo Vilató precursor del fotopodograma en blanco y negro y a los Sres. Ortiz padre e hijo fotógrafos profesionales por la ayuda recibida y los medios técnicos que han puesto a mi disposición.

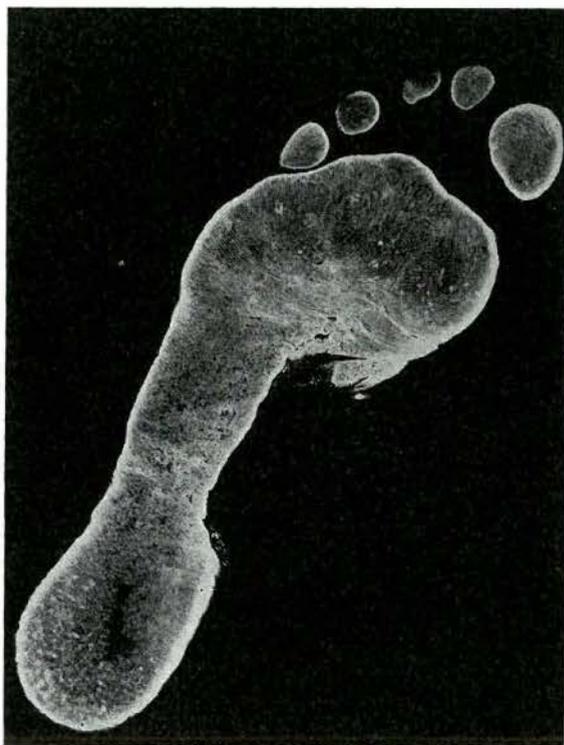
Podríamos dividir este trabajo en tres apartados:

1.º — Cómo se descubrió. 2.º — Técnica empleada y 3.º — Ventajas e inconvenientes.

COMO SE DESCUBRIO:

Me encontraba un día sin placas fotográficas y el Sr. Ortiz tuvo la gentileza de regalarme placas de color, entonces vi que al aplicar el pie del enfermo encima de la placa, previo mojarlo con revelador de blanco y negro, me salía el fotopodograma de un color violeta, pero mi sorpresa fue grande cuando al pasarlo por el fijador desapareció la imagen. Después de varias pruebas con papel de color y empleando ya el revelador y fijador de color, descubrí por casualidad que era posible el fotopodograma en color; en una de las pruebas efectuadas a pesar de salirme un fotopo-

dograma defectuoso vi en uno de los bordes de la placa mis huellas digitales de un color amarillo rojizo, ésta fue la causa de la obtención del fotopodograma en color, había tocado la placa con mi dedo mojado de fijador.



Interderm

Crema

GENTAMICINA

Presentación:

Tubo de 30 grs. - P. V. P. 183'90

Composición por 1 gr.

| | | |
|-----------------------------------|---------|------|
| Nistatina | 100.000 | U.I. |
| Triamcinolona acetónido | 1,0 | mgr. |
| Gentamicina | 1,0 | mgr. |
| Excipiente crema c. s. p. | 1,0 | gr. |

Propiedades

La crema INTERDERM debido a sus ingredientes, posee una acción dermo-específica, con un amplio poder antifúngico, antibacteriano, antiinflamatorio y antipruriginoso.

Indicaciones

Dermatosis por hipersensibilidad.
Eczemas y erupciones cutáneas exudativas.
Dermomicosis.
Intértrigos microbianos y micóticos.
Prurito generalizado, anal y vulvar.
Eczemas microbianos.
Candidiasis.
Psoriasis.

**Laboratorios
INTERPHARMA
sa**

TECNICA EMPLEADA:

Con una placa de color y trabajando siempre con luz, se moja el pie del paciente con fijador de color haciéndole apoyar el mismo encima de la placa y dejándolo un minuto aproximadamente. A continuación expongo el papel fotográfico a la luz de un fluorescente durante cuatro o cinco segundos lavándolo con agua antes de pasarlo al recipiente del revelador el cual debe estar a una temperatura de 31 grados y siendo el tiempo de revelado de tres minutos. Una vez revelado lo paso al recipiente del fijador y lo dejo en él durante un minuto y medio. Finalmente se lava con agua durante dos minutos aproximadamente y se deja secar.

VENTAJAS E INCONVENIENTES:

Una de las ventajas más importantes para nosotros es el valor que damos a los diferentes colores, según la presión que ejerce el pie en la placa fotográfica. Este valor varía; comprobando en las diferentes pruebas efectuadas el color amarillo verdoso es donde se ejerce mayor presión y el color rojo los puntos en donde la presión es menor.

Muchas veces alrededor de los puntos donde existe más presión, en unos dedos en garra por ejemplo, se forma en sus bordes

una aureola blanca producida por desplazamiento del fijador. Si el fotopodograma está bien hecho se aprecian con toda nitidez las huellas plantares; pudiéndose emplear este sistema para obtener también las huellas digitales.

Los inconvenientes que he observado en la obtención del fotopodograma en color los podemos enumerar: a) Este método a pesar de su valor científico es mucho más caro que en blanco y negro; b) Después de haber revelado dos o tres placas como máximo, debe cambiarse el revelador por sufrir alteraciones al ponerlo en contacto con el fijador que contiene la placa fotográfica, por lo cual se recomienda poner en la bandeja poco revelador, eso sí, lo suficiente para que pueda cubrir el papel fotográfico; c) Este procedimiento está en embrión por lo que a medida que vaya consiguiendo más valores científicos del fotopodograma en color, lo comunicaré a esa Revista de Podología.

NOTA DE LA REDACCION: Debido al elevado costo de la impresión tipográfica en color, hemos optado ofrecer fotografía en color, a tamaño 18 x 24, donde se pueden apreciar mejor los detalles, que será suministrada a contrareembolso por el Administrador, Sr. Gavín, previa petición de los interesados.

BREVE INFORME DEL CURSO EN FILADELFIA

Podemos calificar de éxito rotundo para la Podología el curso llevado a cabo por colegas españoles en la Escuela de Podiatría de Filadelfia, organizado por la Agrupación de Podólogos de España.

Ha sido este un contacto importante que viene a reforzar los lazos de unión existentes entre Podiatras y Podólogos, de cuyo acontecimiento esperamos en un futuro no muy lejano ver culminados muchos de nuestros de-

seos. Hemos dejado una grata impresión ante estos colegas que han visto como en muchos detalles les podemos discutir y salir airosos del trance, si bien en otros, como la cirugía, ellos van en vanguardia, pudiendo hacer toda la cirugía del pie, incluso amputaciones de dedos, pues aunque la reglamentación de la Especialidad no es idéntica y común para todos los estados americanos, raya a una altura muy considerable en cada uno de ellos. Esto no tiene ningún secreto si tenemos en cuenta

Fitex-E

Onico-Fitex

Tratamiento local específico de las dermatomicosis y micosis de uña respectivamente.

Gran poder de penetración, acción prolongada e intermitente.

Modo de empleo _____ Pincelar las zonas afectadas 2 ó 3 veces al día y cada vez que se ponga en contacto con el agua.

Indicaciones _____ **Fitex-E**

- Pie de atleta
- Hiper-hidrosis
- Mal olor
- Enrojecimiento, picor
- Grietas interdigitales
- Maceración

Onico-Fitex

- Onicomycosis
- Paroniquia
- Pie de atleta rebelde

Precios _____ **Fitex-E** 199,10 ptas. frasco de 60 c.c.
Onico-Fitex 100,50 ptas. frasco de 30 c.c.

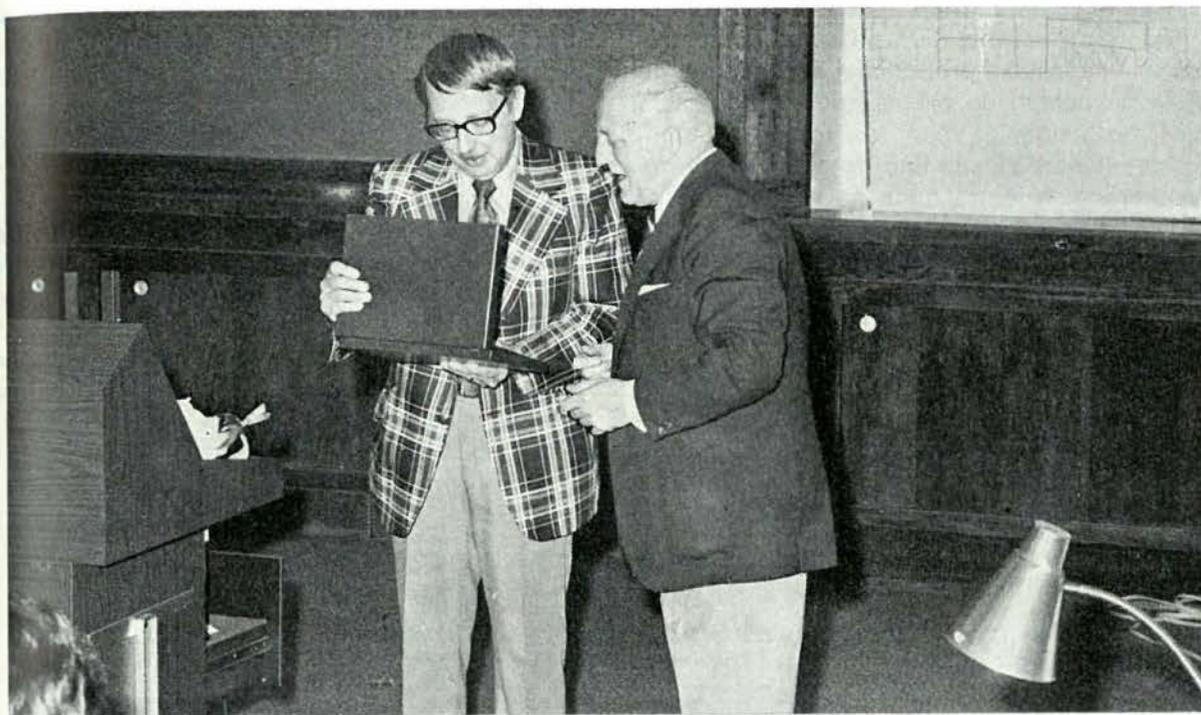
No precisan apósitos ni vendajes.

INFAR  **NATTERMANN**

Apartado 400 - Zaragoza

Infanta Carlota, 84-88 Barcelona-15





Nuestro Presidente Nacional, Sr. Escachs, y Mr. Bates, Director de la Escuela de Pediatría de Filadelfia (Pensilvania), a quien hizo entrega de la Medalla de la Agrupación de Podólogos de España.

los medios económicos de que disponen, no solamente sus fuertes ingresos (por ejemplo, la matrícula de un alumno es de 160.000 pesetas por curso), sino también por la ayuda estatal que reciben, punto éste en el que lamentablemente nosotros no tenemos esos privilegios.

En el capítulo de exploración podríamos hablar no sólo de la forma en que la llevan a cabo, sino de los medios de que disponen, entre los que hay por ejemplo una plataforma sensible a la presión, cuyos datos son recogidos en una computadora que transmite las presiones de todos los puntos del pie por comparación con unas presiones clave concernientes a un pie normal.

El taller es una sala con bancos de trabajo, dotado de motores silenciosos con aspiración, donde se elaboran las prótesis para

los pacientes. Estas prótesis son hechas a base de materiales termoplásticos, como el plexidur, y conglomerados semejantes al podiasín. La pequeña prótesis se hace a base de látex y uretano o a base de siliconas.

Además la Escuela dispone de una serie de departamentos tales como oficinas (tal vez demasiadas), imprenta, comedor, biblioteca, etcétera, etcétera.

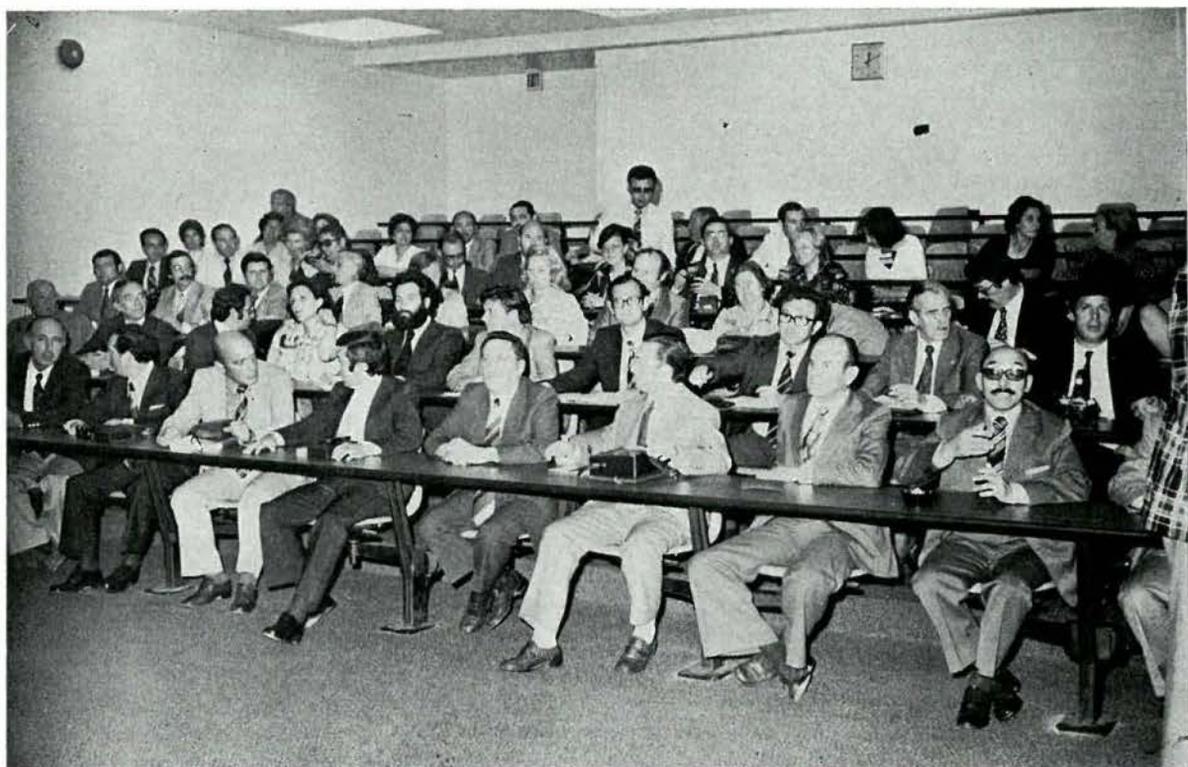
Como puede deducirse de estos resumidos datos nos encontramos ante unos profesionales, bien preparados y con ganas de luchar, que además saben difundir su profesión en todos los ámbitos y sueñan también con alcanzar metas cada vez superiores. Para ello necesitan no estar solos, sino unirse a otros países potencialmente bien preparados en podología, y España está pisándoles los talones, con ventaja además sobre el tercer puesto y

sucesivos, por eso les interesa y nos interesa mantener un contacto cada vez más íntimo, fruto de cuya unión será la Podología del futuro. Esto será así mientras nosotros demos una capacidad profesional ascendente, de ahí la necesidad de prepararnos y vestir los actos profesionales con los mejores atuendos, prestando a cada uno de ellos el interés que merece. Nuestra meta no es enuclear el heloma, sino además, buscar la causa; no es hacer plantillas o correctores a mansalva y bajo precio, que para eso ya hay otros que lo hacen, sino bien hechos y con honorarios justos.

Podemos decir que en América hemos quedado muy bien, y hemos llegado profundo, y

como consecuencia tenemos la obligación de ser Podólogos, hoy más que nunca, pero Podólogos en el más amplio sentido de esta palabra que está escrita con sacrificio y fuego sobre el historial de una profesión digna que empezó con el primer hombre y ahora ya tiene un puesto bien ganado dentro de la Sanidad de cualquier país.

Debido a la falta material de tiempo entre el viaje y la elaboración de la Revista, al estar en plena época de vacaciones, damos estas primeras notas de lo que por encima hemos resumido el curso, y esperamos dar amplia información sobre el mismo en el próximo ejemplar de la misma.



Aspecto parcial del aula durante las conferencias.

Facultad de Medicina de Barcelona

Escuela de Podólogos

- SECRETARIA -

Según nota recibida de la Secretaría de la Escuela de Podólogos de Barcelona, la matrícula para los cursos de Podología a desarrollar en dicha Escuela quedará abierta a partir del día 15 de julio hasta el 15 de septiembre —ambos inclusive—, todos los días laborables de 10 a 12 horas en la propia Secretaría de la Escuela, siendo necesaria la siguiente Documentación:

1. Fotocopia del Título de Practicante o A.T.S., compulsada por la Delegación del Ministerio de Educación y Ciencia, o bien Legalizada por Notario.
2. Certificado de Estudios expedido por la Secretaría General de la Facultad de Medicina donde los cursó.
3. Certificado Médico Oficial acreditativo de no padecer defecto físico ni enfermedad alguna que le impida el ejercicio de la profesión.
4. Cuatro fotografías tamaño carnet.
5. Méritos Académicos y Profesionales.

NOTA. — Siendo limitado el número de alumnos, rogamos a los interesados la máxima diligencia en la presentación de Documentos.

cuando sus dos pies
son dos
problemas...



Use **Peusek**[®]

desUdorante y
desOdorante
de los pies



Y AHORA TAMBIEN

NUEVO

Peusek[®]

ARCANDOL

para pies

*ARdientes
CANsados
DOLoridos*

SPRAY



DOS PRODUCTOS PARA...
DOS PROBLEMAS QUE SON...
DOS SOLUCIONES.

FACULTAD DE MEDICINA DE BARCELONA

ESCUELA DE PODOLOGOS

«Conferencia de INTRODUCCION A LA ROENTGENOLOGIA DEL PIE, por el Podólogo radiólogo americano, Mr. GAMBLE.»

La Escuela de Podólogos de la Facultad de Medicina de Barcelona, siguiendo la tónica impuesta de estar siempre en contacto con los mejores profesionales del mundo y ofrecer siempre lo mejor a los Podólogos españoles, ha abierto sus puertas en esta ocasión al eminente Podólogo-radiólogo norteamericano, Mr. Gamble, autor del libro «ROENTGENOLOGIA DEL PIE», único en su clase, quien bajo el tema INTRODUCCION A LA ROENTGENOLOGIA DEL PIE, dio una magistral conferencia el sábado día 12 de julio, en la que puso de manifiesto su extraordinario dominio en esta rama de la Podología, que nos hace considerarle el mejor radiólogo del mundo en su clase.

Durante su conferencia, de dos horas de duración, ayudado de diapositivas, fue vaciando su ciencia sobre un considerable número de compañeros que llenaban por completo la sala de actos de la Escuela, entre los que se encontraba un colega de Madrid y otro de Córdoba, desplazados a la Ciudad Condal para ser testimonios de las enseñanzas de este eminente radiólogo.

Una vez finalizada la Conferencia, nuestro Presidente y Subdirector de la Escuela, Sr.

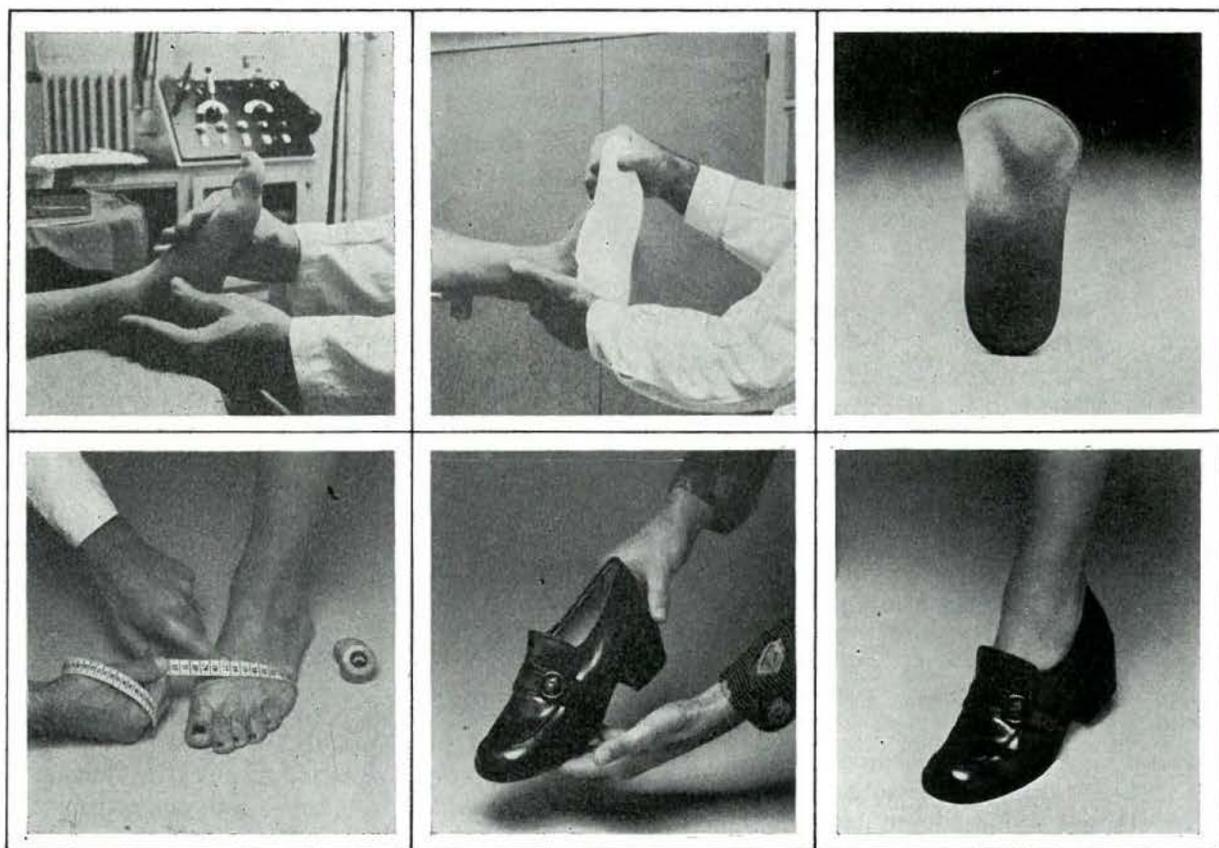
Escachs le ofreció una placa como testimonio de agradecimiento y consideración por la clase dada, teniendo en cuenta además que los esposos Gamble, se han visto obligados a partir sus vacaciones en España, país del que son enamorados, y han tenido la gentileza de dedicarnos unas horas.

Fue un acto sencillo y breve, ya que al cabo de una hora. Mr. Gamble y Sra. tenían que estar en el aeropuerto, pero suficiente para poder apreciar la sencillez y predisposición de este colega, que entre otras cosas prometió hacer la traducción de su libro al castellano, así como dar una Conferencia en Madrid tan pronto el tiempo se lo permitiese, a petición del Sr. Escachs.

Esperamos pues tener pronto en nuestras manos un libro de tal valía que no dudamos será de gran utilidad para todo compañero amante de la Roentgenología.

Asimismo debemos significar que la Conferencia ha sido gratis, por gentileza de la Escuela de Podólogos de Barcelona, quien corrió con todos los gastos de la misma.

TAN IMPORTANTE COMO SUS MANOS



Sus manos conocen, investigan y alivian. Pero su experiencia personal puede verse traicionada si no existe un zapato que satisfaga plenamente sus prescripciones. Por esta razón, MANUFACTURAS PROS pone a su disposición la nueva línea de zapatos MANITOS ORTHO.

MANITOS ORTHO es un zapato especialmente diseñado para satisfacer todas sus exigencias. Tanto la calidad de los materiales, como la adaptabilidad al uso de plantillas permiten en todo momento continuar ejerciendo una acción benéfica y correctora como si se tratara de sus propias manos.

MANITOS ORTHO: TAN IMPORTANTE COMO SUS MANOS.



MANITOS
ORTHO

PIE DE ATLETA

Por:

M. LECHA CARARLERO

Cátedra de Dermatología (Prof. Dr. Piñol)
Facultad de Medicina (Barcelona).

Estudio publicado en Revista "Medicina del Trabajo", octubre 1974, que por considerarlo de interés para la profesión por su valor científico, transcribimos a continuación.

DEFINICION

El pie de atleta es una infección micótica de localización interdigital y plantar producida por diversas variedades de epidermophyton, trichophyton y otras especies.

SINONIMIA

Pie de atleta, tinea pedis, tiña de los pies, epidermofitosis de los pies.

EPIDEMIOLOGIA

Se trata de una de las epidermoficias más frecuentes. Diversas estadísticas epidermiológicas señalan una incidencia entre un 30 y un 70 % de la población.

ETIOPATOGENIA

La extraordinaria frecuencia de dicha afección obedece a diversos condicionamientos. Un primer factor reside en el hecho de llevar calzado, aunque nos atreveríamos a indicar que no puede afirmarse que la tiña de los pies constituya una de las penalidades a que nos somete el civilización al acostumbrarnos al uso del calzado. De hecho, si bien los hongos causantes del pie de atleta pueden hallarse

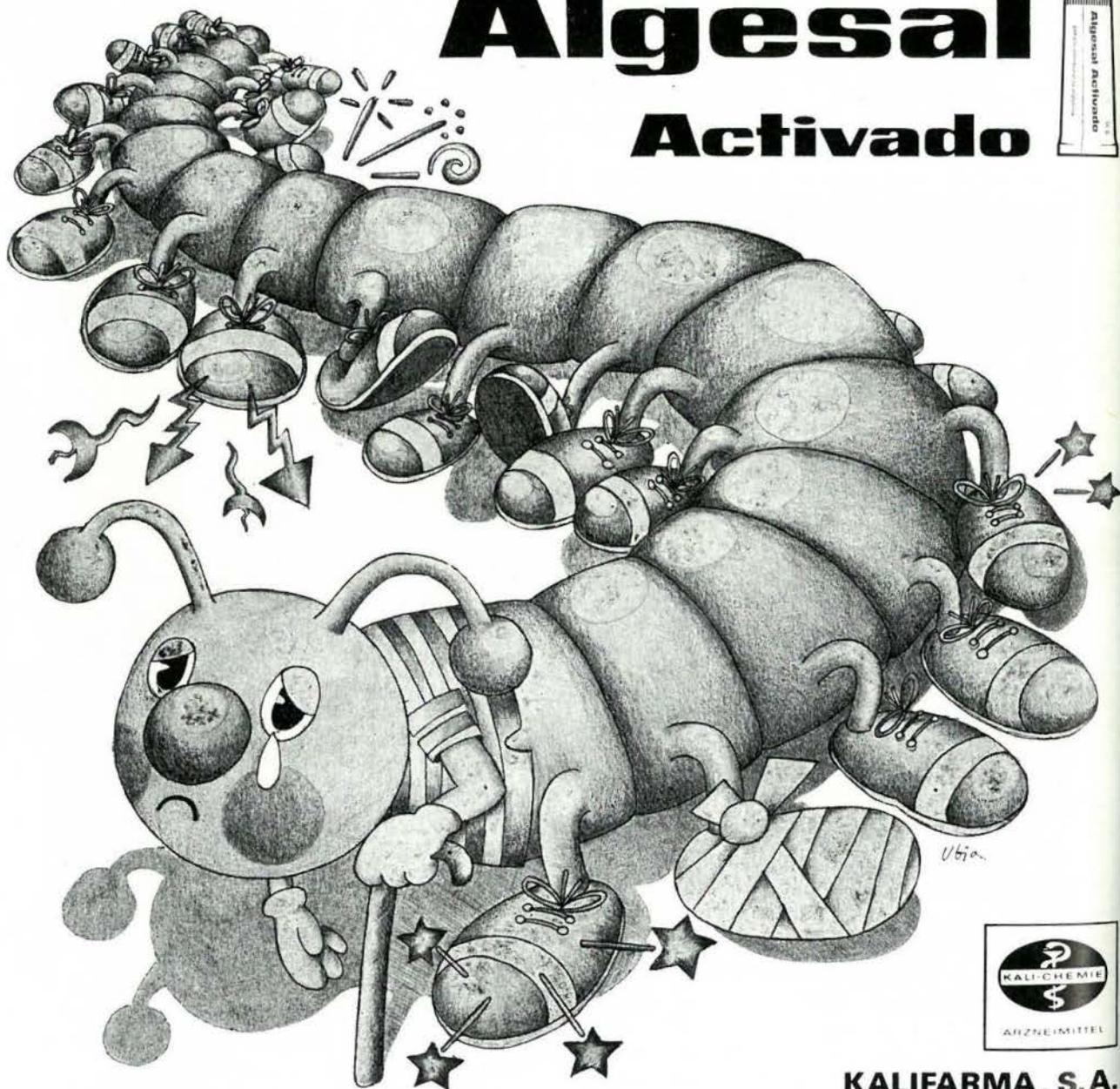
ampliamente diseminados por el medio ambiente, es evidente que los zapatos y calcetines constituyen un reservorio permanente. Broughton⁴ comprobó en 1955 que los calcetines de enfermos afectados de tinea pedis contenían elementos fúngicos aún después de ser lavados y que podían sobrevivir en ellos hasta 5 meses con la simple presencia de escamas cutáneas y un cierto grado de humedad. Las escamas infectadas retenidas por las fibras textiles a pesar de los lavados, eran la causa de las recidivas de la mayoría de enfermos.

Otras causas exógenas residen en el contacto con suelos, piscinas públicas, baños públicos, duchas comunes en empresas, colegios, etc. Diversos autores han conseguido aislar en todos estos puntos diversas especies de hongos causantes de la enfermedad. Sin embargo, no solamente deben ser valorados estos hechos circunstanciales, investigaciones epidermiológicas señalan la existencia de otros factores condicionantes.

La mayoría de especies de hongos se hallan ampliamente distribuidos, generalmente en el suelo, donde crecen de forma saprofita, así como en animales domésticos, susceptibles de adquirir infecciones por hongos que pueden transmitirlas al hombre. Por ello, es

CUANDO APRIETA EL DOLOR...

Algesal[®] Activado



KALIFARMA, S.A.



- Calma el dolor al instante, por su gran poder de penetración
 - Posee un olor agradable
 - No mancha ni engrasa
- Presentación y P.V.P.
Tubo con 50 grs. de pomada 94,90 ptas.

evidente que no puede evitarse totalmente el contacto frecuente y repetido con dermatofitos, aunque el grado de virulencia y capacidad patogénica de los mismos sea variable.

Por consiguiente, cabe suponer que, aparte de los factores exógenos, la capacidad patógena de los hongos va vinculada a factores individuales de carácter cutáneo local o de carácter inmunitario general, que condicionan el desarrollo de las epidermofitias.

Entre dichos factores locales, la importancia de las condiciones de la superficie cutánea es considerable.

En este sentido, debe señalarse que los lavados frecuentes tienden a impedir la instauración de la micosis, al disminuir la cantidad de elementos fúngicos que pudieran provocarla y por eliminar residuos orgánicos que sirven de sustrato nutritivo a los dermatofitos.

Por otro lado, la calidad y espesor de la capa queratínica tiene también importancia por cuanto la queratina constituye el sustrato nutritivo de los dermatofitos.

Asimismo, las condiciones de humidificación de la piel tienen una considerable importancia.

En efecto, si bien es cierto que los ácidos grasos del sudor poseen un cierto poder fungistático, la hiperhidrosis favorece la infección, especialmente a nivel de superficies ocluidas que impiden su evaporización (acción del calzado, pliegues interdigitales). La acción fungistática de los ácidos grasos se ve entonces neutralizada en estas zonas por la acción del amoníaco resultante de la degradación bacteriana de la urea.

Estos factores locales inciden desfavorablemente en el sexo masculino que se ve mucho más afectado por la tinea pedis que el femenino. Otro factor a tener en cuenta, posiblemente ligado a la hiperhidrosis, es el factor circulatorio local. Así, W. G. G. Roth⁵ comprobó en una serie de 50 enfermos que en el 96 % de tinea pedis confirmadas micológicamente

existían alteraciones circulatorias que, sólo en el 30 % de los casos, se habían evidenciado ya clínicamente.

Entre los factores determinantes de una epidermofitosis de los pies destacan los factores inmunológicos. Conocido es el hecho de que algunos individuos, a pesar de estar sometidos a condiciones favorables para el desarrollo de una tinea pedis, no llegan a sufrir nunca esta enfermedad o bien que, en un grado menor, la epidermomicosis queda inexplicablemente acantonada a un reducido espacio cutáneo durante mucho tiempo. Asimismo, una investigación realizada en 61 cónyuges demostró la ausencia de transmisión a la pareja. Por otra parte, los individuos afectos de tinea pedis la presentan durante mucho tiempo, ya sea continuamente o a brotes. Este estado inmunitario relativo se ha podido estudiar a base de las reacciones presentadas por los individuos afectos a la tricofitina.

De estos hechos se deduce que en el pie de atleta se produce una alternancia inmunidad-susceptibilidad.

Este estado inmunitario relativo se ha podido estudiar gracias a las reacciones presentadas por los individuos afectos a la tricofitina.

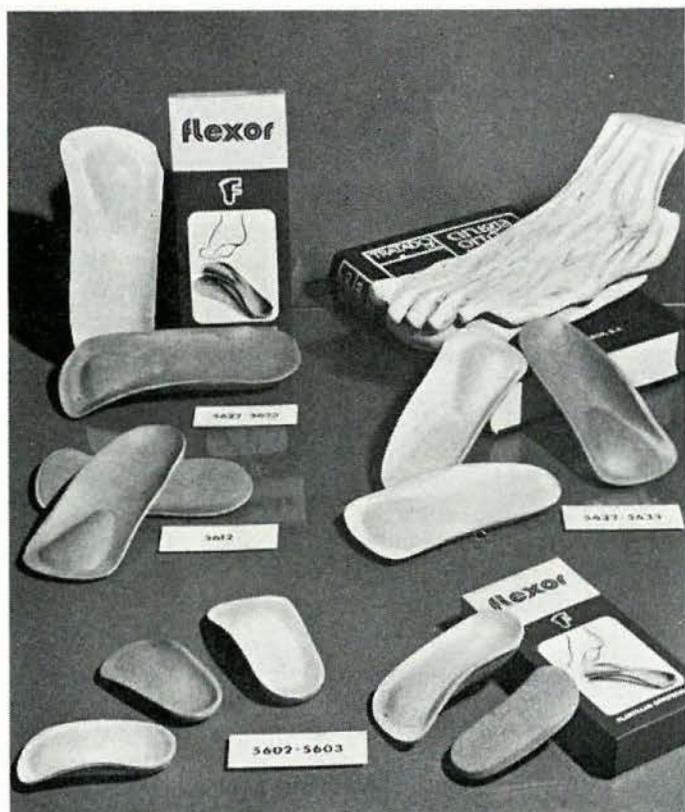
A partir de los cultivos de cualquier especie de dermatofito pueden prepararse unos extractos que reciben la denominación de tricofitina y que son idénticos independientemente de la especie de hongo que se trate. La intradermoreacción en individuos afectos produce dos tipos de reacciones: una inmediata, urticariforme y una retardada, tuberculínica que tiene su máxima a las 48 horas.

La reacción retardada tiene quizá un mayor significado por cuanto su positividad parece implicar una inmunidad duradera adquirida por un individuo afecto de una epidermomicosis, puesto que persiste durante mucho tiempo después de curada la misma.

En cambio, la respuesta inmediata de hipersensibilidad a la tricofitina tiene un carácter completamente distinto y viene deter-

flexor

Presenta
los nuevos modelos
de plantillas
ortopédicas



VENTAJAS DE LOS MATERIALES ELABORADOS

Nuevo conglomerado:

- Indeformable.
- Resistente.
- Flexible y semiduro.

Nuevos acabados:

- Forro superior promérico, de materia sintética transpirable.
- Forro superior en piel, cuyas propiedades son ya conocidas.
- Forro inferior en materia antideslizante, que evita el movimiento de la plantilla dentro del calzado.



FLEXOR, S.A.

VALENCIA, 345 (ESQUINA BAILEN)
TELEFONO 258 14 15 - BARCELONA-9

minado por una sensibilización sincrónica durante el desarrollo de una epidermomicosis, generalmente con un mayor componente inflamatorio de carácter alérgico, frente a los productos del hongo.

Esta hipersensibilidad alérgica a la tricoftina es la que determinará la aparición de las llamadas dermatofitides que se desarrollan a distancia de la epidermomicosis focal original.

La mayoría de autores consideran que ambas reacciones son de igual especificidad y significado, siendo simplemente estadios distintos de un mismo proceso. La hipersensibilidad se inicia por anticuerpos fijados a las células epidérmicas —reacción tipo tuberculínico—, y, por tanto, no presentes en el torrente circulatorio y no transferibles. Posteriormente, si el desarrollo de la hipersensibilidad aumenta, estos anticuerpos son liberados entrando en el torrente circulatorio y determinando la aparición de la respuesta intradérmica inmediata.

Los agentes micóticos responsables de la tinea pedis son, por orden de frecuencia: **Tricophyton mentagrophytes**, **tricophyton rubrum** y **epidermophyton floccosum**.

La frecuencia del hallazgo de cada uno de estos agentes patógenos depende de factores geográficos que determinan su preponderancia en ciertas regiones.

CLINICA

La acción patogénica desarrollada casi exclusivamente sobre estructuras queratinizadas —como en todas las epidermomicosis— determina una serie de formas clínicas independientes de la especie fúngica causal.

De forma general puede señalarse que la tinea pedis afecta con mayor frecuencia a los adultos del sexo masculino, seguidos por los del sexo femenino y, en último lugar, por los adolescentes y niños.

El pie de atleta se presenta en las siguientes formas clínicas:

a) Forma vesículo-ampollosa

En esta forma clínica aparecen lesiones únicas o múltiples, en forma de vesículas profundamente situadas, ligeramente sobrelevadas, que han sido comparadas al grano de sagú hervido, engastadas en la epidermis y sin reacción inflamatoria perilesional, de contenido claro si no están contaminadas por infecciones secundarias. Ocasionalmente ocasionan ligero prurito, sensación de tensión y por el rascado o pinchando con un alfiler dan lugar a la salida de un fluido muy claro en los primeros días y más viscoso o incluso gelatinoso en fases avanzadas. Si se reabsorben estas lesiones dan lugar a unas máculas de color parduzco. Si se rompe el techo por el rascado se visualiza una superficie lisa, brillante y con un collarote de escamas o bien, al secarse el techo, se origina un pequeño botón escamoso de color pardo o amarillento. Esta cornificación, puede ser a veces el inicio de una hiperqueratosis.

Por regla general, las lesiones son escasas disponiéndose a veces en grupos más o menos arracimados. En otras ocasiones, la evolución es más aguda, llegando a confluír las vesículas para formar grandes ampollas hasta el punto de que en casos graves el enfermo queda incapacitado para andar. Las lesiones de este tipo se observan principalmente en las plantas de los pies o bien por encima del arco plantar. Al involucionar las ampollas quedan unas superficies más o menos circulares, desnudas, de color rojo brillante, con bordes bien definidos. Pueden regresar espontáneamente o bien crecer por la aparición de nuevas vesículas en su superficie, llegando a extenderse por la mayor parte de la planta del pie. Van acompañadas de prurito y dolor.

Las lesiones ampollosas son a veces consecuencia de la agudización de otras lesiones ya existentes; por ej., en la base de los dedos puede representarse agudizaciones de la modalidad intertriginosa. Por otra parte, puede sobreinfectarse por gérmenes piógenos, dando lugar a celulitis y linfagitis.

Sudermín

Crema

ANHIDROTICA ANTIFUNGICA

Presentación:

Tubo de 30 grs. - P. V. P. 118'05 Ptas.

Composición por 1 gr.

| | |
|---|--------------|
| Nistatina | 100.000 U.I. |
| Acido salicílico | 0,02 gr. |
| Clorhidrato de aluminio (solución 50°/o). | 0,25 gr. |
| Excipiente crema c.s.p. | 1,0 gr. |

Propiedades

La crema SUDERMIN tiene una acción anhidrótica desodorante y antifúngica.

Indicaciones

Hiperhidrosis.
Bromhidrosis.
Pie de atleta.
Pies irritados, sudor y fétidos.
Micosis y Candidiasis.
Intértrigos.

**Laboratorios
INTERPHARMA
sa**

b) Forma intertriginosa

La epidermoficia intertriginosa es una de las formas clínicas más frecuentes. En esta forma las lesiones ofrecen el aspecto de una descamación, con o sin formación de fisuras entre los dedos de los pies. Por regla general, los dedos más afectados son el cuarto y quinto. Si se presenta en individuos limpios y sin hiperhidrosis, puede manifestarse como simple descamación y prurito.

En los casos graves interesa a más de un espacio interdigital y se extiende por el pliegue de la base de los dedos y hacia la punta de los pies, dando lugar a superficies maceradas y exfoliadas que exhalan un olor «sui generis», y examinando con atención, podremos ver pequeñas vesículas a partir de las cuales se efectúa la extensión del proceso. Hay prurito y sensación de quemazón. Como que en el fondo de los pliegues interdigitales se ocasionan muy frecuentemente fisuras, éstas pueden infectarse, dando lugar a linfagitis.

c) Forma hiperqueratósica crónica

Es de diagnóstico bastante difícil.

La mayor parte de las veces la erupción se limita a los talones, plantas o bordes de los pies. Excepcionalmente, puede pasar al dorso en donde pueden adoptar la forma de zapatilla. Las escamas de aspecto furfuráceo asientan sobre una base eritematosa, constituyendo placas bien delimitadas que abarcan a veces la totalidad de los pies. Los síntomas subjetivos, al revés de las otras modalidades, son muy discretos. En las manos puede presentarse una forma seca similar, muy rebelde, causada por el *T. Rubrum* que, por otra parte, es el causante más frecuente de estas formas en los pies.

Entre estas tres modalidades clínicas se pueden observar innumerables formas de transición.

Como ya mencionábamos más arriba, la hipersensibilidad a los productos de los hongos que desarrollan una acción patógena focal, determina la aparición de reacciones

«ide» a distancia. Estas son más frecuentes en las tiñas de los pies que quizá en otras formas de epidermoficias. La reacción más común consiste en la aparición de una serie de lesiones vesiculosas en las caras laterales de los dedos de las manos y dorso de los mismos. Estas lesiones por lo general son discretas, adoptando el carácter de una dishidrosis. En otras ocasiones, pueden aparecer cuadros más graves, ampollosos, extensos, muy pruriginosos, con lesiones situadas más profundamente, recubiertas por una gruesa capa córnea. Otras reacciones de este tipo, aunque no tan habitualmente asociadas a la epidermoficia de los pies, son las erupciones generalizadas de carácter eritemato-pápulo-vesiculoso, muy pruriginosas, que pueden resultar incluso más molestas que la epidermoficia focal originaria y que incluso pueden llegar a obligar a la suspensión de la terapéutica específica, para evitar nuevas absorciones masivas de elementos fúngicos o sus productos.

DIAGNOSTICO

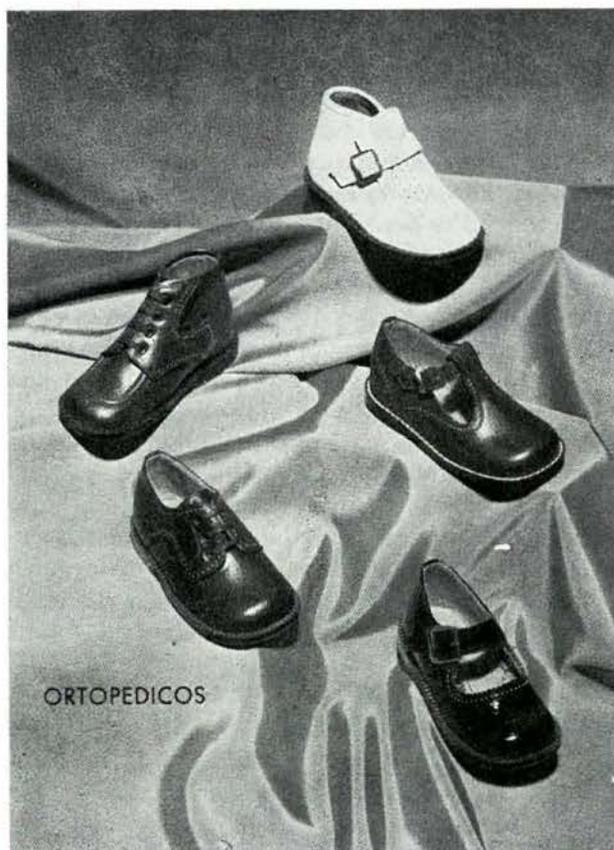
El diagnóstico de la epidermoficia de los pies se apoya mayormente en los aspectos clínicos y se confirma por el examen directo de las lesiones y posterior cultivo de las mismas. El examen directo debe realizarse sobre la descamación o bien recogiendo los techos de las lesiones vesiculosas. Estos elementos se maceran con KOH del 20 al 40 % en solución acuosa y se examinan, sin más al microscopio, para determinar la presencia de hifas (elementos filamentosos del hongo). Posteriormente, este material puede ser cultivado en medio de Sabouraud simple o en sus diversas modificaciones.

TRATAMIENTO

El tratamiento del pie de atleta debe orientarse en un doble sentido: medidas higiénicas locales y terapéutica antimicótica causal.

MEDIDAS HIGIENICAS LOCALES

Estas medidas higiénicas, del mayor interés en la variedad aguda vesículo-ampollosa,



**calidad,
comodidad y
materiales
adecuados**

**Todos los modelos
tienen su importancia y
han sido estudiados
para colaborar en los
tratamientos de los
señores Podólogos y
ajustándose a sus
prescripciones**

Mendivil
ESPECIALIDAD EN ORTOPEDICOS



RAMON SAEZ GARCIA

AGUAOR, JOSE MENOR HERNANDEZ, S/N
TELEFONO 801377 - PREFIJO 965
VILLENNA (ALICANTE)

aunque indispensable en cualquier forma clínica, consistirán en una extremada limpieza de los pies, así como en la reducción de cualquier posible hiperhidrosis concomitante y de las condiciones oclusivas que a los pies someten el calzado y otras causas exógenas.

Las zonas afectadas deberán lavarse diariamente por la mañana y por la tarde después del trabajo. Después del lavado se **secarán meticulosamente** los pies con una toalla reservada para este uso.

Todos los objetos en contacto con las lesiones (toallas, cepillos, paños, cortaúñas) deben limitarse al uso personal.

Los calcetines se cambiarán y lavarán cada día y se desinfectarán los zapatos. Se evitarán los calcetines de nylon y lana, así como los calzados estrechos.

TERAPEUTICA ANTIMICOTICA

FARMACOS ACTIVOS VIA ORAL

El único fármaco que ha demostrado una verdadera eficacia antimicótica es la **griseofulvina**. Es un fármaco con buena absorción digestiva, sobre todo si su administración se acompaña de sustancias grasas. Una vez absorbido, alcanza las células epidérmicas a concentraciones adecuadas para conseguir una inhibición del crecimiento de los dermatofitos, aunque carece de acción fungicida.

Dosificación: 250 mg de 2 a 4 veces al día, durante 2 a 4 semanas, las formas hiperqueratósicas requieren tratamiento prolongado durante varios meses.

TRATAMIENTOS TOPICOS

Ya sea como tratamiento complementario a la terapéutica general, ya como tratamiento único, la aplicación de diversos fármacos en forma tópica ha sido preconizada.

Así, el ungüento de Whitfield —ácido benzoico, 6 %; ácido salicílico, 3 %— y la solución hidroalcohólica de yodo al 1 % como métodos clásicos.

Modernamente dos nuevos fármacos han demostrado una alta eficacia como antimicóticos:

Tolnaftato: Se presenta en forma de solución y crema al 1 %.

Este fármaco obtiene buenos resultados en los procesos provocados por dermatofitos. No es eficaz frente a levaduras.

Dosificación: Se aplicará la solución o la crema de 2 a 3 veces, al día, durante un mínimo de 2 semanas.

Miconazol: Se presenta en forma de crema y polvo al 2 %.

Este nuevo fármaco, de reciente introducción en terapéutica, es activo a la vez frente a dermatofitos, levaduras y bacterias gram positivas.

Su eficacia en el pie de atleta ha sido demostrada por diversos autores..... Miconazol consigue curaciones totales: clínicas y micológicas, sin recidivas. Su eficacia frente a levaduras es muy elevada.

Dosificación: Se aplicará la crema o el polvo 1 ó 2 veces al día, durante 15 días.

Dado el creciente número de Revistas que nos son devueltas por no encontrar su destinatario, rogamos a todo aquel que haya cambiado de domicilio, lo comuniqué por escrito al Administrador de la Revista, Sr. Manuel Gavín Barceló, calle Diputación, 118, 2.º, pral. 2.ª Barcelona-15.

Gracias



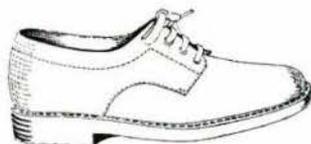
no basta

con que haga usted la mejor plantilla,
la más adecuada a cada caso...



ADEMAS ha de cerciorarse de que el paciente la use en un calzado que ayude su benéfica acción:

SOLIDEZ: con la máxima garantía de INDEFORMABILIDAD.

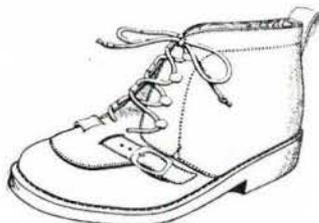


EQUILIBRIO: que garantice los correctos contactos (pie-suela y suela piso)

ESTRUCTURA: Firme y estática en sus dos tercios traseros (buena corrección) y flexible en el tercio delantero (fácil deambulación).

SUJECION: en posición correcta del retropié (empeine y talón)

ESPACIO: que deje holgura para el crecimiento y libre moción de los dedos.



MATERIALES: con suficiente porosidad y poder de absorción.

PIEDRO reposa sobre un excelente equipo técnico y científico internacional que le garantizan el mejor calzado posible en los materiales nobles de más alta calidad.



Si no encuentra **PIEDRO** cerca de su Consulta, díganoslo, por favor.



Delegado en ESPAÑA de **PIEDRO INTERNACIONAL**

J. L. VILA-PLANA - Conde Borrell, 211 - Prta. 33 - T. 93/239 53 06 - BARCELONA-15

VIII CONGRESO MUNDIAL DE PODOLOGIA

LA HAYA: 29 Abril al 2 Mayo, inclusive, de 1976

Dado el creciente interés de los Podólogos españoles por la asistencia a todo tipo de actos científicos profesionales, tanto nacionales como internacionales, transcribimos a continuación las noticias recibidas en esta Redacción acerca del 8.º Congreso Mundial de Podología, para general conocimiento de todos los interesados en la asistencia al mismo.

COMISION ORGANIZADORA

| | |
|-------------|---|
| Presidente: | J. W. N. Ramspek Presidente de la «Asociación Holandesa de Promoción de la Podología» |
| Secretario: | Señora J. Th. Idema-van Beek Podólogo |
| Tesorero: | Señora J. P. M. van den Hoven-Lau Podólogo |
| Miembros: | Señora M. A. Hedeman-Eggink Secretaria de la Asociación Holandesa para promover la Podología C. H. S. Aschermann Notario Dr. W. Mol Cirujano-Ortopédico W. Struijs Director de Calzados «PIEDRO» |

COMITE DE TRABAJO

| | |
|--------------|--|
| Presidente: | J. W. N. Ramspek |
| Secretario: | Señora J. Th. Idema-van Beek |
| Tesorero: | Señora J. P. M. van den Hoven-Lau |
| Excursiones: | J. Borst |
| Exposición: | J. Staal |

SECRETARIA DEL CONGRESO:

Palais du Congrès Néerlandais
Boite Postale 9000, Churchillplein 10

ESSAVENON[®] GEL



Tratamiento local de los trastornos de la
circulación de retorno.

Indicaciones

- Piernas y pies cansados, hinchados
- Tobillos hinchados
- Adaptación de plantillas
- Hematomas, contusiones
- Calambres, hormigueos

Modo de empleo

Aplicar 2 ó 3 veces al día Essavenon Gel en
sentido ascendente.

**Inmediata absorción, gran efecto refrescante
no mancha, no irrita y no necesita vendajes.**

Presentación

Tubo 40 g.

Precio

93,40 ptas.



INFAR  NATTERMANN

Apartado 400 - Zaragoza
Infanta Carlota, 84-88
Barcelona-15

Queridos colegas e invitados que tomáis parte en nuestro trabajo.

Con gran placer la ASOCIACION HOLANDESA PARA LA PROMOCION DE LA PODOLOGIA os ofrece ya, ahora, el programa provisional del 8.º CONGRESO MUNDIAL DE PODOLOGOS EN 1976.

Os daréis cuenta que se ha acentuado la parte científica y nos sentimos dichosos de que ésto se realice a un nivel elevado y de una manera probada y responsable. Para nuestra gran satisfacción y alegría, importantes personas provenientes de 6 países diferentes nos han favorecido con su colaboración. Y si tomáis nota de sus nombres y de su calidad, estaréis seguros del éxito del congreso en 1976.

Se darán en total 9 conferencias y comparando con los congresos precedentes, se ha incorporado un nuevo elemento. A saber: al finalizar cada conferencia, los auditores tendrán la ocasión de plantear preguntas y de entablar discusiones sobre lo que han oído. Con esto podréis enriquecer vuestros conocimientos también en este campo y os tendremos al corriente de los recientes desarrollos en nuestra especialidad.

Hemos concedido también mucha atención a lo recreativo, tratando de darle la mayor diversidad posible.

No tendréis problemas en cuanto a las diferencias de lenguas porque todo será traducido simultáneamente en francés, alemán inglés, español y holandés, con ayuda de un equipo de excelentes intérpretes y de modernas instalaciones acústicas.

El N.C.G. Palacio de Congresos Holandés, es uno de los centros de congresos más modernos de Europa, con espaciosas salas de reunión, acogedores salones y un excelente restaurante.

Estamos, pues, convencidos de que este 8.º Congreso Mundial os dará plena satisfacción, no solamente desde el punto de vista profesional sino también en cuanto a esparcimiento.

Solamente me queda desearos, en la forma más cordial, seáis bienvenidos a este 8.º Congreso Mundial de Podología 1976 en la «Ciudad de los Podólogos»: La Haya.

J. W. N. Ramspek

Presidente de la Asociación Holandesa
de Podología

LA HAYA/SCHEVENINGEN

La Haya toma su origen a principios del siglo XIII. No es la capital de los Países Bajos (Holanda) pero, por supuesto, es la sede del Gobierno y de un buen número de organizaciones internacionales.

La ciudad está construida alrededor de la secular «Ridderzaal» (sala de los caballeros), donde tienen lugar, siempre, los acontecimientos de la vida política holandesa. La Haya es una gran ciudad muy acogedora, con un centro moderno, rica en verde y flores, pero, sobre todo, es una ciudad gentil de un estilo singular que se codea con sus hermanas mayores, Amsterdam y Rotterdam.

Con Scheveningen (lugar de balneario) forma una combinación ideal y aunque sea parte de la ciudad, tiene su propio nombre: Scheveningen, muy característico y con una población típica, es un puerto pesquero muy importante donde las mujeres llevan todavía, con orgullo, su traje folklórico, histórico y pintoresco.

La Haya es también célebre por sus comercios donde se exhiben numerosos objetos antiguos. Hay calles (solamente para peatones) con comercios y supermercados impresionantes.

En cuanto a museos, La Haya os los ofrece en gran número. El «Mauritshuis», por ejemplo, exhibe una buena colección de Rembrandt; el «Gomeentemuseum» también os ofrece obras maestras antiguas y modernas (Mondriaan) y una magnífica colección de instrumentos de música.

Además, existe también «Madurodam», una miniciudad dentro de una ciudad llena de vida y de vitalidad, cuidadosamente reducida a la vigésimoquinta parte de la realidad.

PROGRAMA PROVISIONAL

Jueves, 29 abril 1976

10 horas: Inauguración oficial del Congreso y visita a los stands.

14 a 18 horas: Sesiones científicas.

Viernes, 30 abril 1976

Sesiones científicas. A las 19 horas. Concierto por el conjunto de Youth Hofstad.

(Juventud Hofstad), bajo la dirección de Lex Veelo. (Se ruega traje de noche y los caballeros smoking o traje oscuro).

SERRA - FARGAS

BARCELONA — Plaza Castilla, 3

MADRID — San Bernardo, 74

«EQUIPOS — SILLONES — TABURETES»

SWAN NORTON: Bisturís, mangos y hojas.

AESULAP: Esterilizadores, hojas bisturí, mangos bisturí, instrumentos, alicates, etc.

MICROMOTORES: De importación.

PODOMETROS: MOBILIARIO; MOTORES COLGANTES; ESTERILIZADORES ULTRAVIOLETAS; FRECUENCIA; VIBRADORES; BISTURIS ELECTRICOS; CAUTERIOS; PIEZAS DE MANO; SILICONAS; PULIDORAS; FRESAS; MESAS; ASPIRADORAS.

AMPLIO STOCK DE MATERIALES PARA PODOLOGIA.

CONSULTE CONDICIONES ESPECIALES.

Sábado, 1 mayo 1976

8.30 horas: Apertura de los stands

10 a 12.30 horas: Sesiones científicas.

12.30 a 14 horas: Descanso - lunch.

14 a 15.45 horas: Sesiones científicas.

18 horas: Velada ofrecida por AKILENE — MONACO — Casa de Ridder-Bergen of Zoom.

Domingo, 2 de mayo 1976

Excursiones.

Una exposición detallada y extensa es también parte integrante del Congreso. Muchos son los Industriales que ya se han inscrito, y estamos convencidos de que esta exhibición dará un aire especial al Congreso, realzando su interés. Tendréis amplias oportunidades de visitar la exposición.

HORARIO DE APERTURA

Jueves 29 abril de 11.00 a 18.00 horas

Viernes 30 abril de 8.30 a 18.00 »

Sábado 1 mayo de 8.30 a 18.00 »

INFORMACION GENERAL:

LUGAR DEL CONGRESO

Todas las reuniones, el concierto y la cena fría tendrán lugar en el Palacio de Congresos «Nederlands Congresgebouw», Churchillplein 10, La Haya.

SECRETARIADO

Durante el congreso, la secretaría y la oficina de inscripciones estarán abiertas durante las horas y los días siguientes:

Miércoles 28 abril de 14.00 a 20.00 horas

Jueves 29 abril de 08.30 a 18.00 »

Viernes 30 abril de 08.30 a 18.00 »

Sábado 1 mayo de 08.30 a 16.00 »

Domingo 2 mayo de 08.30 a 16.00 »

Habrà, a disposición de los participantes, un servicio bancario y una agencia de viajes.

constantino velasco laínz

y

BERKEMANN

en

colaboración

con

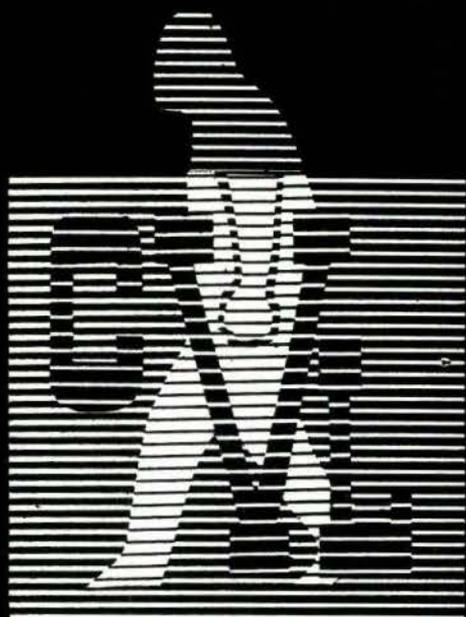
la revista española de

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. Glmo.)
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.

INSCRIPCIONES

Se ruega a los participantes se presenten en la oficina de inscripciones, inmediatamente después de su llegada, a fin de entregarles la documentación para el congreso. Cada participante tendrá un apartado postal personal, donde le serán depositadas la correspondencia, las comunicaciones, etc. Se ruega se informen diariamente sobre el contenido de su apartado postal.

IMPORTE DE LA INSCRIPCION

El importe de la inscripción es de Florines 200,— (o bien Florines 225,—), (o bien Florines 250,—), por persona y comprende:

- asistencia a las reuniones,
- visita a los stands,
- recepción oficial del jueves 29 de abril,
- concierto del viernes 30 de abril.

TRANSPORTE

La KLM, reales líneas aéreas holandesas, ha sido nombrada transportadora oficial del Congreso. Para toda información concerniente a los vuelos, se ruega se dirijan a la Agencia de KLM que tengan más próxima del lugar donde se hallen.

ACOMPAÑANTES

Las personas que acompañan a los señores participantes serán bienvenidas a:

- La recepción oficial del jueves 29 de abril.
- Al concierto del viernes 30 de abril.
- Y a la recepción nocturna de AKILEÏNE.

INSCRIPCIONES Y PAGOS (Recibirán amplia información definitiva al respecto)

La inscripción deberá hacerse antes del 1.º de febrero de 1976 de la siguiente manera:

Sírvanse transferir el importe de la inscripción a la cuenta corriente de la «Stichting Organisatie Be Wereldcongres van Podologen», número 66.83.12.343, en el Nederlandse Middendstadsbank, Noordeinde 23, La Haya (Holanda).

Rogamos tengan a bien indicar claramente el nombre del participante o participantes al hacer las transferencias a la citada cuenta corriente.

El importe de la inscripción para los señores participantes que se inscriban después del 1.º de febrero de 1976, pero antes del 28 de abril de 1976 será de Florines 225,—

Para los participantes que se inscriban después del 28 de abril, el importe de la inscripción será de Florines 250,—

Las inscripciones son válidas para la duración completa del congreso.

En caso de tener que cancelar una inscripción, se restituirá su importe, siempre que la cancelación se haga antes del 15 de marzo de 1976. Sólo se deducirá la cantidad de Florines 25,— por gastos de administración.

IDIOMAS

Los idiomas oficiales durante el congreso son: Inglés, Francés, Alemán, Español y Holandés. Lo mismo las conferencias que las discusiones serán traducidas simultáneamente.

PARKING

El «Nederlands Congresgebouw» dispone de grandes facilidades de aparcamiento a una tarifa razonable.

COMIDAS Y BEBIDAS

Las comidas-lunch serán servidas a precios muy aceptables en la sala «Carrousel» del N.C.G. Palacio del Congreso. De todas maneras, serán bienvenidos si desean hacer sus comidas en el restaurante del mismo edificio.

Durante los descansos se servirán bebidas desde distintos buffets a los precios siguientes:

Café o té a Florines 1,25.

Bebidas sin alcohol a Florines 1,75.

(Salvo variación).

INDUMENTARIA

Se ruega a los señores participantes que para el concierto y la cena fría del 30 de abril se sirvan asistir con traje de noche las señoras y smoking o traje oscuro los caballeros. Para el resto de los acontecimientos, traje de calle.

NUEVO

sandalia de masaje ganter

una plantilla anatómica **ACTIVA**

- antiedematosa
- descontracturizante
- activadora de la circulación periférica
- sedativa del pie


ganter
MADE IN GERMANY



Solicite información a:

EXDIRE · AVDA. MERIDIANA, 422 · TEL. 340 72 47 · BARCELONA · 16

TELEFONO Y TELEX

Disponemos, dentro del N.C.G., de teléfonos para sostener conversaciones telefónicas dentro del país o con el extranjero. También disponemos de télex para quien lo desee.

ALOJAMIENTO EN HOTEL Y EXCURSIONES EN GENERAL

La Convention Travel International B.V., situada en el Palacio de Congresos de La Haya, ha sido encargada de las reservas de hotel.

A pesar de la difícil situación de los hoteles en La Haya a causa de la temporada turística que bate su record durante los meses de abril y mayo, se ha podido conseguir una reserva de habitaciones en hoteles de diversas categorías.

Se ruega a los participantes que deseen hacer su reserva lo indiquen en el boletín de reservas y devuelvan dicho boletín debidamente y claramente cumplimentado a Convention Travel International B.V.

La fecha límite para la reserva de hoteles será el **1.º de enero de 1976**.

No se podrá garantizar la categoría de hotel requerida a toda petición de reserva que llegue después de dicha fecha.

Como quiera que los hoteles no aceptan hacer reserva alguna sin previo depósito, las peticiones de reserva deberán ir acompañadas del importe de **Florines 100,— (cien) por persona**, sea en forma de cheque bancario a nombre de «Convention Travel International B.V.», o bien sea por transferencia a favor del Convention Travel International B.V., cuenta corriente n.º 47.34.19.815, al AMRO Bank N.V. en Statenlaan, 46, La Haya (Holanda).

Rogamos indiquen claramente: para el «Bième Congrès Mondial des Podologues».

Para correspondencia y envío de boletines de reserva, diríjense a:

Convention Travel International B.V.

Churchillplein 10, B.P. 9170 - La Haya - Países Bajos.

Tel.: (070) - 544111

Télex: 31700.

La Convention Travel International B.V. enviará, a cada participante, un acuse de recibo indicando el hotel reservado y el importe depositado, una vez deducidos los gastos bancarios de la operación. El recibo de confirmación de la reserva deberá ser presentado en el hotel. Al finalizar la estancia en el hotel, será deducido del importe de la factura la cantidad enviada como depósito. Las anulaciones o cambios de alojamiento deberán hacerse por escrito o por télex a Convention Travel International B.V. En caso de anulación de la reserva, antes del 15 de marzo de 1976, el importe del depósito hecho será reembolsado en su totalidad, deducidos los gastos bancarios. No será reembolsada ninguna cantidad para las anulaciones recibidas después del 15 de marzo de 1976.

ESPECIFICACION DE LOS ALOJAMIENTOS EN HOTEL

Categoría A:

Habitación simple: HFL. 80,— / HFL. 90,—

Habitaciones dobles: HFL. 110,— / HFL. 120,—

Categoría B:

Habitación simple: HFL. 60,— / HFL. 75,—

Habitaciones dobles: HFL. 75,— / HFL. 100,—

Categoría C:

Habitación simple: HFL. 30,— / HFL. 45,—

Habitaciones dobles: HFL. 55,— / HFL. 70,—

Desayuno, impuestos y servicio comprendidos.

Todas las habitaciones tienen baño y/o ducha.

Como todavía no se han fijado los precios de hotel definitivos para 1976, cabría un pequeño aumento en los precios mencionados.

EXCURSIONES GENERALES

Domingo, 2 de mayo de 1976

Se organizarán las siguientes excursiones, de las cuales se puede hacer la selección que más agrade:

1. EXCURSIONES «KEUKENHOF» (09.30 a 13.00 horas).

Visita de alrededor de 2-1/2 horas de duración al magnífico jardín de flores llamado «Keukenhof». Precio de la excursión HFL. 15,—

2. «ARNHEM» (09.00 a 17.00 horas).

Excursión de un día a la villa de Arnhem.

Visita al museo al aire libre llamado «Open Lucht Museum» que tiene una colección única de casas antiguas, granjas, molinos, etc., reconstruidos que dan una magnífica impresión de lo que fue la vida holandesa en otros tiempos.

Se visitará, después del almuerzo, el museo «Kröller-Müller» con su magnífica colección de pinturas de Van Gogh.

Precio de la excursión HFL. 40,— (incluido almuerzo).

3. LA ZELANDE Y DELTA-EXPO (09.00 a 18.00 horas).

Excursión de una jornada de duración para ver las famosas obras hidráulicas en los deltas del Rin/Mosa, incluida visita a algunas antiguas y pintorescas ciudades como por ejemplo Zierikzee.

El precio de esta excursión es de HFL. 40,— (incluido almuerzo).

4. PASEO EN BARCO POR EL IJSSELMEER (08.30 a 19.00 horas).

Salida en autobús a Amsterdam desde donde se hará un paseo especial en barco por el viejo Zuiderzee (Ijsselmeer). Este paseo incluye visita al castillo medieval de Muiden y a la isla de Marken (famosa por los trajes de sus habitantes).

El precio de esta excursión es de HFL. 50,— (incluido almuerzo).

El punto de partida de todas las excursiones será el Palacio de Congresos y se dispondrá para todas ellas de guía multilingües.

Las excursiones n.º 1, 2 y 3 se organizarán solamente si se cuenta con un mínimo de 40 personas para cada una de ellas.

Para la excursión n.º 4, se ha de contar con un mínimo de 175 personas y un máximo de 200.

EXCURSIONES PARA ACOMPAÑANTES

El comité de damas «La Haya acoge» (Den Haag Ontvangt), ha seleccionado unas excursiones muy atractivas. Este comité ha sido fundado también con el fin de distraer, durante su estancia en La Haya, a los acompañantes de los participantes de todo congreso.

Jueves, 29 de abril de 1976

A. — Visita a la ciudad: La Haya, con visita al Museo Mauritshuis que cuenta con una famosa colección de cuadros de Rembrandt y otros famosos pintores. También se visitará una «hofje», pequeño y típico patio interior.

Salida para la excursión a las 14.00 horas y regreso a las 17.00 horas. Precio de esta excursión: HFL. 13,—

B. — Salida para Westland, Delft y Rotterdam.

En las inmediaciones de La Haya existe un área horticultural llamada «Westland» que alberga un sinnúmero de invernaderos destinados al cultivo de tomates, uva, verduras, flores, etc., y, exactamente en el centro de este territorio existe un gran mercado de flores, digno de visitar.

DELFT, es una pequeña ciudad situada entre La Haya y Rotterdam, célebre ya desde muchos siglos por su cerámica llamada «Delft Blauw» (Azul de Delft). El centro de Delft que está dividido por dos corrientes de agua, posee innumerables monumentos históricos, como por ejemplo la «Oude Kerk» (Iglesia antigua), «Nieuwe Kerk» (Iglesia nueva), «Stadhuis» (Ayuntamiento), «Prinsenhof» (Corte de los Príncipes) este último que antes fue convento (año 1400), se convirtió más tarde en la residencia de Guillermo el Taciturno. Actualmente es museo.

ROTTERDAM, es el puerto más grande del mundo del cual los holandeses se sienten orgullosos con razón. Los participantes darán un paseo en barco por el mismo.

En mayo de 1940 (guerra mundial), el centro de la ciudad fue totalmente destruido, siendo reconstruido después de la guerra en estilo moderno. Los participantes tendrán tiempo suficiente para tener una completa impresión de esta ciudad.

Salida a las 09.00 horas y regreso a las 16.30 horas.

El precio de esta excursión es de HFL. 42,— (almuerzo comprendido).

Flubason



**corticoide tónico
en emulsión
hidro-oleosa**

**nuevo
de
HOECHST**



Indicaciones:

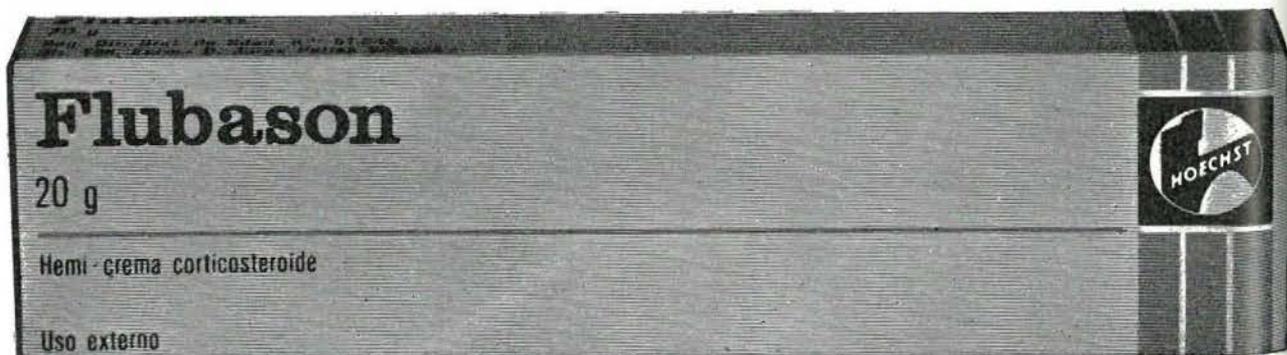
Eczemas de cualquier tipo
Dermatitis agudas
Psoriasis
Eritema solar
Picaduras de insectos
Quemaduras térmicas y químicas

Presentación:

Tubo con 20 g de Desoximetasona
al 0,25 %. P.V.P. i.i. Ptas. 223,50



HOECHST IBERICA, S.A.



El pie y el ejercicio

por
Fernando Muñoz Campos
Podólogo
MALAGA

Por lo común, el podólogo aconseja la práctica de ejercicios razonados, pues éstos al flexibilizar la acción del pie, aleja la probabilidad de que sus articulaciones sufran de algún grado de pereza, cuyo estado, en determinados casos, es causa concomitante de deformaciones y podalgias.

El ejercicio en el pie hace que el peso del cuerpo sobre el mismo sea más distributivo a la proporcionalidad de las excursiones articulares asignadas a su capacidad de movimiento y que, asimismo, varía según el tono muscular de cada persona. Los hipotónicos, que son laxos, tienen mayor excursión articular, y los hipertónicos, por ser rígidos, menor. Por otra parte, las limitaciones de las articulaciones son proporcionales a su condición misma y a la edad del sujeto. Por consiguiente, es indispensable que la función muscular y articular se hallen en perfecta coordinación para mantener normal la estática y cinética del pie. Esto nos da una idea somera de la importancia de tales ejercicios.

Aunque el deporte no es cultura física —puesto que ésta se debe a un conjunto de movimientos racionalmente ejecutados que actúa favorablemente sobre el funcionamiento de los diversos sistemas de la economía—, los ejercicios realizados en la práctica de los deportes considéranse, desde el punto de vista parcial, saludables para el desarrollo corporal, pero inadmisibles para la salud del pie, ya que los movimientos bruscos que en muchas ocasiones exige el deporte sobrepasan los límites del esfuerzo normal del pie, siendo causa de luxaciones, esguinces y distensiones diversas. En otros términos, podemos decir categóricamente que las cualidades físicas de ambas partes se fundamentan en el concepto de que la salud del pie no depende de la del cuerpo y sí la del cuerpo de la del pie.

Los ejercicios que proporciona el baile son beneficiosos, cuyos resultados los testimonian de manera fehaciente los pies y el cuerpo de los bailarines de

danza. Desde que se preparan para la conquista del arte del «ballet», siendo niños aún, inician su entrenamiento ejercitándose sin cesar en la adopción de posturas, equilibrios y coordinación de movimientos que son rítmicos, suaves y metódicamente ejecutados. El adiestramiento de los pies de los potenciales bailarines los constituyen los mismos movimientos que realiza el pie normal, aunque con más vigor y amplitud, pues la relación de dependencia no se limita sólo al pie, sino que se extiende a la pierna, muslo y cadera.

Desde Sócrates, que practicaba y recomendaba el baile para conservar la salud, hasta nuestros días, se ha hecho más evidente que el ejercicio del baile tiene valor terapéutico. La práctica del «ballet» corrige las piernas arqueadas, recurso basado en que el equilibrio hace contraer los músculos de los muslos y, en consecuencia, mejora la postura. Ejemplos de la influencia del «ballet» en la perfección de los movimientos del pie lo cita la revista médica «M D» hispanoamericana, vol. 1, núm. 1, 1962, en un artículo titulado «Anatomía del ballet», con casos como el de Alicia Markova (Alice Marks), quien de ser una frágil niña londinense con pies planos y piernas zambas, se transformó en «estrella» de la danza al dedicarse a «danzas de fantasía» como tratamiento aconsejado por su médico. Otro ejemplo es el de Ted Shawn, bailarín y coreógrafo, quien, habiendo sufrido una parálisis parcial consecutiva a una dosis excesiva de suero antidiftérico, se dedicó al baile para aliviar su mal. Ana Pavlova, quizá la bailarina más famosa de todos los tiempos, fue sietemesina, creció con una criatura débil y padeció durante su niñez sarampión, difteria y escarlatina.

Importa, pues, que, en previsión de los males del pie, respondamos con el consejo de llevar a cabo reglas que ejerciten los pies con movimientos racionalmente normales, de tal forma y grado que no signifiquen un esfuerzo consciente, sino más bien reflejado como producto de la educación física adquirida.

Nota de la Redacción

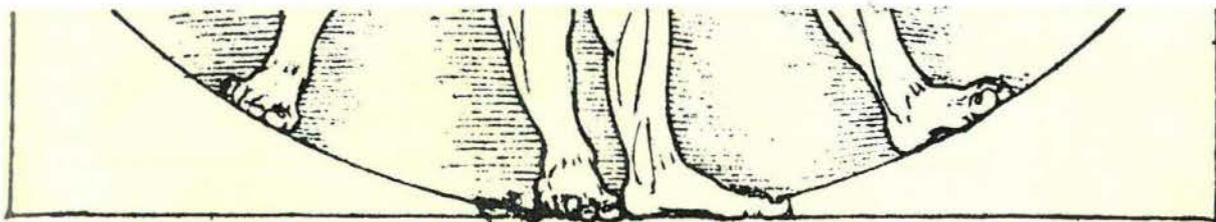
Desde que me hice cargo de la Redacción de la Revista han transcurrido 20 meses, y 10 Revistas editadas. No sé si he conseguido llevar la nave a buen puerto, ni soy quién para juzgarlo, pero lo que sí quiero hacer llegar a todos es que la Revista va saliendo a la luz con más o menos puntualidad, y he tratado por todos los medios a mi alcance de darle vida y de hacerla lo más amena posible, y aunque no es tal como yo quisiera, ya que de los trabajos que se reciben poca selección se puede hacer, no por su calidad, que es excelente, sino por su cantidad, que es escasa, creo que hemos dado un paso adelante. Ahora, como habrás comprobado, se ha aumentado a 40 páginas, lo que de por sí es un triunfo, si tenemos en cuenta la forma en que las cosas se van desarrollando, y la colaboración con que se cuenta. Espero sabrás comprender que esto no se ha hecho por mero capricho, sino por una necesidad lógica de superación. Ahora tenemos mucha gente joven entre nosotros que están dispuestos a ayudarnos porque tienen inquietudes y quieren a su profesión y tenemos que darles algo para compensar en cierto modo sus ilusiones, y este algo va a ser por nuestra parte una Revista nueva, científica, donde todos tienen cabida y con la que todos tienen la obligación de sentirse vinculados. Creo sería muy conveniente incluir en sus páginas unos apartados que le den más personalidad, teniendo siempre presente que está registrada como una Revista científica y como tal con unas delimitaciones. Entre estos apartados podríamos hacer uno dedicado únicamente a temas relacionados con la profesión, como pueden ser estudios, anécdotas, ideas, temas profesionales, etc., etc.; otro podría ser dedicado a mantener una correspondencia constante con el extranjero y daros una información fiel de la Podología y su desenvolvimiento en el mundo, para que de esta forma conociéramos todos un poco más

nuestra profesión; y por último, el más importante y según parece el más difícil de conseguir: LABOR DE LAS DELEGACIONES. Hay unas cuarenta Delegaciones en España, pero ¿qué hacen? Supongo que de vez en cuando tendrán juntas, sacarán conclusiones, harán cursos de Perfeccionamiento, etc., etc., pero ¿quién se entera?, sólo los más allegados, pero el compañero que vive alejado con pocos contactos, perdido en esos pueblos de nuestra madre patria, sólo puede y debe enterarse a través de su Revista. Me parece que si los Delegados responsabilizan a alguien a mantener una correspondencia con esta Redacción, se conseguirían dos cosas: una fuente de ayuda para una publicación inmejorable, y, además, se daría a un compañero la ocasión de sentirse más vinculado, más ligado, más importante dentro de su profesión.

Yo creo que eso no es difícil de conseguir y podría ser una fórmula que resolvería un punto tan importante como es la divulgación de los actos que se llevan a cabo en cada Delegación. Así es que lleno de entusiasmo y fe en todos vosotros y contando con vuestra valiosa cooperación vamos a emprender un camino nuevo y vamos a darle un giro de 180° a nuestra Revista.

Supongo os daréis cuenta del sacrificio económico que es la elaboración de la Revista con los precios disparados de papel y demás factores que intervienen en su elaboración, y creo que tomando conciencia de ello sabremos imponernos la obligación de hacer algo por ella, aunque sea a base de sacrificio y de quitarnos horas de descanso y sueño, horas que nunca deben considerarse como pérdidas, ya que ellas nos harán sentir el orgullo y la enorme satisfacción de haber cumplido con una misión como compañeros y como profesionales.





Handwritten text in a cursive script, likely a medical or scientific report, written on a grid background. The text is dense and covers most of the page below the illustration.

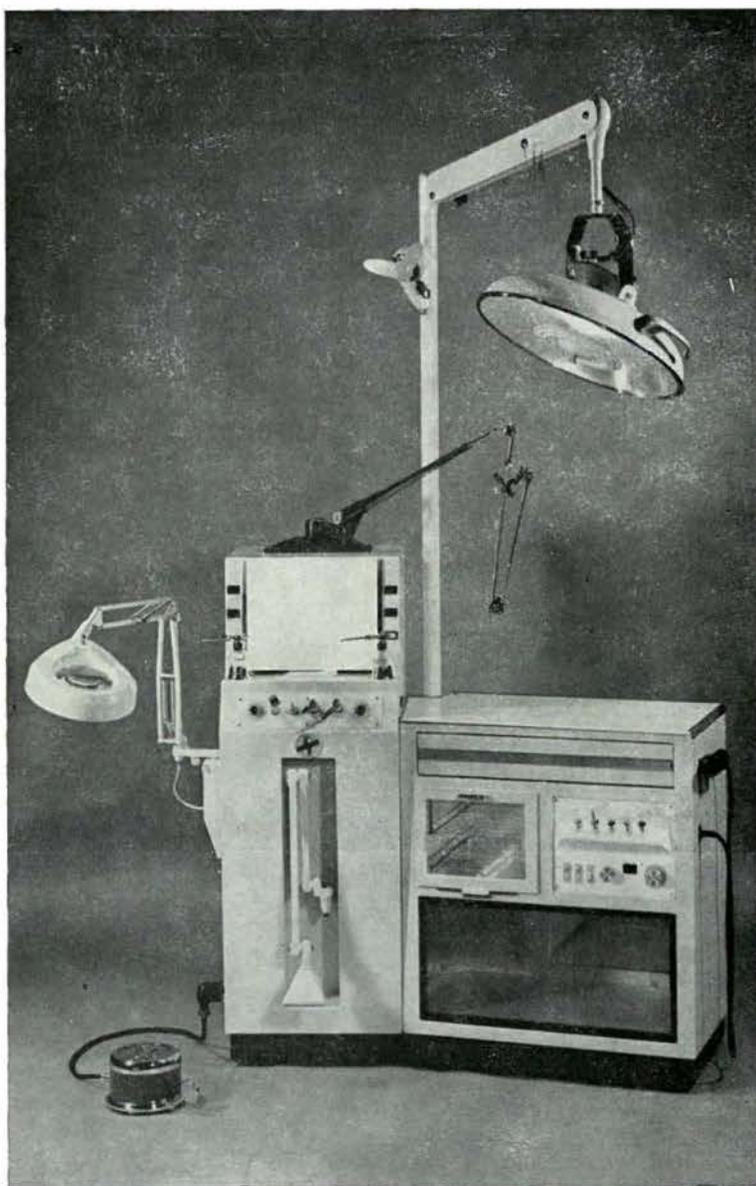


REVISTA
ESPAÑOLA
DE

PODOLOGIA

A.P.E. Sepbre.-Octubre

n.º 47 1975



**CALIDAD EN NUESTROS MATERIALES
COMODIDAD EN SU TRABAJO
LARGA EXPERIENCIA,**

TODO ESTO LE OFRECEMOS CON NUESTRO ULTIMO MODELO

«CONSUL SUPER NOVO»

CONSULTE SIN COMPROMISO A TALLERES CONSUL

Aurora, 12

BARCELONA-1

Teléf. 241 72 75

REVISTA ESPAÑOLA DE **PODOLOGIA**

ORGANO DE LA AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

A. P. E.

Redacción:

Diputación, 118, 2.º, Pral, 2.ª, Barcelona (15)

Director:

Leonardo Escachs Clariana

Sub-director:

Pablo Vilató Ruiz

Redactor jefe:

Martin Rueda Sánchez

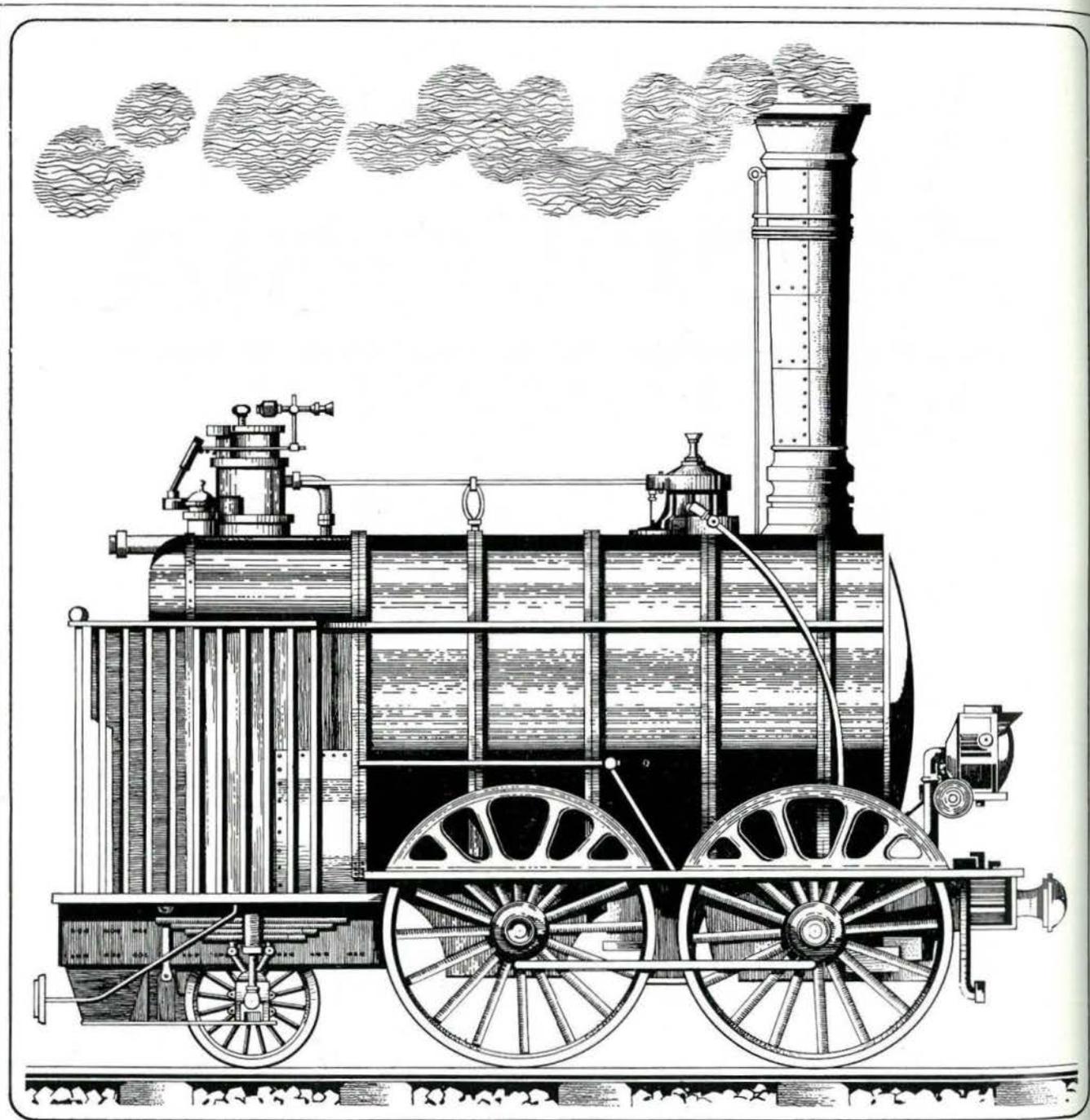
Administración:

Manuel Gavin Barceló

GRAFICAS RENACIMIENTO - Depósito Legal B-43419 - 1975

SUMARIO

-
- 3 Junta de Gobierno
-
- 5 Editorial
-
- 7 Temática
-
- 11 EE. UU. 1975
-
- 17 Declaraciones de nuestro Presidente a «Hoja del Lunes» (Granada)
-
- 19 Delegación de Podología en Granada
-
- 25 Correspondencia con EE. UU.
-
- 29 Cursillo para italianos en la Escuela de Podólogos de Barcelona
-
- 31 Leído para Vd.
-



en procesos reumáticos...

ditrone

cápsulas 100 y 200 mg (envases con 20 cápsulas)

supositorios 200 y 500 mg (envases con 16 y 10 sup. respect.)

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-Presidente 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 FARRERAS MORCILLO | 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.º BAEZ BASAURI | Bilbao |
| Vocal nato | D. JAIME SALA PICH | Barcelona |
| Vocal | D. ANTONIO GUTIERREZ VELASCO | Málaga |
| Vocal | D. JOSE OLCINA MORALES | Alicante |

DELEGADOS DE ZONA

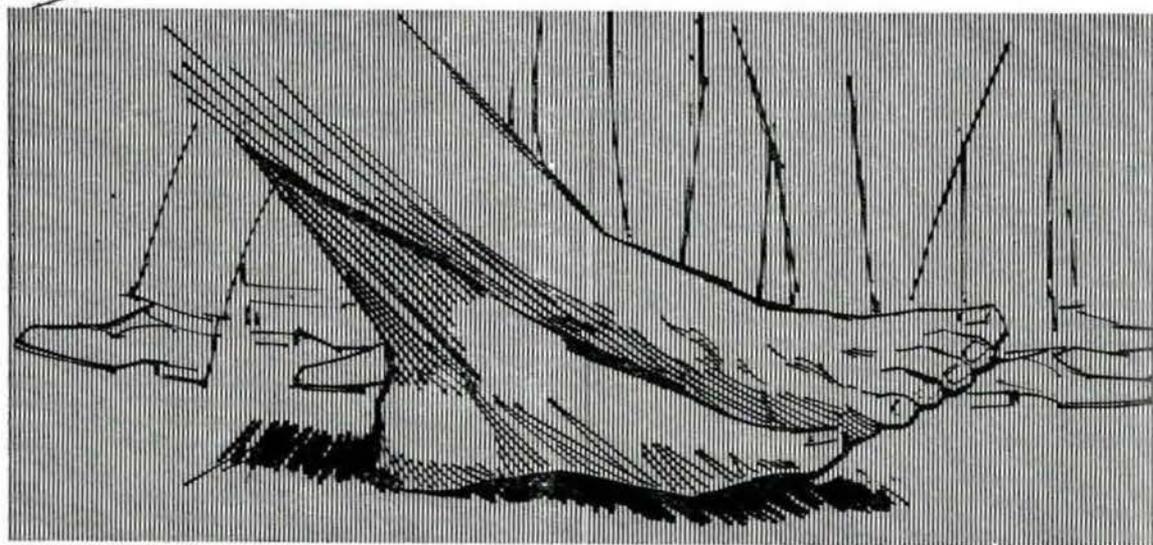
- D. José M.º Bález Basauri, Mayor, 27, 6.º. Las Arenas. BILBAO.
- D. José Luis Inchaurredo. Paseo de Colón, 65. IRUN.
- D. Juan Vidán Torres. Preguntoiro, 10. SANTIAGO DE COMPOSTELA.
- D. Antonio Bález Prieto. Alcalá, 313. MADRID.
- D. José Antonio Calvo García. Coso, 77, 5.º. ZARAGOZA.
- D. Jaime Sala Pich. Muntaner, 142. BARCELONA-11.
- D. Isaias del Moral Cejalvo. Castellón, 8. VALENCIA-4.
- D. Francisco Morán Ventura. León y Castillo, 8. LAS PALMAS DE GRAN CANARIA.
- D. Antonio Gutiérrez Velasco. Plaza de las Flores, Edificio Jazmín, 1.º. MALAGA.

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.
- BADAJOS: D. José Villafaina de la Cruz.
- BARCELONA: D. Jaime Sala Pich.
- BILBAO: D. Juan M. Bález Gutiérrez
- BURGOS: D. Elías Hernando Tamayo.
- CACERES: D. Timoteo Fernández
- CADIZ: D. Manuel Albala Valle.
- CASTELLON: D. José Aguilar Beltrán.
- CIUDAD REAL: D. Luis Barba Vázquez.
- CORDOBA: Máximo González Jurado.
- GERONA: D. José M.º Boch Doménech.

- GRANADA: D. Manuel Ruiz Morales.
- GUADALAJARA: Sin Delegado Provincial.
- HUELVA: Jesús Tocino Vizcaino.
- HUESCA: Sin Delegado Provincial.
- JAEN: Víctor Nieto Molina (accidental).
- LA CORUÑA: D. Francisco de la Cruz.
- LAS PALMAS: D. Francisco Morán Ventura.
- LEON: Sin Delegado Provincial.
- LERIDA: D. Alfredo Puchol.
- LOGROÑO: D. Vicente Alvarez.
- LUGO: Sin Delegado Provincial.
- MALAGA: D. Antonio Gutiérrez Velasco.
- 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: Sebastián Tenés Iturriza.
- STA. CRUZ DE TENERIFE: D. Armenio Méndez.
- SEGOVIA: D. Francisco García.
- SEVILLA: José Cañero Ramos (accidental).
- SORIA: Sin Delegado Provincial.
- TARRAGONA: D. Miguel Manzano Hernández
- 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 A. Calvo García.

¡NUEVA FORMULA!



Pentoderm[®]

Crema dermoprotectora cutánea

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



MADAUS CERAFARM, S.A.

La Revista Española de Podología, órgano de la Agrupación de Podólogos de España, se confraterniza con el pesar de todos los españoles al conocer la triste noticia del fallecimiento del Jefe del Estado, Francisco Franco.

Descanse en Paz

EDITORIAL

En una tarde gris, casi otoñal, mientras contemplo caer la lluvia a través del ventanal dejándome llevar por la imaginación, voy entrando, sin darme cuenta, en un estado de relajación, a la vez que un sinfín de recuerdos, desordenados, pasan por mi mente, y entre ellos fijo mi atención en uno que, por su importancia, para mí es trascendental; no está muy lejano, y me parece que estoy viviéndolo otra vez con la misma intensidad: el primer Congreso al que yo asistí. No importa cuál, puede ser Santiago, Barcelona, Valencia..., qué más da. Recuerdo aquel entusiasmo con que hice las maletas, preparé todo lo necesario: papel, cassetes, máquina..., todo a punto para llenar mi mente con las ideas y las experiencias de mis colegas que, con su veteranía, iban a verter su saber sobre nosotros. Era un acontecimiento grande en mi recién estrenada vida de Podólogo, pues representaba mi primer contacto con los compañeros, esos profesionales ya veteranos en estos trances, a los que yo procuraba escuchar siempre que hablaban

de temas relacionados con la profesión y quedaba extasiado con sus explicaciones, su experiencia y su saber.

Por fin llegó el día de la inauguración del Congreso. Cogí el programa y leí: «A las 9 de la mañana, temas científicos a cargo del Podólogo...». Un cuarto de hora antes ya estaba yo preparado. ¡Qué ingenuo! Empezó la conferencia, y a medida que iban sucediéndose sus palabras, empecé a relacionarlas con las de otros autores: Frank Weinstein, Levièvre, Sidney Lich...; no tardé en darme cuenta de que aquello era una recopilación de datos que sólo me iban a enseñar una cosa: que aquel hombre no iba a vaciar su experiencia, sino a relatar ciertos párrafos ordenados, dejando algo siempre en el tintero. Esto me hizo pensar que no era todo tal como yo soñé, que en la vida hay una serie de momentos o circunstancias que van a influir decisivamente en la trayectoria de una persona, y que en realidad, todos tenemos la Gran Ocasión, que a veces no somos

capaces de aprovecharla. Como consecuencia, en todas las profesiones hay una serie de nombres e ídolos que se han erigido a sí mismos porque tienen unas cualidades o, mejor, unas predisposiciones de las que otros carecen. Abri los ojos y empecé a recordar todos aquellos momentos vividos, y a darme cuenta también de que no todo era malo, que había cosas buenas, pero que jamás debemos conformarnos con las cosas tal como están, pues haría que nuestro progreso fuese lento y como consecuencia otros nos pasarían delante.

Pasó largo rato y fui sacando deducciones de lo que mi corta experiencia me había permitido vivir, llegando al final a la conclusión de que el objetivo de un Congreso debe ser la ciencia, y después el jolgorio, el encuentro con el amigo, la diversión, el baile y todo lo que se presente, mientras más, mejor, pero teniendo la precaución de no sobreponer esta faceta a la científica, sino vivirlas las dos cada una a su tiempo: cuando hay que divertirse, a divertirse, pero cuando hay que hacer profesión, que falta hace, y mientras más suba ésta, mejor, porque nos dará más prestigio, más seguridad..., y más clientela.

Si no se hace así, si no se procura un nivel científico bueno en las conferencias, procurando que no sean demasiado largas y soporíferas, que se pueda entablar un diálogo ordenado al final de cada una de ellas, y sobre todo, que se demuestre siempre lo que se dice, hablando menos de coxas varas y más del pie, para que podamos sacar siempre una enseñanza práctica y científica, conseguiremos sólo una cosa: que el Congreso sea un objeto de diversión, que pierda su carácter primordial que, repito, debe ser el científico, y que el compañero que no pueda hacer dis-

pendios ni de tiempo ni de dinero no pueda acudir al mismo.

Una solución, a mi modo de ver, es la que nuestro Presidente, señor Escachs, apuntó durante la Asamblea General en Granada, y que será perfilada en la próxima Junta de Gobierno de la Agrupación: consiste en empezar las sesiones científicas en sábado por la mañana, prolongándolas durante todo el día, para continuar a la noche con la Asamblea General. El domingo dedicado íntegro a la continuación de las conferencias, para finalizar por la noche con la cena de Gala. A partir del lunes proyectar los actos recreativos, excursiones, visita a la ciudad, etc. De esta forma nos permite que los profesionales podamos dedicar dos días íntegros a la ciencia, y una vez dadas por terminadas las sesiones propias del Congreso, es decir a partir del lunes, poder asistir junto con nuestras esposas y acompañantes a cuantos actos recreativos se organicen y prolongarlo los días convenientes. De esta forma, cuando estemos en las conferencias sólo pensaremos en ello y no tendremos que estar pendientes de que a una hora determinada hay que estar preparados para acudir a un festejo, con el inconveniente que ello representa, tal como cortar los coloquios, dejar conclusiones a medias, etc.

Quiero hacer patente que con estas líneas no he pretendido ni mucho menos hacer crítica de ningún compañero conferenciante ni organizador, sino todo lo contrario, felicitarlos sinceramente por su labor, pues reconozco de sobras la ingratitud de estos trabajos y las horas perdidas que ello supone en una época como la actual en que vivimos constantemente a contrarreloj, y exponer a la vez mi punto de vista, abierta y llanamente, tal como lo pienso, pues creo que si todos hiciéramos lo mismo podríamos sacar maravillosas conclusiones.

T E M A T I C A

Por MARTIN RUEDA
Podólogo

Dada la diversidad de criterios que desde hace tiempo se vienen observando en torno al zapato y al ejercicio durante la corrección del pie infantil, criterios que se pusieron más de manifiesto a partir del 8.º Congreso Nacional de Podología, donde se tocó este tema, aunque muy suspicazmente, y debido a que en estas fechas es cuando normalmente se hacen más revisiones podológicas en nuestros consultorios, oímos con mayor frecuencia frases como: «el niño ha ido todo el verano descalzo por la playa», y otras semejantes, es lógico pensar que si esta condición fuese verdaderamente importante dentro de la recuperación del pie, todos los niños habrían mejorado sus anomalías pédicas; no ocurre así en cambio, ya que muchos empeoran, a pesar de lo que se sigue aconsejando que caminen descalzos por la playa y por terrenos difíciles, que lleven botas, otros que zapatos..., en fin, «cada maestrillo su librillo». Por ello creo sería interesante entablar un diálogo a través de las páginas de esta revista, donde cada uno de sus explicaciones y su punto de vista al respecto, sin dejar nada en el tintero y sin miedo a la crítica, ya que es una crítica constructiva de donde pueden salir ideas claras, pudiendo ser además tema para discutir en un Congreso, y de donde podemos sacar excelentes con-

clusiones, para de cara a un futuro próximo poder decir con autoridad suficiente qué tipo de ejercicios y qué tipo de zapato sería el más adecuado en cada caso.

Si logramos entre todos que esta nueva faceta de la revista se lleve a efecto durante un período de tiempo suficiente, habremos conseguido dar un gran paso adelante.

A veces creo que de verdad no hemos pensado a fondo cómo está constituido el pie arquitectónicamente, cuáles son sus puntos básicos de sujeción para lograr una realidad tan importante como es que veintiséis pequeños huesos puedan sostener el peso del cuerpo humano durante la estática, y varias veces este peso durante la marcha, carrera o salto, y que sus anomalías posturales puedan repercutir tan descaradamente sobre el resto de la economía orgánica, provocando trastornos circulatorios, reumáticos, desviaciones de columna vertebral, etc., motivo por el que debemos tener siempre la máxima precaución y escrúpulos no sólo en la corrección, sino en los ejercicios más adecuados que directamente van a favorecer la recuperación de los problemas estáticos y funcionales del pie, no dejándonos nunca llevar por esos consejos que

Interderm

Crema

GENTAMICINA

Presentación:

Tubo de 30 grs. - P. V. P. 183'90

Composición por 1 gr.

| | | |
|-----------------------------------|---------|------|
| Nistatina | 100.000 | U.I. |
| Triamcinolona acetónido | 1,0 | mgr. |
| Gentamicina | 1,0 | mgr. |
| Excipiente crema c. s. p. | 1,0 | gr. |

Propiedades

La crema INTERDERM debido a sus ingredientes, posee una acción dermo-específica, con un amplio poder antifúngico, antibacteriano, antiinflamatorio y antipruriginoso.

Indicaciones

Dermatosis por hipersensibilidad.
Eczemas y erupciones cutáneas exudativas.
Dermomicosis.
Intértrigos microbianos y micóticos.
Prurito generalizado, anal y vulvar.
Eczemas microbianos.
Candidiasis.
Psoriasis.

**Laboratorios
INTERPHARMA
sa**

con tanta frecuencia oímos como decir que el niño camine de puntas, o que coja la toalla con los dedos del pie, etc., ejercicios estos que muchas veces no sólo no favorecen la corrección, sino que están también totalmente opuestos a la trayectoria del tratamiento.

Es cuestión urgente pues, y tema de trascendental importancia el establecer unos criterios básicos, concretos, específicos, para la recuperación de cada tipo de pie, así como la conveniencia o no de que deban olvidarse de la plantilla correctora cada verano durante dos o tres meses, con el riesgo de que ello nos retrase el tratamiento y el paciente acuda a revisión con una regresión de su problema más o menos acusada.

Mi mayor satisfacción será que con estas cortas líneas haya despertado en todos vosotros esa inquietud, y que a la vez sirvan de estímulo, de llamada de atención, para de esta forma, con la ayuda de todos consigamos un

capítulo de interés que conlleve con su aparición una savia nueva para esta revista. En lo sucesivo y una vez puesta en marcha esta nueva faceta, iremos haciendo otras muchas que ya están en estudio, tales como entrevistas, contrastes de pareceres acerca de la profesión etc., además de la ya tan oída y a la vez tan olvidada LABOR DE LAS DELEGACIONES.

Así pues, a partir de la próxima revista, yo mismo procuraré ya insertar el primer trabajo acerca de la conveniencia o no de caminar descalzo por la arena o césped, según los trastornos de cada tipo de pie, y espero verme secundado con otros de esos compañeros que tienen la ocasión de comprobar estos detalles por estar situados en zonas costeras, o por el contrario en pueblos donde el desnivel del suelo es más patente y donde todavía no ha llegado el acuciante problema y amenaza para la salud del pie que representa vivir en una ciudad de asfalto.



REF. B-C

'' **HOSCH** ''

PIEZAS DE MANO ESPECIALES PARA INTERVENCIONES EN HIPERQUERATOSIS Y UÑAS

Como herramientas especiales y muy eficaces le recomendamos nuestras piezas de mano HOSCH para hiperqueratosis y uñas. Sus cabezas están equipadas con una lámina rotativa que permite quitar en capas las hiperqueratosis 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 hiperqueratosis o Ref. N-U para uñas.

APARATOS, MOBILIARIO E INSTRUMENTOS PARA PODOLOGIA

A. SOLE PALOU, S. A.

Barcelona-2 - Vergara, 7 - Teléfono 318 24 70
Madrid-14 - Av. José Antonio, 15 - Teléfono 221 01 95



REF. N-U

Fitex-E

Onico-Fitex

Tratamiento local específico de las dermatomicosis y micosis de uña respectivamente.

Gran poder de penetración, acción prolongada e intermitente.

Modo de empleo _____ Pincelar las zonas afectadas 2 ó 3 veces al día y cada vez que se ponga en contacto con el agua.

Indicaciones _____ **Fitex-E**

- Pie de atleta
- Hiper-hidrosis
- Mal olor
- Enrojecimiento, picor
- Grietas interdigitales
- Maceración

_____ **Onico-Fitex**

- Onicomycosis
- Paroniquia
- Pie de atleta rebelde

Precios _____ **Fitex-E** 199,10 ptas. frasco de 60 c.c.
_____ **Onico-Fitex** 100,50 ptas. frasco de 30 c.c.

No precisan apósitos ni vendajes.

INFAR  **NATTERMANN**

Apartado 400 - Zaragoza Infanta Carlota, 84-88 Barcelona-15



EE.UU.:

1975

El viernes, día 13 de junio de 1975, un nutrido grupo de Podólogos, próximo a los cincuenta, nos reunimos en Madrid-Barajas, procedentes de toda España, para emprender vuelo hacia Nueva York, con el objeto de asistir a un curso especialmente programado para nosotros en la Escuela de Podiatría de Philadelphia.

Con algo de retraso sobre el horario previsto, subimos a bordo del jumbo que durante algo más de seis horas nos trasladaría hacia nuestro objetivo, donde llegamos ya al atardecer.

En el aeropuerto Kennedy nos esperaban los autocares que nos llevarían hacia Wass-



Edificio Pensilvania College of Podiatric Medicine

hington, donde hicimos entrada pasada ya la media noche. Bella impresión el contemplar una ciudad así, moderna, de grandes avenidas y zonas verdes, dotada de una luminosidad fantástica y una construcción moderna. El punto de parada era el Hotel Sheraton Park.

Al día siguiente visitamos la American Podiatric Association, sede de la Podología americana, donde fuimos amablemente recibidos por unos de sus representantes, e invitados a visitar sus distintas dependencias. Desde ella nos dirigimos a uno de los consultorios privados más antiguos de América, el de Mr. Turchin, donde se practica la Podología en varios departamentos o gabinetes y dotados de un sillón, una mesita auxiliar, torno eléctrico y una lámpara. También dispone de



Grupo de colegas en la puerta del consultorio de Mr. Turchin.

otros departamentos pequeños con masaje subacuático, sala de Cirugía, taller y otras dependencias. El día siguiente se empleó en visita a la ciudad, de construcción moderna, con hermosos jardines y amplias zonas verdes que al estar rodeados de edificios de poca altura, resaltan más sus atractivos naturales. La obra arquitectónica más alta corresponde al Capitolio y al Obelisco a Washington. Los edificios a Jefferson, Kennedy, Lincoln, Casa Blanca y muchos más están construidos con mármol blanco, y permanecen iluminados durante la noche, dando una maravillosa impresión. Como última visita fuimos al cementerio Nacional de Arlington, donde pudimos ver las tumbas de los hermanos Kennedy y asistir al cambio de Guardia ante la Tumba al Soldado Desconocido, que es verdaderamente un espectáculo.

Al tercer día de estancia en tierras americanas, en autocar y siempre por autopista, nos dirigimos hacia Filadelfia, Hotel Benjamin Franklin, muy cercano a la Escuela de Podiatría donde iba a desarrollarse el cursillo a partir del día 16. Fuimos recibidos por el Director de la misma, Mr. Bates, que se mostró con una amabilidad propia en estos colegas, enseñándonos el edificio y sus muchas dependencias, al mismo tiempo que fue respondiendo a cuantas preguntas le fueron formuladas. Esta Escuela consta de un edificio de seis plantas, más otro que próximamente será construido de mayores dimensiones, y contemplándola puede uno fácilmente hacerse una idea del poder que económicamente tienen los Podiatras en esta nación, no sólo de las fuentes de ingresos propias de cada Escuela (en la Filadelfia la matrícula de los alumnos es de 160.000 cada uno), sino por las subvenciones estatales que reciben. La carrera está integrada por cuatro cursos y uno de hospital, precedidos de un examen de selección. El número total de alumnos se eleva a unos 120 y la enseñanza es teórico-práctica, exigiéndose casi dedicación plena, pues las clases se prolongan hasta las cinco de la tarde. Los profesores encargados de las asignaturas son Podiatras y perciben un sueldo de la Escuela considerable; algunos de ellos tienen consulta privada que la atienden una vez han salido de la Escuela, aunque se prefiere una dedicación total. La comida del me-

diodía se hace en el propio edificio, que en la última planta está dotado de comedor y sala de estar, siendo el servicio prácticamente mecánico, una especie de Self-service a base de máquinas previa introducción del importe correspondiente al menú elegido.

La Escuela está dotada de todo lo necesario para llevar a cabo una labor docente inmejorable. Cada piso está destinado a un curso, habiendo sala de estudios con procedimientos audiovisuales (cintas magnetofónicas y T.V. en circuito cerrado, en color), laboratorio, taller, donde los alumnos comparten las enseñanzas teoricoprácticas. En la planta baja se encuentran oficinas y gabinetes de trabajo donde se atienden a los clientes, llamando la atención el hecho de la poca quiropodia que en ellas se hace, pues más bien van a buscar la causa que produce cada tipo de afección y a solucionarla mediante ortosis, plantillas o lo más idóneo para cada caso. También hay una gran sala para filmaciones comparable a cualquier bien montado estudio de TV, y los quirófanos, bastante bien dotados. En el sótano está la sala de autopsias, donde disponen de cadáveres para disecciones, de los que el 40 % proviene de donantes. Esta planta alberga el taller de prótesis, con bancos de trabajo con motores silenciosos dotados de aspiración. En él pudimos ver los procedimientos de corrección de que disponen. Para las plantillas emplean sobre todo los termoplásticos, y principalmente el plexidur, y para los casos en que deseen plantilla blanda, aglomerados tipo corcho. Las ortosis se hacen esencialmente a base de poliuretano y látex, dándoles después un baño de silicona en spray que les da un acabado lujoso y suave.

Profesionalmente podemos decir que su altura y la nuestra son muy semejantes, excepto en la cirugía, que ellos, según nos dijeron, pues no tuvimos ocasión de comprobarlo, están más avanzados, pudiendo intervenir Hallux valgus, dedos en martillo, y en general toda la cirugía del pie, pero repito que esto se nos enseñó a través de películas y diapositivas. La cirugía de la uña y de la verruga es muy semejante a la nuestra. En cuanto a las plantillas ortopédicas y al molde, hay puntos en los que estamos de acuerdo y otros que no

tanto, pues considero que en un curso tan abreviado no se puede llegar a demostrar todo y hemos de fiarnos en cierto modo de lo que nos explicaron, lo que vimos y lo que dedujimos.

Lo que sí nos llamó la atención es la propaganda que hacen de su profesión mediante boletines, revistas, folletos, etc., para lo cual tienen la gran ventaja de disponer de una imprenta propia dentro del mismo edificio.

Durante los cuatro días que permanecemos en esta Escuela, quedándonos incluso en ella a comer, por gentil invitación del Director de la misma, Mr. Bates, se nos mostraron amables y cordiales, y tuvimos la ocasión de comprobar que ellos tienen una mentalidad muy distinta a la nuestra, y que desde luego, las estructuras sociales de esta nación son muy distintas a lo que estamos acostumbrados en España, no hay que olvidar que América es el país del dólar, no obstante también tienen sus problemas con otras profesiones afines, y están seguros de salir airoso del trance, por eso llevan a cabo grandes campañas de divulgación de su profesión. Nuestro Presidente se desplazó a Chicago junto con otro compañero, por invitación de Mr. Irving Yale, Podiatra de ese Estado, y también vino maravillado de la Escuela de Illinois, más grande y mejor dotada que la de Philadelphia, y donde esperamos en un futuro no muy lejano poder desplazarnos todos cuantos lo deseemos, pues ellos se mostraron deseosos de recibirnos, ya que no esperaban nuestro grado de preparación, y dado que ambos luchamos por superarnos, nos interesa mantener y afianzar contactos.

Al cuarto día de estancia en la Escuela de Pensylvania, se nos hizo entrega de los diplomas acreditativos del curso, y de un obsequio que desde luego no lo esperábamos: un esqueleto completo, si bien es verdad que algo sospechábamos, pues el Sr. Escahs dejó ir alguna insinuación como respuesta a Mr. Bates que personalmente quería obsequiarlo con algo. En este acto, nuestro Presidente hizo entrega a Mr. Bates de la Medalla de la Agrupación de Podólogos de España, nuestra más alta condecoración, e igualmente fueron dis-

cuando sus dos pies
son dos
problemas...



Use **Peusek**[®]

desUdorante y
desOdorante
de los pies



Y AHORA TAMBIEN

NUEVO

Peusek[®]
ARCANDOL

para pies

*ARdientes
CANsados
DOLoridos*

SPRAY

DOS PRODUCTOS PARA...
DOS PROBLEMAS QUE SON...
DOS SOLUCIONES.



tinguidos los profesores con placas de la Agrupación, y Mr. Yale, ese ya conocido Podiatra y gran amigo nuestro que también estuvo presente durante estos actos. Hubo lágrimas por parte de la traductora, a quien se le hizo un pequeño obsequio que la ilusionó profundamente, y por parte del buen amigo Rafael, estudiante de primer curso de Podiatría, que hablaba castellano, y a quien entre otras muchas cosas, le debemos la traducción en un tiempo récord de los apuntes que se nos entregaron. Finalizados estos actos, y altamente emocionados por todo cuanto habíamos visto y por el nivel en que habíamos dejado a la Podología española, nos despedimos hasta pronto de estos profesionales y colegas americanos.

Desde Philadelphia, el mismo día que finalizaron las clases, nos dirigimos hacia Nueva

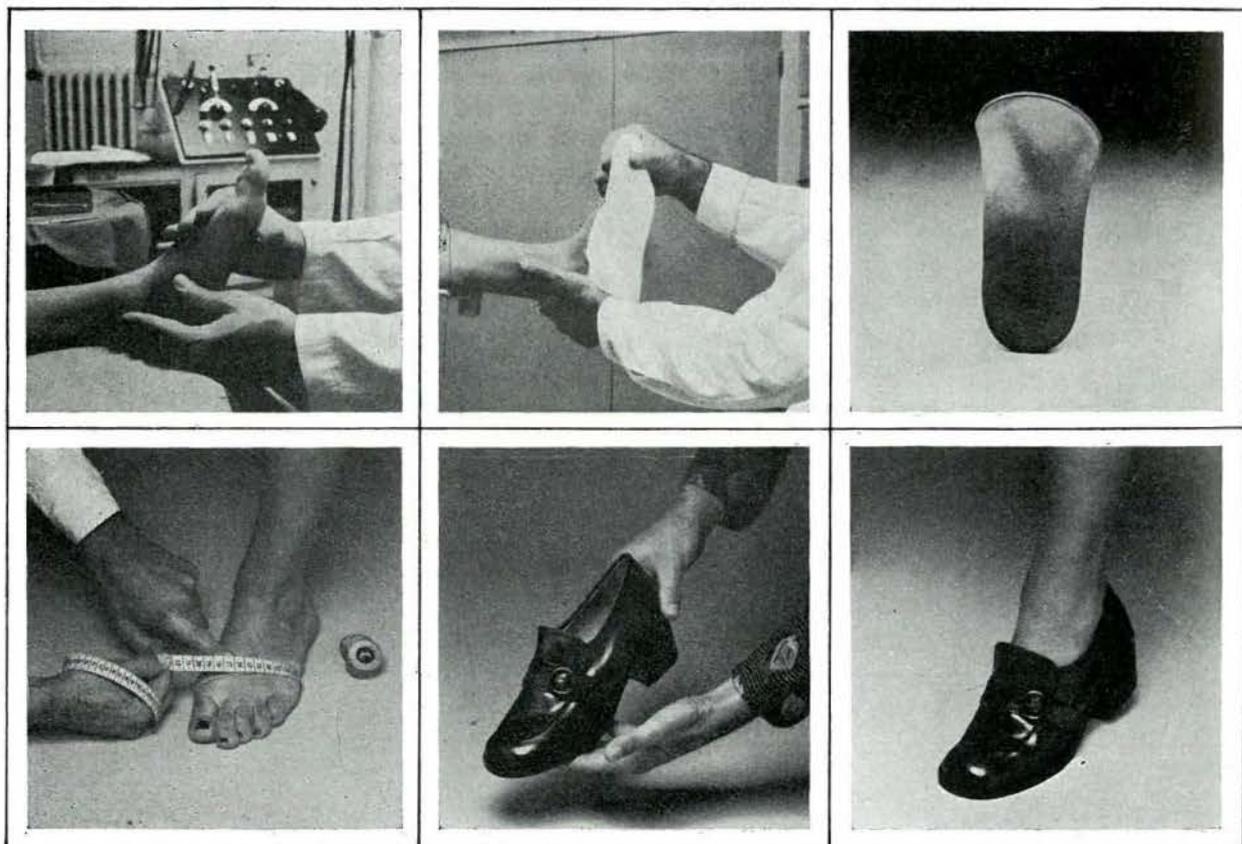
York, exactamente al Hotel Commodore, en la calle 42, próximo a la 5.ª avenida, disponiendo todavía de tres días que dedicamos a la visita de la ciudad y algunas casas de suministros para Podología, gastando nuestros últimos y ya pocos dólares.

Ha sido tanto lo que se ha hablado y escrito ya de esta populosa ciudad, que si yo intentara ahora querer describirla haría un papel no muy elocuente, tan sólo apuntaremos que es una verdadera aglomeración de asfalto y cemento, con rascacielos de ochenta y más pisos de altura, entre los que destaca orgulloso y temerario el Empire State, edificio de 102 pisos de altura, desde cuya azotea se divisa sobradamente toda la ciudad y sus confines. Viven en ella unos 10 millones de habitantes, entre los mayores contrastes de razas, nacionalidades, costumbres y clases,



Vista parcial de Nueva York

TAN IMPORTANTE COMO SUS MANOS



Sus manos conocen, investigan y alivian. Pero su experiencia personal puede verse traicionada si no existe un zapato que satisfaga plenamente sus prescripciones. Por esta razón, MANUFACTURAS PROS pone a su disposición la nueva línea de zapatos MANITOS ORTHO.

MANITOS ORTHO es un zapato especialmente diseñado para satisfacer todas sus exigencias. Tanto la calidad de los materiales, como la adaptabilidad al uso de plantillas permiten en todo momento continuar ejerciendo una acción benéfica y correctora como si se tratara de sus propias manos.

MANITOS ORTHO: TAN IMPORTANTE COMO SUS MANOS.



MANITOS
ORTHO

que la hacen una ciudad extraña, bulliciosa y poco segura para el ciudadano amante de la paz y la tranquilidad. Visitamos los barrios típicos de Manhattan, dimos la vuelta en barco a la isla, y muchas vueltas por sus calles en busca de un restaurante cuya cocina fuese de nuestro gusto, que por cierto creo no haber dado con él; si acaso alguno italiano, más o menos aceptable. Abundan en cambio, no sólo en Nueva York, sino en todos los lugares que estuvimos los grandes autoservicios, pues éste es un país ultra mecanizado en este aspecto. También llama la atención en este exótico país el amor que sienten por los animales, para los que hay muchos hospitales, sobretodo en los barrios residenciales, y una gran cantidad de menús. Para finalizar diré, que Nueva York es tal como la vemos en las películas: individuos extraños de apariencias poco amigables, policías y sirenas por doquier y tranquilidad por ningún sitio.

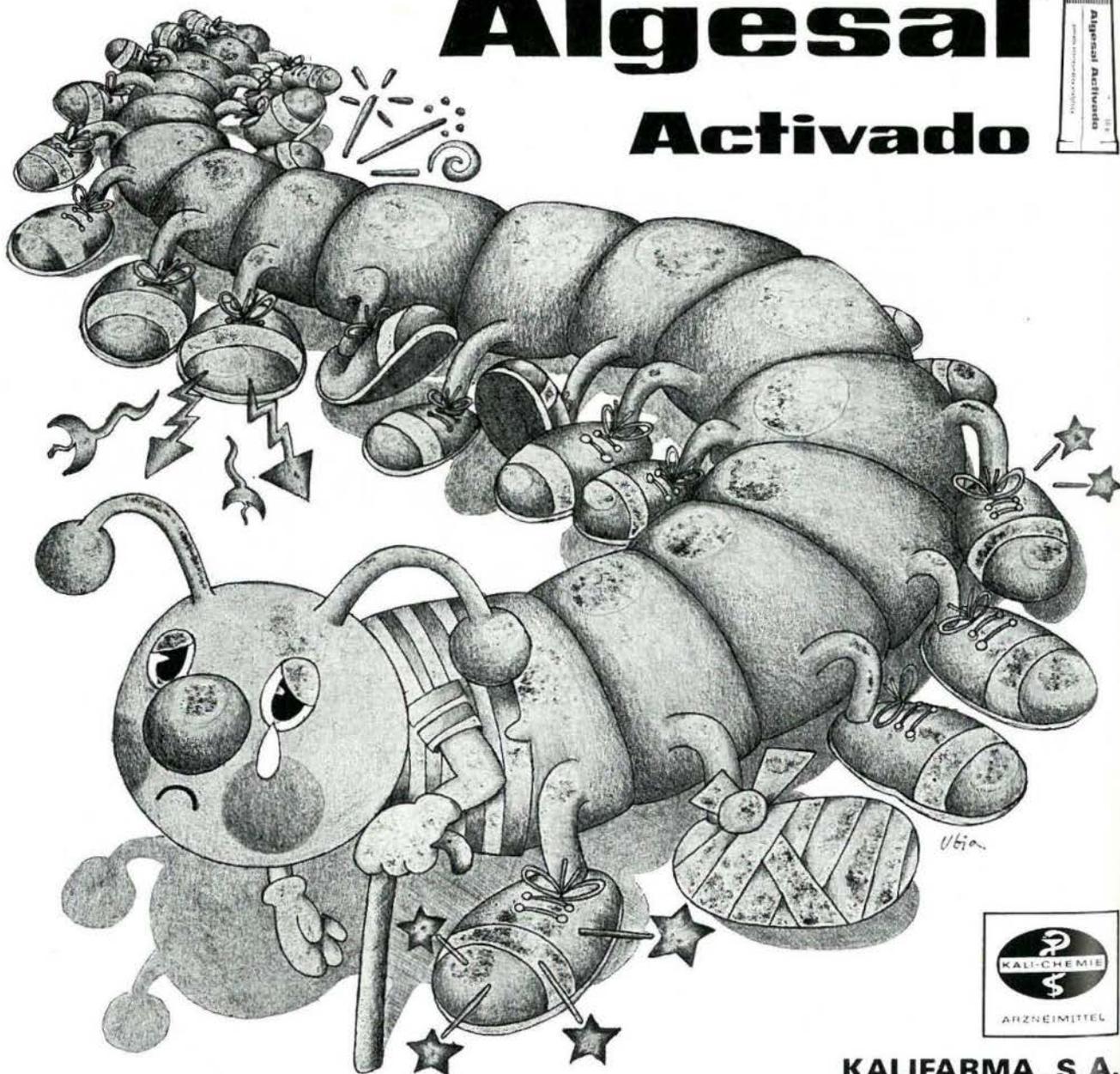
El día 22 por la tarde, en dos autocares nos dirigimos hacia el aeropuerto Kennedy, los que habíamos llegado doce días antes y uno más: el esqueleto que durante varios días compartió la habitación con alguno de nosotros, y al que bautizamos con un nombre muy americano y sumamente conocido que creo estará en la mente de todos los que integramos el grupo.

Como último espectáculo y uno de los más bellos por su magnitud, tuvimos ocasión de comprobar a bordo del Jumbo, la puesta y salida del sol en pleno Atlántico a 12.000 metros de altura: a las nueve, hora americana, se escondía por un lado, y al cabo de cuatro horas, alrededor de las doce y media de la noche (también hora americana) aparecía por el lado opuesto iluminando con sus primeros rayos el firmamento y la nave que felizmente nos condujo hasta España.



CUANDO APRIETA EL DOLOR...

Algesal® Activado



KALIFARMA, S.A.



- Calma el dolor al instante, por su gran poder de penetración
- Posee un olor agradable
- No mancha ni engrasa

Presentación y P.V.P.

Tubo con 50 grs. de pomada 94,90 ptas.

Declaraciones del presidente de la Agrupación de Podólogos de España a HOJA DE LUNES, tras la celebración del VIII Congreso Nacional en Granada.

BREVE HISTORIA DE LA PROFESION

— En 1857, una Real Orden de Isabel II, unió a un sinnúmero de profesiones dispersas, como las de sangrador, dentista, callista, etc., en una sola: la de practicante. Establecía la disposición que el practicante ayudaría al médico. Más tarde surgió un Decreto que definía aún más su función, y años después, se emanciparía el dentista, que pasó primero a ser odontólogo y más tarde médico especialista en estomatología. Nosotros quedamos como estábamos. En 1945, mediante una disposición del ministerio de la Gobernación, vuelve la profesión de cirujano callista, para la que habilita al practicante y al masajista. Al fin, en 1962, el Decreto 727, de 13 de abril, reconoce al cirujano callista como profesional, con funciones específicas y claro derecho, declarándolo una especialidad del A.T.S. y designándole con el nombre de podólogo.

— ¿Se daba también oficialidad a los centros docentes de la especialidad?

— Efectivamente. Y se crean las dos escuelas hoy existentes en las Facultades de Madrid y Barcelona. También se le reconoce

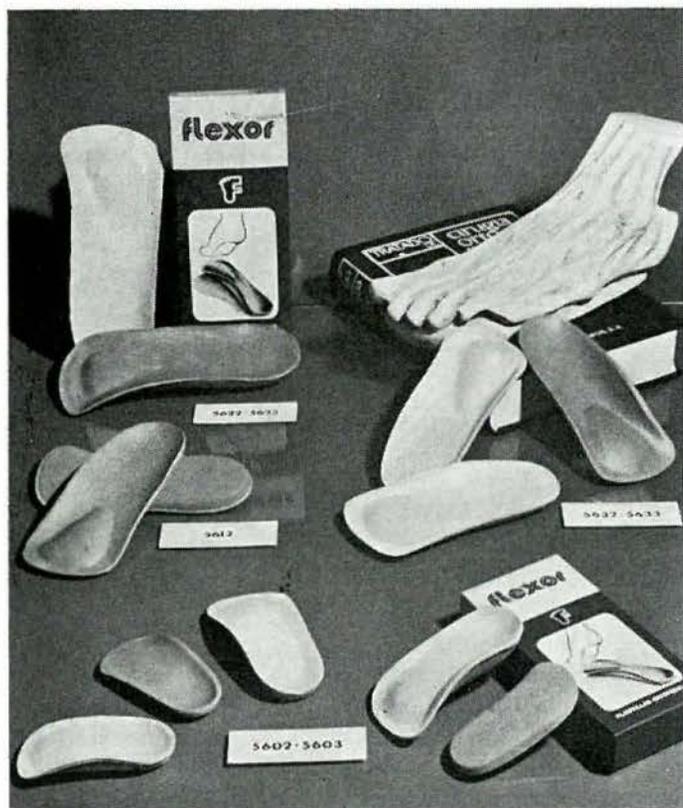
al podólogo la facultad de poder recibir directamente a los pacientes y se le otorga un diploma oficial por parte del Jefe del Estado y en su nombre, el Ministro de Educación y Ciencia, tras dos años de estudios.

— ¿Cómo ve el futuro de la carrera?

— Pienso que la Ley General de Educación ha ido ubicando a otros profesionales en el lugar que le corresponde y que si tenemos en cuenta la situación actual de la Sanidad y los Cuerpos de enfermeras, creados en el seno de los hospitales, así como los adelantos de la Medicina, sería interesante ampliar los estudios porque las profesiones nacen de las necesidades de los pueblos y cada día se tiende más a la especialidad. En consecuencia abogo por la creación de una serie de carreras universitarias cortas que ya existen en otros países, tales como quirofanista, dietetista, optometrista, fisioterapeuta, podólogo, anestesista de grado medio, etc. Así podría seguir hasta veinte especialidades ya estudiadas y presentadas en proyecto al ministerio. Naturalmente que hablo para el futuro y garantiza-

flexor

Presenta
los nuevos modelos
de plantillas
ortopédicas



Serie "Niño" Ref. 5601
5602
5603

CARACTERISTICAS:

- **Cazoleta** para contención del calcáneo.
- **Arco Longitudinal** para apoyo del escafoides con compensación en el arco externo.
- **Admite** todo tipo de correcciones mediante nuestros suplementos.



FLEXOR, S.A.

VALENCIA, 345 (ESQUINA BAILEN)
TELEFONO 258 14 15 - BARCELONA-9

dos los derechos de los actuales profesionales. Para cursar estas carreras se exigirá Bachiller, C.O.U. y tres años, siendo la primera parte de los estudios comunes, y el resto, de especialidad. Además, esto permitiría, con estudios puente, el trasvase del diplomado en Medicina o viceversa. Todos estos profesionales tendrían un órgano colegial común, lo cual sería otra notable ventaja.

CADA DIA SE ACUDE MAS AL PODOLOGO

Nos explica el señor Escachs que un 85 % de la población española, de acuerdo con una reciente estadística, acude al podólogo, lo cual puede dar una idea del auge que en poco tiempo ha experimentado esta actividad. Le preguntamos qué profesiones son las que más lesionan los pies.

— Indudablemente, las que obligan a estar de pie más tiempo. A título enunciativo, citaremos a los guardias urbanos, corredores de Comercio, camareros, etc.

— ¿Qué dolencias tratan ustedes?

— Entre otras, los helomas e hiperqueratosis, aparte las deformaciones de los dedos, pies zambos en sus diferentes variedades y muchas otras que sería largo reseñar.

— ¿No han tenido problemas con los traumatólogos?

— Al contrario. Somos sus mejores colaboradores. Aparte de que están perfectamente definidos los campos, y el suyo es tan extenso, que nosotros tampoco le lesionamos. Nosotros hacemos cirugía de uña y verruga, y los traumatólogos, intervenciones óseas, en tendones y articulaciones.

EL INTRUSISMO Y OTROS PROBLEMAS

— ¿Hay personas que sin ser podólogos ejercen la profesión?

— Pese a lo legislado, se dan algunos casos, pero no nos preocupan demasiado. Tam-

bién, con posterioridad, se ha reconocido al ortopédico, quien al tener su cometido específico en todo el cuerpo humano, con base en ello, también pone plantillas. Le han dado el diploma a todos los que tenían abierta tienda al público quince años, sin tener en cuenta que hay optopedias que tienen un dueño que no las trabaja directamente. Pensamos que el sol sale para todos, pero la verdad es que nos perjudican. El ortopédico, de acuerdo con la Ley, puede vender una plantilla, pero no puede, sin el facultativo, diagnosticar qué plantilla necesita el enfermo. Nosotros sí podemos recibir al paciente y confeccionarle, como debe ser, para cada pie deformado, la plantilla que necesita el mismo.

LA VIDA MODERNA AUMENTA LAS AFECCIONES DE LOS PIES

— El conductor habitual, ¿es propenso?

— Sí. Porque es obvio que todo miembro que no se utiliza se atrofia.

— ¿Es mejor el invierno o el verano?

— En general, el verano es peor para los pies, por la hinchazón y el sudor.

— ¿Andar descalzo beneficia?

— Sobre arena blanda o hierba, sí. Las madres tienen que tener un cuidado especial con sus hijos en las piscinas, ya que pueden fácilmente ser contagiados por el virus que produce verrugas o helomas papilamitosos, que se confunde con pequeñas callosidades, pero que es bastante más nocivo. En estos casos hay que acudir rápidamente al especialista.

LOS ZAPATOS

— ¿Y qué me dice del calzado?

— Que hasta ahora se ha venido haciendo más para los ojos que para los pies. Gracias a Dios, los fabricantes ya se están dando cuenta y estudian la adaptación de sus fabricados a las necesidades específicas. En este Congreso, precisamente, casas especializadas han

Sudermín

Crema

ANHIDROTICA ANTIFUNGICA

Presentación:

Tubo de 30 grs. - P. V. P. 118'05 Ptas.

Composición por 1 gr.

| | |
|---|--------------|
| Nistatina | 100.000 U.I. |
| Acido salicilico | 0,02 gr. |
| Clorhidrato de aluminio (solución 50%). | 0,25 gr. |
| Excipiente crema c.s.p. | 1,0 gr. |

Propiedades

La crema SUDERMIN tiene una acción anhidrótica desodorante y antifúngica.

Indicaciones

Hiperhidrosis.
Bromhidrosis.
Pie de atleta.
Pies irritados, sudor y fétidos.
Micosis y Candidiasis.
Intértrigos.

**Laboratorios
INTERPHARMA
sa**

presentado hormas de distintos anchos que esperamos den sus frutos.

— ¿Qué opina de los tacones?

— Que en algunos modelos son de clara nocividad. Y no sólo las señoras, sino también los hombres, que con la nueva moda tienen los mismos problemas que ellas. Quiero aclarar que el tacón alto, si se corresponde con la suela no perjudica. Siempre que estén en un mismo plano. Por otra parte, el zapato debe recoger el pie en el empeine y dejar libre los dedos.

LA SOLUCION PARA LA SALUD DEL PIE, EN CIERNES

— ¿Han presentado el proyecto?

— Efectivamente, ya lo hemos presentado al Gobierno Civil de Barcelona. A ella pertenecerán cirujanos, ortopédicos, traumatólogos, reumatólogos, angiólogos, neurólogos, pediatras, podólogos, fisioterapeutas, fabricantes y vendedores de calzado, hormeros, fabricantes de calcetines, medias y productos farmacéuticos de uso «ad hoc», así como de desodorantes o jabones. Estarán encuadrados, en suma, cuantos de alguna manera contribuyen a beneficiar o dañar el pie, aunque para evitar todo ánimo de lucro, nos limitaremos a estudiarlos mejor e informar convenientemente al público sobre lo que debe comprar o rechazar.

— ¿Se cuida la belleza del pie?

— En todo se debe buscar la perfección. No es, desde luego, lo mismo un pie feo que

un pie enfermo, aunque algunos desaprensivos colocan plantillas inadecuadas prometiendo una estética que no llegará nunca.

EL CONGRESO

— ¿Satisfecho?

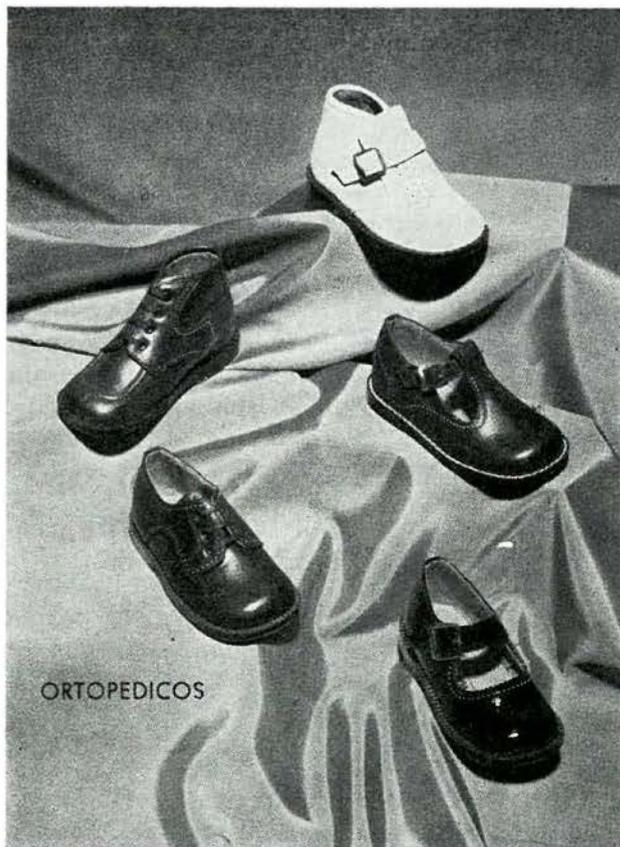
— Estoy muy satisfecho de este Congreso, de las bellezas de Granada, de la atención que nos han prestado todos. Ha sido emocionante. Y no puedo olvidar a este gran profesional y trabajador incansable, que es nuestro compañero Ruíz Morales, que ha cumplido de sobra con su misión de secretario general.

— ¿Se ha tratado del ingreso de los podólogos en la Seguridad Social?

— No tenemos cabida como tales podólogos, aunque sí hacemos plantillas para la Seguridad.

— ¿Qué diría para terminar?

— Que cuando empezamos a celebrar congresos, semanas de estudio, cursos de perfeccionamiento o viajes al extranjero, esperábamos despertar el interés del público en general, de otros profesionales e incluso de los comerciantes. Pero que esto nos ha perjudicado, porque hoy hace plantillas todo el mundo. Hoy, todo se ha convertido en un negocio: zapatos prefabricados, plantillas «standart», se dan comisiones... Es necesario que el público no se deje engañar y que los profesionales y aficionados se den cuenta que esto no es ético, honrado, ni deontológico.



**calidad,
comodidad y
materiales
adecuados**

**Todos los modelos
tienen su importancia y
han sido estudiados
para colaborar en los
tratamientos de los
señores Podólogos y
ajustándose a sus
prescripciones**

Mendivil
ESPECIALIDAD EN ORTOPEDICOS



RAMON SAEZ GARCIA

AGUAOR, JOSE MENOR HERNANDEZ, S/N
TELEFONO 801377 - PREFIJO 965
VILLENA (ALICANTE)

Delegación de Podología de Granada

Se ha recibido en esta Redacción nota de la Delegación de Podología de Granada, en la que se nos comunica pongamos en conocimiento de todos los compañeros congresistas asistentes al VIII Congreso Nacional de Podología se abstengan de pedir la publicación encuadrada de las Ponencias al Banco de

Granada, por cuya gentileza se está procediendo a su publicación. Deben, por tanto, enviar la dirección exacta de sus domicilios a la Delegación de Granada, quien la remitirá a la citada entidad bancaria que procederá a su envío a cada uno de los asistentes, una vez terminada la encuadración.

NOTA DE LA REDACCION:

Con el objeto de agilizar al máximo la correspondencia, evitando por consiguiente la natural demora que supone el pase por varias manos, ruego a todos los compañeros colaboradores de esta Revista tengan la amabilidad de remitir sus trabajos a la siguiente dirección:

MARTIN RUEDA SANCHEZ

Avda. del Caudillo, 68, bajos 2.^a
(ó 31, at. 1.^a, idte.)

SANTA COLOMA DE GRAMANET
(BARCELONA)

Asimismo, para información, envío de Revistas o cambios de domicilio, deben dirigirse al Administrador de la Revista, Sr. Gavin, Ronda Guinardó, 23, 1.^o 2.^a, Barcelona - 12.



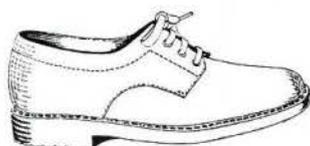
no basta

con que haga usted la mejor plantilla,
la más adecuada a cada caso...



ADEMÁS ha de cerciorarse de que el paciente la use en un calzado que ayude su benéfica acción:

SOLIDEZ: con la máxima garantía de INDEFORMABILIDAD.

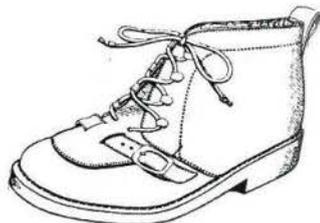


EQUILIBRIO: que garantice los correctos contactos (pie-suela y suela piso)

ESTRUCTURA: Firme y estática en sus dos tercios traseros (buena corrección) y flexible en el tercio delantero (fácil deambulación).

SUJECION: en posición correcta del retropié (empeine y talón)

ESPACIO: que deje holgura para el crecimiento y libre moción de los dedos.



MATERIALES: con suficiente porosidad y poder de absorción.

PIEDRO reposa sobre un excelente equipo técnico y científico internacional que le garantizan el mejor calzado posible en los materiales nobles de más alta calidad.



Si no encuentra **PIEDRO** cerca de su Consulta, díganoslo, por favor.



Delegado en ESPAÑA de **PIEDRO INTERNACIONAL**

J. L. VILA-PLANA - Conde Borrell, 211 - Prta. 33 - T. 93/239 53 06 - BARCELONA-15

Nuestra correspondencia con Podiatras de EE.UU.

Publicamos a continuación parte de la correspondencia recibida en esta Agrupación por parte de los Podiatras americanos que tuvieron contacto con los cursillistas españoles asistentes a EE.UU., en las cuales queda sobradamente reflejada la adhesión de estos colegas a la Agrupación de Podólogos de España, y especialmente el artífice de estos fructíferos contactos, nuestro Presidente, Sr. Escachs, que con su meritoria labor y tesón ha sabido tejer lazos de entrañable confraternidad entre Podólogos de distintas nacionalidades,

gracias a lo que se ha podido crear la flamante CONFEDERACION MUNDIAL DE PODOLOGIA, en la que en un futuro próximo estarán integrados todas las naciones en las que esta especialidad se encuentra a una altura digna de su significado actual.

Asimismo incluimos la carta recibida de Mr. Gamble, D.P.M., que recientemente nos ofreció un curso sobre radiología en podología, en la Escuela de Podólogos de Barcelona, y del que ya dimos divulgación a través de esta revista:

AMERICAN PODIATRIC ASSOCIATION

Washington

20 Chevy Chase Circle, N.W.

Julio 75

Sr. D. LEONARDO ESCACHS

*Presidente de la Agrupación
de Podólogos de España*

BARCELONA

ESSAVENON[®] GEL



Tratamiento local de los trastornos de la
circulación de retorno.

Indicaciones

- Piernas y pies cansados, hinchados
- Tobillos hinchados
- Adaptación de plantillas
- Hematomas, contusiones
- Calambres, hormigueos

Modo de empleo

Aplicar 2 ó 3 veces al día Essavenon Gel en
sentido ascendente.

**Inmediata absorción, gran efecto refrescante
no mancha, no irrita y no necesita vendajes.**

Presentación

Tubo 40 g.

Precio

93,40 ptas.



INFAR  NATTERMANN

Apartado 400 - Zaragoza
Infanta Carlota, 84-88
Barcelona-15

Querido amigo:

Le estoy escribiendo con retraso para expresarle nuestro agradecimiento por el tiempo que pasaron en Washington durante su reciente viaje.

Estoy seguro de que le agrada saber que la preciosa placa que me ofreció está ya expuesta en la recepción de nuestra Sede con una inscripción adecuada recordando la fecha.

Por correo aparte le envío un índice acumulativo de los artículos publicados en nuestra Revista, por si merecen el interés de Vd. o sus Agrupados, en cuyo caso le enviaría copias de los que me indicase.

En su estancia en ésta me habló brevemente de su programa de estudios en España, y le agradecería mucho si pudiese hacerme llegar una copia del mismo para guardarlo como información en nuestra biblioteca.

Esperando continuar y ampliar nuestras relaciones con esa Agrupación, sinceramente:

STEWART P. NYMAN, D.P.M.
Director Ejecutivo

Agosto 75

Sr. D. LEONARDO ESCACHS CLARIANA

Presidente de la Agrupación
de Podólogos de España

BARCELONA

Apreciado Sr. Escachs:

Nuestras vacaciones en la bella y soleada España han sido maravillosas, así como la hospitalidad recibida durante nuestra visita a Barcelona, y le rogamos extienda nuestro agradecimiento a la Facultad y a todos los miembros de su Agrupación.

La Escuela de Podólogos de Barcelona nos pareció sumamente interesante, y en ella tuvimos la ocasión de comprobar que se llevan a cabo las exploraciones clínicas más modernas y en labor de equipo, por lo que fue para mí una experiencia maravillosa al disponer de la ocasión para desarrollar en ella mi conferencia. Espero asimismo pronto sea editado en español el libro «CLINICAL FOOT ROENTGENOLOGY, pues nuestro Editor ya está en contacto con la Editorial encargada de su traducción.

Si Vd. viniese a nuestro país, sería un honor para nosotros tenerle de huésped en Tucson, Arizona, donde tengo amigos que hablan español y nos ayudarían en nuestras comunicaciones.

Con mi más sincera estimación,

FELTON O. GAMBLE, D.P.M.

constantino velasco laínz

y

BERKEMANN

*en
colaboracion*

con

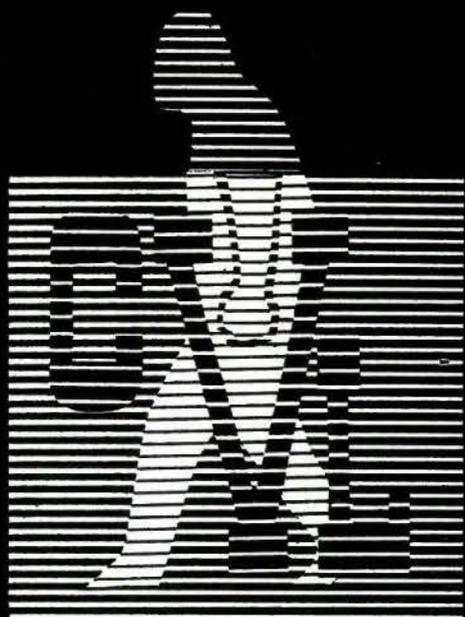
la revista española de

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. Glmo.)
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.

Facultad de Medicina de Barcelona

- Escuela de Podólogos -

La Escuela de Podólogos de Barcelona, siguiendo la tónica impuesta de mantener un constante y estrecho contacto con los colegas de otras naciones, prepara esta vez sus aulas para dar acogida a un nutrido grupo de Podólogos italianos que vienen a recibir un cursillo de Podología, atraídos por el renombre que dicha Escuela tiene en los ámbitos profesionales de todo el mundo.

Esperamos que estos colegas pasen unos días agradables entre nosotros y saquen el máximo provecho de este cursillo especialmente programado para ellos.

En la próxima Revista daremos amplia información al respecto.

Técnica de fortalecimiento de los músculos

MUSCULOS DEL PIE

La acción de los músculos del pie consiste en su estabilización para soportar el peso del cuerpo y procurar la fuerza esencial para su uso como palanca para impulsar el cuerpo hacia delante.

Músculos intrínsecos

La falta de potencia en estos músculos determina un aplanamiento del arco transversal, una curvatura de los dedos y un hallux valgus. Para restablecer el estado de equilibrio muscular deben ejercitarse los músculos débiles para producir dos movimientos.

1. *Flexión de la articulación metatarsofalángica combinada con extensión de las articulaciones interfalángicas.*

Se restablece la posición del arco transversal y se estiran los dedos empleando los interóseos, lumbricales, aductor y flexor del dedo gordo y flexor corto del dedo pequeño, equilibrándose así la acción de los flexores largos (y del flexor corto de los dedos) que

doblan los dedos cuando no existe una acción opuesta.

2. *Abducción y aducción de los dedos.*

Los interóseos dorsales, el abductor del dedo gordo y el aductor del dedo pequeño parten de la línea media del pie y se dirigen hacia los dedos para provocar su extensión. El interóseo plantar y el aductor del dedo gordo aproximan los dedos y los flexionan.

Los flexores cortos de los dedos y el flexor accesorio se asocian con los flexores largos y contribuyen a mantener el arco plantar produciendo un fruncimiento de la piel. El extensor corto de los dedos actúa solamente con el extensor largo.

Ejercicios ayudados para los músculos intrínsecos. Como muchos individuos no emplean correctamente su pie es necesario, a menudo, una asistencia manual para dar al paciente la sensación del correcto movimiento, o bien aplicar la estimulación farádica para ayudarle a contraer los músculos y convencerle de la posibilidad de realizar la contracción.

Ejemplos de ejercicios libres para los músculos intrínsecos. Al principio deben realizarse ejercicios sin carga para progresar posteriormente hacia la carga. Debe evitarse cualquier ejercicio que produzca arqueamiento de los dedos, es decir, evitar la extensión de las articulaciones metatarsofalángicas con

flexión de las interfalángicas. Debe enseñarse y practicarse la acción equilibrada de los músculos intrínsecos con la de los flexores largos, así como la separación de los dedos en la deambulación, hasta que se restablezca el reflejo normal.

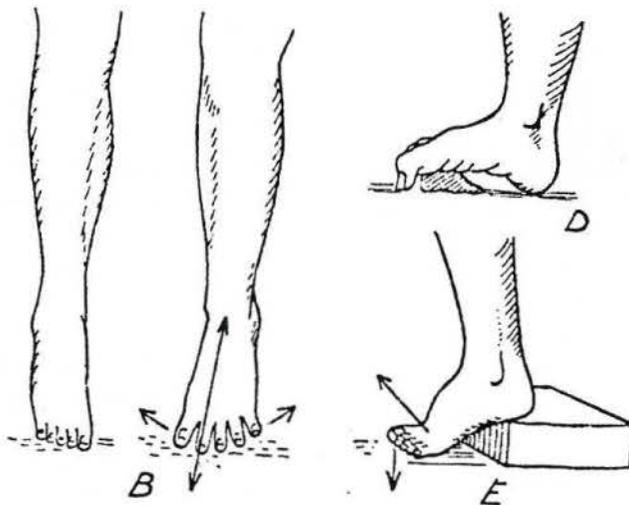


FIG. 105.

SERRA - FARGAS

BARCELONA — Plaza Castilla, 3

MADRID — San Bernardo, 74

«EQUIPOS — SILLONES — TABURETES»

SWAN NORTON: Bisturís, mangos y hojas.

AESCLAP: Esterilizadores, hojas bisturí, mangos bisturí, instrumentos, alicates, etc.

MICROMOTORES: De importación.

PODOMETROS; MOBILIARIO; MOTORES COLGANTES; ESTERILIZADORES ULTRAVIOLETAS; FRECUENCIA; VIBRADORES; BISTURIS ELECTRICOS; CAUTERIOS; PIEZAS DE MANO; SILICONAS; PULIDORAS; FRESAS; MESAS; ASPIRADORAS.

AMPLIO STOCK DE MATERIALES PARA PODOLOGIA.

CONSULTE CONDICIONES ESPECIALES.

a) Sentado (los dedos descansando sobre un libro); flexión y extensión del dedo en la articulación metatarsofalángica con presión sobre los pulpejos de los dedos (véase fig.).

b) Sentado; separación de los dedos.

c) Sentado: arqueamiento del pie.

d) Sentado; moldeamiento del pie sobre un saco o pelota para elevarlos.

e) Bipedestación (talón elevado y apoyado); el mismo movimiento (a) para levantarse sobre los dedos.

Ejercicios resistidos para los músculos intrínsecos. Los movimientos pueden ser localizados y resistidos manualmente por el fisioterapeuta.

Actividades. Debe probarse y practicarse el uso de los músculos en la marcha, salto y carrera. Es de gran valor el uso de un espejo hasta que el paciente se dé cuenta de la acción de sus pies y sea capaz de apreciar la sensación de movimiento.

Flexores dorsales

La contracción de estos músculos, en toda su amplitud, solamente es posible con la rodilla flexionada ya que la tensión de los músculos de la pantorrilla limita la amplitud cuando la rodilla se halla en extensión.

Ejercicios ayudados para los flexores dorsales. En decúbito lateral con la rodilla flexionada puede practicarse la ayuda con las manos. Si se usa la posición sentada deberá doblarse la rodilla, ejerciendo el fisioterapeuta una firme sujeción alrededor del talón, con lo que el pie descansa sobre su antebrazo, mientras que con la otra mano fija la pierna y palma los músculos durante la contracción.

Puede disponerse también la ayuda mecánica mediante poleas y pesos.

Ejemplos de ejercicios libres para los flexores dorsales. Son posibles los ejercicios en toda su amplitud mediante la flexión de la rodilla, pero a medida que aumenta la potencia de los músculos, la oposición creada por la tensión de los músculos de la pantorrilla cuando se extiende la rodilla conduce a una contracción más potente. Esta combinación de movimientos se usa a medida que la pierna oscila hacia delante en la deambulación.

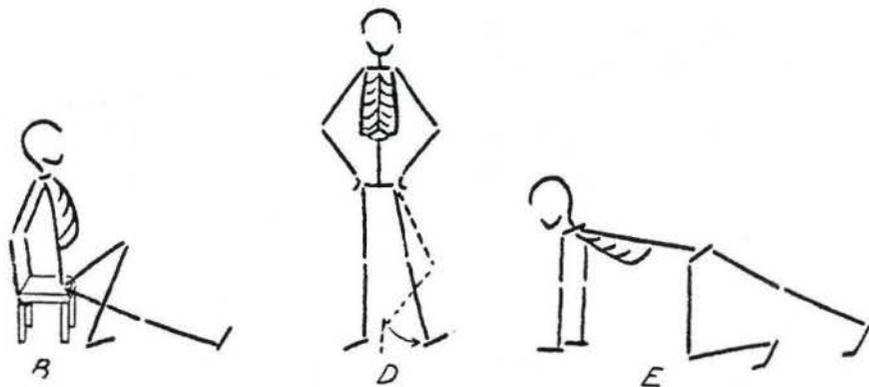


FIG. 106.

a) Sentado con las piernas cruzadas; flexión dorsal y ligera flexión plantar del pie (véase fig. 69 a, pág. 127).

b) Sentado con la pierna extendida; flexión de la pierna y flexión dorsal del tobillo.

c) Sentado con la pierna extendida; alternativamente, flexión dorsal del tobillo.

d) Apoyado sobre un pie; oscilación del talón. Este ejercicio puede realizarse en cualquier dirección con o sin apoyo sobre el otro pie (baile o bamboleo).

e) Arrodillado en pronación; flexión dorsal del pie con o sin movimiento de la pierna.

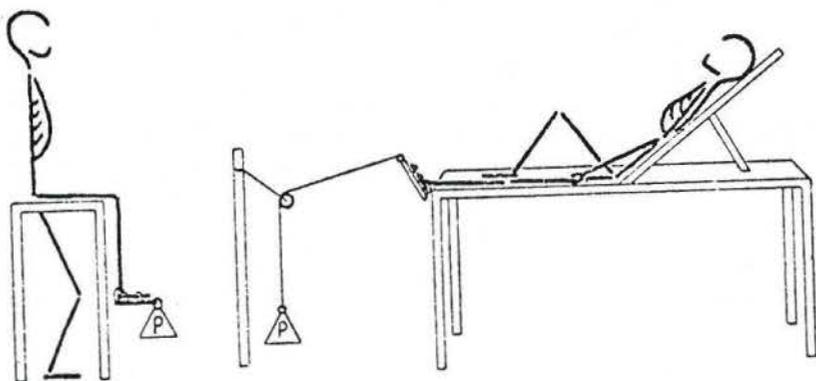


FIG. 107.

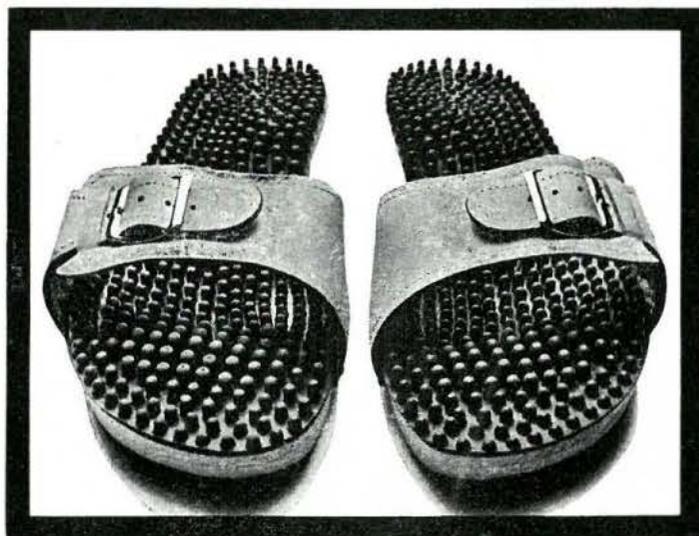
NUEVO

sandalia de masaje ganter

una plantilla anatómica **ACTIVA**

- antiedematosa •descontracturizante
- activadora de la circulación periférica •sedativa del pie


ganter
MADE IN GERMANY



Solicite información a:

EXDIRE · AVDA. MERIDIANA. 422 · TEL. 340 72 47 · BARCELONA · 16

Ejemplos de ejercicios ayudados para los flexores dorsales. Puede aplicarse la resistencia manual. A la acción del extensor del dedo gordo puede oponérsele la resistencia a nivel del dorso de dicho dedo, a la del extensor largo de los dedos (y el corto) la resistencia sobre el dorso de los dedos. En tibial anterior se contrae con más fuerza cuando se aplica la resistencia mediante la flexión dorsal y la inversión. La resistencia puede aplicarse también mediante el uso de pesos, pesas y poleas y muelles. Una suela alargada, adaptada firme y cómodamente al zapato del paciente, procurará una mayor acción de palanca para la resistencia.

Actividades. La deambulación normal, a gatas o a saltos y el paseo en bicicleta constituyen actividades en las que se utilizan todos los músculos.

Flexores plantares

Estos músculos son muy potentes ya que impulsan el cuerpo hacia delante y ayudan a estabilizar el pie y el tobillo. Con la excepción del sóleo, todos actúan sobre más de una articulación, y por este motivo los flexores largos de los dedos presentan una mayor capacidad de acción cuando se halla exten-

dida la articulación metatarsofalángica. El gastrocnemio es más eficaz cuando la rodilla está extendida, mientras que la función del sóleo es principalmente postural para sostener la pierna sobre el pie. El tibial anterior es primordialmente un inversor y sostiene el arco longitudinal del pie para contribuir a la flexión dorsal.

Ejercicios ayudados para los flexores plantares. Se elimina la acción de la gravedad cuando estos músculos actúan con la pierna apoyada por dentro o por fuera en posición horizontal; con la rodilla extendida puede aplicarse la ayuda manual en cualquier posición de descarga.

Ejemplos de ejercicios libres para los flexores plantares

Descarga

a) *Sentado o apoyado sobre un pie (talones libres); dirigir alternativamente los dedos hacia arriba.*

b) *Decúbito prono (pies sobre el borde de un soporte); dirigir alternativamente los dedos hacia arriba.*

c) *Sentado; elevación del talón.*

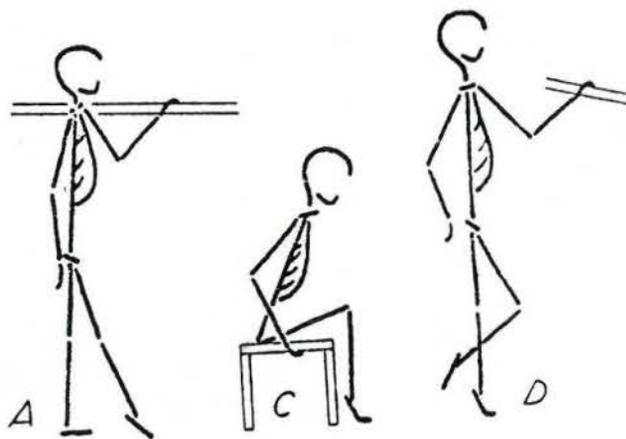


FIG. 108.

Carga

d) *Apoyado sobre un pie; elevación del talón* (fig. 109, d).

e) *De puntillas; elevar el talón y descenderlo lentamente.*

f) *Bipedestación; pasos de salto o de danza.*

Ejercicios resistidos para los flexores plantares. Puede ejercerse la resistencia manual a los músculos con el paciente en posiciones tales como sentado y estirado o en decúbito

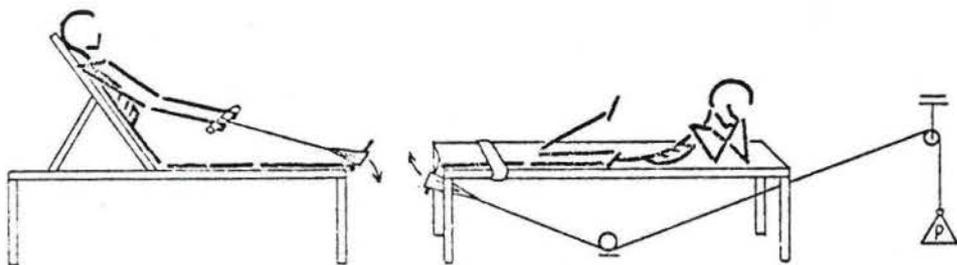


FIG. 109.

prono (con las rodillas flexionadas), evitando la excesiva tensión en las articulaciones intertarsianas en los tejidos plantares. Puede limitarse la acción de los flexores largos fijando la articulación del tobillo en flexión dorsal y aplicando la resistencia en la planta de los dedos.

La autorresistencia y la resistencia mecánica puede disponerse según el esquema de la figura 109.

Actividades. Las más apropiadas comprenden la deambulación, carrera, salto, deambulación en balanceo y la bicicleta.

Inversores

Estos músculos giran el pie hacia dentro, principalmente en las articulaciones subastragalina y tarsianas transversas y sostienen el arco longitudinal del pie, además de contribuir a los movimientos de la articulación del tobillo.

Ejercicios ayudados para los inversores. Con el paciente *sentado y estirado* o en *decúbito lateral*, el fisioterapeuta ejerce la ayuda manual sujetando con una mano por encima del tobillo y con la otra sujetando alrededor del talón con la planta del pie descansando sobre su antebrazo. De esta forma el movimiento se realiza alrededor de un eje vertical y se elimina la acción de la gravedad. Alternativamente, el paciente puede usar un columpio, a cuya tabla de apoyo sobre la que descansa el pie

puede aplicarse un movimiento de oscilación con cuerdas y poleas.

Ejemplos de ejercicios libres para los inversores

Descarga

- Sentado; elevación del borde interno.*
- Sentado y estirado; girar y encarar las plantas de los pies.*
- Sentado; intentar coger con los pies trapos o arena depositados en una palangana (la pierna debe mantenerse vertical).*
- Sentado; coger un saco de arena entre los pies, o con un pie y pasarlo a la mano opuesta.*

Carga

e) *Bipedestación; mantener tirante el arco longitudinal. El pulpejo del dedo gordo debe permanecer apoyado en el suelo; se ayuda al movimiento girando lateralmente las piernas de forma que las rótulas miren hacia fuera.*

f) *Bipedestación; superficie inclinada, columpio o balancín.*

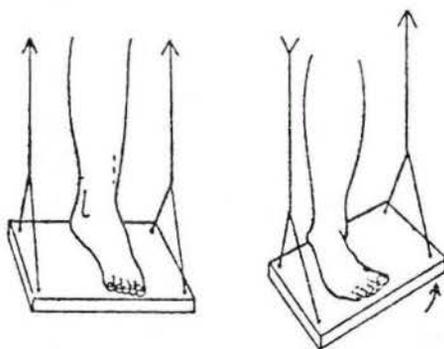


FIG. 110.



FIG. 111.

Ejercicios resistidos para los inversores. La resistencia manual puede realizarse mediante una abrazadera con el paciente en *decúbito lateral*. Puede aplicarse también la resistencia mecánica, pero los ejercicios libres con carga son, generalmente, más satisfactorios.

Actividades. La deambulación, la carrera o el paseo sobre un suelo desigual y el juego del fútbol son actividades que hacen trabajar intensamente estos músculos.

Eversores

En la posición de descarga los peroneos laterales largo y corto evierten el pie y contribuyen a la flexión plantar, mientras que el peroneo anterior (cuando existe) contribuye a la eversión y a la flexión dorsal. En la posición de carga, el peroneo lateral largo contribuye a que el pulpejo del dedo gordo se mantenga en contacto con el suelo, permitiendo el descenso del arco plantar, mientras que el arco interno se mantiene por los inversores.

Ejercicios ayudados para los eversores. Se realizan en forma semejante a la practica para los inversores.

Ejemplos de ejercicios libres para los eversores

Descarga

- Sentado; elevación del borde externo.*
- Sentado; movimiento de deslizamiento hacia fuera.*

Carga

- Bipedestación; presionar el pulpejo del dedo gordo sobre el suelo y elevar el borde externo del pie.*

d) *Bipedestación o de puntillas; balanceo sobre una superficie que se inclina hacia abajo y adentro.*

Ejercicios resistidos para los eversores. La resistencia puede realizarse mediante presión manual sobre el lado externo del pie. La resistencia con pesos puede disponerse en decúbito lateral.

Actividades. Deambulación sobre un suelo desigual o andar de puntillas.

La acción de todos los grupos musculares citados pueden combinarse con ejercicios tales como el rodamiento del pie, que puede practicarse principalmente sobre el movimiento imprimido a un músculo o grupo muscular determinado.

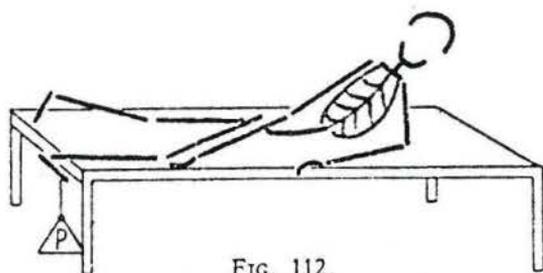


FIG. 112.

EXTENSORES DE LA RODILLA

El músculo cuádriceps extiende la articulación de la rodilla y es de primordial importancia en el mantenimiento de su estabilidad. Este músculo es de gran volumen y se atrofia rápidamente si no se usa. Además de su acción como extensor de la rodilla, contribuye a la flexión de la articulación de la cadera, y la acción del vasto interno es esencial para la producción de los últimos grados de extensión

de la rodilla y para la rotación interna del fémur sobre la tibia, que constituye el movimiento de «atornillamiento» para terminar aquella flexión.

Ejercicios ayudados para los extensores de la rodilla. La posición adecuada para el paciente es el decúbito lateral con la pierna apoyada o suspendida en posición horizontal para eliminar el efecto de la gravedad sobre la articulación. Se fija el muslo con la cadera

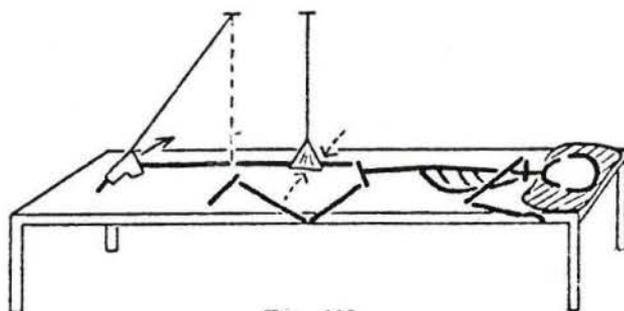


FIG. 113.

en extensión para eliminar la tensión de los músculos posteriores del muslo y lograr la

ventaja de la ligera tensión del recto femoral a su paso por delante de la cadera. Se ayuda lo más pronto posible la resistencia manual en la parte más potente de la amplitud del movimiento para aumentar la calidad de la contracción.

Ejemplos de ejercicios libres para los extensores de la rodilla

Descarga

a) *Decúbito; contracción estática del cuádriceps (o fijación).*

Para lograr esta contracción se usan tres métodos:

1. Se enseña a realizar la contracción sobre el lado no afecto y se hace ver y palpar por el propio paciente, quien entonces intenta una contracción similar en la otra pierna.

2. En decúbito, con una mano ejerciendo compresión sobre la planta del pie y resis-

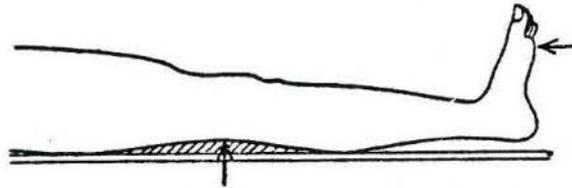


FIG. 114. — Contracción del cuádriceps (3).

tiendo fuertemente la flexión plantar mientras la otra se coloca por debajo de la parte posterior de la rodilla. Se incita al paciente a que dirija la rodilla hacia abajo y extendida contra la resistencia, al propio tiempo que se aproxi-

man todas las articulaciones del miembro inferior. En forma semejante, en bipedestación, con la rodilla extendida y la presión de carga por detrás de la rodilla, intentando doblarla para estimular la extensión (fig.).



VIII Congreso Mundial de Podología

LA HAYA - HOLANDA

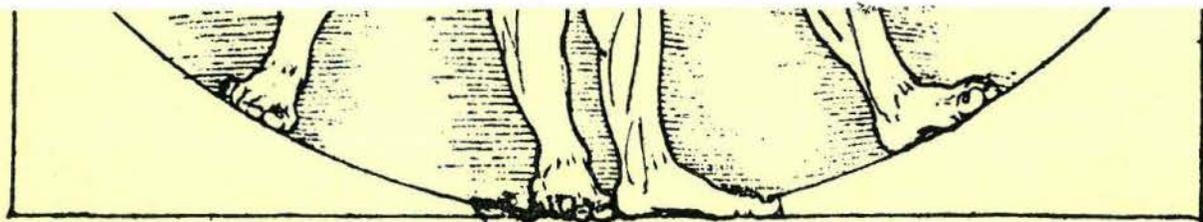
Suponemos habrás recibido ya, o recibirás en breve, una carta dirigida por el Sr. Deltell, en la que comunica que las firmas PEUSEK y CONSTANTINO VELASCO, dando muestra una vez más de su simpatía hacia nuestra especialidad, corren a cargo con los gastos que represente el desplazamiento a Holanda para asistir al 8.º Congreso Mundial de Podología. Gracias, pues, a esta gentileza es posible el que resulte gratis el viaje, corriendo a cargo de los asistentes únicamente los gastos derivados de Carta de Congresista, estancia y manutención.

Los mencionados Sres. Deltell y Velasco tienen todo su interés y confianza puestos en nosotros, y esperamos se vean compensados con nuestra masiva asistencia, y que al igual que en años anteriores podamos compartir los autocares, haciendo que el viaje resulte una expresión viva de convivencia, en una atmósfera de compañerismo y amistad.

No queremos publicar la carta para no quitar esta primicia al Sr. Deltell que tanta ilusión tiene puesta en este viaje, pero lo que si te rogamos es que si no la has recibido todavía, te pongas en contacto a la mayor brevedad con dicho señor o con la Agrupación de Podólogos de España directamente o a través de sus Delegaciones, con objeto de conocer lo antes posible el número de asistentes y en consecuencia proceder a la contratación de los autocares necesarios y demás detalles del viaje.

Deseando poder contarte entre los asistentes para formar un nutrido grupo, como año tras año viene sucediendo, te esperamos con los brazos abiertos, para dar fe una vez más de que allá donde halla un motivo profesional, estará siempre la Agrupación representada en todos y cada uno de nosotros.





1975

REVISTA ESPAÑOLA DE
PODOLOGIA

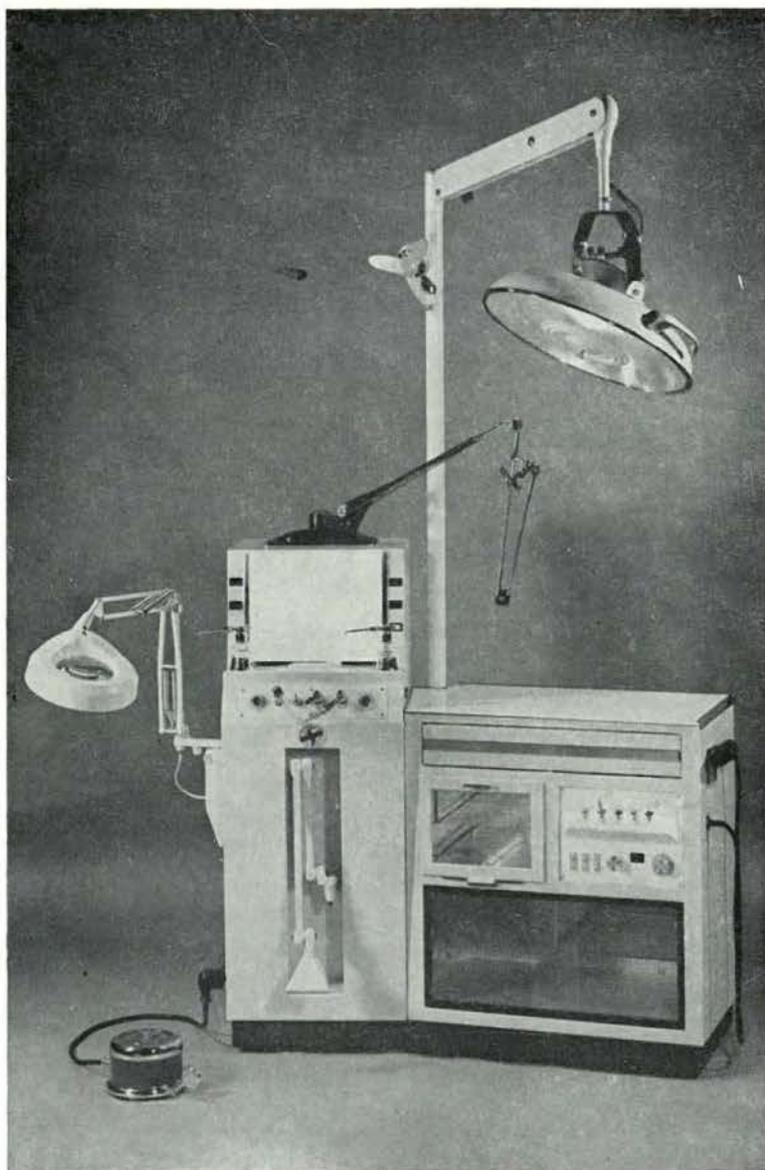


REVISTA
ESPAÑOLA
DE

PODOLOGIA

A.P.E. Novbre.-Dicbre.

n.º 48 1975



**CALIDAD EN NUESTROS MATERIALES
COMODIDAD EN SU TRABAJO
LARGA EXPERIENCIA,**

TODO ESTO LE OFRECEMOS CON NUESTRO ULTIMO MODELO

«CONSUL SUPER NOVO»

CONSULTE SIN COMPROMISO A TALLERES CONSUL

Aurora, 12

BARCELONA-1

Teléf. 241 72 75

REVISTA ESPAÑOLA DE

PODOLOGIA

ORGANO DE LA AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

A. P. E.

Redacción:

Diputación, 118, 2.º, Pral, 2.ª, Barcelona (15)

Director:

Leonardo Escachs Clariana

Sub-director:

Pablo Vilató Ruiz

Redactor jefe:

Martín Rueda Sánchez

Administración:

Manuel Gavin Barceló

GRAFICAS RENACIMIENTO - Depósito Legal B-53135 - 1975

SUMARIO

| | |
|----|------------------------------------|
| 3 | Junta de Gobierno |
| 5 | Editorial |
| 7 | Temática |
| 12 | VIII Congreso Mundial de Podología |
| 17 | Nota de la Redacción |
| 19 | Labor de Escuela |
| 27 | Labor de las Delegaciones |
| 33 | Viaje de Estudios a Londres |
| 38 | Consecuencias venéreas en el pie |
| 39 | IX Congreso Nacional de Podología |
| 40 | Carta abierta |

El Presidente

y la

Junta de Gobierno

DE LA AGRUPACION DE
PODOLOGOS DE ESPAÑA

Conjuntamente con la dirección y cuadro de redacción de REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA, desean a sus agrupados, 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 1976 por el camino de la superación y unidad profesional.



AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

JUNTA DE GOBIERNO

| | | |
|---------------------|--------------------------------|------------------------|
| Presidente Nacional | D. LEONARDO ESCACHS CLARIANA | Barcelona |
| Vice-Presidente 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 FARRERAS MORCILLO | 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.º BAEZ BASAURI | Bilbao |
| Vocal nato | D. JAIME SALA PICH | Barcelona |
| Vocal | D. ANTONIO GUTIERREZ VELASCO | Málaga |
| Vocal | D. JOSE OLCINA MORALES | Alicante |

DELEGADOS DE ZONA

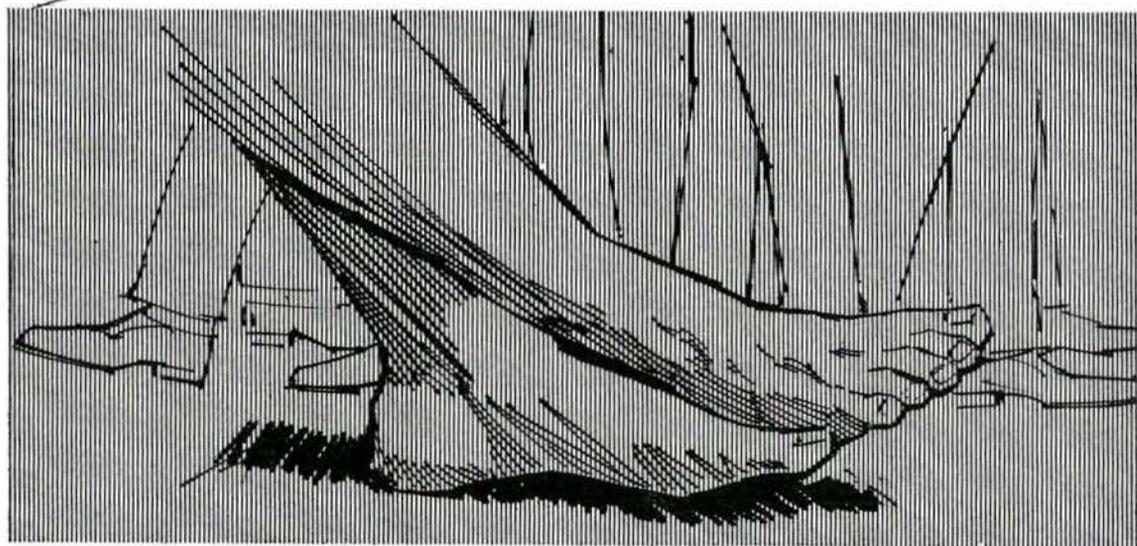
- D. José M.º Báez Basauri, Mayor, 27, 6.º. Las Arenas. BILBAO.
- D. José Luis Inchaurredo. Paseo de Colón, 65. IRUN.
- D. Juan Vidán Torres. Preguntoiro, 10. SANTIAGO DE COMPOSTELA.
- D. Antonio Báez Prieto. Alcalá, 313. MADRID.
- D. José Antonio Calvo García. Coso, 77, 5.º. ZARAGOZA.
- D. Jaime Sala 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.
- D. Antonio Gutiérrez Velasco. Plaza de las Flores, Edificio Jazmín, 1.º. MÁLAGA.

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.
- BADAJOS: D. José Villafaina de la Cruz.
- BARCELONA: D. Jaime Sala Pich.
- BILBAO: D. Juan M. Báez Gutiérrez
- BURGOS: D. Elías Hernando Tamayo.
- CACERES: D. Timoteo Fernández
- CADIZ: D. Manuel Albala Valle.
- CASTELLON: D. José Aguilar Beltrán.
- CIUDAD REAL: D. Luis Barba Vázquez.
- CORDOBA: Máximo González Jurado.
- GERONA: D. José M.º Boch Doménech.

- GRANADA: D. Manuel Ruiz Morales.
- GUADALAJARA: Sin Delegado Provincial.
- HUELVA: Jesús Tocino Vizcaíno.
- HUESCA: Sin Delegado Provincial.
- JAEN: Víctor Nieto Molina (accidental).
- LA CORUÑA: D. Francisco de la Cruz.
- LAS PALMAS: D. Francisco Morán Ventura.
- LEON: Sin Delegado Provincial.
- LERIDA: D. Alfredo Puchol.
- LOGROÑO: D. Vicente Alvarez.
- LUGO: Sin Delegado Provincial.
- MALAGA: D. Antonio Gutiérrez Velasco.
- 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: Sebastián Tenés Iturriza.
- STA. CRUZ DE TENERIFE: D. Armenio Méndez.
- SEGOVIA: D. Francisco García.
- SEVILLA: José Cañero Ramos (accidental).
- SORIA: Sin Delegado Provincial.
- TARRAGONA: D. Miguel Manzano Hernández
- 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 A. Calvo García.

¡NUEVA FORMULA!



Pentoderm[®]

Crema dermoprotectora cutánea

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



MADAUS CERAFARM, S. A.

EDITORIAL



Estamos cerrando el año 1975 con un acontecimiento histórico de importancia trascendental que marca un capítulo inolvidable en la evolución y desarrollo del pueblo español. Final que en primer lugar ha estado marcado por el dolor y la emoción provocadas por la muerte del Generalísimo Franco, hecho que no ha sido óbice para que este pueblo, dando muestras de madurez y serenidad, tome conciencia clara de la trascendencia de estos días que ha estado viviendo llenos de intensidad y expectación, primero con la enfermedad que obligó al Jefe del Estado a permanecer un largo mes en lucha con la muerte, y después con la desaparición de este hombre que durante casi cuarenta años ha guiado a España con firmeza y valentía, haciendo posible la vivencia de una larga etapa de paz, una de las más largas conocidas en nuestra historia, que es difi-

cil sea olvidada por los españoles, quienes por su parte han dado muestras en repetidas ocasiones de su agradecimiento y lealtad a los principios y fundamentos de la unidad nacional.

Este fatal y ya esperado desenlace ha traído como consecuencia la proclamación del Príncipe Juan Carlos como Rey de España, hombre joven y educado desde su infancia para ocupar el más alto cargo de la Nación, en cuyas manos depositamos las esperanzas de continuidad de esa paz lograda por Franco, para hacer de esta forma entrada triunfal en el 1976, con la enorme responsabilidad que nos lega la inexcusable obligación de seguir luchando como fieles guardianes y verdaderos apóstoles de esa doctrina que se ha ido tejiendo a lo largo de la historia.

A pesar de todos estos grandes acontecimientos que estamos atravesando, por encima de todo, como verdaderos cristianos tenemos que recapacitar y pensar en el verdadero sentido de estos días con los que decimos adiós a este agitado año 1975. Son días de amor, de cariño, de paz, éstos en los que en todos los hogares españoles se revive la venida al mundo del Mesías. Justamente por ese amor y esa paz que hacen a todos los hombres hermanos ante Dios, tenemos que hacer un hueco en nuestros corazones, un alto en nuestra agitada vida, para pensar un poco en esta gran familia que formamos todos los que libremente hemos escogido esta especialidad cuyo primordial fin es librar a nuestros semejantes de sus dolencias pédicas con todas las repercusiones que ocasionan sobre quienes las padecen. Si así lo hacemos podemos hacer ya la entrada triunfal en este próximo año, lleno de

incógnitas y peligros que acechan a nuestra profesión, peligros que sólo pueden vencerse con la unión y la constancia, condiciones éstas a las que no se puede llegar jamás sin el amor hacia nuestros semejantes, y sin tener una conciencia de predisposición y ayuda hacia todos.

Ojalá que 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 particular para que en todos los hogares españoles pueda albergarse acúmulo de satisfacciones y felicidad sin par.

Este es el sincero deseo de la Dirección y Redacción de Revista Española de Podología para todos los compañeros de profesión

¡FELIZ AÑO 1976!



REF. B-C

'' HOSCH '' PIEZAS DE MANO ESPECIALES PARA INTER- VENCIONES EN HIPERQUERATOSIS Y UÑAS

Como herramientas especiales y muy eficaces le recomendamos nuestras piezas de mano HOSCH para hiperqueratosis y uñas. Sus cabezas están equipadas con una lámina rotativa que permite quitar en capas las hiperqueratosis 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 hiperqueratosis o Ref. N-U para uñas.

APARATOS, MOBILIARIO E INSTRUMENTOS PARA PODOLOGIA

A. SOLE PALOU, S. A.

Barcelona-2 - Vergara, 7 - Teléfono 318 24 70
Madrid-14 - Av. José Antonio, 15 - Teléfono 221 01 95



REF. N-U

TEMATICA:

”El pie plano - valgo infantil”

Por
Martín RUEDA
Podólogo
BARCELONA

De un tiempo a esta parte se han sucedido los criterios más diversos en cuanto a que el niño debe caminar descalzo por la playa o terrenos accidentados para ayudar así a la recuperación de su pie plano valgo, permitiendo al pie todos sus movimientos que hagan posible una libertad de acción. En contraposición hay quien dice que no debe abandonar la plantilla ni la bota hasta la total recuperación.

La cuestión es que tal vez esta diversidad de criterios traiga consigo una falta de orientación o de pauta a seguir por los padres como responsables de la eficacia y continuidad del tratamiento, y a veces se dejen llevar por los consejos de personas no muy doctas desviándose de la verdadera trayectoria terapéutica.

Muchas veces oímos frases, normalmente procedentes de profanos en la materia, alegando que cada día hay más pies planos o valgos y achacando esta anormalidad a múltiples factores. A mi modo de ver lo que ocurre es que cada día se presta más atención al pequeño y desde que viene al mundo se incluye la vigi-

lancia de su aparato locomotor para detectar así posibles trastornos lo más tempranamente posible, cuidados que se continúan con las revisiones en los colegios por compañeros podólogos. Por otra parte la vida moderna ha traído consigo una serie de modificaciones en el desarrollo y desenvolvimiento del ser humano sobre el planeta, y estas condiciones extrínsecas a la persona han ido modificando considerablemente su fisionomía constitucional, ya que la alimentación, el vestido y calzado, el medio ambiente y tantos otros factores han cambiado diametralmente. Sabemos que el factor sol es importantísimo para acelerar los procesos de osificación del niño por la acción de los rayos solares sobre el tocoferol. Yo me pregunto, ¿llega el sol ahora con la misma intensidad que lo hacía treinta años atrás? No. Ahora tiene que vencer un filtro de polución compuesto por partículas acumuladas en las capas atmosféricas que le hacen perder gran parte de irradiaciones. Esto se ve varias veces multiplicado si lo aplicamos al niño que vive en la ciudad, que por otra parte es el que mayormente vemos en nuestras consultas.

Interderm

Crema

GENTAMICINA

Presentación:

Tubo de 30 grs. - P. V. P. 183'90

Composición por 1 gr.

| | | |
|-----------------------------------|---------|------|
| Nistatina | 100.000 | U.I. |
| Triamcinolona acetónido | 1,0 | mgr. |
| Gentamicina | 1,0 | mgr. |
| Excipiente crema c. s. p. | 1,0 | gr. |

Propiedades

La crema INTERDERM debido a sus ingredientes, posee una acción dermo-específica, con un amplio poder antifúngico, antibacteriano, antiinflamatorio y antipruriginoso.

Indicaciones

Dermatosis por hipersensibilidad.
Eczemas y erupciones cutáneas exudativas.
Dermomicosis.
Intértrigos microbianos y micóticos.
Prurito generalizado, anal y vulvar.
Eczemas microbianos.
Candidiasis.
Psoriasis.

**Laboratorios
INTERPHARMA
sa**

Tampoco es igual dejar al niño sobre una manta y que inicie sus primeros pasos sobre un terreno desigual, a colocarlo en un parque o en andadores desde los 6 ó 7 meses, con zapatos no muy adecuados, y que inicie la deambulaci3n sobre un suelo liso y regular, cargando su peso sobre un pie cartilaginoso y débil en una forma uniforme de carga, sometiendo siempre los mismos músculos y ligamentos a tensi3n.

Entonces nos encontramos ante una serie de factores dignos a tener en cuenta, que van a modificar de forma clara y contundente el desarrollo músculo esquelético del pequeño, y a partir de ello podemos tal vez comprender mejor muchas de las alteraciones posturales que van unidas al pie del mayor número de nuestros pequeños clientes.

Creo no hay duda en cuanto a la forma en que 26 huesos que sostienen constituyendo la obra arquitectónica más perfecta del organismo y a la vez la que está sometida a mayores torturas e intensidad de trabajo. Si cogiésemos un pie y lo dejásemos desprovisto de sus músculos, respetando sus huesos y ligamentos (según las Escuelas americanas), y aplicásemos sobre él una fuerza, éste la soportaría sin hundirse, porque los elementos de sostén no son los músculos, sino los huesos y ligamentos, y aquéllos sólo sirven para dar potencia, movilidad, elasticidad y vida a éstos. En cambio si seccionásemos un solo ligamento, veríamos que al aplicar carga al pie sufriría una serie de modificaciones en su arquitectura para continuar soportando una presi3n sobre sí. Si seccionásemos más ligamentos el pie acabaría por hundirse totalmente. Claro está que si en un ser vivo se le seccionasen los músculos cesaría todo movimiento en el pie y ello conllevaría al total hundimiento en un tiempo más o menos inmediato, ya que la falta de trabajo conduciría a la atrofia total: la funci3n hace al órgano.

Podemos preguntarnos pues qué modificaciones concurren en un pie plano valgo infantil para darle tal condici3n, y así veremos que en el niño que empieza a dar sus primeros pasos existe un valguismo lógico porque ese pie está en período de aprendizaje y hasta ahora

su funci3n no era la de sustentaci3n, por lo tanto necesita fortalecerse y acomodarse a su nuevo estado para lo que era imprescindible facilitarle todos los movimientos de que la naturaleza le ha dotado. Creo que en este período sí que es imprescindible que el niño camine por terreno desigual para que entren en juego todas las palancas y piezas de su aparato locomotor, a la vez que debe ayudarse con un zapato adecuado que estabilice ese tierno pie, con buena sujeci3n de retropie, suela flexible y holgura suficiente en la pala para la movilidad de los dedos, y si pasado un tiempo lógico, como puede ser hasta los dos años, no se ha estabilizado, ayudarle con procedimientos ortopodológicos. En esta fase, el caminar por arena puede ir bien o mal, según unas condiciones previas entre las que podemos citar: 1.º el grado de inclinaci3n o el ángulo suelo-línea de gravedad. No es lo mismo el caminar en una superficie horizontal, aunque sea blanda, que el hacerlo en una inclinada de la misma naturaleza ni tampoco será igual el hacerlo por arena fina que por gravilla, o por montaña o arena mojada. En la arena, el pie se hunde y el valgo aumenta puesto que la superficie cede con el peso del cuerpo y la forma de pisar es invariable. La acci3n de esta arena sobre el pie se traduciría en un masaje y un fortalecimiento de los músculos cortos plantares y flexor largo de los dedos, pero en cambio aumentaría el grado de laxitud ligamentosa, ya que el ligamento que sirve de uni3n entre dos piezas óseas es pasivo y su recuperaci3n no se hace con ejercicios, sino con aproximaci3n de las partes integrantes y mantenimiento en una posici3n fisiológica. El músculo interviene ayudando a esta condici3n, ya que una posici3n en plano valgo va a influir sobre unos determinados músculos (triceps, tibiales, flexor corto de los dedos y flexor largo) alargando sus inserciones, y acortando a la vez las de los peroneos y extensor de los dedos. No obstante esto es variable de un pie a otro, ya que muchas veces para compensar el valgo se hace una aducci3n y entonces queda modificada la distancia entre las inserciones de algunos músculos. Por ello es imprescindible antes de aconsejar ningún ejercicio hacer una exploraci3n manual detallada de los músculos funcionales del pie, instaurando ejercicios tónicos contra resistencia a los dé-

Fitex-E

Onico-Fitex

Tratamiento local específico de las dermatomicosis y micosis de uña respectivamente.

Gran poder de penetración, acción prolongada e intermitente.

Modo de empleo _____ Pincelar las zonas afectadas 2 ó 3 veces al día y cada vez que se ponga en contacto con el agua.

Indicaciones _____ **Fitex-E**

- Pie de atleta
- Hiper-hidrosis
- Mal olor
- Enrojecimiento, picor
- Grietas interdigitales
- Maceración

Onico-Fitex

- Onicomicosis
- Paroniquia
- Pie de atleta rebelde

Precios _____ **Fitex-E** 199,10 ptas. frasco de 60 c.c.

Onico-Fitex 100,50 ptas. frasco de 30 c.c.

No precisan apósitos ni vendajes.

INFAR  **NATTERMANN**

Apartado 400 - Zaragoza

Infanta Carlota, 84-88 Barcelona-15



biles, y relajantes a los contracturados para conseguir un equilibrio entre agonistas y antagonistas. En este caso, previo al caminar descalzo por la arena para provocar el automasaje deberían prescribirse los ejercicios adecuados a cada caso. De aquí se deriva el que no pueda haber un ejercicio único, standart, para todos los pies valgos, planos, cavos, etc., sino para los músculos a que cada tipo de pie pueda afectar. Si cogemos un esqueleto y lo observamos detenidamente, veremos cómo actúan sus ligamentos y cuáles fallan para condicionar un valgo, para lo que es necesario que en primer lugar se produzca la rotación hacia adentro de la cabeza del astrágalo, con la rotación consecutiva de los maléolos y la subluxación de la astrágalo escafoidea. Para que el astrágalo dé este giro tienen que fallar irremisiblemente las partes que intervienen en su mantenimiento horizontal: su cabeza está suspendida sobre un potente ligamento (ligamento calcáneo-escafoideo plantar, que va desde el calcáneo hasta el escafoides, ayudado por la acción de los tendones de los músculos tibial posterior, flexor propio del primer dedo y flexor largo común de los dedos. Este ligamento a la vez que mantiene la aproximación entre el escafoides y el calcáneo, sirve de lecho a la cabeza del astrágalo. Si falla, trae como consecuencia el hundimiento del arco longitudinal del pie con la consiguiente elongación de los músculos antes citados, y en su caída arrastra al calcáneo y al escafoides ocasionando así un pie plano valgo. El tratamiento irá encaminado a colocar estos huesos en posición anatómica y permanecerá hasta que se haya conseguido la retracción del ligamento para que sea capaz por sí solo de cumplir su función. Paralelo a esto se hará la recuperación de los músculos afectos procurando mantener un equilibrio. Por tanto deben practicarse ejercicios contra resistencia de los tres músculos antes mencionados o a los que resulten de la exploración y valoración muscular correspondiente, pero siempre en un plano secundario, ya que la base del tratamiento será la plantilla correctora. Por tanto, si en verano el niño se olvida de ella, es lógico que pueda haber una ligera regresión. En cambio si sólo

se desprende de ella mientras camina por la playa o montaña, es decir, mientras hace un ejercicio activo, y después se la vuelve a colocar inmediatamente, veremos que la trayectoria terapéutica es positiva.

Podemos decir pues, que la problemática que representa el que unos mejoren y otros no, durante los meses de verano, va a depender en primer lugar del estado músculo ligamentoso del pie, y en segundo término de si se olvidan total o parcialmente de su plantilla, pero de todas maneras debemos considerar que si el pie está en vías de recuperación la arena y la montaña serán beneficiosas, puesto que no sólo intervienen en el fortalecimiento muscular por el ejercicio continuado que supone el caminar por una superficie irregular, sino que hay otro factor importantísimo como es el contacto con la naturaleza, la acción del sol y del aire que refuercen y aceleren la osificación del pie. En cambio si se trata de un pie plano valgo laxo, unido muchas veces a una laxitud generalizada, o un pie que no esté todavía en vías de recuperación, es lógico pensar que el estar tres o cuatro meses sin plantilla correctora, por más ejercicio que se haga, no le va a solucionar su problema, que es eminentemente ligamentoso, y por tanto necesita de la aproximación entre las distintas partes óseas y el mantenimiento en esa posición, para hacer posible la retracción ligamentosa, a lo que se le puede ayudar con ejercicios activos específicos para cada caso.

Creo pues, que antes de aconsejar a los padres sobre la línea a seguir, debemos tener la completa seguridad de cuál es el verdadero problema del pie y valorar en consecuencia si la plantilla ortopédica correctora es la auxiliadora o si lo es la recuperación, y de esta forma dar ya una pauta de tratamiento específico. Según el trastorno funcional que presente el pie, y entiendo que no se deben prescribir jamás ejercicios sin conocer exactamente el estado muscular, es decir, sin una previa valoración de la fuerza de esos tirantes musculares que ayudan a mantener el equilibrio y a la vez dan movilidad a la base de nuestra compleja máquina humana.

1976

VIII Congreso Mundial de Podología LA HAYA - HOLANDA

Tenemos la satisfacción de informarle sobre el itinerario, condiciones y demás aspectos que se recogen en esta circular sobre el viaje en **autocar** a este Congreso, con la autorización de la Junta de Gobierno de la AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA, para animarle a que decida su participación de este desplazamiento que comparte el interés profesional con unos días de turismo.

Se destaca preferentemente, que su estudio está basado en Hoteles de Clase 1.^a, ya que los comentarios desfavorables sobre el alojamiento que se produjeron en anteriores Congresos Internacionales, así como las opiniones recogidas de entre sus colegas, coinciden en reconocer que la diferencia de precio queda compensada sobradamente por un mayor confort. Diferencia que por otra parte, como podrán comprobar viene a quedar cubierta con la subvención total del coste de los autocares, que nuestra firma PEUSEK y la casa Constantino VELASCO de Madrid, ofrecen a todos los profesionales de Podología y sus acompañantes.

ITINERARIO DEL VIAJE

- 23 ABRIL **MADRID-BARCELONA.** — Salida por la mañana con almuerzo en Zaragoza, donde se incorporarán los que inicien el viaje en dicha ciudad, para continuar hacia Barcelona. Llegada y alojamiento en el Hotel.
- 24 ABRIL **BARCELONA-VALENCE.** — Salida conjunta de los autocares de Madrid y Barcelona hacia la frontera, trámite de pasaportes y continuación del viaje pasando por Perpignan, Narbonne, Montpellier y Nimes. Almuerzo en ruta. Llegada y alojamiento en Hotel.
- 25 ABRIL **VALENCE-METZ.** — Desayuno en el Hotel y continuación de viaje a Metz, con paso por Lyon, Dijon y Nancy. Almuerzo en ruta. Llegada y alojamiento en Hotel.
- 26 ABRIL **METZ-AMSTERDAM.** — Desayuno en el Hotel. Salida hacia Amsterdam pasando por Luxemburgo, Namur, Bruselas, Amberes, Rotterdam y Utrecht. Llegada y alojamiento en el Hotel.
- 27 ABRIL **AMSTERDAM.** — Desayuno y alojamiento en el Hotel. Día libre en el que se pueden hacer diferentes visitas facultativas a esta ciudad llamada la Venecia del Norte.
- 28 ABRIL **AMSTERDAM-LA HAYA.** — Desayuno en el Hotel. Mañana libre. A primera hora de la tarde salida hacia La Haya. Llegada y alojamiento en el Hotel.
- 29 ABRIL al **LA HAYA.** — Estancia en el Hotel a base de desayuno y alojamiento. Días libres
- 1 MAYO para asistir al 8.º CONGRESO MUNDIAL DE PODOLOGIA que se celebra en esta ciudad.

- 2 MAYO **LA HAYA-BRUSELAS.** — Desayuno en el Hotel y salida hacia Bruselas. Llegada y alojamiento en el Hotel. Día libre.
- 3 MAYO **BRUSELAS-TOURS.** — Desayuno en el Hotel y continuación del viaje hacia Tours, pasando por Lille, Rouen y Le Mans. Llegada y alojamiento en el Hotel.
- 4 MAYO **TOURS-TOULOUSE.** — Desayuno en el Hotel y prosecución del viaje hacia Toulouse, pasando por Vierzon, Chateroux, Limoges, Brive y Cahors. Llegada y alojamiento en el Hotel.
- 5 MAYO **TOULOUSE-BARCELONA.** — Desayuno en el Hotel y salida hacia la frontera española, trámites de pasaportes y continuación del viaje, que finalizará para los que lo hayan iniciado desde Barcelona. Para el resto, alojamiento en el Hotel.
- 6 MAYO **BARCELONA-MADRID.** — Última etapa con almuerzo en ruta y parada en Zaragoza. Llegada a Madrid y FIN DEL VIAJE.

PRESUPUESTO

PRECIO APROXIMADO POR PERSONA, CON SALIDA DESDE BARCELONA . . . 25.000 Ptas.

PRECIO APROXIMADO POR PERSONA, CON SALIDA DESDE MADRID . . . 28.000 »

Sobre cualquiera de los precios anteriores, se deducirá el importe de los autocares, que será a cargo de las firmas «PEUSEK» y CONSTANTINO VELASCO, la cantidad aproximada por persona de: 3.500 pesetas.

QUEDAN INCLUIDOS EN ESTOS PRECIOS LOS SIGUIENTES SERVICIOS:

- Transporte en modernos autocares dotados de aire acondicionado.
- Alojamiento en Hoteles de Clase 1.^a, ocupando habitaciones dobles con baño (individuales con un suplemento diario que se indicará).
- Propinas a maleteros de Hoteles.
- Un guía experimentado que cuidará de la buena marcha del viaje.
- Todas las comidas, excepto en La Haya, que sólo comprende desayuno continental.

NOTAS IMPORTANTES. — Los precios del alojamiento en La Haya son los que figuran en la circular del Comité Organizador del Congreso en su Programa Preliminar. En la misma se indica que pueden ser ligeramente aumentados.

De producirse aumentos en los precios previstos y que han sido cotizados en octubre de 1975, debería tenerse en cuenta dicha modificación.

DERECHOS DE PARTICIPACION EN LOS ACTOS CIENTIFICOS DEL CONGRESO

Como información complementaria indicamos que su importe es de 200 florines (sobre 4.000 ptas.), y debe remitirse a la cta. cte. de la «Stichting Organisatie Be Wereldcongres van Podologen» número 66.83.12.343 del Nederlandse Middenstansbank, Noordeinde 23, La Haya (HOLANDA). Es importante tener en cuenta que a partir del 1.º de febrero de 1976 los derechos de inscripción serán de 225 florines, y asimismo desde el 28 de abril serán de 250 florines.

BOLETIN DE INSCRIPCION PROVISIONAL

El señor/a Podólogo, cuyos datos figuran a continuación, solicita sin compromiso por su parte hasta su confirmación definitiva, la reserva de plazas en los autocares y Hoteles, para el viaje al 8.º CONGRESO MUNDIAL DE PODOLOGIA de LA HAYA (HOLDANDA) de 1976, en los términos que siguen:

cuando sus dos pies
son dos
problemas...



Use **Peusek**[®]

desUdorante y
desOdorante
de los pies



Y AHORA TAMBIEN

NUEVO

Peusek[®]

ARCANDOL

para pies

*ARdientes
CANsados
DOLoridos*

SPRAY

DOS PRODUCTOS PARA...
DOS PROBLEMAS QUE SON...
DOS SOLUCIONES.



- 1.º El número de plazas de cada autocar es de 48. Únicamente cabría la posibilidad de estudiar la contratación de un nuevo autocar si el exceso de solicitudes cubriera sus plazas. En consecuencia, para el caso de no poder admitir las últimas peticiones, se numerarán por orden de recepción todos los boletines.
- 2.º En el supuesto de que quedaran plazas vacantes en el autocar de Madrid y faltaran en el de Barcelona se completarían con estas últimas. Por el contrario, de no tener cabida en el autocar de Madrid todos los viajeros que hayan escogido su salida en el mismo, el sobrante, y que correspondiera a las últimas peticiones, debería trasladarse a Barcelona por sus propios medios para iniciar el viaje.
- 3.º La admisión de este Boletín provisional quedará cerrada a partir del 15 de diciembre próximo, a partir de cuya fecha no se podrá asegurar que pueda tenerse en cuenta.
- 4.º Los impresos para la confirmación definitiva de inscripción, se enviará simultáneamente en un mismo día a todos los interesados, para establecer igualmente sin desventaja para ninguno, un riguroso control de recepción para las reservas de plazas.

Señor/a Podólogo: Nombre Apellidos

Población Provincia

N.º Recep.: Desea reserva para acompañantes: SI NO Número de acompañantes Habitaciones que precisará: Dobles Sencillas

Fecha: Elige salir con autocar desde: MADRID ZARAGOZA BARCELONA

..... de de 1975

Firmado,

NUEVO

sandalia de masaje ganter

una plantilla anatómica **ACTIVA**

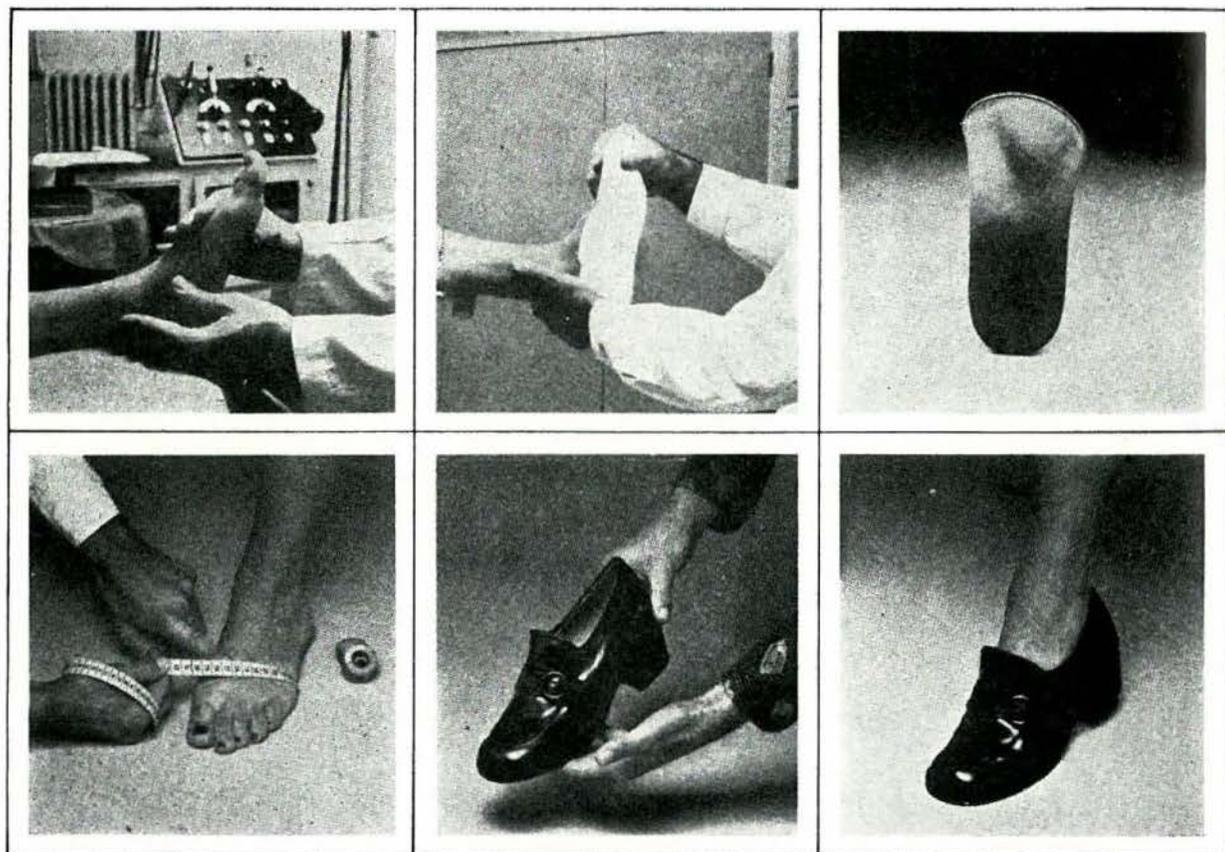
- antiedematosa
- descontracturizante
- activadora de la circulación periférica
- sedativa del pie



Solicite información a:

EXDIRE · AVDA. MERIDIANA. 422 · TEL. 340 72 47 · BARCELONA · 16

TAN IMPORTANTE COMO SUS MANOS



Sus manos conocen, investigan y alivian. Pero su experiencia personal puede verse traicionada si no existe un zapato que satisfaga plenamente sus prescripciones. Por esta razón, MANUFACTURAS PROS pone a su disposición la nueva línea de zapatos MANITOS ORTHO.

MANITOS ORTHO es un zapato especialmente diseñado para satisfacer todas sus exigencias. Tanto la calidad de los materiales, como la adaptabilidad al uso de plantillas permiten en todo momento continuar ejerciendo una acción benéfica y correctora como si se tratara de sus propias manos.

MANITOS ORTHO: TAN IMPORTANTE COMO SUS MANOS.

MANITOS
ORTHO

Nota de la Redacción

Con el deseo de superar día a día esta Revista y hacerla un reflejo exacto de lo que es la Podología, vista en sus múltiples facetas que abarquen desde sus inicios con la formación de los futuros colegas en las dos Escuelas que existen en España, hasta la vida del Podólogo en ejercicio, y tratando siempre de mantener un estrecho contacto con todos, se han creado dos nuevos apartados en la misma, en los que, con la ayuda totalmente desinteresada de dos compañeros, Julio Alonso y Francisco Farreras, hombres que viven y sienten intensamente la profesión, trataremos de dar luz a todos aquellos problemas o circunstancias que surjan a nivel de Escuela, como pueden ser cursos de perfeccionamiento, conferencias, formación de alumnos, etc., todo ello englobado bajo la denominación de LABOR DE ESCUELA, más una correspondencia directa y abierta con el resto de las naciones donde la Podología tiene un significado, así como de la flamante CONFEDERACION MUNDIAL DE PODOLOGIA, bajo el denominador común de LA PODOLOGIA EN EL MUNDO.

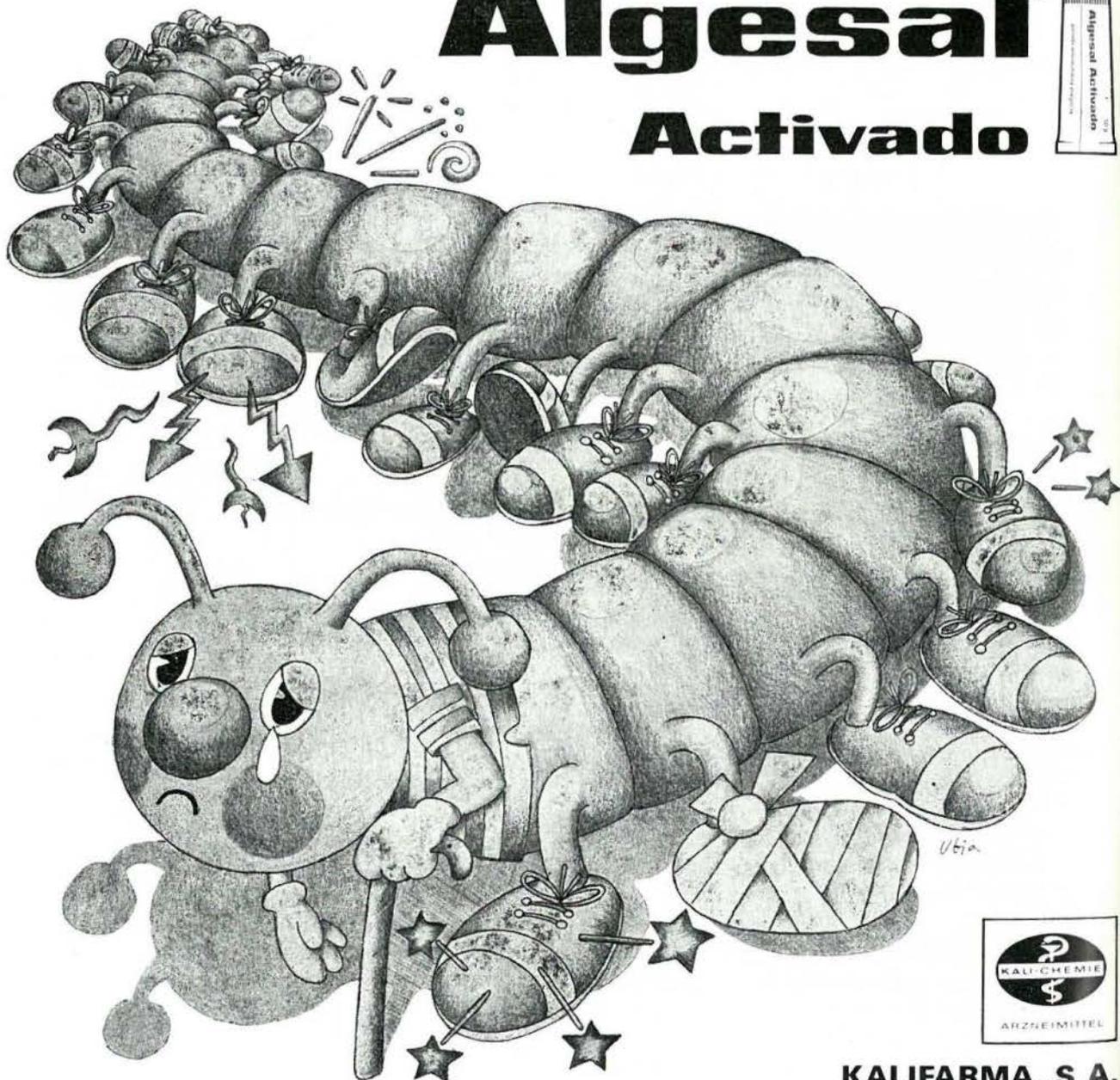
Queremos hacer hincapié y dejar bien claro que este intento está motivado únicamente por el deseo ferviente de informar y vivir día a día todas las vicisitudes por las que constantemente atravesamos desde nuestros primeros pasos en el largo camino de la Especialidad.

Dado que en España existen dos Escuelas, quisiéramos reflejar en el apartado correspondiente a LABOR DE ESCUELA los quehaceres de ambas, pues es ésta una faceta que consideramos de gran interés, que hasta ahora nunca se había tocado directamente y en la que tenemos puesta gran ilusión.

Como inicio, en esta Revista damos a conocer detalladamente los pormenores del Curso para Italianos celebrado en la Escuela de Podólogos de Barcelona recientemente, así como una entrevista con el Secretario de la ANIP, acerca de la forma en que se desenvuelve la Podología en Italia, que esperamos sea de interés como conocimiento de los momentos profesionales por los que estamos atravesando en la actualidad.

CUANDO APRIETA EL DOLOR...

Algesal® Activado



KALIFARMA, S.A.



- Calma el dolor al instante, por su gran poder de penetración
- Posee un olor agradable
- No mancha ni engrasa

Presentación y P.V.P.

Tubo con 50 grs. de pomada 94,90 ptas.

LABOR DE ESCUELA

Por
Julio ALONSO GUILLAMON
Podólogo
BARCELONA

Se ha celebrado en Barcelona, en la Escuela de Podólogos de la Facultad de Medicina, un curso de perfeccionamiento a un grupo de 41 compañeros italianos, desde el 30 de octubre al 4 de noviembre del corriente año. Al frente de ellos, ha asistido el Presidente de la ASSOCIAZIONE NATIONALE ITALIANA PEDICURE (A.N.I.P.), Sr. FRASCA FRANCO y el Secretario Sr. GIULIO ZANETTI.

En el acto de clausura, que fue presidido por el Subdirector de la Escuela, Secretario y Profesores que participaron en el curso, les fueron entregados a cada uno de los cursillistas un Diploma acreditativo de su asistencia, firmado por el Director de la Escuela, Profesor ARANDES.

Acto seguido tomó la palabra el Sr. Zanetti, que dio a demostrar a todos sus compañeros, su amistad con el Sr. Escachs, tronco principal de la Podología Española, a raíz de las reuniones celebradas por la Federación Internacional de Podología desde el año 1964, y

posteriormente en los Congresos internacionales. Gracias a esta amistad ha sido fácil programar este viaje de estudios. Felicitó al subdirector de la Escuela, Sr. Escachs y al Secretario, Sr. Mañé por el desarrollo del curso; e igualmente hizo un inciso para los profesores de la escuela que intervinieron, por sus disertaciones teóricas y las prácticas realizadas. Expuso, que sus compañeros italianos, han podido ver las posibilidades del Podólogo Español, sirviéndoles como base para poder encauzar su profesión con más claridad y obtener con ello, grandes beneficios para la podología italiana.

Acabadas las palabras del Sr. Zanetti, fue aplaudido por todos los concurrentes.

Tomó la palabra después la Sra. Jole Lagomarsino, que hizo las funciones de intérprete, dando las gracias por la organización del curso y por todas las atenciones recibidas. Igualmente fue aplaudida.

flexor

Presenta
los nuevos modelos
de plantillas
ortopédicas



Serie cadete y señora:

Ref. 5611 - 5612 - 5613

CARACTERISTICAS:

- **Cazoleta** para contención del calcáneo.
- **Arco Longitudinal** suave para apoyo del escafoides.
- **Arco Transverso** blando para descarga de los metatarsianos.
- **Admite** todo tipo de correcciones mediante nuestros suplementos.

FLEXOR, S.A.

VALENCIA, 345 (ESQUINA BAILEN)
TELEFONO 258 14 15 - BARCELONA-9

Finalmente habló el Sr. Escachs, destacando en sus palabras, su gratitud a todos los asistentes al curso, por el interés y cariño demostrado a la Podología y el deseo que muy pronto exista el ciudadano Podólogo en todo el mundo, con un mismo nivel en todos los países.

Finalizadas estas palabras, se dio por clausurado el curso.

Antes de despedirnos con los compañeros italianos, solicité al Sr. Zanetti la gentileza de responderme a unas preguntas para la revista, al que se ofreció muy amablemente.

— **Sr. Zanetti, ¿cómo se inició el Pedicure en Italia?**

— Existen dos fuentes históricas reales. La primera la existencia de un servicio de Podología en el Hospital Mayor de Milan en el siglo XIX, presidido por el médico fundador y que desapareció a la muerte de éste. La otra historia, era que en un principio el arte del Pedicure era hecho por los peluqueros, siguiendo la tradición de padres a hijos, pudiéndose

ver, aún hoy en día algunos pedicures peluqueros.

— **¿Cuántas asociaciones tienen de Pedicuros en su País?**

— Actualmente existe una asociación Nacional la A.N.I.P. con sede en Milano, con un número aproximado de 600 agrupados.

— **¿Cuál es el campo profesional del Pedicure?**

— Según una ley de 1928, reconoce la profesión de Pedicure, que sólo puede abarcar el campo estético del pie.

»Desde la fundación de la A.N.I.P. en el año 1962, se ha ido desarrollando y ampliando el campo profesional, amparados en experiencias internacionales, realizando cursos de formación con carácter teórico práctico, especialmente de plantillas para afecciones dérmicas, pequeña prótesis para correcciones digitales y ortonixia. Igualmente edita la Asociación, una revista bimensual donde se publican trabajos científicos de nuestra especialidad.



Parte de los compañeros italianos que integraban el grupo de cursillistas durante el desarrollo de las conferencias.

Sudermín

Crema

ANHIDROTICA ANTIFUNGICA

Presentación:

Tubo de 30 grs. - P. V. P. 118'05 Ptas.

Composición por 1 gr.

| | |
|---|--------------|
| Nistatina | 100.000 U.I. |
| Acido salicílico | 0,02 gr. |
| Clorhidrato de aluminio (solución 50°/o). | 0,25 gr. |
| Excipiente crema c.s.p. | 1,0 gr. |

Propiedades

La crema SUDERMIN tiene una acción anhidrótica desodorante y antifúngica.

Indicaciones

Hiperhidrosis.
Bromhidrosis.
Pie de atleta.
Pies irritados, sudor y fétidos.
Micosis y Candidiasis.
Intértrigos.

**Laboratorios
INTERPHARMA
sa**

— **¿Cuáles son las aspiraciones del Podólogo?**

— La primera aspiración es la de conseguir el título de Podólogo oficialmente a través de un centro o escuela oficial, y para ello nos apoyamos en las necesidades de la nación, solicitando a los Organismos Superiores, a través de los Gobiernos Regionales, el que se construyan las citadas Escuelas Regionales de podología.

»Nuestra labor más positiva, ha sido crear unos puestos de trabajo para compañeros, en los centros geriátricos, como los de Milán, Génova, Florencia, etc., siendo subvencionados por la administración de estos centros.

— **¿Cuál ha sido su impresión referente a este cursillo que se ha desarrollado en la Escuela?**

— He de decir que el curso ha cubierto ampliamente los objetivos previstos. Las partes teórico prácticas han demostrado claramente la amplitud actual de la Podología Española; nos ha permitido ver al pie, como una

parte del conjunto, que es el cuerpo humano y no como un trozo aislado.

»Mis compañeros y yo hemos podido comprobar nuevas técnicas y un sentir diferente de la Podología, con mayor amplitud para poder desarrollarla.

»Yo estaría muy satisfecho si pudiera demostrar a mis compañeros italianos, cuál es exactamente el campo profesional del Podólogo y su significado, así como cuál debe ser la base de los estudios, para superar así la insuficiencia de que carece en materia docente la Podología en Italia. En suma abrir los ojos a los profesionales que tienen una forma aislada y rutinaria de trabajo, demostrando que se puede y se debe ir a más, si se desea llegar a crear una especialidad a las alturas de las exigencias.

— Pues muchas gracias, amigo Zanetti, por tus declaraciones. La Escuela de Podólogos se ha visto muy honrada por vuestra visita y os desea los mejores votos, para que consigáis vuestros propósitos.



Momento del desarrollo de las clases.



ORTOPEDICOS

**Todos los modelos
tienen su importancia y
han sido estudiados
para colaborar en los
tratamientos de los
señores Podólogos y
ajustándose a sus
prescripciones**

**calidad,
comodidad y
materiales
adecuados**

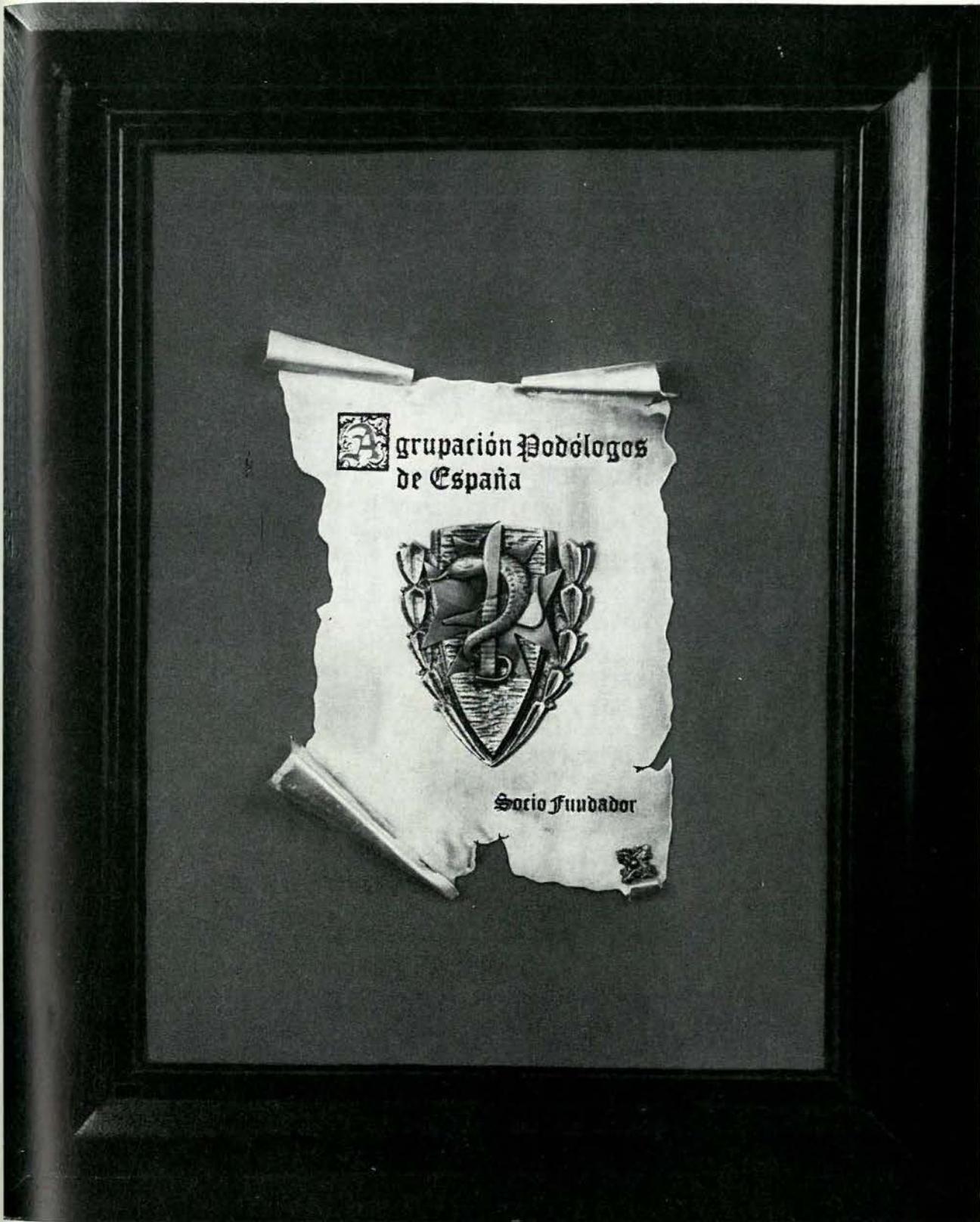
Mendivil

ESPECIALIDAD EN ORTOPEDICOS



RAMON SAEZ GARCIA

AGUAOR, JOSE MENOR HERNANDEZ, SIN
TELEFONO 801377 - PREFIJO 965
VILLENNA (ALICANTE)



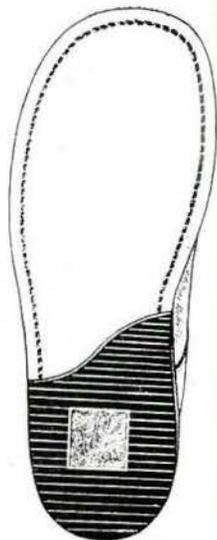
Distintivo de socio fundador o de número en metal plateado y grabado sobre terciopelo rojo en tamaño 27 x 33 con marco en madera noble.

Interesados, dirigir la petición al tesorero, enviando el importe de 1.600 Ptas.



no basta

con que haga usted la mejor plantilla,
la más adecuada a cada caso...



ADEMÁS ha de cerciorarse de que el paciente la use en un calzado que ayude su benéfica acción:

SOLIDEZ: con la máxima garantía de INDEFORMABILIDAD.

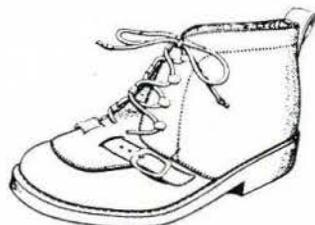


EQUILIBRIO: que garantice los correctos contactos (pie-suela y suela piso)

ESTRUCTURA: Firme y estática en sus dos tercios traseros (buena corrección) y flexible en el tercio delantero (fácil deambulación).

SUJECION: en posición correcta del retropié (empeine y talón)

ESPACIO: que deje holgura para el crecimiento y libre moción de los dedos.



MATERIALES: con suficiente porosidad y poder de absorción.

PIEDRO reposa sobre un excelente equipo técnico y científico internacional que le garantizan el mejor calzado posible en los materiales nobles de más alta calidad.



Si no encuentra **PIEDRO** cerca de su Consulta, díganoslo, por favor.



Delegado en ESPAÑA de **PIEDRO INTERNACIONAL**

J. L. VILA-PLANA - Conde Borrell, 211 - Prta. 33 - T. 93/239 53 06 - BARCELONA-15

Labor de las Delegaciones

MALAGA:

REUNION DE PODOLOGOS DE ANDALUCIA Y EXTREMADURA

EL TITULO DE PODOLOGO DE HONOR AL DOCTOR FERNANDEZ ZAMARRON

A propuesta de los podólogos malagueños, la Agrupación de Podólogos de España concederá el título de podólogo de honor al Ilmo. Sr. Subdirector Médico de los servicios médicos provinciales de la Seguridad Social en Málaga, Dr. D. Francisco Fernández Zamarrón, en méritos a la atención y apoyo que en todo momento ha prestado a los podólogos de esta ciudad. Este título le será entregado al doctor Fernández Zamarrón, en un acto a celebrarse en Málaga en fecha próxima.

Este fue uno de los acuerdos adoptados en la Reunión de Podólogos de Andalucía y Extremadura, que se celebró durante los días 15 y 16 del mes de noviembre en Málaga-Torremolinos, concretamente en Holiday Inn, con asistencia de más de sesenta especialistas de todas las provincias andaluzas y extremeñas como asimismo de la capital de España.

Presidió la reunión, que cubrió dos jornadas, el Presidente de la Agrupación de Podólogos de España, don Leonardo Escachs Clariana, que estuvo acompañado por el delegado regional, don Antonio Gutiérrez Velasco, como asimismo por el doctor Fernández Zamarrón, invitado de honor y especial de la Reunión.

Se desarrollaron en las dos jornadas, siete conferencias o comunicaciones podológicas, que resultaron muy interesantes y sumamente actualizadas como clara evidencia del progreso, estudio y formación del podólogo. Las comunicaciones presentadas en la reunión de Holiday Inn, fueron las siguientes:

Sábado, 15

- | | |
|-------------------|--|
| Tarde, a las 5 h. | «Diseño y confección de la plantilla ortopédica según el F.P.G.». Don José Luis García Ramírez. MALAGA. |
| Tarde, a las 6 h. | «Calzado fisiológico». Don Máximo González Jurado. CORDOBA. |
| Tarde, a las 7 h. | «Modificaciones ortopédicas en el calzado». Don Carlos San Martín. MADRID. |
| Tarde, a las 8 h. | «Metatarso aducto varo». Don Jesús Tocino Vizcaíno. HUELVA. |

ESSAVENON[®]

GEL



Tratamiento local de los trastornos de la
circulación de retorno.

Indicaciones

- Piernas y pies cansados, hinchados ●
- Tobillos hinchados ●
- Adaptación de plantillas ●
- Hematomas, contusiones ●
- Calambres, hormigueos ●

Modo de empleo

Aplicar 2 ó 3 veces al día Essavenon Gel en
sentido ascendente.

**Inmediata absorción, gran efecto refrescante
no mancha, no irrita y no necesita vendajes.**

Presentación

Tubo 40 g.

Precio

93,40 ptas.



INFAR  **NATTERMANN**

Apartado 400 - Zaragoza
Infanta Carlota, 84-88
Barcelona-15

Domingo, 16

Mañana, de 10 a 1 h. «Prótesis del antepié».

Don Valeriano Molina Martín. MALAGA.

Don José Sanjuán Castroverde. CORDOBA.

Don Manuel Albalá Valle. CADIZ.

Los problemas que concurren en la especialidad fueron tratados con sinceridad y realismo por todos los asistentes y se conocieron las gestiones que a nivel nacional está llevando personalmente el señor Escachs Clariana.

La clausura de la Reunión de Podólogos tuvo lugar el domingo en una comida que presidió el Ilmo. Sr. Jefe Provincial de Sanidad, doctor don Marcelo Arce Aviñó y esposa, Ilmo. Sr. Subdirector Médico de la Seguridad Social, doctor don Francisco Fernández Zamarrón y esposa y el Ilmo. Sr. Presidente de la Agrupación de Podólogos de España, don Leonardo Escachs Clariana. En este acto, y en el transcurso de sus palabras, el señor Gutiérrez Velasco, transmitió al presidente nacional, la petición de los podólogos malagueños, de que sea concedido el título de Podólogo de Honor para el doctor Fernández Zamarrón, por cuantos méritos, cualidades y circunstancias concurren en la personalidad del doctor Zamarrón. La petición tuvo el refrendo unánime de los asistentes con una cerrada ovación.

La 2.ª Reunión de Podólogos Andaluces se celebrará en Cádiz, habiéndose fijado como fecha los días 24 y 25 del próximo mes de enero. El tema «Prótesis del antepié», contándose como conferenciantes don Valeriano Molina Martín (Málaga), don José Sanjuán Castroverde (Córdoba), don Esteban de Haro Granados (Almería) y don Manuel Albalá Valle (Cádiz).

CADIZ:

HOMENAJE DE LOS PODOLOGOS GADITANOS A DON FRANCISCO ORDUÑA ORDUÑA

Con asistencia de representantes de toda la provincia, el pasado día 4 de octubre los podólogos gaditanos rindieron un cariñoso homenaje a su compañero jubilado, don Francisco Orduña Orduña, ejemplo de dedicación y amor a su profesión. Tras una visita a una bodega jerezana, se reunieron en un almuerzo de hermandad.

A los postres el Delegado Provincial de Cádiz de la Agrupación de Podólogos de España, señor Albalá, impuso la insignia de oro a don Francisco Orduña Orduña, quien con sencillas y breves palabras agradeció vivamente este homenaje que se le ha tributado.

En el mismo acto se le impuso igualmente la insignia de oro de Podología al presidente del Colegio Oficial de A.T.S. de la provincia, don Luis García Jiménez, en reconocimiento a su labor en pro de la podología, siendo al final de su intervención muy felicitado.

constantino velasco laínz

y

BERKEMANN

en

colaboracion

con

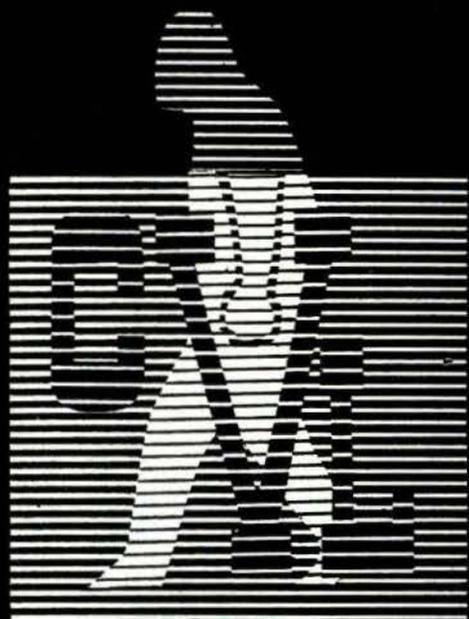
la revista española de

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. Glmo.)

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.

BARCELONA

Curso Académico 1975-76

Ciclo de Conferencias que se celebrarán en la Sala de Actos de la Delegación, C/. Ortigosa, 14-16, 3.º, 4.º, Barcelona.

PROGRAMA

19 diciembre:

- 22,30 h. Sr. D. Leonardo Escachs, Presidente Nacional de la Agrupación de Podólogos de España.
Subdirector de la Escuela de Podólogos de Barcelona.

23 enero:

- 22,30 h. Dr. D. Miguel Prats Esteve, del Servicio de Patología Quirúrgica A. del Hospital Clínico de Barcelona.
TEMA: Termografía Aplicada al pie.

20 febrero:

- 22,30 h. Sr. D. Martín Rueda, Profesor de la Escuela de Podólogos de Barcelona.
TEMA: Balance Muscular.

12 marzo:

- 22,30 h. Dr. D. Marius Lecha Carralero, Dermatólogo.
TEMA: Enfermedades Dermatológicas de los pies.

9 abril:

22,30 h. Sr. D. Zacarías García Andrés, Vicepresidente de la Agrupación de Podólogos de España.

Delegado Provincial de Madrid.

TEMA: Aspectos Fundamentales del comportamiento social del Podólogo.

14 mayo:

22,30 h. Sr. D. Francisco Mañé, Profesor y Secretario de la Escuela de Podólogos de Barcelona.

TEMA: Profilaxis del pie.

11 junio:

22,30 h. Clausura del Curso Académico a cargo del Ilmo. Dr. D. Ramón Arandes Adán.

Catedrático de Patología Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Barcelona.

Director de la Escuela de Podólogos del Hospital Clínico de Barcelona.

SERRA - FARGAS

BARCELONA — Plaza Castilla, 3

MADRID — San Bernardo, 74

«EQUIPOS — SILLONES — TABURETES»

SWAN NORTON: Bisturís, mangos y hojas.

AESULAP: Esterilizadores, hojas bisturí, mangos bisturí, instrumentos, alicates, etc.

MICROMOTORES: De importación.

PODOMETROS: MOBILIARIO; MOTORES COLGANTES; ESTERILIZADORES ULTRAVIOLETAS; FRECUENCIA; VIBRADORES; BISTURIS ELECTRICOS; CAUTERIOS; PIEZAS DE MANO; SILICONAS; PULIDORAS; FRESAS; MESAS; ASPIRADORAS.

AMPLIO STOCK DE MATERIALES PARA PODOLOGIA.

CONSULTE CONDICIONES ESPECIALES.

Informe del Viaje de Estudios a Londres

Por

J. SOLE CUCH

E. RODRIGUEZ VALVERDE

La Escuela de Podólogos de Barcelona desplazó a Londres, Escuela de CHELSEA, a dos de sus Profesores en viaje de estudios, cuyo informe publicamos a continuación.

Al llegar a Londres, dejamos nuestras maletas en el Hotel y nos dirigimos a Wimpole Street 8, en cuyo domicilio se halla la Sociedad de Chiropodists; fuimos recibidos por Mr. Perkins y Mr. Read, el primero, secretario de la Sociedad y el segundo Director de la Escuela de Chiropodist de Chelsea; ante todo hay que reseñar que íbamos acompañados por el Sr. Vila-Plana en calidad de intérprete. Después de las presentaciones de rigor nos invitaron a comer en un bonito restaurante al estilo inglés.

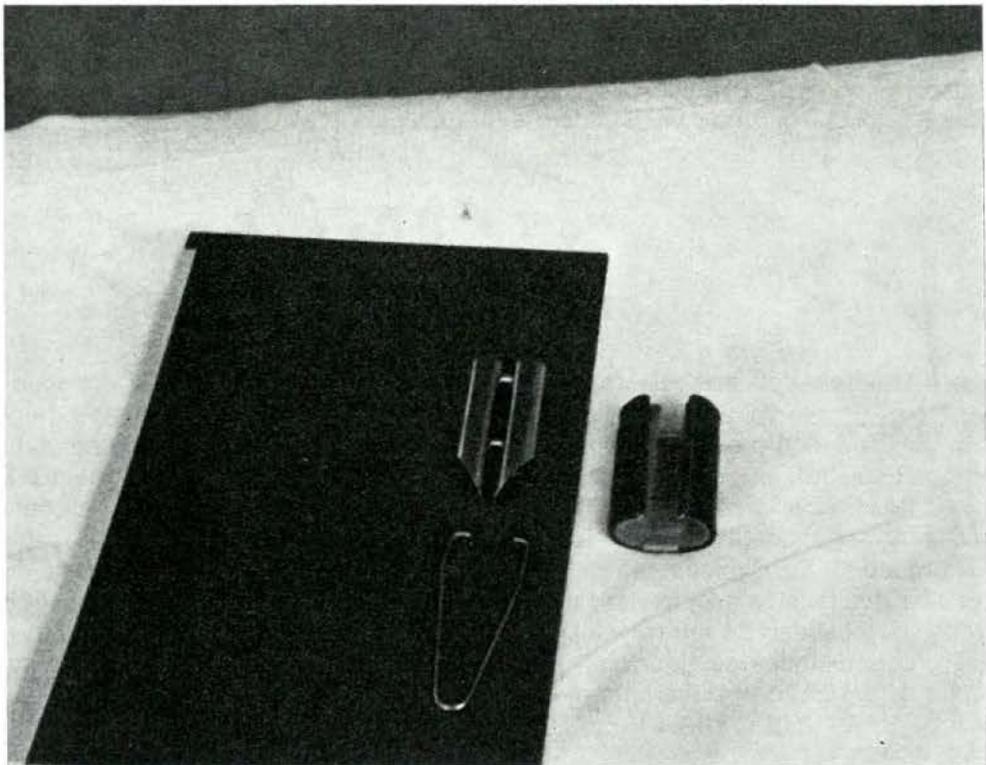
Por la tarde, nos presentaron a Mr. Prior que tiene a su cargo un pequeño ambulatorio dedicado a la podología, había unas quince cabinas de asistencia, en dicho ambulatorio hacen exploraciones de biomecánica del pie así como curas quiropódicas a todos los en-

fermos que no se hallen en edad laboral, y cobran por ello 30 peniques (algo más de 40 pesetas). También asisten a enfermos a domicilio cobrando por ello una mínima aportación; nos llevó después al centro de recepción de avisos y taller de prótesis, y allí vimos, zapatos, suelas y alzas hechas con plastozote y pequeñas prótesis con silicona o latex, objetamos que los zapatos confeccionados con plastozote en nuestro país produciría mucho calor, él contestó que en Inglaterra también y que sólo lo utilizaban en determinados casos, en Londres, ocurre la circunstancia que, el antiguo clima de humedad y niebla lo condicionaban las chimeneas de las calefacciones que funcionaban todas con carbón, ahora, desde que salió la orden de utilizar la electricidad, parece ser que el clima de Londres ha cambiado ya que según manifiestan los del

lugar, hay muy pocos días de niebla al año, pues bien, la humedad del clima antiguo, vamos a llamarle así, de Londres, producía muchos casos de reumatismo y sobre todo poliartritis, de ahí viene que los podólogos ingleses hayan tenido que espabilarse en idear y confeccionar pequeñas prótesis, pues es muy frecuente el antepie en triángulo, y el éxito también del plastozone en los pies hipotérmicos.

El segundo día de estancia en Londres, día 8 de septiembre de 1975, nos recogió Mister Read, director de la Escuela de Chelsea, hombre dinámico y rápido de los que no se andan por las ramas y van al grano, a medida que le conoces te va gustando y además le conoces en seguida, nos llevó a la antes mencionada Escuela donde conocimos a varios profesores de la misma y tomamos café.

La Escuela de Chelsea, es un edificio de unos diez metros de ancho por unos veinte de largo, tres pisos y planta todo dedicado a la Podología, tienen unas 70 cabinas que son pequeños consultorios donde pueden atender simultáneamente a los enfermos. Los alumnos de primer curso atienden a los enfermos de las afecciones más simples y los de segundo y tercer curso las más complicadas, siempre bajo la vigilancia del profesor encargado de las prácticas quiropódicas. Para impartir las enseñanzas prácticas disponen de un gran taller donde hacen las pequeñas prótesis con Latex preferentemente ya que la silicona la hacen directamente al pie, y dos talleres accesorios, en uno de ellos hay unas 10 pulidoras y el otro sirve de almacén de materiales, disponen también de otro anexo donde exploran la marcha. No hay ningún podoscopio, pero hay



Aparato para la reeducación de la uña.

Se trata de una especie de pinzas de acero macizo que se calienta en agua, pinzando seguidamente el extremo distal de la lámina ungueal, los demás utensilios son otras pinzas que parece un alambre retorcido en ambos extremos, que sirve para extraer del agua caliente el aparato y la imagen de la derecha corresponde a un mango de quita y pon para no quemarse la mano, como es lógico al utilizar este procedimiento hay que tener en cuenta el no producir quemaduras al paciente.



Diversos moldes previamente sumergidos en látex.

un banco con varias sillas, que es donde hacen los moldes también en este mismo departamento tienen un aparato de succión que utilizan para la adaptación de plantillas de polietileno, (después los compañeros ingleses nos dirían que utilizan este material porque es de más bajo costo). Utilizan alginatos para la obtención de moldes de dedos y confeccionan zapatillas, zapatos y botas con plastozote que por cierto nos causó sorpresa observar que disponían de diversos colores y sin perforar, después nos informaría la fábrica que este tipo de plastozote es más caro y hay que formular un pedido importante. Respecto a las aulas hay varias, la mayoría de ellas pequeñas, de unas treinta plazas: hay una que es parecida a las de nuestra Escuela, que utilizan para cuando deben reunir más gente, final de curso, etc., en esta aula, disponen de un museo muy importante de zapatos de distintas épocas, por ejemplo vimos más de un ejemplar de la época romana e incluso de civilizaciones más anteriores.

Los profesores de esta Escuela cobran directamente del Estado, y según la dedicación, por ejemplo los de «Full Time» (dedicación plena) cobran algo más de novecientos mil pesetas anuales, y los de «Half Time» (media jornada, aproximadamente la mitad, también me pareció entender que existían algunas diferencias respecto a la antigüedad, y como es lógico categoría dentro de la Escuela.

EL FOOT HOSPITAL DE LONDRES, es un edificio de construcción más antigua de aulas muy pequeñas, menos espacio y vimos lo mismo que en la ESCUELA DE CHELSEA en menor escala. La pequeña prótesis muy bien terminada todo ello hecho por los alumnos, nos atendió muy bien Míster Ames, que nos presentó un profesor, cuyo nombre lamento no recordar, que nos enseñó todo el edificio, nos demostró cómo hacen ellos los moldes, mojan una férula de yeso, no lo hacen con vendas, ellos tienen vendas con cuatro dobles o sea que recortan a medida y ya pueden mo-



Hormas de madera y diversos ensancha-hormas de zapato.

se ponga el zapato previo poner el pie dentro de una bolsa de polietileno para no mancharlo y después corrigen la deformidad del pie, por ejemplo, del valgismo provocando con la mano una rotación externa de rodilla con el enfermo en bipedestación, también colocan una alza dentro del zapato donde corresponde el arco del pie para obtener más corrección, nos pareció bien debido a que utilizan polietileno y este material cuando se halla moldeado es muy difícil de remoldear, por tanto yo particularmente sigo creyendo que sigue siendo bueno nuestro sistema y que si ellos encuentran defectos a éste, nosotros les podemos manifestar por lo menos los mismos, más uno. Después de su demostración le hicimos nosotros un molde que el hombre muy educado y diplomático dijo que le parecía muy bien.

RESPECTO a las casas comerciales estuvimos en varias, una de ellas la fábrica donde se elabora el Plastozote, y la gama de materiales que conocemos aquí como ZOPLA (fieltro adhesivo, espuma y fieltro adhesivo moleskin, etc.), visitamos la factoría, pero estuvimos allí demasiado tiempo a mi entender, un

punto a su favor, es que no nos quisieron vender nada de lo que su representante tiene en Stoch aquí en España, ello demuestra la seriedad comercial de los ingleses; una casa Comercial, que yo aconsejaría a cualquier podólogo español que se desplazara al gran Londres, es FOOT-man en el distrito de Wimbledon, núm. 124-126 de Haydons Road, teléfono 01 542 0181; allí se encuentra casi de TODO lo



Foot Hospital de Londres.

que precise el podólogo en su consulta, y allí me gustaría a mí ir por lo menos una vez cada dos meses, FOOT-man es un gran mayorista dedicado exclusivamente a lo que los ingleses llaman el QUIROPODIST.

Mi opinión es, que por muchos motivos vale la pena desplazarse a Londres, para ver

cosas de pies y para el pie, en honor a la verdad no vimos nada nuevo revolucionario, pero sí muchos detalles dignos de tener en cuenta de unos profesionales que debido al clima húmedo de años atrás, influía con el tiempo, en grandes deformaciones de antepie y dedos y por consecuencia, han tenido que superarse en la confección de la pequeña prótesis.

CONCLUSIONES:

A nivel de escuela, es difícil equipararse al Chiropodist por bastantes razones:

- 1.^a Tres cursos y clases diarias a los tres, 5 días por semana.
- 2.^a Horario de 9 de la mañana a 5 de la tarde, hay que descontar una hora y media entre, té, café y bocadillo (total seis horas y media de clase diarias que suman un total de 32 horas y media a la semana).
- 3.^a Los profesores cobran directamente del Estado, por tanto no son una carga para la Escuela y ésta no admite más alumnos de los previstos.
- 4.^a Treinta alumnos por curso.
- 5.^a Los alumnos empiezan las prácticas con enfermos desde el primer año.
- 6.^a Los materiales para la confección de prótesis son costeados por el Estado, igual los destinados a prácticas como para el tratamiento a enfermos.
- 7.^a En la Escuela de Chelsea hay alrededor de 20 profesores, unos en régimen de plena dedicación y otros de media jornada.

NOTA. — En la Escuela del Hospital del pie, entre los tres cursos tienen unos 75 alumnos, los alumnos de tercer curso no asisten por la tarde a clase, pero se les da trabajo para hacerlo en sus casas y presentarlo después.

Consecuencias

venéreas en el pie

Por

Fernando MUÑOZ CAMPOS

Podólogo

MALAGA

Dado el carácter sórdico de las enfermedades venéreas, quienes las padecen las silencian cuidando de no revelar su mal y lo mantienen oculto hasta el punto que, cuando acuden al médico, la enfermedad ya alcanza sus propias reacciones secundarias. La cronicidad de este estado compromete seriamente el organismo de la persona humana, en cuya derivación puede llegar a afectar los pies. Se trata de la gonorrea y la sífilis. Permítasenos prescindir en esta contribución — por ser conocido de nuestros colegas —, de los agentes productores y del desarrollo evolutivo de estas enfermedades, ya que el aspecto significativo que más puede interesarnos se concentra en lo que al pie atañe.

La gonorrea en su estado primario o agudo, es una enfermedad de los conductos urogenitales tanto del hombre como de la mujer de cualquier edad y que también puede afectar, en ciertas circunstancias, los ojos del recién nacido. El síntoma patognomónico es la efusión seropurulenta, que puede desaparecer espontáneamente aun cuando el individuo no haya sido sometido a tratamiento alguno, lo cual no significa que el paciente esté curado, sino que el estado de la enfermedad pasó de agudo a crónico y que al mantenerse latente

en su invasión orgánica, puede degenerar en artritis gonocócica de alguna que otra articulación del pie. Por esto conviene obtener por medio del interrogatorio, la historia clínica del enfermo, a fin de que el diagnóstico diferencial, nos permita conocer si los dolores que aqueja el enfermo, están referidos a un reumatismo del pie o no.

La artritis gonocócica se clasifica en las formas aguda, subaguda y crónica. La forma aguda se divide a su vez, en cuatro grupos bien definidos: artralgia, sinovitis, artritis serofibrinosa y artritis purulenta. En la artralgia la articulación se presenta dolorosa, con manifestación de ligero eritema en la región. En la sinovitis, la articulación está tensa e hinchada debido a la efusión intersticial de líquidos. Cuando existe reacción inflamatoria, ésta se limita a la membrana sinovial y entonces el movimiento de la articulación produce intensos dolores. La artritis serofibrinosa constituye un proceso patológico más grave, pues además de la membrana sinovial interesa las superficies cartilaginosas de la articulación, llegando a corroerlas. Afortunadamente, es raro que en ese estado progresivo desfavorable, se llegue a la artritis purulenta que, de existir, se interpreta como ulceraciones y

destrucciones de las superficies articulares. La forma subaguda y la crónica se divide en dos tipos: la sinovio-articular, que afecta la membrana sinovial y las superficies articulares, y la del tipo sinovial que sólo implica la membrana sinovial, cuyo punto de localización más frecuente es la rodilla.

Otra de las manifestaciones de origen gonocócico que tienen asiento en los pies, es una forma de hiperqueratosis denominada queratodermia blenorragica, cuyos pacientes por

lo general, sufren también de hiperhidrosis.

Por lo que respecta a la sífilis, siendo sus manifestaciones terciarias de carácter ulceroso en los pies, puede confundirse con la úlcera de Nélaton u otro de tipo diabético, por tanto, remitámonos a la consulta bibliográfica, única forma de hacer diferenciaciones exhaustivas, ya que se ha dicho con sobrada razón, que la sífilis en esa fase terciaria, puede imitar con sus síntomas cualquier otra enfermedad.

IX CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA

Según acuerdo tomado en la Asamblea General de Podólogos celebrada en Granada, y posteriormente en reunión de la Junta de Gobierno de la Agrupación de Podólogos de España, el próximo Congreso Nacional será en Salamanca en el mes de octubre. En el momento de cerrar esta edición recibimos comunicación del Organizador de este IX Congreso, que será publicada en la próxima Revista. Sólo

hemos querido adelantar estas líneas para general conocimiento de todos los compañeros dispuestos a darnos cita esta vez en la histórica y bella ciudad de Salamanca, ciudad que sólo por sus atractivos y riqueza monumental merece ser contemplada y que este próximo año 1976 será el fiel testigo de la más importante manifestación profesional de ámbito nacional.

Carta abierta

Al finalizar este año 1975 acaba también mi segundo año como Redactor de esta Revista, y es por ello que al intentar hacer mi balance particular, no tengo por menos que dirigirme a todos los compañeros que durante estos dos años han hecho posible que pueda seguir con mi labor al frente de la misma.

No es necesario dar nombres, puesto que repasando cualquiera de los doce números editados se puede tener una idea de quiénes han sido los — algunos repetidas veces — autores de artículos y trabajos para publicar, y sin los que no hubiese podido llevar a cabo jamás mi propósito. Yo sé que no es fácil buscar un hueco para escribir un artículo; por eso agradezco más a los que, muchas veces a base de robar tiempo a su descanso, han pensado en que existe una REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA con la que como profesionales tenemos contraído un gran compromiso. Pero también creo que sólo hay que proponérselo para sacar un ratito de cualquier día, y pienso que tiene una compensación más que sufi-

ciente, cual es el sentirse vinculado a la Revista. Os pido que, aunque sea un sacrificio, os acordéis de que cada dos meses hay que llenar 40 páginas, y sobre todo de que en ellas debe incluirse siempre el sentir de algún agrupado. Si así lo hacemos, si seguimos al menos como hasta ahora, pero subiendo, el año próximo esta Revista será mejor que lo ha sido el actual o el pasado, y de esta forma, poco a poco, iremos cumpliendo nuestro objetivo.

Como podréis comprobar, vamos introduciendo cambios en aras de darle personalidad cada vez más fuerte a estos pliegos de papel que tanto representan para la Podología al ser un espejo en el que van quedando reflejadas todas las vicisitudes y momentos de su existencia.

Con la entera confianza de seguir contando con vuestra ayuda, y con los mayores deseos de amor y felicidad en estas Fiestas Navideñas, os felicita.

Martín Rueda
Jefe de Redacción





Handwritten text in a cursive script, likely a medical or scientific manuscript, covering the lower half of the page. The text is dense and appears to be a detailed account or report.

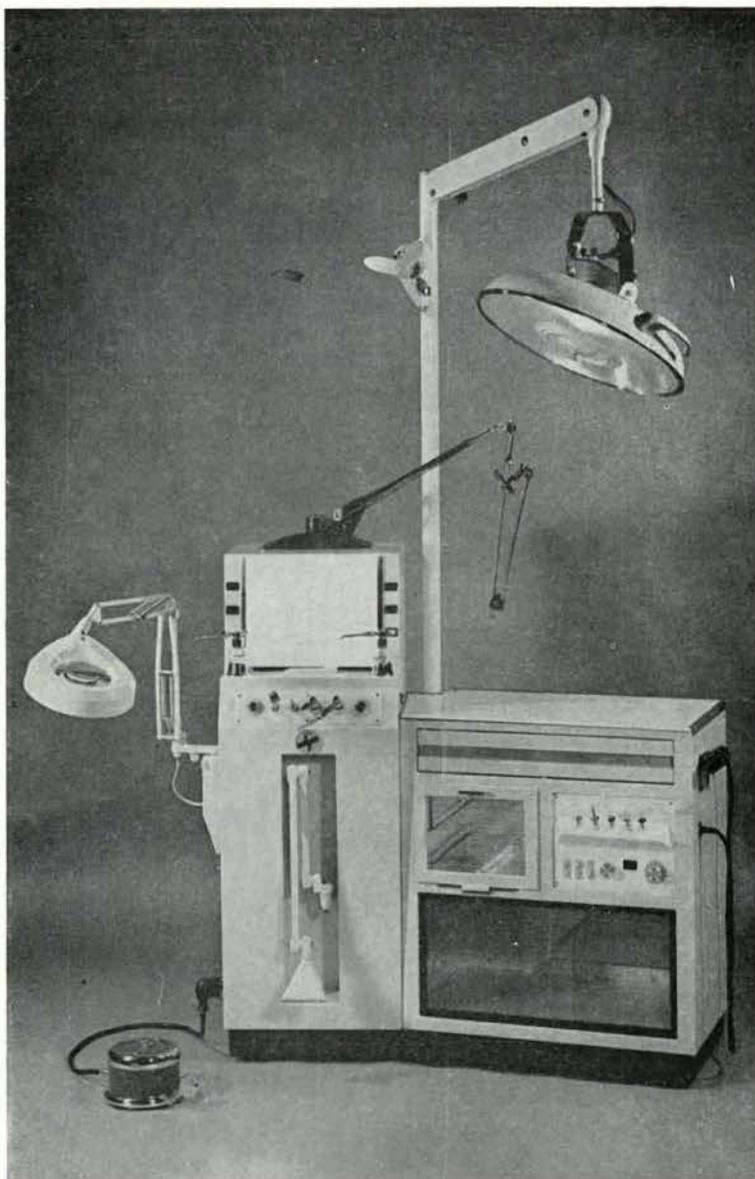


REVISTA
ESPAÑOLA
DE

PODOLOGIA

A.P.E. Enero-Febrero

n.º 49 1976



CALIDAD EN NUESTROS MATERIALES
COMODIDAD EN SU TRABAJO
LARGA EXPERIENCIA,

TODO ESTO LE OFRECEMOS CON NUESTRO ULTIMO MODELO

«CONSUL SUPER NOVO»

CONSULTE SIN COMPROMISO A TALLERES CONSUL

Aurora, 12

BARCELONA-1

Teléf. 241 72 75

REVISTA
ESPAÑOLA
DE

PODOLOGIA

ORGANO DE LA AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

A. P. E.

Redacción:

Diputación, 118, 2.º, pral., 2.ª, Barcelona-15

Director:

Leonardo Escachs Clariana

Sub-director:

Pablo Vilató Ruiz

Redactor jefe:

Martín Rueda Sánchez
Avda. Caudillo, 68, bajos, 2.ª
Santa Coloma de Gramanet. Barcelona

Administrador:

Manuel Gavin Barceló
Rda. Guinardó, 23, 1.º, 2.ª, Barcelona-12

Publicidad:

Publicidad Permanyer
Mallorca, 210, ático, Barcelona

SUMARIO

| | |
|----|--|
| 3 | Junta de Gobierno |
| 5 | Editorial |
| 7 | Temática |
| 11 | Trastornos circulatorios de la Extremidad inferior |
| 19 | Labor Docente |
| 23 | Como proteger profesionalmente nuestras manos |
| 27 | Cine de altura en T.V. |
| 29 | Labor de las Delegaciones |
| 32 | IX Congreso Nacional de Podología |
| 35 | La Podología en el Mundo |
| 38 | Consultorio profesional |



REF. B-C

'' HOSCH '' PIEZAS DE MANO ESPECIALES PARA INTERVENCIONES EN HIPERQUERATOSIS Y UÑAS

Como herramientas especiales y muy eficaces le recomendamos nuestras piezas de mano HOSCH para hiperqueratosis y uñas. Sus cabezas están equipadas con una lámina rotativa que permite quitar en capas las hiperqueratosis 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 hiperqueratosis o Ref. N-U para uñas.



REF. N-U

APARATOS, MOBILIARIO E INSTRUMENTOS PARA PODOLOGIA

A. SOLE PALOU, S. A.

Barcelona-2 - Vergara, 7 - Teléfono 318 24 70

Madrid-14 - Av. José Antonio, 15 - Teléfono 221 01 95

AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

JUNTA DE GOBIERNO

| | | |
|---------------------|--------------------------------|------------------------|
| Presidente Nacional | D. LEONARDO ESCACHS CLARIANA | Barcelona |
| Vice-Presidente 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 FARRERAS MORCILLO | Barcelona |
| Tesorero | D. MANUEL GAVIN BARCELO | Barcelona |
| Contador | D. LUIS AYCART VIJUESCA | Madrid |
| Vocal | 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.º BAEZ BASAURI | Bilbao |
| Vocal | D. JAIME SALA PICH | Barcelona |
| Vocal | D. ANTONIO GUTIERREZ VELASCO | Málaga |
| Vocal | D. JOSE OLCINA MORALES | Alicante |

DELEGADOS DE ZONA

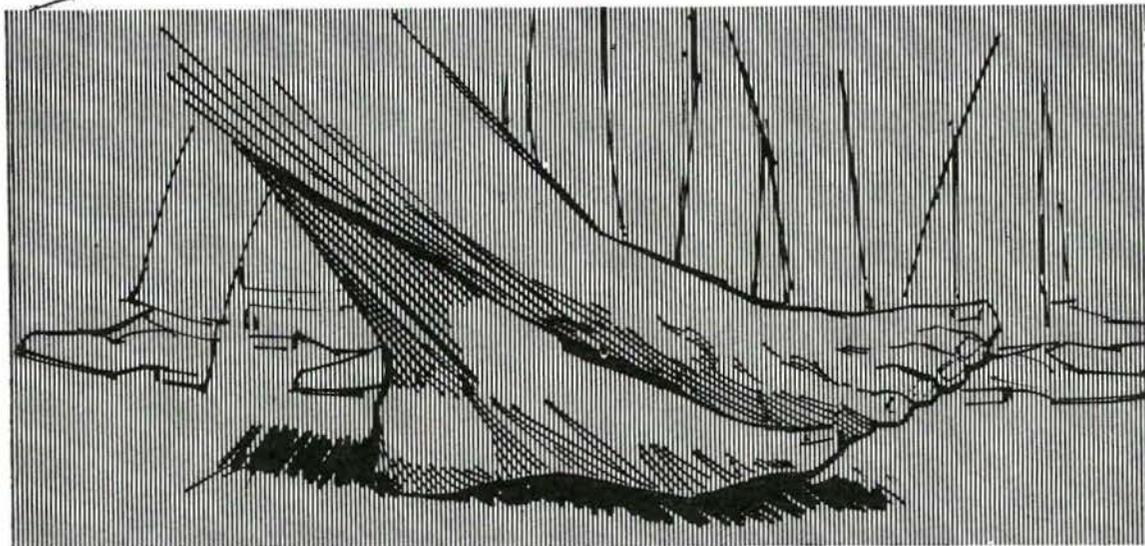
- D. José M.º Bález Basauri, Mayor, 27, 6.º. Las Arenas. BILBAO.
- D. José Luis Inchaurreondo. Paseo de Colón, 65. IRUN.
- D. Juan Vidán Torres. Preguntoiro, 10. SANTIAGO DE COMPOSTELA.
- D. Zacarías García Andrés. S. Madrona, 36. MADRID.
- D. José Antonio Calvo García. Coso, 77, 5.º. ZARAGOZA.
- D. Jaime Sala Pich. Muntaner, 142. BARCELONA-11.
- D. Isaias del Moral Cejalvo. Castellón, 8. VALENCIA-4.
- D. Francisco Morán Ventura. León y Castillo, 8. LAS PALMAS DE GRAN CANARIA.
- D. Antonio Gutiérrez Velasco. Plaza de las Flores, Edificio Jazmín, 1.º. MÁLAGA.

DELEGADOS PROVINCIALES

- ALAVA: D. Julio Crespo.
- ALBACETE: D. Luis Juan Navarro.
- ALICANTE: D. José Olcina Morales.
- ALMERIA: Delegado de Málaga.
- AVILA: Sin Delegado Provincial.
- BADAJOS: D. José Villafaina de la Cruz.
- BARCELONA: D. Jaime Sala Pich.
- BILBAO: D. Juan M. Bález Gutiérrez
- BURGOS: D. Elías Hernando Tamayo.
- CACERES: D. Timoteo Fernández
- CADIZ: D. Manuel Albala Valle.
- CASTELLON: D. José Aguilar Beltrán.
- CIUDAD REAL: D. Luis Barba Vázquez.
- CORDOBA: Máximo González Jurado.
- GERONA: D. José M.º Boch Doménech.

- GRANADA: D. Manuel Ruiz Morales.
- GUADALAJARA: Sin Delegado Provincial.
- HUELVA: Jesús Tocino Vizcaíno.
- HUESCA: Delegado de Zaragoza.
- JAEN: Víctor Nieto Molina.
- LA CORUÑA: D. Francisco de la Cruz.
- LAS PALMAS: D. Francisco Morán Ventura.
- LEON: Sin Delegado Provincial.
- LERIDA: D. Alfredo Puchol.
- LOGROÑO: D. Vicente Alvarez.
- LUGO: Sin Delegado Provincial.
- MALAGA: D. Antonio Gutiérrez Velasco.
- 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: Delegado de Zaragoza.
- SALAMANCA: D. Antonio Basas Encinas.
- SANTANDER: Sin Delegado Provincial.
- SAN SEBASTIAN: Sebastián Tenés Iturriza.
- STA. CRUZ DE TENERIFE: D. Armenio Méndez.
- SEGOVIA: D. Francisco García.
- SEVILLA: José Cañero Ramos (accidental).
- SORIA: Sin Delegado Provincial.
- TARRAGONA: D. Miguel Manzano Hernández
- 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 A. Calvo García.

¡NUEVA FORMULA!



Pentoderm®

Crema dermoprotectora cutánea

COMPOSICION

Por 100 g.: Ac. undecilénico, 2 %; Alcohol fenoxietílico, 1 %; Sal sedativa de Homberg, 0,5 %; Poligalacturon-sulfonato sódico, 0,75 %; Tintura de Arnica, 0,3 %; Pantotenol, 0,3 %; Ovolecitina, 0,05 %.

INDICACIONES

Escoriaciones e irritaciones de pies y manos, pies cansados y doloridos, dermatofitosis, irritaciones dérmicas.

CONTRAINDICACIONES Y EFECTOS SECUNDARIOS
No se conocen.

POSOLOGIA
2 ó más aplicaciones al día.

PRESENTACION Y P.V.P.
Tubo con 50 g. de crema:
62,80 ptas.



MADAUS CERAFARM, S.A.

EDITORIAL

Como lógico resultado del cada día más elevado índice de educación sanitaria, así como el incremento del nivel cultural en todos los aspectos, las profesiones, cuya existencia está vinculada a una necesidad del hombre, tienen que seguir ese camino ascendente con un paralelismo al desarrollo social, ampliando sus conocimientos, abarcando campos cada vez mejor y más definidos, siendo englobadas en los planes o trazados de ámbito nacional y mundial, y como consecuencia vinculadas en todos los aspectos a las vicisitudes y necesidades de la nación. Es una trayectoria lógica y natural, clara y contundente, tanto que no admite discusión. El inicio de una profesión u oficio se deriva de una necesidad del pueblo, y así vemos que cada día nacen profesiones nuevas que años atrás ni se sospechaban, y en cambio hoy son imprescindibles, a la vez que otras van decayendo poco a poco en su importancia hasta desaparecer o convertirse puramente en artesanas. La causa: la tecnología, la mecanización, la vida moderna. Como consecuencia, nos vamos adaptando a las necesidades del momento, y así van cambiando la medicina, la ingeniería, la

Podología, la electrónica, y todas en general, excepto una parte del cuerpo que todavía no ha podido deshacerse de un acuciante problema que le está causando una incidencia de sufrimiento cuyo desarrollo es directamente proporcional al desarrollo de la técnica. Me parece no habrá duda de que estamos refiriéndonos al pie, a la base sin cuya existencia la compleja máquina humana quedará enormemente mermada en sus facultades. ¿Podemos imaginarnos por un momento al hombre como un ser estático, quieto, sin facultad para trasladarse de un sitio a otro, o con ella muy mermada? ¿Hubiera sido posible la vivencia de la era actual sin la facultad de caminar? Si además tenemos presente que el pie nació descalzo, libre, sin torturas, se hizo fuerte y fue capaz de trasladar al cuerpo, y después la vida moderna lo ha ido encarcelando, quitándole o privándole de gran parte de esa libertad que Dios le dio: poco a poco van desapareciendo los terrenos desiguales y sustituyéndose por asfalto, la ciudad va englobando en sus ansias de expansión cada vez mayores todos sus alrededores, y el contacto con la naturaleza es cada vez más reducido, es a todas

luces necesario que se esmeren cada día más los cuidados del pie y que a los profesionales de la Podología se les permita una normal y lógica marcha al compás de todas estas circunstancias adversas que nos rodean. ¿Quién podría contradecir esta realidad? Nadie, absolutamente nadie.

No ocurre así en cambio, y en la práctica podemos comprobar cómo algunas personas no ven en esta Especialidad una ciencia, sino un negocio. Esos individuos materialistas, sin escrúpulos, indignos, son como una mala semilla o una máquina hecha para hacer daño, desde el momento que son capaces de interponerse en nuestra fiel trayectoria y en nuestros planes tratando de desviar la Podología hacia una ruta que lleva a un cauce oscuro y deshonesto donde se ahogarían tantos años de sacrificio y lucha.

Yo me pregunto: si nosotros, los Podólogos no nos metemos con nadie, no queremos ser ni más ni menos que lo que somos y lo que la sociedad necesita, ¿cómo es posible que atraigamos tantas miradas maliciosas?, ¿por qué? No conozco a nadie que se ponga a hacer intervenciones quirúrgicas, fabricar medicamentos, o televisiones, o colocar prótesis dentales sin estar legalmente facultado para ello, y en cambio a nosotros se nos está invadiendo nuestro campo. Sólo hay una forma de salir adelante, demostrando que somos más que suficientes para cumplir nuestra misión sin salirnos de un campo que la Ley nos ha dado, y haciéndonos respetar, respetando a los demás; ya es hora de que se nos escuche. ¿O tendremos que dar por cierto eso de que el pez grande se come al chico?, y si es así, que tenga en cuenta ese gran pez que a veces el pequeño sabe defenderse, y puede resultar fatigoso para la digestión.

No somos diez, ni existimos sólo en España, sino muchos miles repartidos por todo el

mundo. Durante mucho tiempo, cuando en los siglos XVI o XVIII el callista ambulante fue víctima de burlas e injurias, nadie se acordó de nosotros, y ahora que tenemos una profesión digna, honesta y necesaria, gracias a nuestro trabajo, somos un manjar apetecible y codiciado, y eso sin dar razón para ello. ¿Qué habría ocurrido si hubiésemos sido conflictivos? A la vista de los hechos, tal vez mejor.

Ante esta realidad, nuestro camino es bien claro: ser Podólogos hasta la médula, y defender a capa y espada unos derechos que nos pertenecen. Los Podólogos españoles, tenemos méritos más que suficientes, y se nos respeta y considera en todo el mundo, pues nos hemos preocupado de superarnos y dejar lo más alto posible el nombre de España por doquier, además, hay compañeros con altos cargos en la Podología fuera de nuestras fronteras; asistimos a todos los Congresos Mundiales, el tercero de los cuales se celebró en Madrid; llevamos ocho Congresos Nacionales, y otros tantos Symposiuns, Jornadas, Cursillos, etc.; constantemente estamos preparando cursos de Perfeccionamiento o enseñanza continuada para nuestros compañeros en ejercicio; a nuestras Escuelas vienen colegas de otras naciones a aprender; mantenemos contactos con profesionales de todo el mundo; tenemos cinco años de estudios y Escuelas Oficiales ubicadas en las Facultades de Medicina; cotizamos al Estado por nuestro trabajo como cualquier otra profesión, y ahora resulta que por lo visto, aquí, se nos pretenden ignorar unos derechos que nos confiere el Decreto-Ley que reglamenta nuestra especialidad.

Hay cosas que son tan claras y tan lógicas, que aunque unos hombres pretendan cambiarlas, seguirán siempre siendo tal como son, porque su evidencia no se puede ocultar a los ojos de la verdad y de la Justicia.

TEMA TICA

Por
Martín RUEDA
Podólogo
BARCELONA

En el terreno de la recuperación de las alteraciones posturales del pie, juega un papel importantísimo la Fisioterapia o Cinesiterapia, cuya misión es cooperar, mediante la práctica de ejercicios adecuados y metódicos, y la aplicación de medios terapéuticos-físicos y gimnásticos en la prevención, eliminación o mejora de los estados patológicos del pie, pues si bien es cierto que las alteraciones posturales del esqueleto van a repercutir sobre el músculo, igualmente éste con sus trastornos va a influir sobre el equilibrio arquitectónico óseo al modificar o interferir los movimientos articulares, aumentando o limitando su amplitud, según el estado de atrofia, hipertrofia, acortamiento, espasticidad o parálisis en que se encuentre; es por ello que debemos disponer de unas valoraciones que nos den su estado de fuerza, que traducimos en una valoración numérica que comprende desde el cero hasta el cinco, a su vez dividida en dos subgrupos, uno del cero al dos para los no funcionales, y otro del tres al cinco para los funcionales, es decir, los que pueden imprimir un movimiento venciendo la acción de la gravedad que se interpone sobre la trayectoria cinética del músculo en contracción. Para llegar a un resultado exacto en esta exploración manual, lo primero que se impone es descartar posibles problemas articulares, como podrán ser anquilosis, procesos atróxicos, trau-

matismos, etc., movilizándolo y midiendo los ángulos de amplitud del movimiento de las articulaciones funcionales, para pasar después a efectuar los movimientos puros de cada músculo, ofreciéndole una resistencia progresiva si es funcional, o una manipulación pasiva si no es capaz de contraerse por sí mismo, empezando siempre por el primer músculo que encontramos en la cara dorsal interna del pie (tibial anterior), para continuar circunscribiendo hacia fuera y acabar por el último de la cara interna (tibial posterior). De esta forma se establece un sistema rápido, ordenado y eficaz. Como resultado encontraremos unos músculos cuya fuerza puede estar por debajo de lo normal (atrofiados), normal, o con mayor potencia que la que les corresponde (hipertrofiados), lo cual ya nos da la trayectoria terapéutica a imponer en cada caso mediante ejercicios de relajación a los contracturados o de contra-resistencia a los hipotónicos hasta conseguir un equilibrio de fuerzas.

Antes de someter al músculo a un trabajo debe ser preparado mediante masaje sedante, tónico o excitante, según el caso lo requiera. De esta forma aumentamos el aporte sanguíneo, con la consiguiente oxigenación y trofismo, a la vez que se favorece la expulsión de detritus resultantes de la combustión celular. Estas maniobras de masaje, que van desde la

Interderm

Crema

GENTAMICINA

Presentación:

Tubo de 30 grs. - P. V. P. 183'90

Composición por 1 gr.

| | | |
|-----------------------------------|---------|------|
| Nistatina | 100.000 | U.I. |
| Triamcinolona acetónido | 1,0 | mgr. |
| Gentamicina | 1,0 | mgr. |
| Excipiente crema c. s p. | 1,0 | gr. |

Propiedades

La crema INTERDERM debido a sus ingredientes, posee una acción dermo-específica, con un amplio poder antifúngico, antibacteriano, antiinflamatorio y antipruriginoso.

Indicaciones

Dermatosis por hipersensibilidad.
Eczemas y erupciones cutáneas exudativas.
Dermomycosis.
Intértrigos microbianos y micóticos.
Prurito generalizado, anal y vulvar.
Eczemas microbianos.
Candidiasis.
Psoriasis.

**Laboratorios
INTERPHARMA
sa**

fricción o roce hasta el amasamiento, en sus distintas formas, requieren un conocimiento exacto de la función y topografía de cada músculo, así como de sus agonistas, accesorios y antagonistas, y una sensibilidad extraordinaria en las manos del recuperador, quien debe saber en todo momento sobre qué parte actúa y en qué condiciones la encuentra, jugando asimismo un papel importante el enfermo, que permanecerá en relajación o cooperación y predisposición en los ejercicios. Como complemento se prosigue con la mecanoterapia mediante plano inclinado, bicicleta, marcha reeducativa, etc., y si el caso lo requiere con la electroterapia, siéndonos de gran utilidad los ultrasonidos, masaje subacuático, onda corta, infrarrojos, etc. De esta forma, empezando por una exploración detallada de los músculos y sus funciones, y aplicando un tratamiento rehabilitador adecuado se consiguen excelentes resultados en el tratamiento de las deformidades del pie. Podemos, pues

afirmar que no existen ejercicios estandarizados para todos los pies, sino para músculos, según el resultado de la exploración y el estado músculo-ligamentoso del pie, y que la Podología tiene una importante ayuda en este capítulo dentro de la recuperación funcional del pie y los múltiples problemas que éste presenta como metatarsalgias, procesos circulatorios, reumáticos, atrofas, adaptación de plantillas y prótesis, reeducación de marchas patológicas, y un sinfín de anomalías del aparato locomotor, que dada su íntima interconexión con el resto de los importantes circuitos funcionales del cuerpo humano, requieren que el podólogo actual deba tener una imagen lo más clara posible de la estructura armoniosa e inter-relacionada del organismo, sobre cuya base podrá aprender y practicar la metódica de los ejercicios adecuados para el paciente y familiarizarse con las distintas facetas de la Fisioterapia, como son la Hidroterapia, Electroterapia, Termoterapia, etc.

Recibida notificación en esta Redacción acerca de la reposición en su cargo como Presidente del Il. Colegio Oficial de Practicantes, A. T. S. de Barcelona y su Provincia, de nuestro compañero Leonardo Escachs Clariana, la Junta de Gobierno de la Agrupación de Podólogos de España, la Redacción de Revista Española de Podología y todos los miembros pertenecientes a esta Agrupación, se alegran del hecho y felicitan de corazón a nuestro insigne compañero, que tras cuatro años y siete días de tesón infatigable, ha visto al fin como se ha hecho justicia a una situación injusta.

Fitex-E

Onico-Fitex

Tratamiento local específico de las dermatomicosis y micosis de uña respectivamente. Gran poder de penetración, acción prolongada e intermitente.

FITEX-E

Fórmula

Ester borotrioxibenzoico de la dextrosa, 8,73 gr.;
Acido orto-oxibenzoico, 8,88 gr.;
Disolvente apropiado c.s.p., 100 ml.

Forma farmacéutica

Solución para pincelaciones.

Posología

Pincelar la zona afectada 3 ó 4 veces al día, especialmente después del lavado de la zona.

Indicación terapéutica

Dermatomicosis

Contraindicaciones

Dermatitis bacterianas en fase aguda.

Incompatibilidades

No se conocen

Efectos secundarios

No se conocen

Presentación

Frasco de 60 ml. con pincel.

P.V.P.

199'10 ptas.

No precisan apósitos ni vendajes.

ONICO-FITEX

Fórmula

Ester borotrioxibenzoico de la dextrosa, 8,92 grs.;
Acido orto-oxibenzoico, 1 gr.;
Disolvente apropiado c.s.p., 100 grs.

Forma farmacéutica

Solución para pincelaciones.

Posología

Aplicar 2 veces diarias por pincelación.
Aplicar también después de cada lavado.

Indicación terapéutica

Onicomycosis. Paroniquia.

Contraindicaciones

Dermatitis bacteriana.

Incompatibilidades

No se conocen

Presentación

Frasco de 30 ml.

Efectos secundarios

No se conocen

P.V.P.

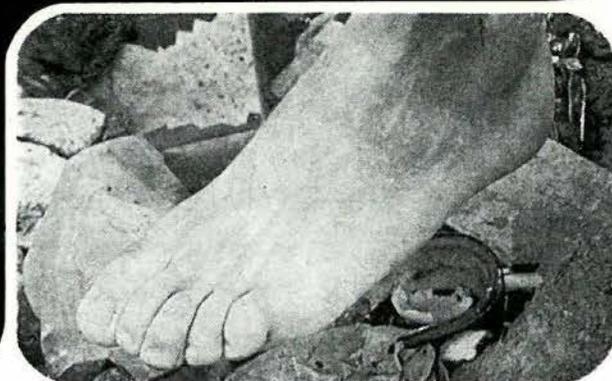
100'50 ptas.

INFAR  **NATTERMANN**

Apartado 400 - Zaragoza

Infanta Carlota, 84-88

Barcelona-15



Trastornos circulatorios de la extremidad inferior

Por
Fernando MUÑOZ CAMPOS
Podólogo
MALAGA

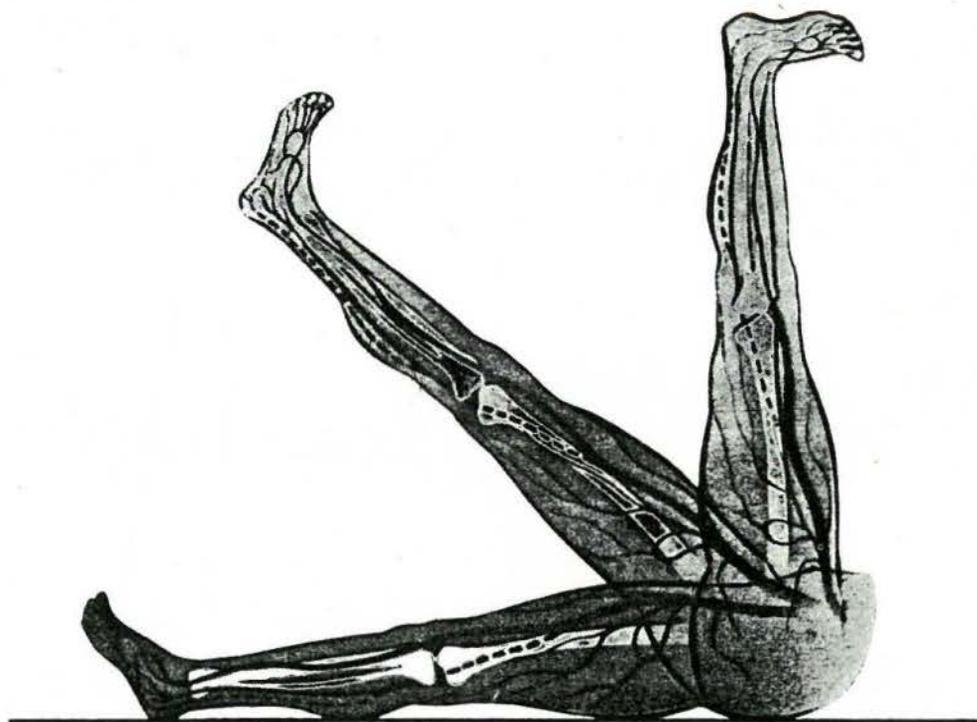
Siguiendo la norma informativa con que se caracterizan algunos de mis artículos, me permito presentar este otro por considerar sus conocimientos de sumo interés.

Las arteriopatías de los miembros inferiores tiene como principal mecanismo de producción el deficitario débito sanguíneo en las arterias, cuyas paredes sobrecargadas de lesiones ateromatosas y con frecuencia calcificadas, transforman la luz del vaso en un tubo de calibre angosto y rígido. Esta incidencia reconoce factores desencadenantes que incluye hipertensión, tabaquismo, diabetes mellitus y las enfermedades concomitantes, secuelas de la obesidad y a veces, por causas inflamatorias a consecuencia de una herida accidental producida durante los cuidados del pie o, por micosis interdigital o por aplicación de calor contraindicado, que ha llegado a producir un defecto tisular incurable.

Esta conjunción causal determina factores diferenciados de obstrucción arterial, cuyo tipo de localización distingue: 1.º Oclusión de tipo pélvico. 2.º Oclusión localizada en el

muslo. 3.º Oclusión localizada en la pierna o tipo periférico.

Las observaciones clínicas exploratorias, permiten establecer ciertas conclusiones sobre el asiento del obstáculo en la corriente sanguínea: las oclusiones de las arterias del muslo o de las arterias de la pelvis, pueden dar lugar al dolor de pantorrilla, las oclusiones de los vasos de la pierna producen dolor en el pie cuya sintomatología más importante es la claudicación intermitente, estado en que los dolores intensos obliga al enfermo vascular, a detenerse en este momento, aunque al cabo de unos minutos puede volver a caminar cierto trayecto sin molestias manifiestas. Los dolores en los músculos del muslo, sólo se presentan en las oclusiones de las arterias proximales del arco crural (falta de pulso en la ingle). El dolor en el muslo cuando se percibe el pulso en la ingle por palpación, puede corresponder en casos raros a una oclusión de la arteria femoral profunda mal compensada. Cuando existen dolores de sobrecarga en los músculos de las regiones glúteas, hay que suponer la existencia de una oclusión aislada



PRUEBA DE LA ISQUEMIA PLANTAR DE SAMUELS

de la arteria ilíaca interna (pulso normal en la ingle), o una oclusión proximal de la salida de esta arteria (arteria ilíaca primitiva o bifurcación de la aorta).

Las estenosis arteriales importantes con pulso todavía palpable pueden descubrirse por auscultación. Los ruidos producidos por la corriente sanguínea en el pliegue inguinal, sobre todo si se trata de casos acompañados de pies calientes y bien irrigados, no deben necesariamente calificarse siempre de patológicos. Los ruidos producidos sobre las arterias pelvianas, porción terminal de la aorta (a la altura del ombligo), en el trayecto de la arteria femoral superficial y en el hueco poplíteo, son siempre patológicos. Mediante sobrecarga obtenida por diversos procedimientos (posición sobre las puntas de los pies, flexión de la rodilla, etc.), se puede aumentar la causa del ruido, la turbulencia de la corriente sanguínea de origen estenosante. De este modo se pueden aumentar los ruidos ligeros y hacer audible en reposo, turbulencias que en estado normal no son perceptibles.

Los trastornos circulatorios de las extremidades inferiores pueden reconocerse además por medio de pruebas de posición, las cuales, suministran importantes datos funcionales acerca del estado de compensación del riego sanguíneo. Entre éstas, merece citarse la prueba de la isquemia plantar de Samuels, la cual se efectúa con el enfermo en decúbito supino, con las dos extremidades inferiores elevadas en ángulo superior a los 45°. Si en estas condiciones el paciente efectúa movimientos rápidos de flexión y extensión del pie, en los casos con normalidad circulatoria no se observa alteración del color rosado de la planta, pero en los casos con insuficiencia circulatoria de la extremidad, se advierte la aparición en la planta, de una palidez cadavérica, que se establece inmediatamente o tarda unos segundos, o a lo sumo unos minutos según sea el grado de oclusión que afecta a toda la planta, su mitad anterior o solamente algunos dedos. Al colocar el miembro en declive a los dos o tres minutos aparece rubor cianótico en el pie. Por otra parte, hay que tener presente que es signo de mala compen-

sación sanguínea la palidez de la planta del pie en posición horizontal.

Además de los métodos exploratorios para detectar las localizaciones oclusivas y las pruebas para comprobar los grados de isquemia de las extremidades inferiores, resulta decisiva para el diagnóstico y el tratamiento, la división en estadios o períodos hecha por Fontaine según la gravedad de la oclusión arterial periférica. Son cuatro. Estadio I: En general faltan las molestias y signos patológicos. Pueden presentarse, sin embargo, dolores, por ejemplo cuando la pierna enferma permanece bastante tiempo en determinada posición fija (sentado). Estadio II: Es la claudicación intermitente. El riego sanguíneo de la extremidad ya no es suficiente cuando está sometido a sobrecarga física, de modo que se producen los denominados dolores por hipoxia. Estadio III: En este estadio los dolores se presentan durante el descanso. Este dolor en reposo se presenta con frecuencia en posición horizontal, generalmente por la noche. Si se deja la pierna péndula, disminuye algo el dolor. En estos enfermos vasculares el riego sanguíneo ya no es suficiente ni siquiera durante el reposo. Como en este estadio la vascularización de la piel está claramente disminuida, cualquier leve herida puede ocasionar gangrena. Los diabéticos están especialmente en peligro ya que en ellos al faltar el dolor en reposo, no acuden al médico, y cuando lo hacen demasiado tarde, encuentra el facultativo, la mayoría de las veces, la aparición decisiva de la neurología diabética. Estadio IV: La oclusión arterial periférica ha progresado tanto que se ha llegado al hundimiento de los tejidos. Existe en primer lugar gangrena seca que, finalmente se convierte en húmeda por infección. A ello se añaden ulceraciones y lesiones óseas. Si el proceso alcanza este estadio existe el peligro de tener que amputar el miembro afectado.

Los métodos de exploración angiológica, tales como la oscilografía y la reografía, son técnicas corrientes de valoración cuyas indicaciones — en opinión de algunos autores —, en ocasiones están en contradicción con los resultados reales y la mejoría subjetiva del enfermo.

Generalmente, la finalidad que persigue el tratamiento médico en las oclusiones arteriales periféricas de los miembros inferiores, es la de favorecer el aporte sanguíneo a dichas extremidades, para lo cual, no debe limitarse a una sola medida terapéutica. Es absolutamente necesario combinar otras muchas complementarias; de ello resulta el siguiente plan terapéutico:

I. Supresión total de los factores etiológicos

a) En caso de trastornos del metabolismo de tipo diabético, es necesario ante todo normalizar la glucemia.

b) Medidas dietéticas. La experiencia ha comprobado que una alimentación rica en calorías favorece la esclerosis vascular. Por tanto el tratamiento irá orientado en la reducción máxima de calorías.

c) Supresión total del tabaco a los fumadores, debido a la acción vasoconstrictora de la nicotina.

d) Normalización del estado circulatorio. Tanto la hipotensión como la hipertensión acentúan los trastornos circulatorios arteriales. Conviene restablecer la presión sanguínea normal y tratar las manifestaciones de insuficiencia cardíaca.

II. Medidas físicas

Las estimulaciones vasculares, la actividad muscular y la temperatura, se utilizan con fines terapéuticos. Los ejercicios musculares activan la irrigación sanguínea muscular y las medidas térmicas mejoran la irrigación sanguínea cutánea.

a) Ejercicio de marcha. El ejercicio de marcha es un trayecto corto, es la primera medida terapéutica que hay que aplicar en los trastornos circulatorios periféricos en el estadio II (según la clasificación de Fontaine ya descrita), es decir en la claudicación intermitente. La distancia a recorrer debe ser la mitad de la distancia de claudicación, que se

cuando sus dos pies
son dos
problemas...



Use **Peusek**[®]

desUdorante y
desOdorante
de los pies



Y AHORA TAMBIEN

NUEVO

Peusek[®]
ARCANDOL

para pies

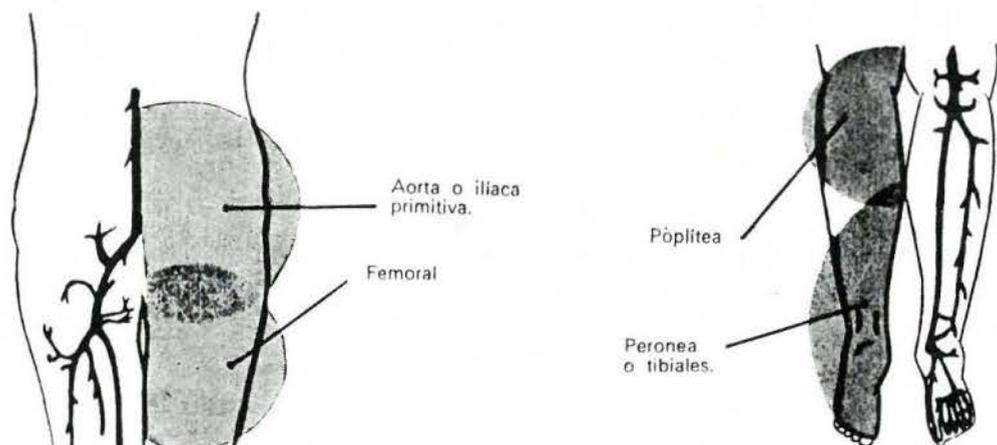
*ARdientes
CANsados
DOLoridos*

SPRAY



DOS PRODUCTOS PARA...
DOS PROBLEMAS QUE SON...
DOS SOLUCIONES

Topografía de la claudicación intermitente



Áreas de proyección dolorosa (claudicación intermitente), según la topografía de la obstrucción arterial.

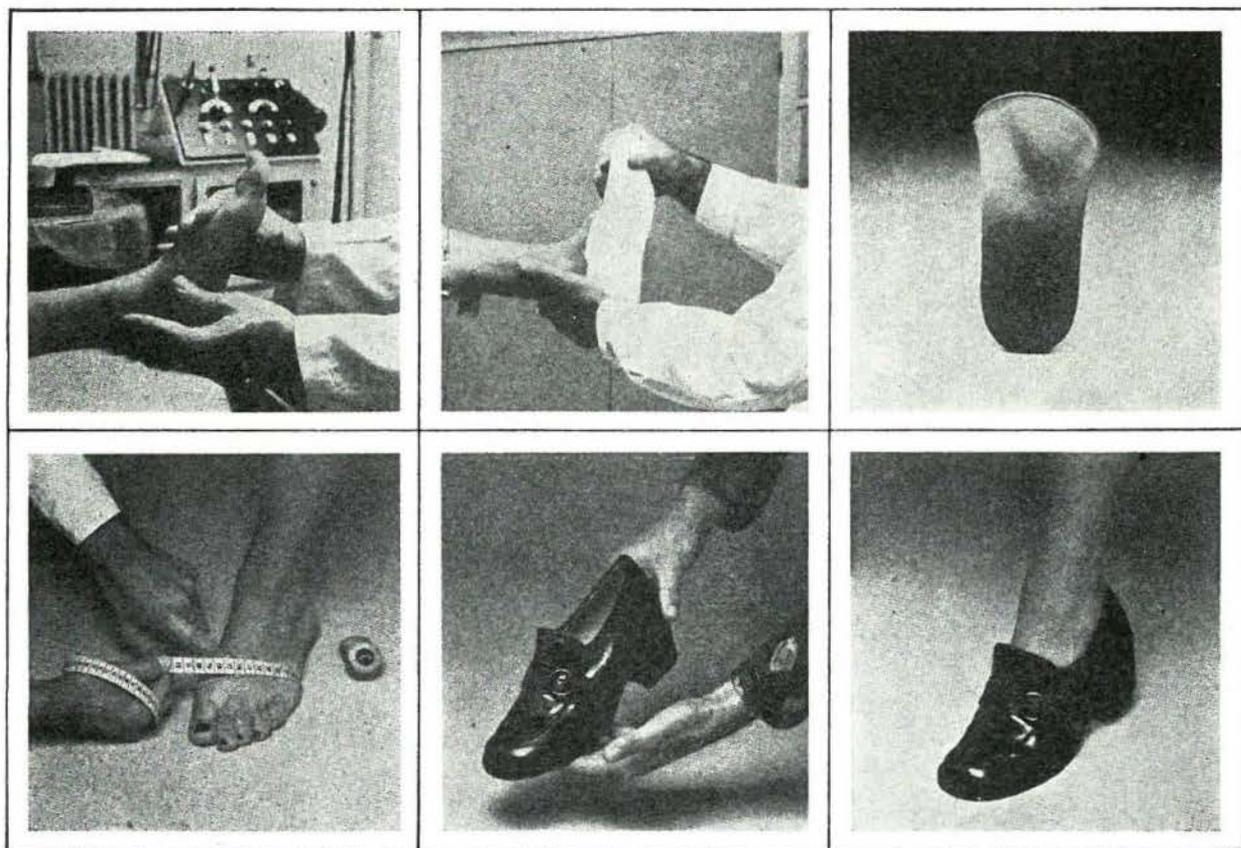
registra una vez por semana. Se llama distancia de claudicación la que el enfermo recorre antes de que aparezca el primer síntoma de insuficiencia circulatoria; sensación de pesadez en las piernas, sensación de postración y entorpecimiento e incluso dolores musculares. Así, se impondrá un recorrido de 50 metros a un enfermo cuya distancia de claudicación sea de 100 metros. Debe efectuarlo el mayor número de veces, dentro de sus posibilidades, en la misma jornada. Durante el ejercicio, el enfermo se detendrá de cuando en cuando durante dos o tres minutos. La distancia a recorrer ha de ser proporcional a la distancia de claudicación. Todo dolor provocado por una marcha demasiado larga, indica falta de oxígeno en los tejidos y se acompaña de una contracción vascular. Los ejercicios de marcha en un recorrido corto establecen una irrigación sanguínea óptima y estimulan el desarrollo de los capilares y de las colaterales.

b) Evitar el enfriamiento de la extremidad afectada. Para ello envolvemos la pierna en bandas de algodón que la recubren por lo menos hasta la mitad del muslo y que, sobre todo, deben envolver completamente el pie. Estas bandas dejan al enfermo suficiente libertad de movimientos. Utilizando el calor del

cuerpo, han resultado especialmente indicadas en los trastornos circulatorios periféricos que alcanzaron el estadio III, y que se caracteriza por dolores en reposo y aparición de necrosis.

c) Baños de pies prolongados y a temperatura moderada. Según la experiencia obtenida, sólo se deben prescribir pediluvios cuando la irrigación sanguínea de la extremidad afectada es suficiente para mantener la temperatura corporal bajo una banda de algodón. El enfermo toma entonces estos pediluvios sentado o acostado. El agua debe cubrir la pierna por lo menos hasta la rodilla. La temperatura del agua variará entre 34 y 36° C, según el grado de gravedad de los trastornos circulatorios; luego, se aumentará uno o dos grados durante la primera media hora. Este aumento puede ser hasta seis grados durante el tratamiento y se establecerá según las reacciones del enfermo. El baño de pies tendrá una duración total de 60 minutos y podrá repetirse hasta tres veces al día. Al terminar el baño y luego de secado el miembro, debe colocarse en el mismo la banda de algodón. En caso de necrosis, se empleará después del baño polvo antibiótico y vendaje estéril sobre las zonas necróticas.

TAN IMPORTANTE COMO SUS MANOS



Sus manos conocen, investigan y alivian. Pero su experiencia personal puede verse traicionada si no existe un zapato que satisfaga plenamente sus prescripciones. Por esta razón, MANUFACTURAS PROS pone a su disposición la nueva línea de zapatos MANITOS ORTHO.

MANITOS ORTHO es un zapato especialmente diseñado para satisfacer todas sus exigencias. Tanto la calidad de los materiales, como la adaptabilidad al uso de plantillas permiten en todo momento continuar ejerciendo una acción benéfica y correctora como si se tratara de sus propias manos.

MANITOS ORTHO: TAN IMPORTANTE COMO SUS MANOS.

MANITOS
ORTHO

d) Los masajes por descompresión local y de las zonas reflexógenas, resultan a veces eficaces.

Aun cuando estimamos de resultados seguros el plan terapéutico resumido en aumento de la temperatura cutánea, mejoría del rendimiento de la extremidad afectada, y en presencia de zonas necróticas, regeneración de los tejidos, debe acompañarse con la administración de medicamentos.

III. Tratamiento medicamentoso

La compleja patología que plantea la OAP impone una terapéutica medicamentosa muy variada. Se recomienda ante todo, una cuidadosa selección de la acción farmacológica de los medicamentos en los cuales, se incluyen los vasodilatadores que actúan sobre las arterias de la cabeza, cuello, brazos, manos, piernas y pies. Los aterolíticos que hacen bajar los niveles de colesterol sanguíneo en los enfermos con aterosclerosis periférica. Los anti-coagulantes como terapia preventiva y curativa, según sea el estado de los enfermos amenazados o afectados de trombosis o embolia arterial. Por otra parte, no debe olvidarse la vitamina B₁₂ de gran valor en el tratamiento de los pacientes diabéticos con neuropatías y trastornos vasculares periféricos.

Sin embargo, aun cuando este tratamiento se administra generalmente, hay que tener presente que siendo la oclusión arterial periférica una enfermedad de carácter crónico debilitante, no sólo ha de tratarse durante la vida del enfermo, sino que también debe estar asistida con esfuerzos cooperativos, entre los distintos especialistas con diferentes disciplinas en el manejo terapéutico prolongado de dichos enfermos. Es igualmente claro, que un tratamiento apropiado será efectivo si se conoce el tipo de tejido que se encuentra más isquémico (piel o músculo) y el sitio de acción de las drogas disponibles. El éxito terapéutico en gran parte, del reconocimiento, comprensión, entendimiento y, finalmente, de una actitud directa oportuna.

BIBLIOGRAFIA

Dr. med. K. J. TRAUMANN. «Diagnóstico de la oclusión arterial periférica crónica». Rev. Med. s/r. Páginas 18-19.

G. RAU. «La arteriosclerosis y su diagnóstico en la práctica». Rev. Der Landarzt. Enero-Febrero 1975. Páginas 35-36.

A. SICARD, J. NATALI y M. LACOMBE. «Tratamiento vasodilatador en las arteriopatías de los miembros inferiores». Therapeutique Bichat 1968. Rep. Rev. Prax. Pág. 53.

Dr. B. SAURBIER. «Tratamiento de los trastornos circulatorios arteriales periféricos crónicos». Therapie-woche 19, 1368 (1969).

TRAVIS WINSOR. Postgraduate Medicine. 1967, 42, número 3. Págs. 195-202.

Como habrán observado, en la 1.^a página ya se incluyen unos cambios respecto a revistas anteriores, como es la constancia de las direcciones del Redactor, Administrador y Agencia de Publicidad. Esperamos de esta forma agilizar y favorecer en lo sucesivo todas las anomalías que en la correspondencia veníamos observando y facilitar la labor a todos cuantos compañeros tengan necesidad de comunicarse para asuntos referentes a la Revista con los respectivos encargados de cada Departamento o Sección.

MARTIN RUEDA
Jefe de Redacción



FUNGISDIN

antimicótico de alcance total

FUNGISDIN

posee un amplio campo de acción antimicótica y antibacteriana, por ser activo frente a dermatofitos, levaduras y también frente a bacterias gram positivas.

Composición

Nitrato de 1-(glioxalnil)-(2,4-cloro- α -hidroxitolil)-2-(2,4-clorobenceno).

Indicado en

Dermatomycosis:

Tinea pedis. Tinea cruris. Tinea corporis. Tinea unguium. Tinea manuum. Tinea barbae.

Afecciones por levaduras:

Candidiasis cutáneas, anal, escrotal y vulvar, vulvovaginitis candidiásica postantibiótica. Lesiones de los pliegues cutáneos. Lesiones perianales. Onixis y perionixis. Estomatitis angular. Balanopostitis.

Micosis provocadas por hongos diversos.

Pitiriasis versicolor.

Infecciones y sobreinfecciones por bacterias gram positivas.



Modo de administración

En general, 2 ó 3 aplicaciones al día de gel o aerosol sobre la zona afecta.

Contraindicaciones

No se le conocen.

Efectos secundarios

No se han registrado irritaciones, molestias o sensibilizaciones dérmicas.

Presentación y P.V.P.

FUNGISDIN

ofrece por su presentación en gel y en aerosol una extraordinaria facilidad de administración, permitiendo la elección de la forma más idónea en cada paciente para asegurar el acceso del preparado a todas las zonas de la piel.

FUNGISDIN AEROSOL:

Frasco de 50 ml. P.V.P.: 231,- Ptas.

FUNGISDIN GEL:

Tubo de 30 gr. P.V.P.: 261,- Ptas.



Avda. Generalísimo Franco, 520
Barcelona-11

ISDIN

técnica e investigación en dermatología

Labor Docente

Por
Julio ALONSO GUILLAMON
Podólogo
BARCELONA



La Secretaría de la Escuela de Podólogos de Barcelona, nos informa de dos cursos monográficos, a celebrar en sus dependencias en los próximos meses de marzo y abril.

El primero de ellos, estará dedicado a los profesionales españoles y el segundo será exclusivo a un grupo de franceses, cuyo número sin precisar todavía, solicitaron en su día a la Dirección de la Escuela, para que se les expusiera los últimos adelantos de la Podología Española. A este respecto daremos amplia información en el próximo número.

En el curso de perfeccionamiento o mejor dicho curso de «enseñanza continuada» para profesionales en ejercicio, que se celebrará a mediados del mes de marzo, veremos incorporados, como viene siendo habitual ultima-

mente, junto a los conferenciantes españoles a dos compañeros ingleses, el Sr. P. J. Read y el Sr. J. Sanders.

Con tal motivo y con el deseo de que nos amplíe más noticias a este respecto, tenemos a nuestro lado al Subdirector de la Escuela de Podólogos de Barcelona, Sr. L. Escachs, al que amablemente se brinda a contestar a nuestras preguntas:

— **¿Cuál es su impresión de los compañeros ingleses invitados en este curso?**

— Mister Read, es Director de la Escuela de Chiropodys de Chelsea, una de las más importantes del Reino Unido. Consejero de la Asociación de Chiropodys Ingleses y es un hombre documentado, pues junto con el Sr. Suvarna, ha representado a Inglaterra en el Comité de Liaison des Podologues de la Communauté Européenne, para la confección del programa de estudios, tanto de la carrera del futuro Podólogo Europeo, como en los principios básicos que se deben de tener para iniciarlos.

»Mister Sanders, es Profesor de Ortopodología de la Escuela de Chelsea, está considerado como uno de los mejores chiropodystas de Gran Bretaña en su especialidad.

— **¿Está en su ánimo proseguir estos cursos de enseñanza continuada con inclusión de**

flexor

Presenta
los nuevos modelos
de plantillas
ortopédicas



Serie cadete y señora:

Ref. 5611 - 5612 - 5613

CARACTERISTICAS:

- **Cazoleta** para contención del calcáneo.
- **Arco Longitudinal** suave para apoyo del escafoides.
- **Arco Transverso** blando para descarga de los metatarsianos.
- **Admite** todo tipo de correcciones mediante nuestros suplementos.



FLEXOR, S.A.

VALENCIA, 345 (ESQUINA BAILEN)
TELEFONO 258 14 15 - BARCELONA-9

compañeros extranjeros para profesionales en ejercicio?

— Sí, claro; es necesario e imprescindible, lo consideramos tan interesante que intentamos que el mundo entero pueda hacer lo mismo y ello servirá para desplazar a nuestros profesores a cursos en el extranjero, donde podrán captar el nivel podológico de cada uno y vertirlo después en próximos cursos a los compañeros españoles.

— ¿Cuántos cursos proclama la escuela de Barcelona cada año?

— No hay un número fijo, por ahora llevamos dos o tres al año. No solemos programarlo al iniciar el curso, por ser más fácil aprovechar oportunidades, como yo las llamo «al momento», o sea que cuando vamos al extranjero o vemos en la publicación de un libro algún podólogo que destaca en el desarrollo de algo que consideramos importante para nosotros, lo apuntamos y solicitamos si aceptaría nuestra invitación y en caso afirmativo, qué nos cobraría, las fechas aconsejables, etc. Esto nos permite programar más y mejor.

— ¿Cuántos compañeros asisten a estos cursos normalmente?

— Hay de todos, unos de 10, otros de 20, 30 y hasta uno que fueron de 90. Lástima que no podamos hacerlo más económicos, porque ello nos permitiría tener más cantidad de cursillistas, pero lo que se pierde en número se gana en efectividad; no hay duda que se aprende mejor con un grupo de 20, que no de 30. Los cursos que asisten extranjeros invitados salen caros, por los viajes, traducción simultánea, equipos, etc.

— ¿Considera interesante el podólogo español asistir a estos cursos?

— Está demostrado que sí; creo que nuestra profesión es de sentido común y como los cursillistas son profesionales en ejercicio, al enseñarles los conocimientos básicos, les permite desarrollarlos, introduciendo variaciones que su sentido común le dicta, consiguiendo resultados altamente satisfactorios.

— ¿Sería interesante que estos cursos se realizasen exclusivamente de una materia, en vez de ser tan extensos?

— No hay duda que sería más interesante, siempre y cuando todos estuviéramos al nivel ideal. El motivo de tocar varios temas no es

otro que el de refrescar los conocimientos en cada oportunidad y ayudar al que asiste por primera vez, ya que sin unas bases, sería más difícil sacar provecho del curso.

— Y para terminar: ¿Quiere añadir algo más?

— Me parece muy interesante divulgar lo que hacemos en la Escuela, a fin de tener una manera de comunicación con todos nuestros colegas, esperando pueda revestir un beneficio para todos, y en consecuencia para nuestra especialidad.

Dándole las gracias por su amabilidad, pasamos a continuación la notificación de la secretaría de la Escuela:

«La Escuela de Podólogos de la Facultad de Medicina de Barcelona, convoca un CURSO DE PERFECCIONAMIENTO para profesionales en ejercicio, que tendrá efecto durante los días del 18 al 21 (ambos inclusive) del próximo mes de marzo, desarrollándose durante el mismo las más avanzadas técnicas y conocimientos sobre tan importantes temas como son:

- 1.º ORTOPODOLOGIA.
- 2.º GIMNASIA PROFILACTICA Y CORRECTIVA DEL PIE.
- 3.º ORTOSIS Y CALZADO (a desarrollar por los colegas ingleses).
- 4.º CIRUGIA PODOLOGICA.
- 5.º MESA REDONDA.

Las clases se celebrarán de 9 h. a 13 h. y de 16 h. a 20 h. El último día del Curso, se desarrollará una Mesa Redonda y Coloquio para debatir los estudios realizados y llegar a unas conclusiones efectivas, para conocimiento y divulgación general. Al final, serán entregados unos Diplomas acreditativos de la asistencia.

Siendo limitado el número de asistentes, te rogamos encarecidamente que con la mayor brevedad posible — tanto en sentido afirmativo como negativo — nos indiques tus deseos con el fin de saber en todo momento de cuántas plazas disponemos, debiendo significarte que la inscripción quedará cerrada definitivamente el día 29 de febrero. El importe de la inscripción es de CINCO MIL (5.000'—) pesetas.»

Firmado: Francisco MAÑE
Secretario

Sudermín

Crema

ANHIDROTICA ANTIFUNGICA

Presentación:

Tubo de 30 grs. - P. V. P. 118'05 Ptas.

Composición por 1 gr.

| | | |
|---|---------|------|
| Nistatina | 100.000 | U.I. |
| Acido salicílico | 0,02 | gr. |
| Clorhidrato de aluminio (solución 50°/o). | 0,25 | gr. |
| Excipiente crema c.s.p. | 1,0 | gr. |

Propiedades

La crema SUDERMIN tiene una acción anhidrótica desodorante y antifúngica.

Indicaciones

Hiperhidrosis.
Bromhidrosis.
Pie de atleta.
Pies irritados, sudor y fétidos.
Micosis y Candidiasis.
Intértrigos.

**Laboratorios
INTERPHARMA
sa**

Protección de las manos en nuestra profesión

Por
A. MIGUEL
Podólogo
ZARAGOZA

Desde que aparecieron los primeros antibióticos, que paulatinamente fueron proliferando en diversidad de especies, amén de los detergentes, tintes y otras sustancias de origen vario, hemos padecido algunos profesionales el martirio que supone la alergia de contacto en nuestras manos.

¿Cómo desprendernos de esa lacra que tanto nos hace sufrir?... He ahí la incógnita.

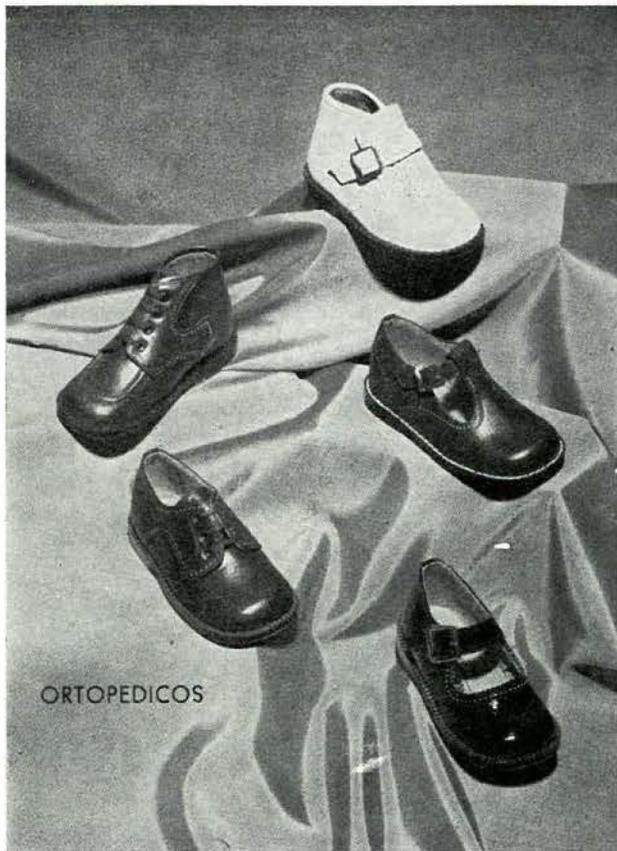
Durante muchos años venía yo padeciendo en la piel de mis manos esta intolerancia profesional que, por mi condición de A.T.S., tenía que soportar de continuo, sin encontrar un remedio que me librase de tal afección.

Había probado con infinidad de procedimientos, sin resultado positivo alguno. Estaba convencido de que necesitaba establecer una barrera entre la piel de mis manos y toda la gama de sustancias externas que me venían provocando tales alergias. De tal forma que todos mis anhelos iban siempre encaminados a la búsqueda del guante invisible, y al mismo tiempo eficaz, que me protegiera.

Hace un año aproximadamente que he dado con la solución. Mis manos en la actualidad se encuentran limpias de grietas, escoriaciones, inflamaciones y sobre todo de picor, ese prurito infernal que al rascarme me destrozaba la piel. Hoy mis dedos profesionales cumplen su misión con perfección admirable.

Todo se lo debo a un jabón ácido que, supongo, puede ser de cualquier marca, pero yo concretamente vengo experimentando con el LACTACYD líquido, debido a que su representante en plaza un día me entregó una muestra que inmediatamente probé.

Lógicamente, como profesional, yo conocía perfectamente las indicaciones y propiedades del jabón ácido, así como su forma de usarlo. Pero pensando en el margen de acidez del jabón en relación con el de nuestra piel, se me ocurrió lavarme las manos, secármelas y seguidamente darme el jabón en las mismas, tal como sale del frasco, cual si de una crema se tratara. Y en ese momento me inventé mi guante invisible, que me viene protegiendo las manos de estas alergias que comentamos.



**calidad,
comodidad y
materiales
adecuados**

**Todos los modelos
tienen su importancia y
han sido estudiados
para colaborar en los
tratamientos de los
señores Podólogos y
ajustándose a sus
prescripciones**

Mendivil
ESPECIALIDAD EN ORTOPEDICOS



RAMON SAEZ GARCIA

AGUAOR, JOSE MENOR HERNANDEZ, S/N
TELEFONO 801377 - PREFIJO 965
VILLENNA (ALICANTE)

Toda persona que no padezca esta irritante molestia no puede darle la importancia que le damos todos los profesionales que padecen aún o hemos padecido anteriormente esta afección. Efectivamente, he podido comprobar los mismos resultados expuestos en compañeros a los que, conocedor de su problema, les había recomendado el procedimiento. He visto manos con sus dedos inflamados y grotescos, llenos de esparadrapos, para poder seguir trabajando. He visto el desánimo reflejado en los rostros de los citados compañeros y todo ello ha desaparecido como por encanto en cuanto han aplicado el remedio, que, como digo, es eficaz y rápido.

Sabemos la importancia que tiene el llamado manto ácido de la piel, que nos defiende de los agentes microbianos y nos protege la superficie cutánea. Por lo tanto no podemos olvidar la especialidad de estos jabones ácidos. Si repasamos detenidamente su composición, así como sus indicaciones, comprobaremos la veracidad del producto. Estos jabones nos reponen la acidez perdida o modificada por jabones alcalinos, detergentes, etc..., y por ser el LACTACYD un líquido semicremoso, que al usarlo nos aísla la piel, sobre todo de los antibióticos que tocamos, nos encontramos con la solución idónea del problema.

Alentado por la feliz experiencia, he llevado tal sistema a la práctica podológica y he resuelto alergias de contacto en los pies, producidas por calcetines de fibras sintéticas y sobre todo por los tintes y los propios materiales que se emplean en el calzado. No hay

inconveniente, lo digo por experiencia y valga la redundancia, en usar el jabón ácido directamente en la piel, como si fuera una crema, dos o tres o más veces al día. Hay que tener en cuenta que el ph cutáneo de la mano es 4,5, el ph cutáneo del pie es 7,2. Como el LACTACYD líquido es una emulsión acidificante ph 3,5, siempre tenemos un margen suficiente en la mano y amplio en el pie. De ahí se deduce que este procedimiento podamos usarlo beneficiosamente no sólo nosotros, sino otros profesionales tales como anestesistas, analistas, etc...

Otro uso al que destino este jabón es el de embadurnar los pies de nuestros pacientes antes de hacer los moldes de escayola. No se nos oculta que las vendas de escayola manchan los pies de tal forma que hay que recurrir a un buen lavado. Usando el jabón ácido, solamente hace falta, después, pasar una esponja o toallita húmedas para que queden admirablemente limpios.

Y volviendo a nuestras manos, ¿no es este procedimiento reseñado una buena manera de protegerlas eficazmente en nuestra especialidad de podología de las micosis y onicomosis que tanto tocamos en los pies de no pocos clientes?...

Si con todo lo apuntado consigo resolver el problema de algunos de mis colegas, me sentiré satisfecho de haber dado a conocer mis experiencias y compartiré la alegría de quienes se sientan por este medio liberados de sus alergias profesionales.





no basta

con que haga usted la mejor plantilla,
la más adecuada a cada caso...



ADEMAS ha de cerciorarse de que el paciente la use en un calzado que ayude su benéfica acción:

SOLIDEZ: con la máxima garantía de INDEFORMABILIDAD.

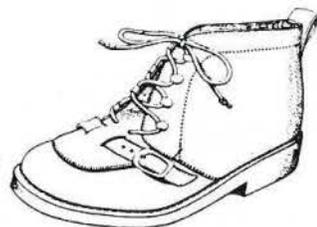


EQUILIBRIO: que garantice los correctos contactos (pie-suela y suela piso)

ESTRUCTURA: Firme y estática en sus dos tercios traseros (buena corrección) y flexible en el tercio delantero (fácil deambulación).

SUJECION: en posición correcta del retropié (empeine y talón)

ESPACIO: que deje holgura para el crecimiento y libre moción de los dedos.



MATERIALES: con suficiente porosidad y poder de absorción.

PIEDRO reposa sobre un excelente equipo técnico y científico internacional que le garantizan el mejor calzado posible en los materiales nobles de más alta calidad.



Si no encuentra **PIEDRO** cerca de su Consulta, díganoslo, por favor.



Delegado en ESPAÑA de **PIEDRO INTERNACIONAL**

J. L. VILA-PLANA - Conde Borrell, 211 - Prta. 33 - T. 93/239 53 06 - BARCELONA-15

Cine de altura

en T.V.

Por
Joaquín SOLE CUCH
Podólogo
BARCELONA

Esta es la primera vez que escribo para nuestra Revista un artículo cuya intención apunta más al sentido literal que al profesional, pero eso sí, como fondo el mensaje primero humano y después podológico, que lo han inspirado.

Desde hace unos meses se emite por TV todos los domingos, de tres a cuatro de la tarde, una serie de Telefilms denominada LA CASA DE LA PRADERA. Dichas películas, filmadas en U.S.A., pretenden rememorar las fechas de colonización de últimos del siglo pasado y de principios del que vivimos en aquel gran País. No soy, ni mucho menos un ferviente admirador de América ni de los americanos, y mucho menos aficionado a ver TV, pero debo confesar que sí hacen mella en mi sensibilidad, temas ya sean escritos o filmados, cuyo mensaje demuestre un humanismo exento de fronteras, tanto políticas, de clases sociales o de razas. Así ha sido y es, mi interés por esta serie televisiva, cuyos temas deberían prodigarse más, ya que sembrar el buen ejemplo y la paz en familia sería conseguir poco a poco la Paz del Mundo. Pienso que se habla mucho de Paz, pero que la base para

conseguirla es que primero la practique la Familia. Este es el ejemplo que pretende y consigue dar la serie mencionada de LA CASA DE LA PRADERA. Como tema general cada domingo, cambiando, claro está, el problema que se plantea en cada film. El que más interés provocó en mí fue el denominado UNA FIESTA EN EL PUEBLO, UNA FIESTA EN EL CAMPO, en ella no solamente existe esta entrega humana a que me he referido antes, sino como la persona más caritativa e inocente puede utilizar el sentido común en bien de los demás.

Por si no han visto el film, o por si debido al tiempo que hará que se ha emitido dicha película cuando salga este escrito a la luz, no lo recuerdan, me veo en la obligación de hacer una sinopsis del argumento.

Se trata de una familia compuesta por cinco miembros, marido, mujer y tres hijas; ellos son los protagonistas de esta serie que, en la película referida, tienen unos vecinos donde vive una niña que sufre un acortamiento de una pierna de origen congénito, huérfana de madre y que vive con su padre y con la madre de éste, su abuela; la niña queda marginada de

ESSAVENON[®] GEL



Tratamiento local de los trastornos de la
circulación de retorno.

Fórmula 100 grs. contienen:
Escina, 1 gr.; Heparina sódica, 10.000 U.I.; Fosfátidos con
predominio de ácidos grasos insaturados, en especial ácidos
linoléico -aprox. 70%- y linolénico, 1 gr.

Forma farmacéutica
Gel

Posología

Aplicar 2 ó 3 veces al día Essavenon Gel en sentido ascendente.

**Inmediata absorción, gran efecto refrescante, no mancha,
no irrita y no necesita vendajes.**

Indicación terapéutica

- Piernas y pies cansados, hinchados ●
- Tobillos hinchados ●
- Adaptación de plantillas ●
- Hematomas, contusiones ●
- Calambres, hormigueos ●

Contraindicaciones

Ulcus cruris, heridas abiertas.

Incompatibilidades

No se conocen

Efectos secundarios

No se conocen

Presentación

Envase con 40 grs.

P.V.P.

114'50 ptas.



INFAR  **NATTERMANN**

Apartado 400 - Zaragoza
Infanta Carlota, 84 - 88
Barcelona - 15

los juegos con las otras niñas debido a su defecto físico que le condiciona un déficit de agilidad. Pero resulta que, en un pequeño accidente, la niña segunda del matrimonio protagonista sufre un esguince de tobillo que le impide también integrarse al juego acostumbrado y se ve en la obligación de acompañar a la niña impedida, con lo cual vive su problema y queda intrigada al observarla que, al deambular con la pierna malformada por encima de un tablón y el otro pie en el suelo, no cojeaba, y se le ocurre la idea de que si se le extendiera un tablón por donde debiera andar la niña no cojearía. Ello al comentárselo a su padre le hace pensar, y se le ocurre aplicarle alzas en el zapato hasta conseguir compensar el desnivel; las secuencias que corresponden a la compensación del acortamiento NO TIENEN DESPERDICIO ya que puede observarse cómo van aplicando piezas de madera debajo del zapato de la pierna más corta hasta que la niña manifiesta sentirse equilibrada. Y termina la película con todos contentos; la niña

se integra a los juegos con sus amigas, y colorín colorado...

Yo quisiera hacer hincapié de lo difícil que resulta a veces actuar con sentido común y lo fácil que es servirse de él cuando se sabe utilizar, y recomendaría que nos fijáramos todos los podólogos en el mensaje de este argumento, ya que disponemos para el tratamiento de las dolencias de nuestro amigo el pie de un sinfín de técnicas, quirúrgicas, quiropódicas, ortopodológicas, etc., que a veces, no debemos circunscribir a las técnicas establecidas, sino que la lógica o sentido común pueden y deben ampliar en determinados casos en beneficio de la salud del pie.

Puede ser que este relato parezca un poco infantil o quizá desde el punto de vista podológico muy elemental, pero pienso que nunca debemos dejar de ser un poco niños, ya que ello significa haber perdido la ilusión, y que de la misma forma que no se es nunca lo suficiente buen profesional, tampoco se es demasiado bueno.

LABOR DE LAS DELEGACIONES

GRANADA:

Nos comunica el Delegado de Granada, Sr. Ruiz Morales, que las ponencias del Congreso no han podido ser encuadradas tal como dijo, porque a pesar de varios avisos, los compañeros Vilató, Bravo y San Martín, no le han remitido sus conferencias para encuadrar, por tanto, la culpa de esta anomalía no radica ni en el Banco de Granada ni en el Delegado de la Agrupación en esa ciudad, quienes a pesar de su buena voluntad no pueden hacer una encuadración sin tener las conferencias.

Por tanto, nos comunica el Sr. Ruiz, se abstengan de escribir, y lamenta esta circunstancia totalmente ajena a la Junta Organizadora del Congreso.

constantino velasco laínz

y

BERKEMANN

*en
colaboracion*

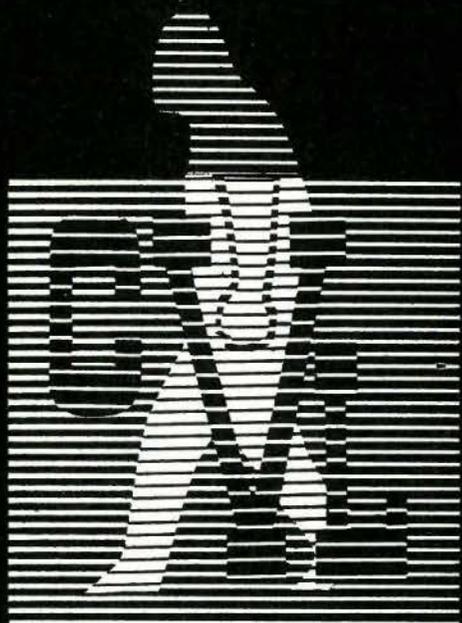
*con
la revista española de*

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. Glmo.)
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.

BARCELONA:

Celebración 2.º Aniversario de la Inauguración de la Delegación

Consecuente al Segundo Aniversario de la Inauguración de la Sede Social de esta Delegación Provincial de Podología, y previo acuerdo de la Junta de la misma; se celebró en el Restaurante La Masía un simpático y emotivo acto dedicado a enaltecer el cotidiano y dilatado quehacer profesional de ocho compañeras dignas de nuestra estima.

La mesa presidencial formada por el Ilmo. Sr. Jefe Provincial de Sanidad, Dr. D. Félix Pumarola, acompañado de su distinguida esposa, fue compartida por el Presidente Nacional de la Agrupación de Podólogos de España, Sr. D. Leonardo Escachs Clariana, el Vicepresidente de la Agrupación de Podólogos de España, Sr. D. Zacarías García Andrés, y esposa, el representante del Ilmo. Colegio Oficial de Practicantes A.T.S. de Barcelona, Sr. D. José Ferré Anglada, el Delegado Provincial de Barcelona, Sr. D. Jaime Sala Pich y esposa, y el Sr. D. Juan Alemany Bayes, Secretario de la misma y esposa.

Contigua a la mesa presidencial, estaba constituida la mesa de las compañeras a las que se les iba a rendir el homenaje: Sra. D.^a Raimunda Garcia Torralba, Sra. D.^a Teresa Camps Mestre, Sra. D.^a Lidia Camps Mestre, Sra. D.^a Teresa Tarres Galcerán, Sra. D.^a Teresa Sanfeliu Piñol, Sra. D.^a Teresa Costas Guitart, Sra. D.^a Ana Cabanes Profitos y Sra. D.^a Josefa Codina Barrera.

La nutrida representación de profesionales que asistió a este acto, dio fe de la importancia y valor que los Podólogos actuales conceden a quienes les precedieron y que quisieron estar físicamente presentes para que con sus cálidos aplausos rendir a las interesadas ese maravilloso tributo de estima y de reconocimiento a los méritos obtenidos en el campo profesional.

En el transcurso de la cena, tomó la palabra nuestro Delegado, para glosar el acto que se desarrollaba, haciendo un panegírico de las personas homenajeadas desde las que paso a paso se ha ido construyendo el actual edificio de la Podología. Hizo alusión también a nuestro Presidente Nacional, que con clara visión del futuro ha sabido aunar esfuerzos, experiencia, deseos, y aspiraciones, para dar forma a esta Profesión que es hoy en día un orgullo para los profesionales que la ejercen. También indicó nuestro Delegado la obligación de rendir periódicamente tributo de admiración y respeto a nuestros predecesores. Esta Delegación espera y desea que este acto que hoy celebramos tenga feliz continuidad en años venideros.

Seguidamente se procedió a la entrega de distinciones a cada una de las compañeras antes citadas, con el unánime aplauso de los presentes.

En nombre y representación de todas las distinguidas, la Sra. D.^a Raimunda García Torralba, agradeció con emocionadas palabras la distinción de que habían sido objeto, y de la que guardarían en su corazón un imborrable recuerdo.

La temática de nuestro Presidente Nacional en su discurso, sirvió para ensalzar la figura de las compañeras que para él fueron espejo en el que mirarse, y ejemplo de bien hacer en sus comienzos en la especialidad. Hizo hincapié también en su reconocimiento en dichas compañeras por su constante presencia a todos cuantos actos se han organizado, y su dilatada vida profesional.

Nuestro Vicepresidente Nacional tomó la palabra para ofrecer a todos los asistentes un abrazo de hermandad de los podólogos madrileños, así como manifestar su total complacencia por haber sido partícipe directo de tan simpático acto. Al final y como testimonio de buena voluntad y cariño entre las Delegaciones de Barcelona y Madrid, hizo entrega a nuestro Delegado de una insignia en yeso de la Agrupación Nacional.

En un cálido ambiente y a los sonos de la orquesta, abrieron el baile las homenajeadas del brazo de los miembros de esta Delegación. La juventud podológica estuvo representada, y la fiesta finalizó haciendo votos para que las palabras de nuestro Delegado se hagan una feliz realidad, y que en próximos años se puedan seguir otorgando tales distinciones.

IX Congreso Nacional de Podología

SALAMANCA, días 9 - 10 - 11 y 12 de Octubre 1976

Como todos los años también el 1976 tendrá su Congreso de Podología, y será del nueve al doce de octubre en Salamanca; siendo el complejo tema del «PIE ADDUCTUS» su tema base.

Difícil es exponer en un corto resumen, los muchos valores del monumental «Alto Soto de Torres» que se levanta como una atalaya a orillas del legendario Tormes.

Es una ciudad alegre como el sol que sobre ella brilla y que ha dorado las piedras de sus torres, sus templos y sus palacios; esas piedras que a la caída de la tarde toman un color de oro viejo, siendo una fiesta para los ojos de quien la contempla.

Esta «Ciudad Dorada» es el deslumbramiento en la mañana, en el mediodía, en la tarde... y también en la noche supone un regalo infinito. Alguien la llamó Roma la Chica. En sus calles, en sus plazas se respira arte y saber. Al deambular por sus calles apacibles y a veces silenciosas el arte nos sale al encuentro, no hace falta ir a buscarlo como en otras ciudades. Aquí la belleza te sale al paso y te golpea en la cara agradablemente. Un escudo labrado en la fachada de una casa, una reja de hierro forjado, un medallón, una guirnalda esculpida sobre una puerta, un palacio, un templo..., piedras cinceladas con gusto orfebre.

Salamanca nos ofrece gran variedad de estilos arquitectónicos. Desde el más puro romano, siguiendo por el románico de su Catedral Vieja románico en su singular cúpula o Torre del Gallo. Del gótico se conservan verdadera obras maestras como la Catedral Nueva — del siglo XV — y la iglesia de San Esteban entre otras; el mudéjar esparcido por varios lugares. El renacentista se manifiesta con grandes obras como el Palacio de Monterrey, Palacio del Arzobispo, Colegio de Fonseca, etc. El plateresco, que aparte de estar representado en varios monumentos, su esplendor se hace notar en la fachada de la Universidad — una de las más antiguas del mundo —, que para hablar de ella necesitamos otro capítulo — es la más pura fachada del plateresco español —. El barroco con la bellísima e inigualable Plaza Mayor — la más bella plaza porticada del mundo — y entre otros La Clerecía, uno de los monumentos más grandiosos del barroco. También el neoclásico dentro de la amalgama monumental salmantina con el Palacio de Anaya.

Como escultura posee también notables obras de variados estilos, desde el bizantino hasta el barroco, esparcidas por los numerosos templos. Y en pintura, Salamanca cuenta con verdaderas joyas, destacando entre todas el retablo de la Catedral Vieja de Nicolás Florentino del siglo XV, considerado como la obra pictórica más importante y monumental de España y tal vez de Europa.

Por todo esto, por su selecto ambiente y por el carácter acogedor de sus gentes, Salamanca merece visitarla, vivirla y después... amarla, ya que como dice Don Miguel de Cervantes en su obra El Licenciado Vidriera: «Salamanca, que enhechiza la voluntad de volver a ella a todo el que de la apacibilidad de su vivienda ha gustado.»

MUY IMPORTANTE

Nos comunican de la Comisión Organizadora de este IX Congreso Nacional de Podología que la fecha tope para la presentación de Ponencias será el día 1.º de junio próximo. Todos los compañeros que deseen aportar sus trabajos como Conferencias al mismo, deberán atenerse a la siguiente normativa:

«Con objeto de conseguir un nivel máximo en las Conferencias, se acuerda que sean remitidas en SOBRE CERRADO, con Seudónimo, y dentro de éste, otro sobre en blanco también cerrado, en cuyo interior contenga el nombre del autor. Estas Conferencias serán revisadas por la Comisión que se designe al efecto, y una vez entresacadas las elegidas, se procederá a abrir el segundo sobre que contiene el nombre del Congresista, para darle la comunicación. De esta forma, la Comisión revisadora no conocerá el nombre del Podólogo autor hasta una vez elegido el cupo de conferencias necesario.

«Esperemos que esta nueva fórmula sea del máximo interés y permita una uniformidad de altura científica máxima.

«El tema elegido para este Congreso será definitivamente ORTOPODOLOGIA, con el cual nos capacitaremos y unificaremos criterios de cara a los diálogos entablados con el I.N.P. y su posible inclusión en el mismo de los Podólogos.»

SERRA - FARGAS

BARCELONA — Plaza Castilla, 3

MADRID — San Bernardo, 74

«EQUIPOS — SILLONES — TABURETES»

SWAN NORTON: Bisturís, mangos y hojas.

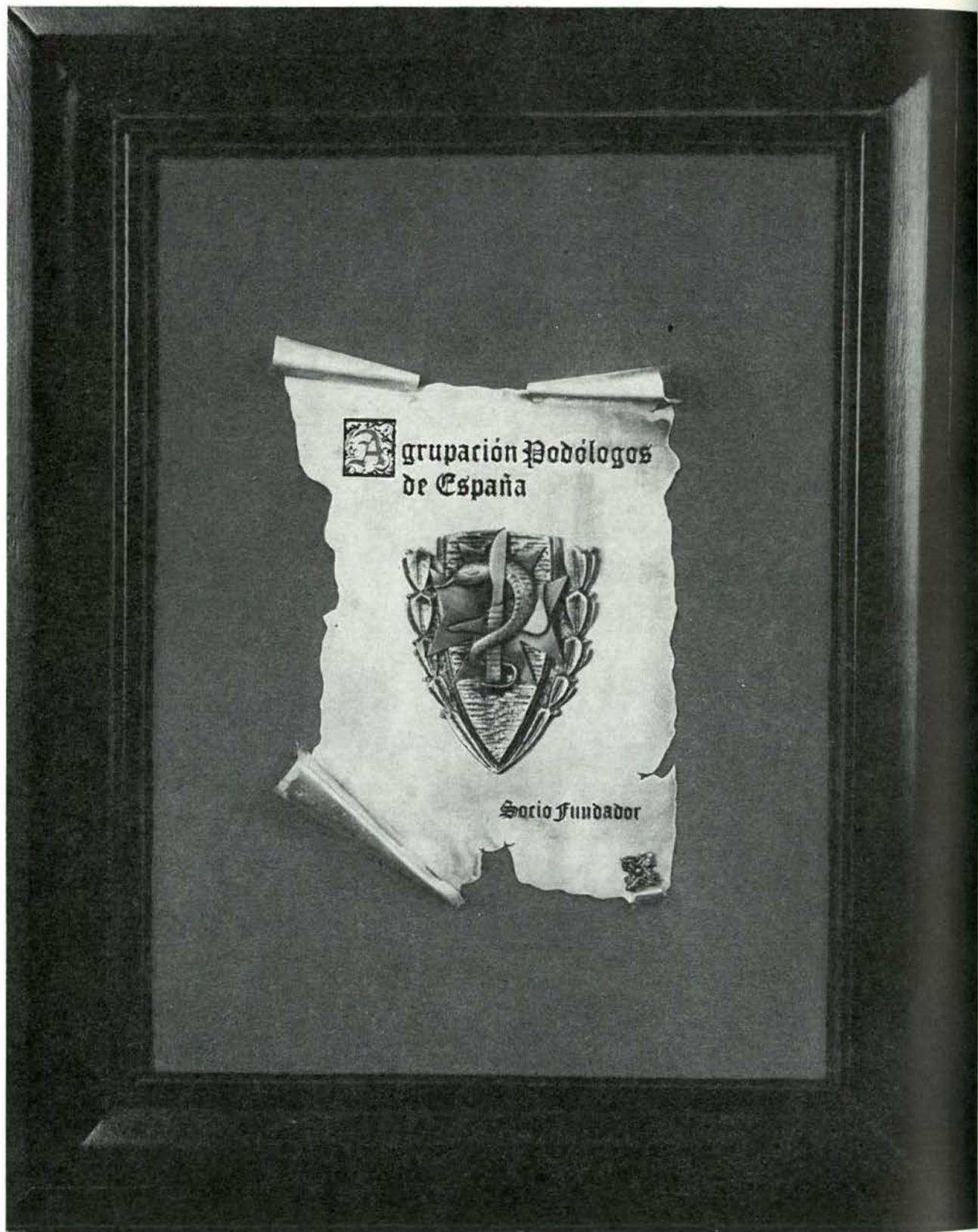
AESCULAP: Esterilizadores, hojas bisturí, mangos bisturí, instrumentos, alicates, etc.

MICROMOTORES: De importación.

PODOMETROS: MOBILIARIO; MOTORES COLGANTES; ESTERILIZADORES ULTRAVIOLETAS; FRECUENCIA; VIBRADORES; BISTURIS ELECTRICOS; CAUTERIOS; PIEZAS DE MANO; SILICONAS; PULIDORAS; FRESAS; MESAS; ASPIRADORAS.

AMPLIO STOCK DE MATERIALES PARA PODOLOGIA.

CONSULTE CONDICIONES ESPECIALES.



Se ha creado el Distintivo de socio fundador o de número en metal plateado y grabado sobre terciopelo rojo en tamaño 27 x 33 con marco en madera noble.

Interesados, dirigir la petición al tesorero, Sr. Gavín, Ronda Guinardó, 23, 1.º, 2.º, Barcelona-12, enviando en cheque el importe de 1.600 Ptas.

La Podología en el Mundo

Por
Francisco FARRERAS
Podólogo
BARCELONA

El día 10 de enero del año en curso tuvo lugar en París LA ASAMBLEA GENERAL DE LA CONFEDERACION MUNDIAL DE PODOLOGOS. A tal efecto asistieron a la misma, Don Leonardo ESCACHS CLARIANA, en calidad de PRESIDENTE del C.M.P. y Don Francisco FARRERAS MORCILLO, Vice-Secretario de la AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA.

De todo lo hablado y acordado destaca por su interés la exposición de proyectos — la Organización está en fase embrionaria — que hizo el Sr. ESCACHS en cuanto a la REVISTA INTERNACIONAL DE PODOLOGIA, cuyo principal objetivo será lograr LAZOS CONSOLIDADOS DE UNIDAD así como ser útil a la PODOLOGIA MUNDIAL.

Hizo, también, especial hincapié en que los PODOLOGOS AMERICANOS están entusiasmados con nuestro programa de trabajo y está convencido de lograr, después del CONGRESO INTERNACIONAL DE LA HAYA, donde está asegurada una nutrida representación americana, el que se unan a nosotros.

Respondiendo a la invitación de que ha sido objeto el Sr. ESCACHS por parte de Mr. RAMSPEK — Presidente de la Asociación de Podólogos de Holanda —, para que dé una CONFERENCIA en el Congreso Internacional de Podología a celebrar en La Haya los días 29, 30 y 1 de mayo bajo el tema: «POSIBILIDADES PROFESIONALES DEL PODOLOGO», dijo que tenía proyectado presentar una PELICULA y un FOLLETO INFORMATIVO que muestren las posibilidades técnicas del podólogo actual en España, en forma resumida y elocuente, que será traducido a todos los idiomas oficiales del Congreso, haciendo entrega de un ejemplar a todos los asistentes.

Otro de los proyectos que tiene el Sr. ESCACHS a nivel internacional es el de fomentar el intercambio de los profesionales de valía entre todos los países, destacando las cualidades específicas de la podología de cada nación. O sea, crear equipos internacionales de RECICLAGE.

Por su parte, el Vice-Presidente de la C.P.P., M. EMONET informó de que los días 6, 7 y 8 de noviembre de este año, piensa organizar en Francia un CICLO DE CONFERENCIAS en las que intervendrán conferenciantes nacionales franceses e internacionales, pidiendo el Sr. ESCACHS la presentación de una de ellas, rogando aceptara y a la vez intercediera para que los americanos escogidos también aceptaran.

Se dijo que sería conveniente que empezaran todas las naciones a mentalizarse en cuanto a la necesidad de pensar en el «CITOYEN PODOLOGUE DU MONDE», y olvidarse de que somos podólogos de España, Italia o determinado PAIS.

Hizo especial mención, como toque de atención a todos los podólogos del mundo de que, si bien es de la máxima importancia la expansión de nuestros conocimientos ya que ello lleva consigo, como consecuencia lógica, la amplitud de nuestro campo profesional NO DEBEMOS OLVIDARNOS DE LA QUIROPODIA, origen de nuestra profesión, por lo que debemos perfeccionarnos en las técnicas de tratamiento de los HELOMAS.

La Junta de Gobierno o Boureau hizo traducir al francés el escrito que aparece en la Revista del Consejo Nacional, cuyo contenido no se ajusta a la verdad de los hechos en cuanto a lo que ocurrió en la Asamblea anterior. Además en dicho escrito, emitido por el

infalina

pomada



en las infecciones
cutáneas más
diversas:
bacterianas y/o
micóticas, con o
sin reacción
alérgica



CONTRAINDICACIONES: No existen.

INFALINA CORTISONA

| Fórmula por gramo. | |
|---|-----------|
| Sulfato de Neomicina (equivalente a 3,5 mg. Neomicina base) | 5 mg. |
| Bacitracina de zinc | 300 U. l. |
| Tirotricina | 2 mg. |
| Hemi succinato de Hidrocortisona | 10 mg. |
| Para oxibenzoato de metilo | 10 mg. |
| Oxido de zinc | 50 mg. |
| Excipientes grasos c. s. para | 1 gr. |

Tubo 6 gr. 68'60 Ptas.

INFALINA

| Fórmula por gramo. | |
|---|-----------|
| Sulfato de Neomicina (equivalente a 3,5 mg. Neomicina base) | 5 mg. |
| Bacitracina de zinc | 300 U. l. |
| Tirotricina | 2 mg. |
| Ac. undecilénico | 10 mg. |
| Undecilinato de zinc | 50 mg. |
| Oxido de zinc | 50 mg. |
| Excipientes grasos c. s. para | 1 gr. |

Tubo 24 gr. 68'15 Ptas

Consejo Nacional, se comunica la BAJA DE LA CONFEDERACION MUNDIAL DE PODOLOGOS sin que la Junta de Gobierno o BUREAU tenga hasta el momento la mínima noticia, sorprendiendo la ausencia del Delegado Nacional o Asesor Nacional de Podología, Señor González Gómez, sin excusarse además de no estar al corriente de las cotizaciones internacionales. Todos los asistentes quedaron sorprendidos.

RESUMIENDO el Sr. ESCACHS dijo que la línea de conducta del C.M.P. es clara estando completamente identificado con el pensamiento de los Sres. EMONET, VILLEDIEU y MOREAU. Hizo ver que llevamos muchos años perdidos y que nos hallamos en una situación parecida a la de 1957, pues el hecho de que España, Inglaterra y Francia hayan elevado su nivel profesional, científicamente debemos olvidar que fuera debido a la F.I.P.

El motivo de la creación de la CONFEDERACION MUNDIAL DE PODOLOGOS no se tra-

ta de la reunión anual de unos cuantos amigos para tomar café, como había conseguido lograr la F.I.P., sino PLANEAR, TRABAJAR, y SOBRE TODO RESPONSABILIZAR A CADA NACION, ya que nuestra base-objetivo de defensa mundial es la de conseguir la REGLAMENTACION DE TODOS LOS PAISES.

Finalmente se presentó una serie de bocetos y dibujos presentados por los compañeros RUEDA y CALVO, alegóricos a lo que debería ser la insignia del C.M.P., decidiéndose por el que figura la «BOLA DEL MUNDO CON UN PIE EN SU PARTE INFERIOR» y el símbolo ineludible de la serpiente y el BISTURI INTERCAMBIABLE, acordándose que de inmediato se proceda a la impresión de papeles con el referido membrete.

También se presentaron dos preciosos bocetos para la portada de la Revista, obra del compañero Garrocho, que de momento, por asunto de economía no se han podido poner en práctica, quedando por tanto en reserva.

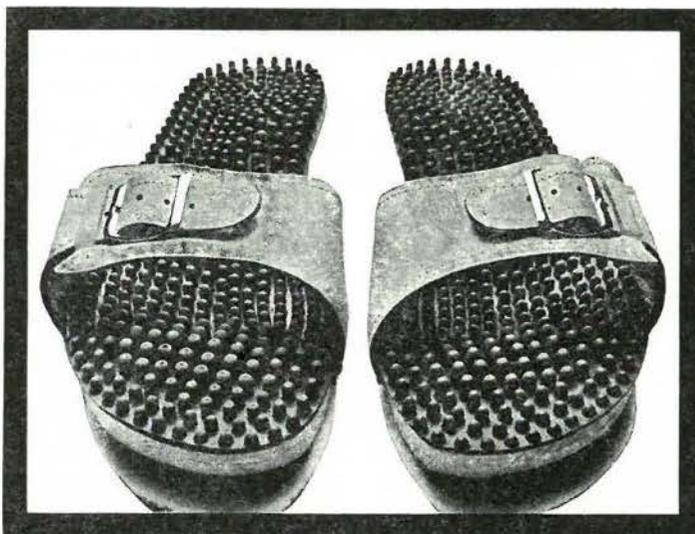
NUEVO

sandalia de masaje ganter

una plantilla anatómica ACTIVA

- antiedematosa •descontracturizante
- activadora de la circulación periférica •sedativa del pie


ganter
MADE IN GERMANY



Solicite información a:

EXDIRE • AVDA. MERIDIANA. 422 • TEL. 340 72 47 • BARCELONA 16

Consultorio

Profesional

Habiendo recibido en esta Redacción, un escrito del compañero J. V. R., de Tarragona, pidiendo bibliografía acerca de la enfermedad de Schlatter-Osgood, trataremos de satisfacer su petición publicando los datos que hemos podido conseguir sobre dicha enfermedad, para lo que además nos hemos puesto en contacto con la Escuela de Podólogos de Barcelona, en cuyos ficheros encontramos, entre otros, el caso que seguidamente pasamos a detallar. Se trata de un joven, M. R. G., de 19 años, afecto de pie plano valgo en tratamiento, que además aqueja dolor a nivel de la parte superior antero-externa de la tibia. Practicado examen radiográfico, resultó padecer la mencionada enfermedad, y tal como podemos observar en la radiografía lateral de la rodilla se aprecian claramente las fragmentaciones óseas patognomónicas de este trastorno de osificación. Igualmente en la radio-

grafía dorsoplantar del pie observamos la disposición ósea propia de un pie plano.

Agradecemos a la Escuela de Podólogos de Barcelona su gentileza al poner a nuestra disposición sus ficheros, así como la cesión de estas dos radiografías, y pasamos seguidamente a responder a la pregunta de este compañero que ha tenido la gentileza de dirigirse a esta Revista en busca de una información.

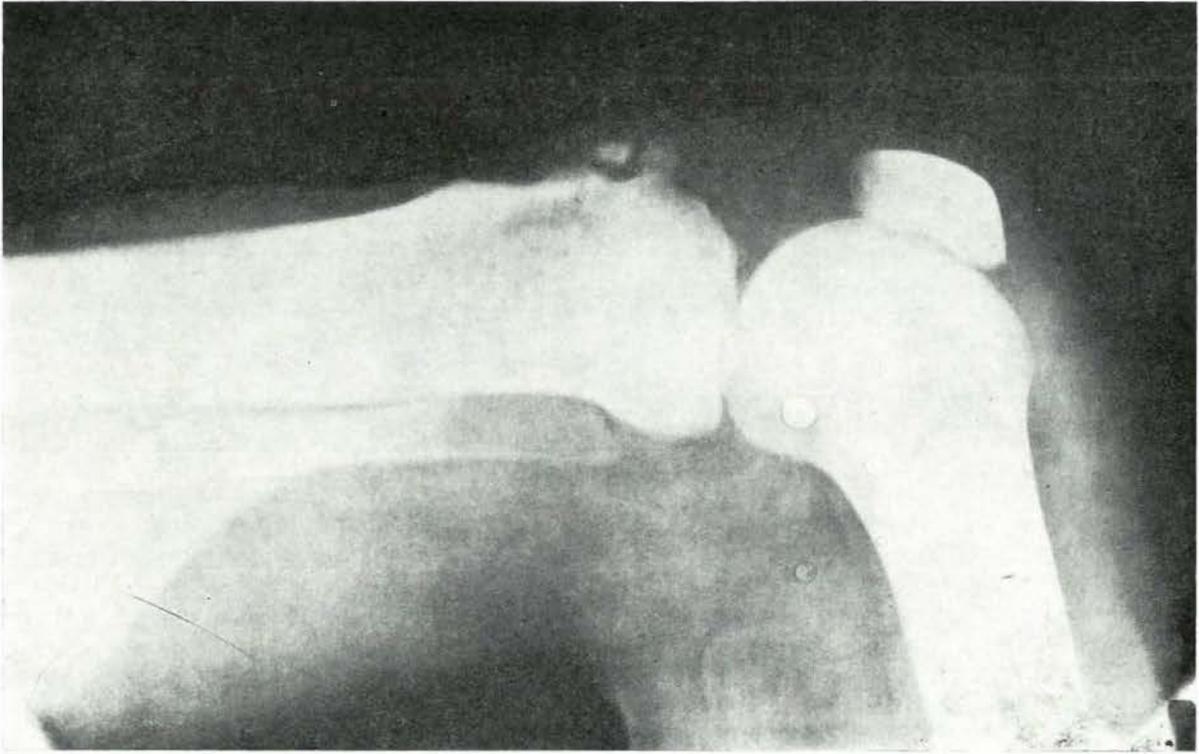
Asimismo aprovechamos esta ocasión para invitar a todos cuantos Agrupados deseen recibir información acerca de casos profesionales, materiales, casas comerciales, y en general todo cuanto en un gabinete pueda ser necesario, nos lo comuniquen, ya que es un gran placer el sentirnos útiles de algún modo a los colegas españoles, y esperamos de corazón iniciar con esta primera consulta una sección destinada a lo que en adelante llamaremos CONSULTORIO PROFESIONAL.

ENFERMEDAD DE SCHLATTER-OSGOOD de la tuberosidad de la tibia

Ya fue descrita antes de la era roentgenológica, en 1878, por el francés Lannelongue, de la Sociedad de Cirugía de París, quien describió los rasgos principales de esta afección, considerándola como una osteitis epifisaria de la tibia de los adolescentes. Posteriormente, en 1903, Osgood y Schlatter intentaron explicar este trastorno considerando que se trataba de un desprendimiento de la prolongación ósea en forma de pico, que, descendiendo de la epífisis proximal de la tibia, abraza la apófisis de la tuberosidad anterior de esta última. Om bredanne la clasifica entre los tras-

tornos discondroplásicos. Rocher, describió detalladamente la enfermedad en el gran tratado francés de Ortopedia, y teniendo en cuenta las diversas explicaciones patogénicas que se han propugnado (traumatismo, infección, discondroplasia), llega a la conclusión de que dicha enfermedad obedece primitivamente a causas variables.

Sobre el cuadro clínico se puede decir lo siguiente: en individuos de 12, 14 ó 16 años, edades en las que la tuberosidad anterior de la tibia se funde con el hueso adyacente, aparecen en ella fenómenos dolorosos al andar y



también al flexionar o extender excesivamente la rodilla. La tuberosidad de la tibia está engrosada netamente; si la afección es ubilateral se aprecia que la apófisis resalta más comparándola con la del lado sano, y siempre es dolorosa a la presión. A veces las molestias son consecutivas a un tratamiento ligero, por ejemplo una extensión forzada de la rodilla o una caída, pero otras veces no hay antecedentes de traumatismos. En la exploración radiológica se destaca la apófisis en forma de pico o lengüeta que cuelga de la epifisis superior de la tibia. En su extremo distal aparece un núcleo óseo, el cual, al fusionarse con la epifisis formará la tuberosidad anterior de la tibia. En los casos en que ésta presenta un engrosamiento doloroso puede aparecer la apófisis en forma de pico ya adherida a la tibia, mientras el núcleo óseo está fragmentado y con rarefacción moteada. Otras veces la apófisis picuda aparece flexionada hacia adelante, pareciendo su imagen la de una fractura. Seguramente es un trastorno de la osificación con frecuencia consecutivo a un traumatismo. Por ejemplo una hiperextensión forzada de la rodilla puede arrancar la apófisis por contracción violenta del cuádriceps, que por in-

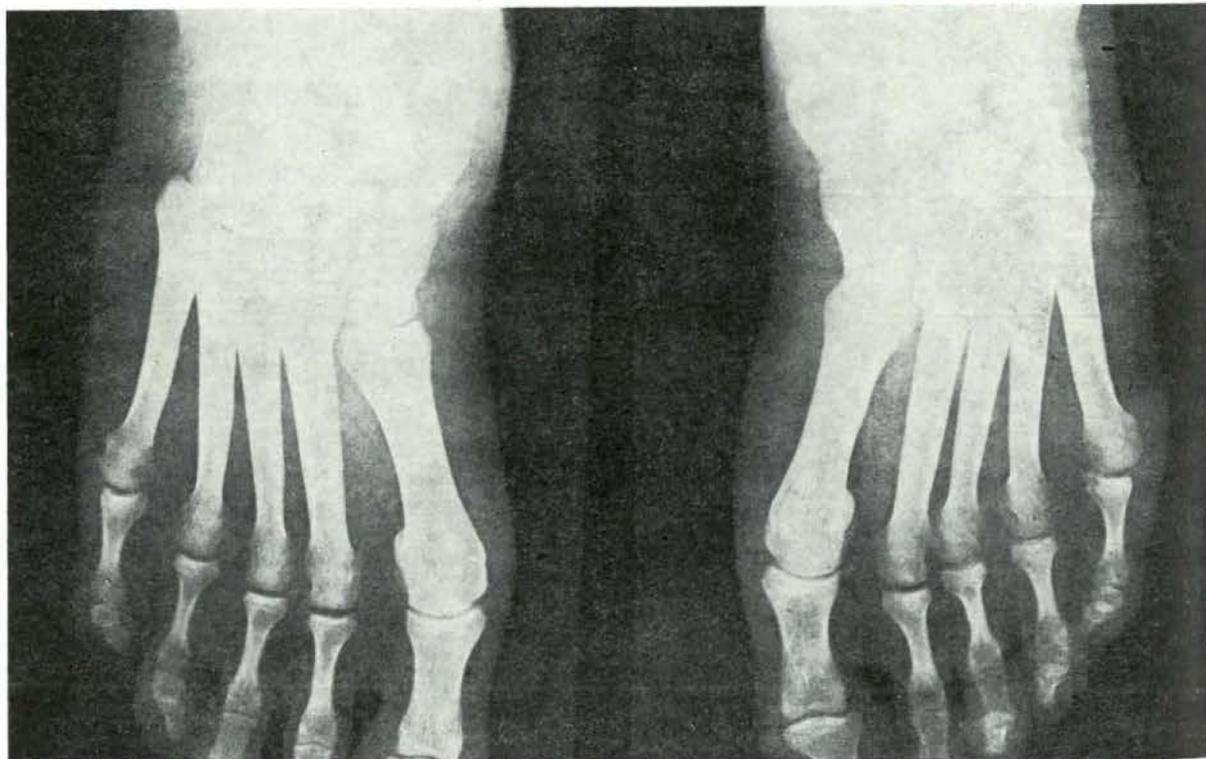
termedio del tendón rotuliano, se inserta en la misma. Todos los exámenes histológicos, hasta los últimos publicados dan resultados análogos: la inserción del tendón rotuliano está muy infiltrada por células cartilaginosas, cuyo número es varias veces mayor al presente en los individuos normales de la misma edad. Tanto estas células cartilaginosas como la sustancia fundamental están muy calcificadas. Los brotes vasculares del espacio medular son muy numerosos, mucho más hiperémicos y penetran profundamente en el tendón rotuliano, las prolongaciones del espacio medular se hallan revestidas de osteoblastos hipertróficos. Este resultado del examen histológico vale en contra de la teoría patogénica del raquitismo tardío, pues no se encuentra tejido osteoide. También se puede desechar la teoría primitiva de Schlatter, quien estimaba se trataba de una fractura, pues no se descubren indicios de una hemorragia ni vestigios de callo propiamente dicho. Otros autores aceptan la existencia de una acción irritativa, que en la adolescencia puede producir la exaltación anormal del cartilago de osificación en la zona limítrofe osteotendinosa, en los sujetos muy predispuestos. La calcificación de la in-

serción tendinosa y la vivaz osificación parecen ser desencadenados por grandes requerimientos funcionales.

Para acortar la duración de las molestias que pueden existir meses y hasta años, y para que los muchachos afectos puedan recobrar rápidamente su capacidad de trabajo, se decidió emplear el tratamiento operatorio, recomendado por Willich, por el éxito obtenido en cuatro casos en que las molestias cedieron rápidamente.

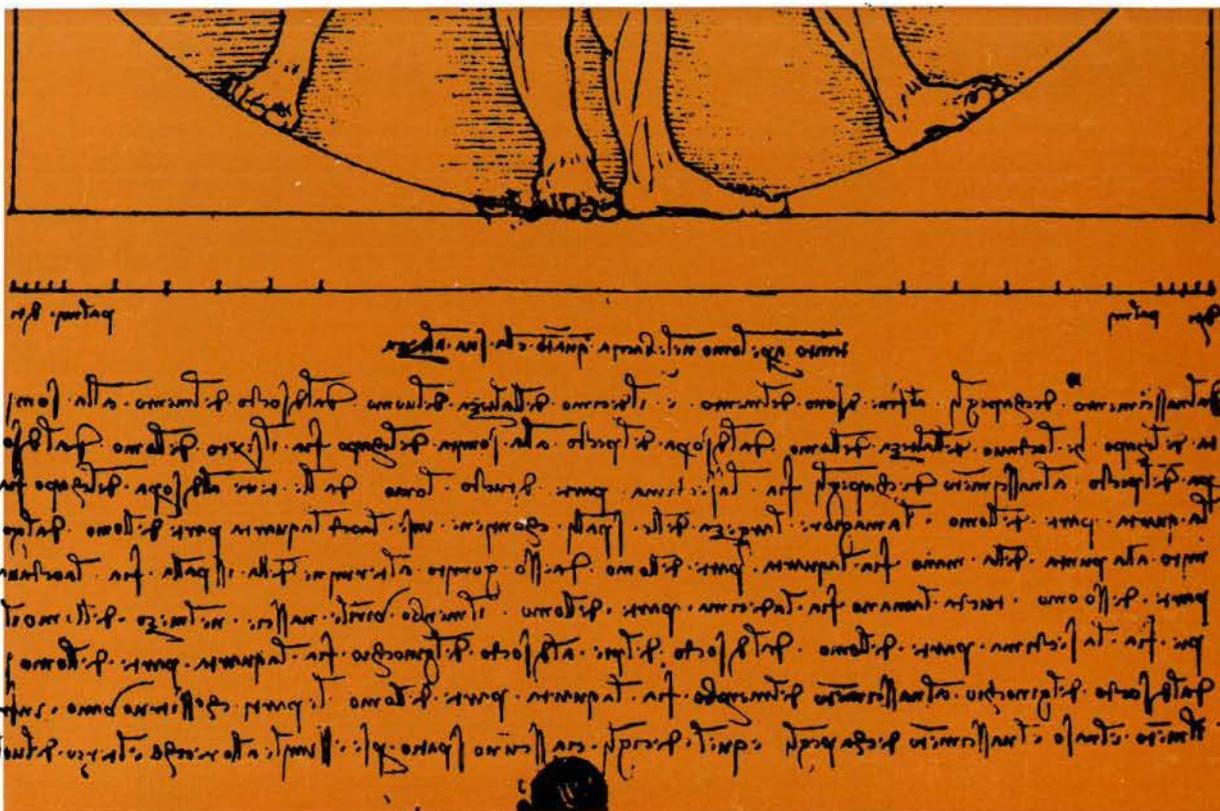
Brandes descubrió el signo de Schlatter en los adultos. Un individuo de 48 años de edad, sufría molestias especialmente más abajo de ambas rodillas, que le aparecieron en la campaña de los Cárpatos, durante la cual tuvo que trabajar mucho tiempo retirando la nieve a paladas. Dicho individuo pretendía no haber tenido molestias análogas durante su adolescencia. La radiografía descubrió en un lado de la tuberosidad anterior de la tibia que la apófisis se hallaba separada de la cabeza tibial por una franja cartilaginosa más ancha y separada en dos fragmentos que mutuamente presentaban un ligero acodamiento. Nos parece acertada la explicación que da Brandes de este caso: una detención de la osificación natural que se pro-

dujo en la edad de crecimiento, por lo cual el núcleo óseo quedó aislado y separado de la cabeza tibial por un cartilago de conjunción, es decir, persistió la línea apofisiaria. Los requerimientos funcionales continuados producidos por los músculos extensores de la rodilla, pudieron provocar fácilmente estados irritativos en este punto débil. También otros autores han encontrado en la tuberosidad de la tibia a modo de un cuerpo libre, en personas adultas. Si las molestias son muy persistentes, se acortan según Brandes, mediante un tratamiento cruento. En la inserción del ligamento rotuliano incide longitudinalmente mediante una cucharilla para extirpar todo el tejido de osificación alterado. En los casos muy dolorosos el tratamiento consiste en la aplicación de un vendaje sobre la rodilla para evitar las flexiones demasiado amplias de la misma. A veces ha tenido éxito la protección de la tuberosidad anterior de la tibia mediante un anillo de fieltro. Pitzen publicó un vendaje especial para excluir la tracción del cuádriceps sobre la rótula. Con un asa tira de este hueso hacia abajo y luego incluye los cabos del asa en una calza enyesada. De esta manera logra que ceda el estado irritativo de la epífisis tibial.







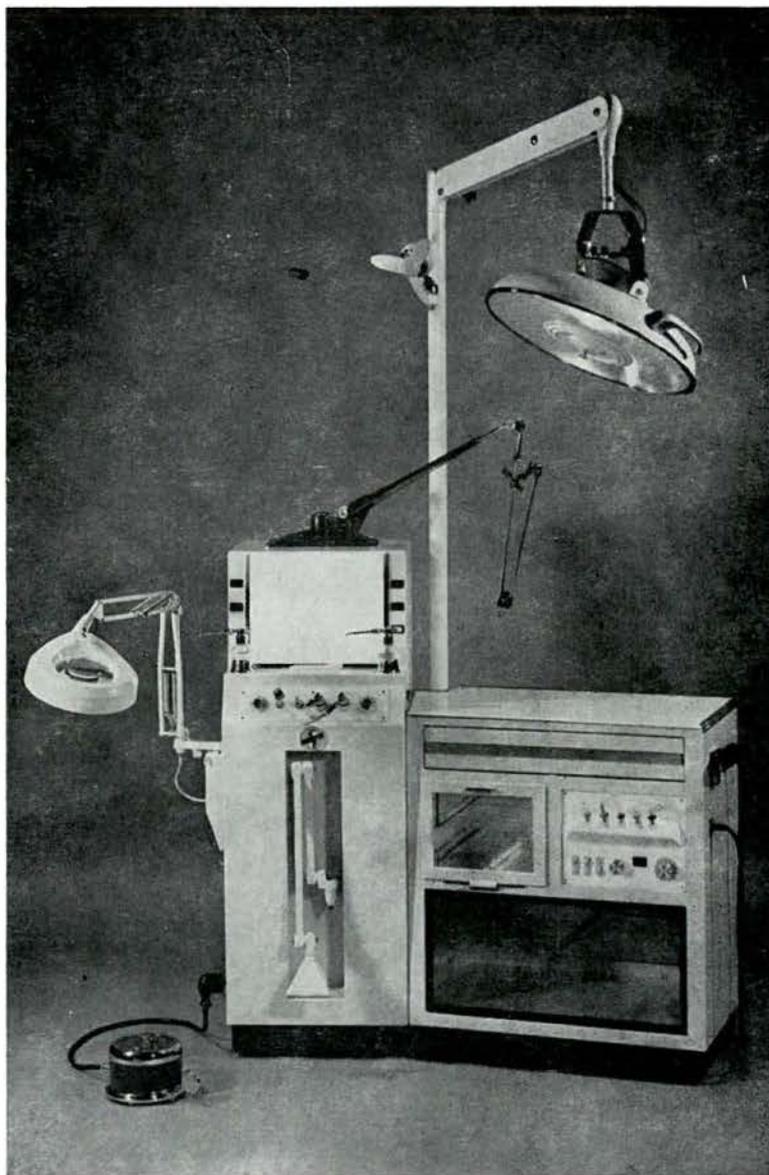


REVISTA
ESPAÑOLA
DE

PODOLOGIA

A.P.E. Marzo-Abril

n.º 50 1976



CALIDAD EN NUESTROS MATERIALES
COMODIDAD EN SU TRABAJO
LARGA EXPERIENCIA,

TODO ESTO LE OFRECEMOS CON NUESTRO ULTIMO MODELO

«CONSUL SUPER NOVO»

CONSULTE SIN COMPROMISO A TALLERES CONSUL

Aurora, 12

BARCELONA-1

Teléf. 241 72 75

REVISTA
ESPAÑOLA
DE

PODOLOGIA

ORGANO DE LA AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

A. P. E.

Redacción:

Diputación, 118, 2.º, pral., 2.ª, Barcelona-15

Director:

Leonardo Escachs Clariana

Sub-director:

Pablo Vilató Ruiz

Redactor jefe:

Martín Rueda Sánchez
Avda. Caudillo, 68, bajos, 2.ª,
Santa Coloma de Gramanet. Barcelona

Administrador:

Manuel Gavin Barceló
Rda. Guinardó, 23, 1.º, 2.ª, Barcelona-12

Publicidad:

Publicidad Permanyer
Mallorca, 310, ático, Barcelona

SUMARIO

- | | |
|----|---|
| 3 | Junta de Gobierno |
| 5 | Editorial |
| 7 | Confección de plantillas ortopédicas con el diagrama de presiones |
| 12 | Gimnasia correctiva en los pies valgus |
| 21 | Labor Docente |
| 27 | Técnica radiopodológica |
| 32 | Consultorio Profesional |
| 35 | San Juan de Dios en Barcelona |
| 37 | Leído para Vd. |



REF. B-C

'' HOSCH '' PIEZAS DE MANO ESPECIALES PARA INTER- VENCIONES EN HIPERQUERATOSIS Y UÑAS

Como herramientas especiales y muy eficaces le recomendamos nuestras piezas de mano HOSCH para hiperqueratosis y uñas. Sus cabezas están equipadas con una lámina rotativa que permite quitar en capas las hiperqueratosis 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 hiperqueratosis o Ref. N-U para uñas.



REF. N-U

APARATOS, MOBILIARIO E INSTRUMENTOS PARA PODOLOGIA

A. SOLE PALOU, S. A.

Barcelona-2 - Vergara, 7 - Teléfono 318 24 70
Madrid-14 - Av. José Antonio, 15 - Teléfono 221 01 95

AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

JUNTA DE GOBIERNO

| | | |
|---------------------|--------------------------------|------------------------|
| Presidente Nacional | D. LEONARDO ESCACHS CLARIANA | Barcelona |
| Vice-Presidente 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 FARRERAS MORCILLO | Barcelona |
| Tesorero | D. MANUEL GAVIN BARCELO | Barcelona |
| Contador | D. LUIS AYCART VIJUESCA | Madrid |
| Vocal | 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.º BAEZ BASAURI | Bilbao |
| Vocal | D. JAIME SALA PICH | Barcelona |
| Vocal | D. ANTONIO GUTIERREZ VELASCO | Málaga |
| Vocal | D. JOSE OLCINA MORALES | Alicante |

DELEGADOS DE ZONA

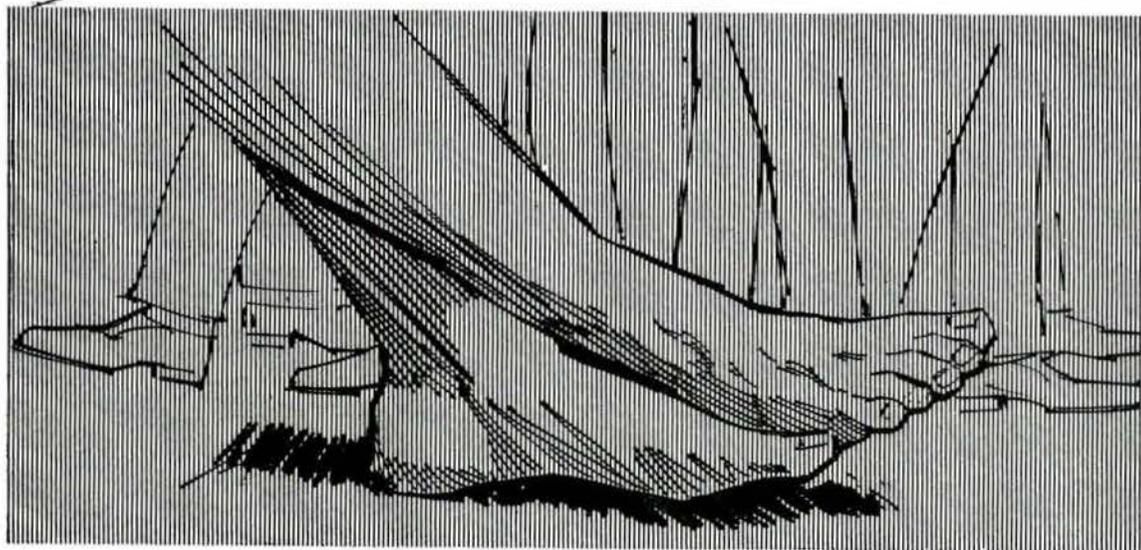
- D. **José M.º Báez Basauri**, Mayor, 27, 6.º. Las Arenas. BILBAO.
- D. **José Luis Inchaurreondo**. Paseo de Colón, 65. IRUN.
- D. **Juan Vidán Torres**. Preguntoiro, 10. SANTIAGO DE COMPOSTELA.
- D. **Zacarias García Andrés**. S. Madrona, 36. MADRID.
- D. **José Antonio Calvo García**. Coso, 77, 5.º. ZARAGOZA.
- D. **Jaime Sala Pich**. Muntaner, 142. BARCELONA-11.
- D. **Isaias del Moral Cejalvo**. Castellón, 8. VALENCIA-4.
- D. **Francisco Morán Ventura**. León y Castillo, 8. LAS PALMAS DE GRAN CANARIA.
- D. **Antonio Gutiérrez Velasco**. Plaza de las Flores, Edificio Jazmín, 1.º. MALAGA.

DELEGADOS PROVINCIALES

- ALAVA: **D. Julio Crespo**.
- ALBACETE: **D. Luis Juan Navarro**.
- ALICANTE: **D. José Olcina Morales**.
- ALMERIA: **Delegado de Málaga**.
- AVILA: Sin Delegado Provincial.
- BADAJOS: **D. José Villafaina de la Cruz**.
- BARCELONA: **D. Jaime Sala Pich**.
- BILBAO: **D. Juan M.º Báez Gutiérrez**.
- BURGOS: **D. Elías Hernando Tamayo**.
- CACERES: **D. Timoteo Fernández**.
- CADIZ: **D. Manuel Albala Valle**.
- CASTELLON: **D. José Aguilar Beltrán**.
- CIUDAD REAL: **D. Luis Barba Vázquez**.
- CORDOBA: **Máximo González Jurado**.
- GERONA: **D. José M.º Boch Doménech**.

- GRANADA: **D. Manuel Ruiz Morales**.
- GUADALAJARA: Sin Delegado Provincial.
- HUELVA: **Jesús Tocino Vizcaíno**.
- HUESCA: **Delegado de Zaragoza**.
- JAEN: **Victor Nieto Molina**.
- LA CORUÑA: **D. Francisco de la Cruz**.
- LAS PALMAS: **D. Francisco Morán Ventura**.
- LEON: Sin Delegado Provincial.
- LERIDA: **D. Alfredo Puchol**.
- LOGROÑO: **D. Vicente Alvarez**.
- LUGO: Sin Delegado Provincial.
- MALAGA: **D. Antonio Gutiérrez Velasco**.
- MADRID: **D. Mariano Rodríguez Esteban**.
- MURCIA: Sin Delegado Provincial.
- ORENSE: **D. Elisardo Bralo Rego**.
- PALENCIA: **D. Damián Porro Villarroel**.
- PALMA DE MALLORCA: **D. Juan B. Brines**.
- PAMPLONA: **Delegado de Zaragoza**.
- SALAMANCA: **D. Antonio Basas Encinas**.
- SANTANDER: Sin Delegado Provincial.
- SAN SEBASTIAN: **Sebastián Tenés Iturriza**.
- STA. CRUZ DE TENERIFE: **D. Armenio Méndez**.
- SEGOVIA: **D. Francisco García**.
- SEVILLA: **José Cañero Ramos** (accidental).
- SORIA: Sin Delegado Provincial.
- TARRAGONA: **D. Miguel Manzano Hernández**.
- 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 A. Calvo García**.

¡NUEVA FORMULA!



Pentoderm[®]

Crema dermoprotectora cutánea

COMPOSICION

Por 100 g.: Ac. undecilénico, 2 %; Alcohol fenoxietílico, 1 %; Sal sedativa de Homberg, 0,5 %; Poligalacturon-sulfonato sódico, 0,75 %; Tintura de Arnica, 0,3 %; Pantotenol, 0,3 %; Ovocitina, 0,05 %.

INDICACIONES

Escoriaciones e irritaciones de pies y manos, pies cansados y doloridos, dermatofitosis, irritaciones dérmicas.

CONTRAINDICACIONES Y EFECTOS SECUNDARIOS
No se conocen.

POSOLOGIA
2 ó más aplicaciones al día.

PRESENTACION Y P.V.P.
Tubo con 50 g. de crema:
62,80 ptas.



MADAUS CERAFARM, S.A.

EDITORIAL

Con bastante frecuencia, cuando el paciente acude a nuestras consultas se nos adelanta diciendo que el niño ya está mejor porque «tiene mucho puente», o frases semejantes a las cuales no se hace caso como es natural, pues entra dentro de lo absurdo diagnosticar el grado de normalidad que tiene un pie por la altura del escafoides, ya que en gran número de casos no es así, como todos los profesionales sabemos, del mismo modo que sería impropio decir que todos los ojos grandes y bonitos no necesitan gafas, ya que pueden ser muy hermosos y estar privados o mermados en grado más o menos considerable de su visión. En cambio no le dicen al oftalmólogo que el niño no necesita gafas porque tiene ojos hermosos, sino que al contrario, cualquier pequeño defecto que noten acudan en seguida para que sea visitado, diagnosticado y tratado. Entonces, ¿por qué ocurre eso en nuestra profesión?, ¿quién es el culpable? Fácil, muy fácil. Por un lado, como es natural, la falta de orientación e información del público, cuyo origen tampoco nos sería demasiado difícil de averiguar si pensamos que hay desgraciadamente personas que viven de la plantilla y no de la Podología, primero porque no son Podólogos, y segundo porque justamente por faltarles esos conocimientos colocan plantillas a diestro y siniestro sin ver en el pie más de lo que vería un profano.

Usan y abusan del tratamiento ortopédico porque lo único que les interesa es el dinero, pero jamás la gran compensación que significa el saber que se ha obrado en conciencia y con conciencia.

Y que conste que a nosotros como profesionales de la Podología no nos hacen daño, sino muy al contrario, nos elevan más, pero sí hacen daño al enfermo, a las entidades que muchas veces subvencionan esos tratamientos y a la profesión en general.

De todas maneras, no hay mal que dure cien años, y poco a poco cada cual va encontrando la horma a su zapato. Hablando de hormas, les viene a la medida ese refrán de «zapatero a tus zapatos», y no justamente por el significado sintáctico de la frase, que el zapatero fabrica los zapatos para todos, y si no fuera por él, ¿cómo se colocaría el enfermo la plantilla?, sino porque es necesario que cada cual haga su trabajo bien hecho, es necesaria la superespecialización de la medicina, y es lógico que un señor, por más inteligente que sea, no puede saber quitar helomas correctamente, hacer correcciones podológicas a la perfección y dominar en general toda la anatomía y fisiología humana, pero sí puede especializarse en una parte determinada del organismo y profundizar en su estudio, investigando, buscando nuevas formas de tratamiento, dignificando a una especialidad, y no engañando jamás al público.

A mi modo de ver, no se sabe más por estudiar más años, sino por dedicarse a un trabajo, en este caso a una parte del organismo, pero concretamente. Y esto no ocurre sólo en medicina, ocurre en todos los campos, desde la electrónica hasta la música. ¿O es que un señor porque sea ingeniero tiene que saber forzosamente cómo se prepara un mortero o se pone en marcha una hormigonera, o porque sea músico tiene que saber cómo se coloca una pata a un piano? Nada de eso, sería absurdo, habiendo otros especialistas en albañilería y en carpintería.

Hay que buscar pues, una solución a este conflicto: el público debe saber que el Podólogo es el especialista del pie dentro de un campo que la ley le marca, y debe saber también que el pie, por su función y disposición es la base sobre la cual se alza una estructura sumamente compleja y armoniosa, por lo que debe existir una perfecta sincronización entre ambas partes, y justamente esa sincronización, ese equilibrio y reparto perfecto de fuerzas, esa armonía y consonancia es lo que

busca el podólogo al colocar la plantilla ortopédica, pues éste, por su alto grado de preparación sabe perfectamente ver al pie en conjunto y analizar su estática y su dinámica para llegar a un diagnóstico y hacer una diferenciación entre el pie enfermo y el pie feo, pero jamás en que el escafoides debe estar a dos centímetros o a tres.

De nosotros depende pues el que esto continúe o no. En nuestras manos está la solución, trabajando bien, haciendo nuestro trabajo mejor que nadie, buscando el equipo y jamás la individualización, canalizando al enfermo a otro especialista si el problema no es nuestro..., en una palabra, haciéndonos respetar, pero respetando siempre a los demás. Sólo así, obrando en conciencia conseguiremos acabar de una vez para siempre con este grave problema, porque al final, las cosas han de caer por su propio peso, y la justicia debe prevalecer por encima de todo, justicia que primero haremos con nosotros mismos, predicando con el ejemplo. Lo demás, ya irá viniendo o se nos dará por añadidura.

SERRA - FARGAS

BARCELONA — Plaza Castilla, 3

MADRID — San Bernardo, 74

«EQUIPOS — SILLONES — TABURETES»

SWAN NORTON: Bisturís, mangos y hojas.

AESULAP: Esterilizadores, hojas bisturí, mangos bisturí, instrumentos, alicates, etc.

MICROMOTORES: De importación.

PODOMETROS: MOBILIARIO; MOTORES COLGANTES; ESTERILIZADORES ULTRAVIOLETAS; FRECUENCIA; VIBRADORES; BISTURIS ELECTRICOS; CAUTERIOS; PIEZAS DE MANO; SILICONAS; PULIDORAS; FRESAS; MESAS; ASPIRADORAS.

AMPLIO STOCK DE MATERIALES PARA PODOLOGIA.

CONSULTE CONDICIONES ESPECIALES.

Confección de plantillas ortopédicas bajo el diseño geométrico del diagrama de presión

Por J. L. GARCIA RAMIREZ
Podólogo
MALAGA

Cuando realicé mis estudios en la Escuela de Podología de Madrid, los profesores de esa escuela me enseñaron la geometría del pie y la confección de unas plantillas ortopédicas a base de goma espuma, que se diseñaban mediante el trazado de un ángulo estático y dinámico en el fotopodograma.

Cuando terminé la especialidad y abrí mi consulta, empecé a trabajar este tipo de plantillas. Poco a poco fui dándome cuenta que el trazado de estos dos ángulos para la confección de las plantillas lo consideraba insuficientes, pues no me decían con exactitud dónde coincidían cada una de las piezas óseas del pie en el fotopodograma; y al colocar las piezas de goma espuma en la palmilla siempre quedaba la duda si coinciden bajo la deformidad.

Se me ocurrió la idea que si el diagrama de presión lo colocaba encima de la radiografía dorsoplantar y lo miraba a través del negoscopio, podía calcar los huesos en el diagrama de presión.

Entonces para tomar la huella, en vez de hacer fotopodograma, hacía solamente podograma en papel transparente y así no tenía dificultad para calcar la radiografía.

Muchos de los pacientes no traían radiografías y cuando se las mandaban no tenían

medios económicos para pagarlas. Entonces no me quedaba más remedio que hacer las plantillas con los ángulos estático y dinámico.

En mayo de este año (1975), asistí a un curso de ortopedia celebrado en Madrid y organizado por los Hnos. San Martín; cual fue mi sorpresa cuando vi que las plantillas que yo hacía eran muy parecidas a las que ellos confeccionaban. Su técnica es la confección de las plantillas ortopédicas bajo el diseño científico del «Radiofotopodograma por superposición».

Cuando llegué a Málaga quise hacer las plantillas igualmente que los Hnos. San Martín, ya que es el método más exacto que he visto. Pero me encontré de nuevo con el problema de que los pacientes no tenían medios económicos para pagar las radiografías.

La necesidad me hizo pensar y ojear los apuntes de la geometría del pie, hasta que un día se me ocurrió idear una geometría para la confección de las plantillas ortopédicas.

Estuve haciendo muchísimas pruebas y siempre bajo control de radiografías, hasta que por fin pude obtener una geometría que fuera fácil de hacer y que diera con la máxima exactitud, la anatomía descriptiva del pie reflejada en el diagrama de presión.

SUDENTA, S. A.

Podología

| | |
|--------------|-----------------|
| TABURETES | PODOMETROS |
| MOBILIARIO | ESTERILIZADORES |
| TORNOS | EQUIPOS |
| INSTRUMENTAL | FRESAS |
| ASPIRADORES | ETC. |

Y la incorporación de **SILLONES** de importación Alemanes.

A PRECIOS EXCEPCIONALES Y CON AMPLISIMAS FACILIDADES DE PAGO.



VERSION TOTALMENTE ELECTRICA



POSIBILIDAD DE ELECCION DE CABEZAL

Servicio Técnico garantizado en toda España por el servicio post-venta SUDENTA, S. A.

SOLICITE AMPLIA INFORMACION SIN COMPROMISO A:

sudenta, s. a.



VERSION ELECTRO-HIDRAULICA

Rda. San Antonio, 98, Pral.
Barcelona-11 - Telfs. 318 95 66 - 318 96 16

Espos y Miña. 7
Madrid-12 - Telfs. 221 40 44 - 222 45 69

Hay que tener en cuenta que esta geometría del pie se hará solamente en las afecciones que no tengan una aberración muy acentuada en los ejes longitudinales y transversales del pie. En los casos en que la deformidad sea muy acentuada (ejemplo: pie equino varus) nos veremos obligados a hacer la confección de las plantillas, bajo el diseño científico del «Radiofotopodograma por superposición».

La confección de las plantillas ortopédicas bajo el diseño geométrico del diagrama de presión, es la siguiente:

Se compone de dos partes: 1.^a Diseño de la palmilla y 2.^a Diseño de las piezas.

DISEÑO DE LA PALMILLA

1.^o Al tomar la huella marcaremos los siguientes puntos:

- Cabeza del 1.^o meta.
- Cabeza del 5.^o meta.
- Maléolo interno.
- Maléolo externo.
- Entre el 2.^o y 3.^{er} dedo.
- Centro del talón.
- Bordear las puntas de los dedos y parte posterior del talón.

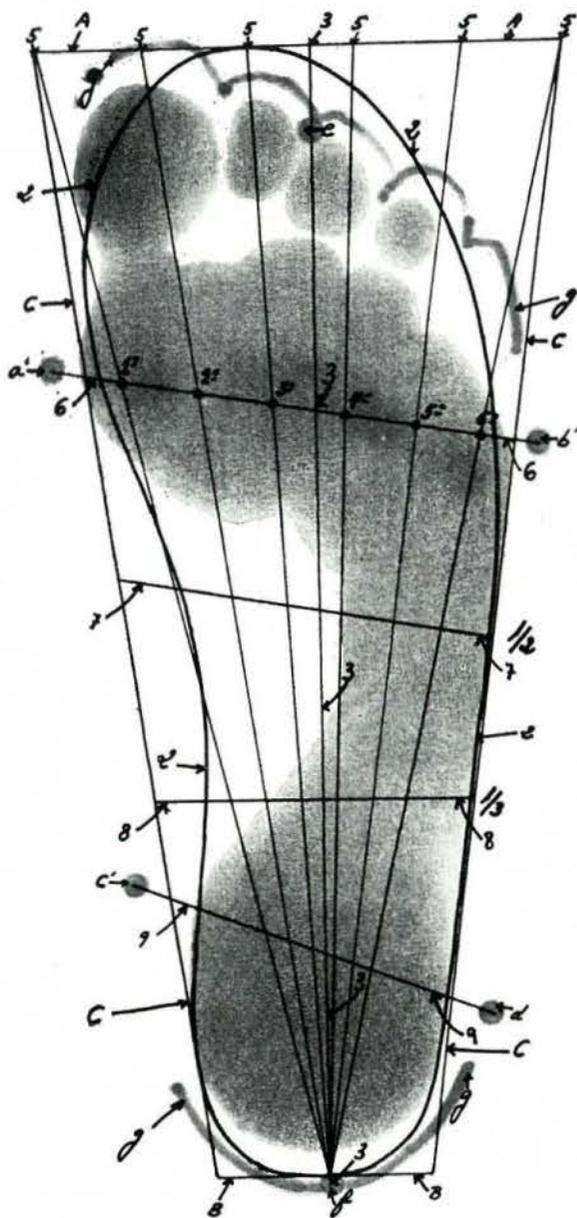
2.^o Inscribir el pie, con el número de palmilla correspondiente a la longitud del pie.

3.^o Trazar el eje del pie.

4.^o Inscribir el pie en un trapecio, siendo:

- Base mayor: es la perpendicular al eje del pie y tangencial al bordeamiento del dedo más largo.
- Base menor: es la perpendicular al eje del pie y tangencial al bordeamiento posterior del talón.
- Lados: pasan por los bordes internos y externos del pie.

5.^o Dividir el trapecio de inscripción al quinto por su base mayor. — Al hacer la división nos encontramos con 6 intersecciones. Con cada una de estas intersecciones formaremos unos ejes o segmentos que irán, desde estas intersecciones hasta la intersección que forma la base menor con el eje del pie.



Fitex-E

Onico-Fitex

Tratamiento local específico de las dermatomicosis y micosis de uña respectivamente. Gran poder de penetración, acción prolongada e intermitente.

FITEX-E

Fórmula

Ester borotrioxibenzoico de la dextrosa, 8,73 gr.;
Acido orto-oxibenzoico, 8,88 gr.;
Disolvente apropiado c.s.p., 100 ml.

Forma farmacéutica

Solución para pincelaciones.

Posología

Pincelar la zona afectada 3 ó 4 veces al día, especialmente después del lavado de la zona.

Indicación terapéutica

Dermatomicosis

Contraindicaciones

Dermatitis bacterianas en fase aguda.

Incompatibilidades

No se conocen

Efectos secundarios

No se conocen

Presentación

Frasco de 60 ml. con pincel.

P.V.P.

199'10 ptas.

No precisan apósitos ni vendajes.

ONICO-FITEX

Fórmula

Ester borotrioxibenzoico de la dextrosa, 8,92 grs.;
Acido orto-oxibenzoico, 1 gr.;
Disolvente apropiado c.s.p., 100 grs.

Forma farmacéutica

Solución para pincelaciones.

Posología

Aplicar 2 veces diarias por pincelación.
Aplicar también después de cada lavado.

Indicación terapéutica

Onicomycosis. Paroniquia.

Contraindicaciones

Dermatitis bacteriana.

Incompatibilidades

No se conocen

Presentación

Frasco de 30 ml.

Efectos secundarios

No se conocen

P.V.P.

100'50 ptas.



INFAR  **NATTERMANN**

Apartado 400 - Zaragoza

Infanta Carlota, 84 - 88

Barcelona - 15

6.º **Arco transversal anterior.** — Es la interlínea comprendida entre la cabeza del 1.º y 5.º meta.

7.º **Arco transversal posterior o interlínea de Lisfranch.** — Situada a 1/2 del eje del pie. Es paralelo al arco transversal anterior.

8.º **Interlínea de Chopart.** — Situada a 1/3 del eje del pie. Es perpendicular al eje del pie.

9.º **Línea bimalleolar.** — Comprendida entre el maléolo interno y el externo.

10.º **Las intersecciones que forman los segmentos con el arco transversal anterior corresponden:**

- 1) Segmento: al sesamoideo interno.
- 2) Segmento: al sesamoideo externo.
- 3) Segmento: al 2.º metatarsiano.
- 4) Segmento: al 3.º metatarsiano.
- 5) Segmento: al 4.º metatarsiano.
- 6) Segmento: al 5.º metatarsiano.

11.º **Trazar la palmilla de soporte.** — No debe pasar el arco transversal anterior o interlínea retrocapital.

DISEÑO DE LAS PIEZAS

1.º **Cúpula plantar interna o arco longitudinal interno.** — Se extiende desde el eje bimalleolar hasta el arco transversal posterior o interlínea de Lisfranch, pasando por el eje del pie. Su altura máxima bajo la interlínea de Chopart y será aproximadamente 1/10 de la longitud que hay desde la base menor al arco transversal anterior, tomando como eje el del pie.

2.º **Cuña de retropie.** — Se extiende desde la articulación de Chopart hasta el centro del talón, pasando por el 3.º eje en el borde interno y por el 4.º eje en el borde externo. No debe pasar del centro del talón, de lo contrario la altura que tenga demás el otro hemiretropie, estará provocando un equinismo más o menos, según la altura que tenga. Se pondrá en el borde interno si el calcáneo está en valgus y en el borde externo si está en varus.

3.º **Cuña pionadora de antepie.** — Se extiende desde el arco transversal anterior hasta la mitad de la interlínea de Lisfranch y de Chopart, pasando entre el eje del 4.º y 3.º metatarsiano (dejando libre el 3.º meta).

4.º **Apoyo retrocapital.** — Se extiende desde el arco transversal anterior hasta el arco transversal posterior, con su borde anterior redondeado y su borde posterior aplanado (si hay helomas se hará hendidura a su nivel). Cográn los metatarsianos que estén insuficientes.

5.º **Barra retrocapital.** — Se extiende desde el arco transversal anterior hasta el arco transversal posterior, con su borde anterior redondeado (si hay helomas con sus hendiduras) y borde posterior aplanado. Si existe supinación del antepie su borde externo llegará hasta la mitad de la interlínea de Lisfranch y de Chopart.

6.º **Almohadillado para calcáneo.** — Se extiende desde la mitad de la articulación de Chopart y de Lisfranch hasta la porción posterior del talón. La hendidura se pondrá donde se localize la talalgia.

Para dirigirse por cualquier concepto a asuntos concernientes a esta Revista, rogamos se remitan a los encargados correspondientes (Redacción, Administración y Publicidad), cuyas direcciones figuran en página 1.ª, con lo cual pretendemos agilizar la correspondencia al canalizar los escritos directamente a los responsables de cada faceta.

Gimnasia correctiva en los pies valgus

Por LUIS PASCUA
Podólogo
ALMERIA

Ejercicios para corregir el retropie valgo.—

Marcho por la W (doble) con los pies en supinación, con los bordes externos; éste se puede sustituir por una pelota de tenis entre los dos pies. Otra forma de rehabilitar el valgusismo del retropie, es la marcha con los talones en Flexión Dorsal, apoyando el borde externo de los talones.

Para corregir la supinación del antepie (aunque algunas veces el antepié está en pronación).

EJERCICIOS DE PUNTILLAS, LEVANTANDO EL DEDO GORDO, EJERCICIOS CON LOS TALONES EN FLEXION DORSAL CON LAS PUNTAS HACIA DENTRO; ACCION SOBRE EL TIBIAL ANTERIOR.

El sujeto está de puntillas, se le manda flexionar las rodillas sin mover los talones, sigue de puntillas, va bajando y después se le manda poner los pies en supinación, vuelve otra vez de puntillas y por último descansa. Es muy difícil, pero muy eficaz. Ejercicios de rodillo, apoyando con fuerza el arco longitudinal interno.

Ejercicio sobre rodillo en forma de T, haciendo supinar los pies y que haga ejercicios semicirculares.

Marcha sobre un plano inclinado en flexión plantar máxima, subiendo en flexión plantar y bajando en flexión plantar.

MARCHA SOBRE LOS PIES CRUZADOS; APOYANDO BIEN EL ANTEPIE. REEDUCACION DEL PERONEO LATERAL.

Ejercicios de presión, coger objetos con los dedos del pie, toalla, bolas, lápices y supinar el pie hasta la rodilla contraria.

Enseñaremos la marcha normal o la marcha correctiva de Hausser con el busto rectilíneo las cuatro fases de la marcha:

1. CHOQUE POR EL TALON; CON EL PIE DORSAL. — 2. Apoyo de todo el pie. — 3. Apoyo del antepié y 4. Fase de despiegue del dedo gordo y primer metatarsiano.

Maniobras de corrección.— Cogemos con una mano el retropie y lo ponemos en varus y el antepié en aducción.

Movilizaciones contra resistencia.— PARA DESARROLLAR TODOS LOS FLEXORES PLANTARES PONIENDO LA MANO EN LA PLANTA; FORZANDOLE A HACER FLEXIONES PLANTARES.

Anomalías de los miembros inferiores y de la columna vertebral.— Son muy frecuentes las anomalías podológicas provocadas por

desórdenes en la columna, como consecuencia del hundimiento de la quinta vértebra lumbosacra produce alteraciones en los pies, tipo pie plano valgo. Una dismetría, con un valguismo exagerado produce una comprensión cervical con las correspondientes algias. Existen distintos síndromes, como una Aplasia vertebral que provoca un pie cavus.

Anomalías en la cadera con repercusión en los pies y rehabilitación. — Las anomalías de la cadera más frecuentes son: Luxaciones congénitas, COXA VARA, COXA VALGA, todas estas anomalías producen alteraciones podológicas de compensación en los pies.

Luxación o subluxación de cadera. — Estas anomalías si no son tratadas producen un pie cavo anterior, a veces también unos pies equino varo de compensación.

Coxa vara. — Produce en los pies normalmente unos pies Adductus, con el retropié en valguismo y el antepié en metatarso varus. — El tratamiento ya lo he mencionado en el pie Adductus. Otras veces la Coxa vara, que es más frecuente produce en el antepié PRONACION y equino, el tratamiento rehabilitador será tratar el cavus plantar exagerado con el antepié en pronación.

Coxa valga. — Se caracteriza en los pies con la marcha en rotación interna, con su correspondiente valguismo del retropié, se tratará como un pie plano valgo.

Anomalías femorales. — Suelen ser raras, encontramos una rotación interna y externa exagerada, como consecuencia de una aplasia, anteversión o insuficiencia femorales. El esqueleto del pie suele ser normal, pero suelen aparecer unos pies equino varo de compensación.

Si existe una rotación interna femoral el tratamiento fisioterápico será mandar al paciente que camine en rotación externa, y si la rotación es interna le haremos caminar en rotación externa.

Rotación interna de los pies de origen femoral. — La marcha y las actitudes en rotación interna de los pies de origen femoral,

cuando la rótula está desplazada en el plano frontal, el pie no presenta nunca rotación interna. Por el contrario observamos esta anomalía a nivel de la pierna.

EN TODOS LOS CASOS DE ROTACION INTERNA DE LOS PIES Y LA MARCHA EN ROTACION INTERNA ES PRECISO LA REEDUCACION FUNCIONAL DE LOS MUSCULOS VALGIZANTES DEL PIE; EN PARTICULAR EL MUSCULO PERONEO LATERAL LARGO.

Genus valgus. — El genus valgo puede producirse por una hiperlaxitud ligamentosa muscular, una desigualdad de crecimiento de los huesos de la pierna, un raquitismo, una deficiencia del cartilago de conjunción, una epifisitis tibial o femoral con hipertrofia, una parálisis y una dismetría de los miembros inferiores.

El tratamiento rehabilitador consistirá en prevenir la deformidad en los pies, frecuentemente asociado al VALQUISMO DEL RETROPIE.

Mantendremos los pies en posición normal, controlando el equilibrio muscular antero posterior y sobre todo el transversal del pie.

El Valquismo del retropié, lo trataremos con los ejercicios adecuados como un pie plano adquirido.

La reeducación de los pies planos valgos será obligatoria, asociado a la recuperación de los músculos que producen la deformidad en la rodilla.

Para el tratamiento del Genus valgus, haremos ejercicios activos como el de TRICICLO para los niños es el más adecuado, con este ejercicio hacemos trabajar el músculo CUADRICEPS extensor de la rodilla y los Flexores que están en la parte posterior del muslo como son semimembranoso, semitendinoso.

Otro ejercicio muy importante para el Genu Valgo, es el paciente sentado sobre un soporte que pueda formar un ángulo recto con la rodilla, se le manda hacer ROTACION EXTERNA AXIAL que es de 30 a 35 grados, llevando la punta de los pies ha-

cuando sus dos pies
son dos
problemas...



Use **Peusek**[®]

desUdorante y
desOdorante
de los pies



Y AHORA TAMBIEN

NUEVO

Peusek[®]
ARCANDOL

para pies

*ARdientes
CANsados
DOLoridos*

SPRAY



DOS PRODUCTOS PARA...
DOS PROBLEMAS QUE SON...
DOS SOLUCIONES.

cia fuera, asimismo tiene una intervención importante los movimientos de Abducción del pie.

En decúbito supino, cogemos con una mano el pie y con otra la extremidad superior de la tibia y haremos un movimiento de rotación externa, manteniéndolo varios segundos.

En Decúbito Prono haremos movilizaciones pasivas de rotación externa axial.

Genu varum. — El genu varum puede ser producido por una anomalía de la cadera Coxa valga, del fémur (Rotación interna del fémur) una anomalía de la pierna, torsión interna del esqueleto de la pierna, raquitismo y congénito.

Las repercusiones del genu varo en los pies son variables, se puede presentar en los pies con un retropié valgo y un antepié varus: pies adductus o un retropié varo y antepié supinado y también al pie plano valgo.

La reeducación funcional serán, según tengan el retropié y el antepié, ejercicios terapéuticos indicados para cada caso.

El tratamiento de los músculos de la rodilla es vital, sobre todo los flexores de la rodilla: ejercicios de subida sobre las puntas por una roca.

Ejercicio activo de la rotación axial con la rodilla en flexión de 90 grados el sujeto sentado en el borde de una mesa, con las piernas colgando, la punta de los pies los conduce hacia dentro e intervienen en gran parte los músculos aductores del pie. La rotación axial interna es de unos 30 grados. Haremos movilizaciones pasivas, con una mano estando el paciente en decúbito supino cogemos el pie y con otra la extremidad superior de la tibia y haremos movi-

mientos de rotación interna, dejándoselo varios segundos.

En decúbito prono, le haremos movilizaciones pasivas axial en rotación interna de la rodilla.

Anomalías de las piernas. — Consisten en torsiones o deformidades anormales del esqueleto de la pierna, o anomalías congénitas como una pseudoartrosis del esqueleto de la pierna o una luxación de los tendones peróneos.

Torsión interna del esqueleto de la pierna. —

Si la distorsión no se produce espontáneamente, el pie suele conservar la dirección de la torsión en rotación interna con las puntas hacia dentro, con esta inversión de posición el pie y la pierna favorece el aplanamiento del arco plantar interno.

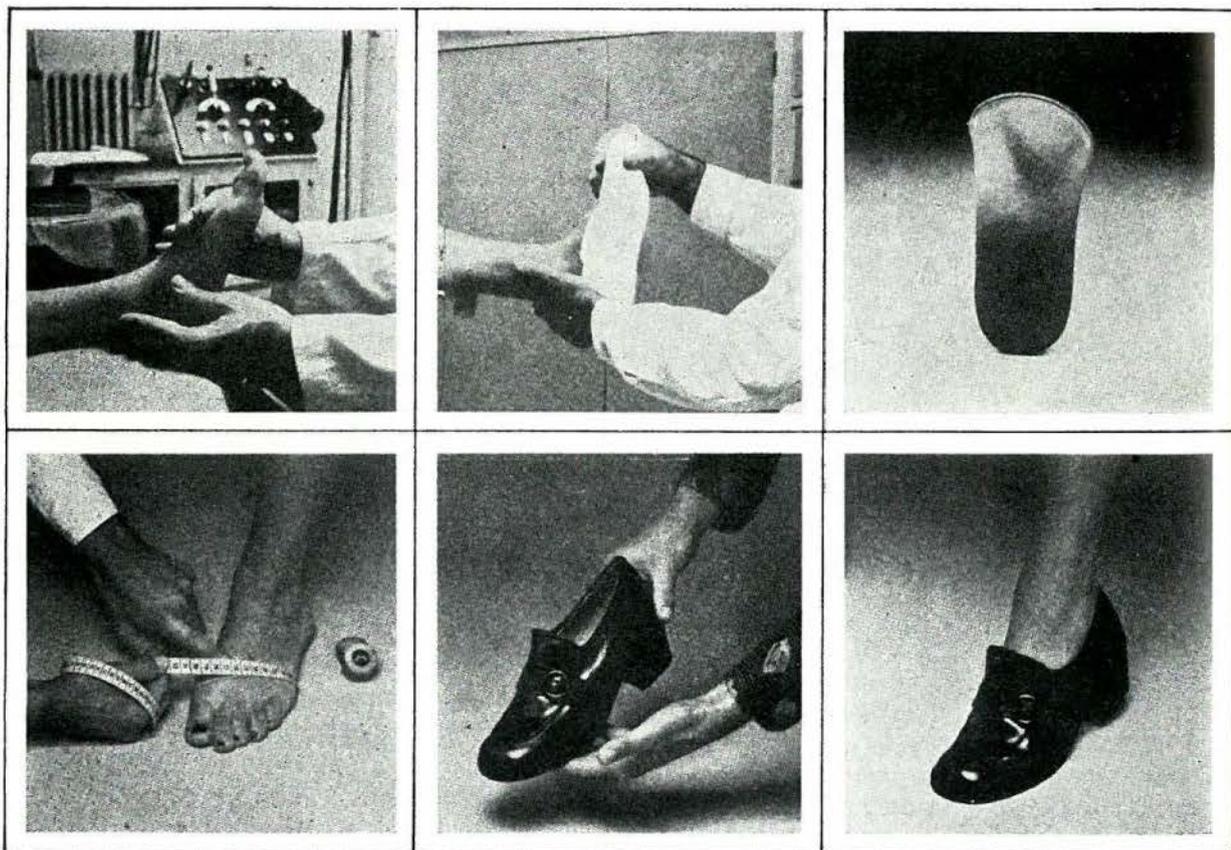
El tratamiento fisioterápico en la torsión interna del esqueleto de la pierna, será según la postura del pie. Si en el pie tenemos un valgismo exagerado con hundimiento del arco longitudinal, se harán ejercicios para pie plano valgo, si la torsión interna va asociada a un retropié varo, haremos ejercicios para curar el varismo.

Distorsión excesiva del esqueleto de la pierna. — Esta deformidad da normalmente un pie plano valgo; ejercicios para pie plano valgo.

Ausencia o pseudoartrosis del esqueleto de la pierna. — Estas desviaciones van asociadas en el pie a un equino varo. Ejercicios para pie equino varo.

Luxación de los tendones peróneos. — Esta deformidad que necesita un tratamiento quirúrgico, se acompaña de Pronación y a veces de Flexión dorsal. La rehabilitación será sobre todo para la reeducación de la supinación y la flexión plantar.

TAN IMPORTANTE COMO SUS MANOS



Sus manos conocen, investigan y alivian. Pero su experiencia personal puede verse traicionada si no existe un zapato que satisfaga plenamente sus prescripciones. Por esta razón, MANUFACTURAS PROS pone a su disposición la nueva línea de zapatos MANITOS ORTHO.

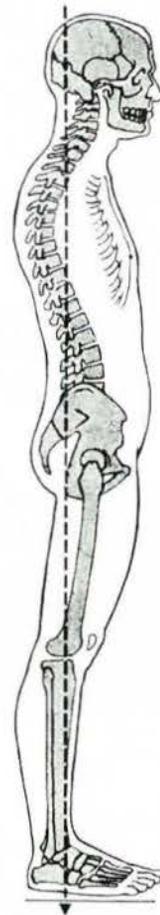
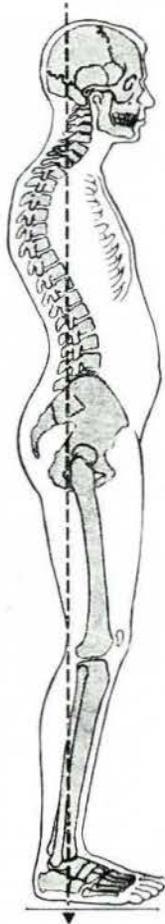
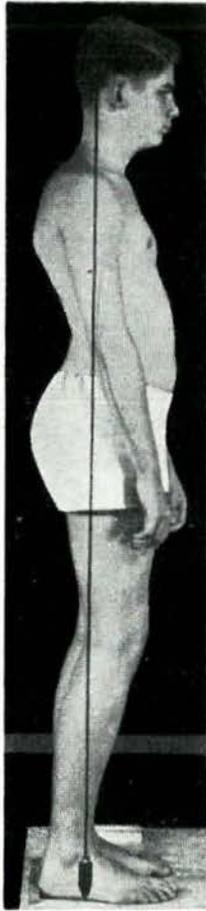
MANITOS ORTHO es un zapato especialmente diseñado para satisfacer todas sus exigencias. Tanto la calidad de los materiales, como la adaptabilidad al uso de plantillas permiten en todo momento continuar ejerciendo una acción benéfica y correctora como si se tratara de sus propias manos.

MANITOS ORTHO: TAN IMPORTANTE COMO SUS MANOS.



MANITOS
ORTH0

Desviaciones de la postura erecta idealmente alineada



Cabeza: Hacia delante.

Vértebras cervicales: Hiperextendidas.

Vértebras dorsales: Flexión aumentada (cifosis).

Vértebras lumbares: Hiperextendidas (lordosis).

Pelvis: Inclinación anterior.

Articulaciones de la cadera: Flexionadas.

Articulaciones de la rodilla: Flexionadas.

Articulaciones del tobillo: En flexión dorsal en virtud de la flexión de la rodilla que inclina la pierna hacia delante a nivel del tobillo.

Cabeza: Hacia delante.

Vértebras cervicales: Hiperextendidas.

Vértebras dorsales: Aumento de la flexión con aumento de la curvatura (cifosis alargada).

Vértebras lumbares: Aumento de la flexión con disminución de la curvatura.

Pelvis: Inclinación posterior.

Articulaciones de la cadera: Hiperextendidas.

Articulaciones de la rodilla: Hiperextendidas.

Articulaciones del tobillo: En posición neutra. La hiperextensión de la articulación de la rodilla puede ser causa de la flexión plantar de la articulación del tobillo (como en la figura c de la página 32), pero no tiene lugar aquí debido a la desviación anterior del cuerpo.



FUNGISIDIN

antimicótico de alcance total

FUNGISIDIN

posee un amplio campo de acción antimicótica y antibacteriana, por ser activo frente a dermatofitos, levaduras y también frente a bacterias gram positivas.

Composición

Nitrato de 1-(glioxalilil)-(2,4-cloro- α -hidroxitolil)-2-(2,4-clorobenceno).

Indicado en

Dermatomycosis:

Tinea pedis. Tinea cruris. Tinea corporis. Tinea unguium. Tinea manuum. Tinea barbae.

Afecciones por levaduras:

Candidiasis cutáneas, anal, escrotal y vulvar, vulvovaginitis candidiásica postantibiótica. Lesiones de los pliegues cutáneos. Lesiones perianales. Onixis y perionixis. Estomatitis angular. Balanopostitis.

Micosis provocadas por hongos diversos.

Pitiriasis versicolor.

Infecciones y sobreinfecciones por bacterias gram positivas.



Modo de administración

En general, 2 ó 3 aplicaciones al día de gel o aerosol sobre la zona afectada.

Contraindicaciones

No se le conocen.

Efectos secundarios

No se han registrado irritaciones, molestias o sensibilizaciones dérmicas.

Presentación y P.V.P.

FUNGISIDIN

ofrece por su presentación en gel y en aerosol una extraordinaria facilidad de administración, permitiendo la elección de la forma más idónea en cada paciente para asegurar el acceso del preparado a todas las zonas de la piel.

FUNGISIDIN AEROSOL:

Frasco de 50 ml. P.V.P.: 231,- Ptas.

FUNGISIDIN GEL:

Tubo de 30 gr. P.V.P.: 261,- Ptas.

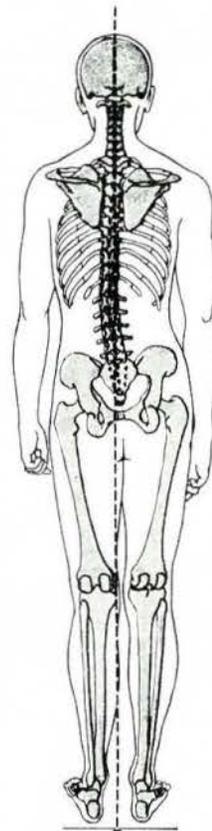
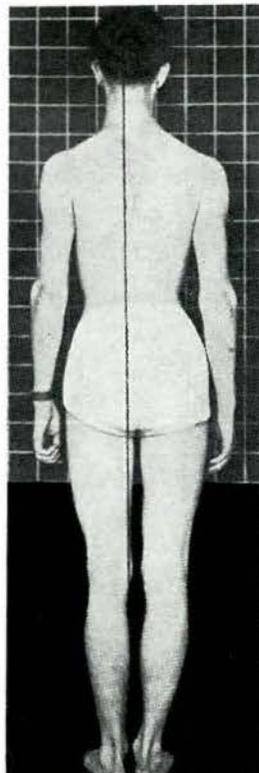
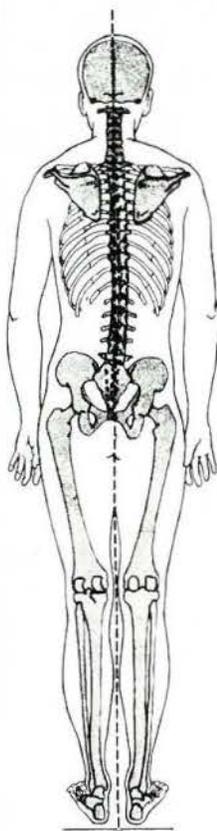
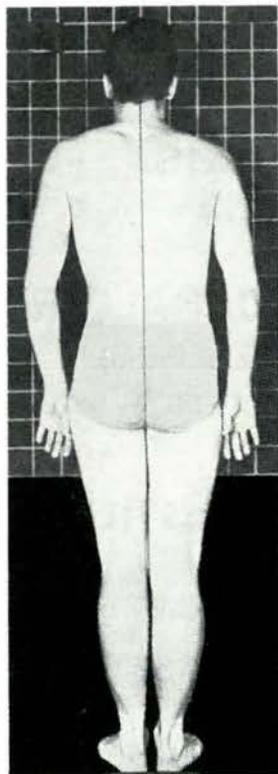


Avda. Generalísimo Franco, 520
Barcelona-11

ISDIN

técnica e investigación en dermatología

Desviaciones de la postura erecta idealmente alineada



Cabeza: Buena alineación, sin inclinación ni rotación.

Vértex cervicales: Alineadas verticalmente.

Hombros: Elevados.

Articulaciones del hombro: En rotación interna indicada por la posición de las manos, que miran hacia atrás.

Escápulas: En aducción y elevación.

Vértex dorsales y lumbares: Discreta curvatura dorsolumbar convexa hacia la derecha; es decir, flexión lateral de la columna vertebral hacia la izquierda.

Pelvis: Inclinación lateral, ligeramente más elevada a la izquierda.

Articulaciones de la cadera: Izquierda en aducción y ligera rotación interna, derecha en abducción.

Extremidades inferiores: Buena alineación sin incurvación hacia fuera o hacia dentro.

Pies: En ligera pronación.

Cabeza: Buena alineación, sin inclinación ni rotación.

Vértex cervicales: Alineadas verticalmente.

Hombros: Derecho descendido.

Escápulas: En aducción y la derecha ligeramente descendida.

Vértex dorsales y lumbares: Curvatura dorsolumbar convexa hacia la izquierda; es decir, flexión lateral de la columna vertebral hacia la derecha.

Pelvis: Inclinación lateral con elevación del lado derecho.

Articulaciones de la cadera: Aducción y discreta rotación interna de la derecha, abducción de la izquierda.

Extremidades inferiores: Buena alineación sin incurvación hacia fuera o hacia dentro.

Pies: En la fotografía, el derecho está en pronación discreta, según demuestra la alineación del tendón de Aquiles. El izquierdo está en posición de pronación postural discreta, en virtud de la desviación del cuerpo hacia la derecha.

flexor

Presenta
los nuevos modelos
de plantillas
ortopédicas



SERIE CABALLERO

(modelo ancho)

Ref. 5621 - 5622 - 5623

CARACTERISTICAS:

- **Cazoleta** para contención del calcáneo.
- **Arco Longitudinal** suave para apoyo del escafoides.
- **Arco Transverso** blando para descarga de los metatarsianos.
- **Admite** todo tipo de correcciones mediante nuestros suplementos.

FLEXOR, S.A.

VALENCIA, 345 (ESQUINA BAILEN)
TELEFONO 258 14 15 - BARCELONA-9

Labor Docente

Por JULIO ALONSO
Podólogo
BARCELONA

Se ha celebrado en la Escuela de Podólogos de Barcelona, un curso de «enseñanza continuada» para un grupo de 33 profesionales, de los días 18 al 21 del mes de marzo. Asistieron invitados dos Chiropodistas Ingleses de gran prestigio en su país; Míster P. J. READ, Director de la Escuela de Chiropodist de Chelsea y Míster J. SANDERS, Profesor Decano de la misma Escuela, dedicado a la especialidad de Ortopodología. También expusieron sus experiencias los profesores de la Escuela, Sres. J. Solé Cuch y E. Rodríguez de la especialidad de Ortopodología, Sr. M. Rueda, de Recuperación Funcional y los Sres. F. Farreras y J. Alonso, de Cirugía Podológica.

Para mantener un vivo diálogo con los conferenciantes extranjeros, se instalaron los equipos necesarios para la traducción simultánea de inglés-español y español-inglés, en la sala de actos, con la colaboración de dos especializadas traductoras.

En todas las conferencias se expusieron material didáctico, diapositivas, películas y en muchas ocasiones realizaciones prácticas «in situ».

M. Read expuso brillantemente, y con mucha claridad, la problemática frecuente en el pie, especialmente de la mujer, con el uso de los diferentes tipos de calzados y también de algunos calcetines.

M. Sanders, reflejó de una manera práctica el uso de las siliconas, con multitud de variaciones y de formas, posteriormente demostró diferentes materiales para la confección de plantillas y algunos tipos de éstas.

Ambos fueron muy aplaudidos; al finalizar sus interpretaciones, les fueron entregadas sendas placas conmemorativas a su estancia en esta Escuela.

El personal docente de la Escuela, habló de los siguientes temas:

Sr. Solé Cuch, Confección de plantillas con el conglomerado de Cor-Naylon, diferentes formas de ortosis con siliconas y latex, formación de guantaletes etra.

Sr. E. Rodríguez desarrolló la prótesis ungueal, ortonixia y ortosis y nuevos conceptos de corrección que se deben realizar en el molde para conseguir la plantilla adecuada.

Sr. Rueda disertó la anatomía músculo ligamentosa del pie y pierna, estudio de las inserciones musculares y función que imprimen, balance muscular y ejercicios reeducativos.

Sr. Farreras realizó dos intervenciones quirúrgicas en pacientes con verrugas plantares, exponiendo diferentes tratamientos para la curación de las mismas.



El Sr. Escachs haciendo entrega a Mr. Read de una placa en prueba de agradecimiento a los colegas ingleses.



Momento de las clases durante las Conferencias.

Sr. Alonso extirpó la matriz ungueal en un paciente con una uña hipertrófica traumática y expuso diferentes técnicas quirúrgicas para el tratamiento de algunos procesos patológicos ungueales.

El último día hubo una mesa redonda presidida por el Sr. Escachs y compuesta por los conferenciantes y cursillistas; en el transcurso de la misma, se entablaron multitud de preguntas y contestaciones, dando fe de la importancia de estos coloquios. Finalmente el Sr. Escachs dio por clausurado el curso, dándole las gracias a todos por su presencia, especialmente a los invitados extranjeros, que no han dudado en dejar su país para estar con nosotros en estos días, aprovechando la circunstancia para pedirle al Sr. Read una invitación para poder visitar un grupo de compañeros españoles la Escuela que él dirige. Contestó el Sr. Read que había sido para su compañero y él un motivo de satisfacción estar en Barcelona y que vería con agrado contar con nuestra presencia en su Escuela.

Tenemos que agradecer la presencia del Sr. J. L. Vila-Plana, durante este cursillo, que como viene siendo habitual, cuando hay invitación de ingleses o franceses, realiza la función de Relaciones Públicas.

Igualmente agradecemos al Sr. Jaime Masip, por su colaboración en la parte técnica.

Asistieron a este curso los Sres.:

JUAN JOSE ARAOLAZA
AGUSTIN ALONSO GUINART
JUAN MANUEL BAEZ GUTIERREZ
AURORA BRAVO ORTIZ
ASUNCION BONET PRAT
ENCARNACION CABANE
TOMAS CESPEDES CESPEDES
ANGEL CASADO
JULIO CRESPO ORIOLA
FRANCISCO DE PAULA DORIA
ANTONIO ESPINOSA
MANUEL FLORES
JOSE FERNANDEZ CANOVAS
PABLO FARNES
JUAN GARCIA UNANUE
LUIS GARCIA UNANUE
GUARDIA GOMA
JUAN ESTEBAN HIJOSA

MIGUEL HERNANDEZ
JUAN IBORRA NAVARRO
RICARDO LORENTE
VALERIANO MOLINA
JOSE MASONI
ARTURO MARIN
JOSE NAVES ORTIGOSA
JULIO PEDROSA
JUAN PERIANO
ANTONIO RODRIGUEZ
CARLOS SAGUILLO
ANA TORO
CARMEN TORRENO
PEDRO TORRES
JOSE VILA FESTER

Para dar información a los compañeros españoles de cómo se halla la podología en Inglaterra, solicité una entrevista a los invitados ingleses, que gustosamente se brindaron a mis preguntas.

— **Señor Read, ¿cómo se denomina la institución nacional que agrupa a todos los Chiropodistas ingleses?**

— Society of Chiropodists, el cual edita una revista mensual, que se denomina «The Journal of chiropodists».

— **¿Cuántas escuelas hay en el Reino Unido?**

— En total son ocho.

— **¿Cuántos alumnos acoge la escuela que usted dirige?**

— Un total de 148, en los tres cursos.

— **Normalmente, ¿a qué horario están sometidos los alumnos de la escuela?**

— De 9 de la mañana a 5 de la tarde, quitando una hora para la comida, siendo la semana de cinco días.

— **¿De cuántos profesores dispone para dar las enseñanzas podológicas?**

— Veintidós a Full Time, o sea a pleno rendimiento, y veinticuatro a horas concertadas.

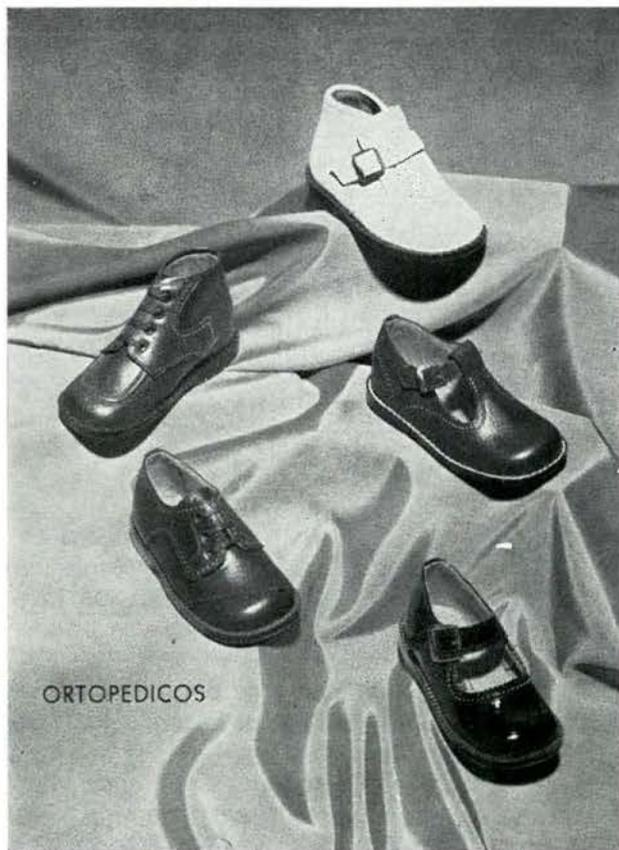
— **¿Dispone de subvención estatal?**

— Sí, en gran parte esta escuela está protegida por el estado, ya que de no ser así, no podríamos sufragar los gastos que tenemos.

— **¿Cuánto cuesta la matrícula al alumno?**

— Una cantidad muy baja: 150 libras para los ingleses y por curso, y 450 para los extranjeros.

— **¿Quién dirige las Escuelas de Chiropodists?**



**calidad,
comodidad y
materiales
adecuados**

**Todos los modelos
tienen su importancia y
han sido estudiados
para colaborar en los
tratamientos de los
señores Podólogos y
ajustándose a sus
prescripciones**

Mendivil
ESPECIALIDAD EN ORTOPEDICOS



RAMON SAEZ GARCIA

AGUAOR, JOSE MENOR HERNANDEZ, S/N
TELEFONO 801377 - PREFIJO 965
VILLENA (ALICANTE)

— Los responsables son los Chiropodists de las escuelas, estando en contacto con la profesión médica por una organización estatal. Creo que es interesante que las Escuelas de podólogos estén dentro del Hospital; nosotros trabajamos en relación con Hospitales, pero no están las escuelas dentro de ellas.

— **El profesor a full time, ¿le permite vivir olgadamente, sin disponer de otros trabajos particulares?**

— No conocemos ningún compañero que trabaje a full time y que trabaje en despachos particulares, pudiendo vivir con los sueldos que disponen oficiales.

— **¿Puede el Chiropodist realizar infiltraciones medicamentosas?**

— Puede realizar las infiltraciones anestésicas, pero no las medicamentosas.

— **¿Practican cirugía podológica en su país?**

— Actualmente se está extendiendo, especialmente la cirugía ungueal, con procedimientos que no requieran la sutura de planos.

— **¿Está la quiropodia incluida en la Seguridad Social?**

— La mitad de la quiropodia que se practica en el país, está pagada por el Estado, en centros adecuados, siendo la otra mitad de carácter particular.

— **Muchas gracias, señor Read, espero sabrá disculparme por la cantidad de preguntas hechas. ¿Quiere usted finalmente añadir algo más?**

— Pues sí. Que estamos muy contentos de haber estado con ustedes estos días; nos hemos percatado que tenemos muchas cosas en

común, que estamos afianzando el respeto de toda la clase médica y que necesitamos aunar nuestras fuerzas, así como decía el señor Eschachs en la clausura para formar un profesional europeo con los mismos estudios y consideraciones.

Me dirijo al señor Sanders, preguntándole:

— **¿Trabajan en despachos particulares los profesores de la Escuela?**

— Los de Full time no, pero sí en cambio los que tienen horas concertadas.

— **¿Qué contactos tienen con la Seguridad Social?**

— Pues son muy cordiales; consideramos que tenemos un puesto dentro de la Sociedad, estando muy relacionados con los Traumatólogos, Dermatólogos, Reumatólogos, Cirujanos, etc.

— **¿Qué horario acostumbra a realizar el chiropodist inglés que trabaja particularmente?**

— Normalmente trabaja ocho horas al día, y cinco días a la semana.

— **¿Hay suficientes chiropodistas en el Reino Unido?**

— No, creemos que haría falta el doble del actual.

— **¿Quiere usted añadir algo más, señor Sanders?**

— Nada más, que he disfrutado de España más en este viaje que el anterior que realicé por asuntos propios y que espero volverles a ver el año próximo.

— **Muchas gracias a los dos y que tengan un feliz viaje de regreso. Hasta siempre.**



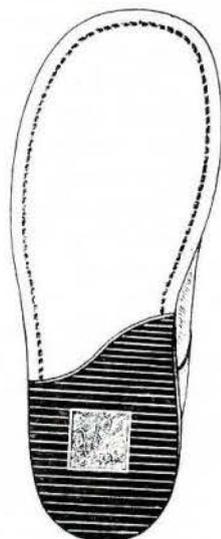


no basta

con que haga usted la mejor plantilla,
la más adecuada a cada caso...

ADEMÁS ha de cerciorarse de que el paciente la use en un calzado que ayude su benéfica acción:

SOLIDEZ: con la máxima garantía de INDEFORMABILIDAD.

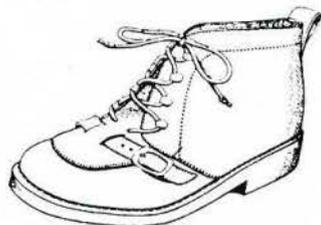


EQUILIBRIO: que garantice los correctos contactos (pie-suela y suela piso)

ESTRUCTURA: Firme y estática en sus dos tercios traseros (buena corrección) y flexible en el tercio delantero (fácil deambulación).

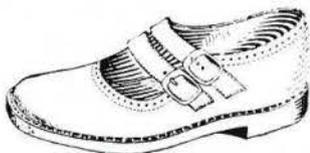
SUJECION: en posición correcta del retropié (empeine y talón)

ESPACIO: que deje holgura para el crecimiento y libre moción de los dedos.



MATERIALES: con suficiente porosidad y poder de absorción.

PIEDRO reposa sobre un excelente equipo técnico y científico internacional que le garantizan el mejor calzado posible en los materiales nobles de más alta calidad.



Si no encuentra **PIEDRO** cerca de su Consulta, díganoslo, por favor.



Delegado en ESPAÑA de **PIEDRO INTERNACIONAL**

J. L. VILA-PLANA - Conde Borrell, 211 - Prta. 33 - T. 93/239 53 06 - BARCELONA-15

Técnica

Radiopodológica

La Podología cuenta con una importante ayuda con el empleo de la roentgenografía aplicada al pie, mediante la cual podemos detectar alteraciones óseas, ya sean de tipo estático, funcional o patológico. Se puede afirmar que en la actualidad este campo está bastante perfeccionado y el empleo de medios radiográficos nos es de mayor utilidad día tras día, siendo de todos conocidas las distintas posiciones radiográficas del pie según la afección que éste presente.

Por otro lado, también es interesante la superposición de la huella plantar o fotopodograma a la radiografía, lo que nos da el lugar bastante aproximado de puntos dolorosos, de apoyo, etc., pero esto encierra tal vez cierta dificultad en cuanto al encuadre de la afección, puesto que la posición del pie puede no ser idéntica al tener que mover al enfermo para efectuar ambas técnicas. Este problema no lo tenemos con el empleo del radiofotopodograma, al ser todo hecho a un mismo tiempo, sobre una misma placa y con idéntica posición, es decir, sin tener que movilizar al paciente. Solamente entraña una dificultad, cual es el tener que efectuarlo en cámara oscura, con los inconvenientes que ello representa.

Es por ello que habiendo tenido conocimiento en esta Redacción acerca de los estudios y trabajos realizados en esta materia por dos alumnos de primer curso de la Escue-

la de Podólogos de Barcelona, nos pusimos rápidamente en contacto con ellos para estudiar y dar a conocer los primeros pasos que ellos han seguido hasta llegar a la obtención de la radiografía completa del pie, superpuesta a la huella, en una sola placa y a plena luz, como si se tratase de una radiografía normal. Dicha técnica la han presentado a la Escuela de Podólogos de Barcelona para conjuntamente estudiarla y seguir realizando estudios al respecto, dado que se halla en fase puramente embrionaria.

Se trata de los alumnos Isidro Marí y Marcelino Fernández, a los que hemos entrevistado para nuestra Revista y que gentilmente nos han respondido en los siguientes términos:

— **¿En qué consiste exactamente vuestra técnica?**

— Consiste en obtener la huella plantar de apoyo conjuntamente con la impresión ósea.

— **¿Cómo surgió esta idea?**

— Fue después de haber asistido a una de las clases pertenecientes a la Asignatura de Exploración, a cargo del Profesor Sr. Vilató, en la cual nos explicaba el radiofotopodograma y algunos estudios que él estaba realizando al respecto, por cuyo motivo entra-

ESSAVENON® GEL



Tratamiento local de los trastornos de la
circulación de retorno.

Fórmula 100 grs. contienen:
Escina, 1 gr.; Heparina sódica, 10.000 U.I.; Fosfátidos con
predominio de ácidos grasos insaturados, en especial ácidos
linoléico -aprox. 70%- y linolénico, 1 gr.

Forma farmacéutica
Gel

Posología

Aplicar 2 ó 3 veces al día Essavenon Gel en sentido ascendente.

**Inmediata absorción, gran efecto refrescante, no mancha,
no irrita y no necesita vendajes.**

Indicación terapéutica

- Piernas y pies cansados, hinchados ●
- Tobillos hinchados ●
- Adaptación de plantillas ●
- Hematomas, contusiones ●
- Calambres, hormigueos ●

Contraindicaciones

Ulcus cruris, heridas abiertas.

Incompatibilidades

No se conocen

Efectos secundarios

No se conocen

Presentación

Envase con 40 grs.

P.V.P.

114'50 ptas.



INFAR  NATTERMANN

Apartado 400 - Zaragoza
Infanta Carlota, 84-88
Barcelona-15

mos en diálogo sobre la posibilidad de obtener el radiofotopodograma en una sola placa, a lo que nos contestó explicándonos las ventajas e inconvenientes, así como el resultado de esta técnica, que es una situación de la huella con sus cargas correspondientes, respecto a la estructura ósea. Dado que nosotros estamos trabajando en un servicio de Radiología empezamos a pensar la posibilidad de conseguir lo mismo pero a plena luz, para lo

que empezamos a hacer pruebas hasta llegar a la obtención de nuestro propósito.

— **¿Podrías aclararnos qué procedimiento empleáis?**

— Nosotros sabíamos que empleando una sustancia radio-opaca, podríamos obtener la sombra del pie, pero nos hacía falta encontrar la fórmula para que ésta sombra no nos ta-



constantino velasco laínz

y

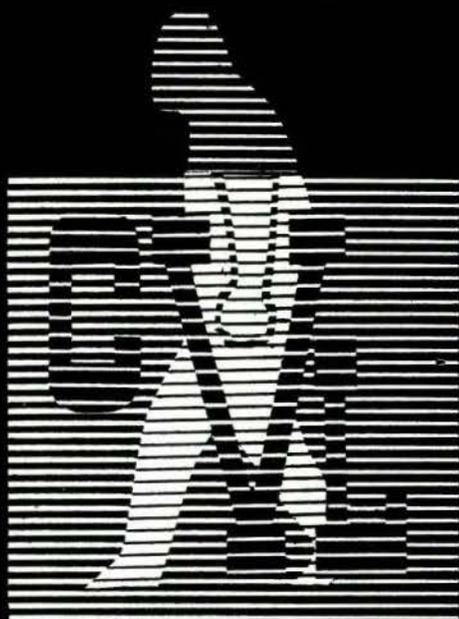
BERKEMANN

*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. Glmo.)
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.

pase la constitución ósea. Para ello se nos ocurrió la idea de impregnar la planta del pie con dicha sustancia, efectuando posteriormente el disparo, con lo que obteníamos ambas imágenes pero con poco contraste. Entonces pensamos hacerlo introduciendo el pie dentro de una cubeta con contraste colocada encima del chasis con la placa radiográfica, realizando sobre el pie dos disparos (anterior y posterior), con poca angulación para evitar desplazamientos de la imagen.

— **¿Cuál ha sido el resultado?**

— Es la obtención de la radiografía de la superficie que contacta y la superposición ósea.

— **¿Creéis haber aportado algo nuevo a nuestra especialidad?**

— Sencillamente hemos querido dar a conocer los resultados de esta técnica que he-

mos efectuado, en la que se puede visualizar la relación existente entre la huella plantar y la estructura ósea y de esta manera observar los desplazamientos de la huella respecto al esqueleto. También hemos de anotar que si antes de hacer el disparo circunscribimos los trastornos epidérmicos o las sobrecargas con alambre, se puede comprobar con bastante exactitud su correspondencia con la disposición ósea, siéndonos por tanto de gran utilidad, no sólo para comprender mejor la etiología de su formación, sino para la colocación de los padding o descargas correspondientes.

Os damos las gracias por vuestra gentileza y os deseamos que esa inquietud que manifestáis por la Podología os acompañe siempre en vuestro trabajo y os dé los mayores éxitos en esta profesión que estáis iniciando con tanto cariño.

M. RUEDA



Consultorio profesional

En el número anterior de esta Revista iniciamos este apartado dedicado a Consultorio Profesional, con el cual pretendemos ser de utilidad al compañero que desea información acerca de cualquier tema relacionado con la Podología, ya se trate de libros, materiales de uso habitual, técnicas o tratamientos. Dado que el fin primordial es la información, siempre dentro de la máxima claridad y a la vez discreción, todo interesado puede dirigirse por escrito al domicilio del Jefe de Redacción, que figura en la primera página, y en la respuesta haremos constar las iniciales, número de colegiado o Agrupado, o seudónimo, según preferencias.

Creo hemos empezado con «buen pie», como lo demuestra el que dos compañeros hayan tenido la gentileza de dirigirse a esta Redacción. Esperamos seguir contando con colaboradores que hagan posible dar a este apartado la importancia práctica que pensamos merece.

Seguidamente pasamos a dar contestación al compañero A. R. S., de Barcelona, quien nos solicita la técnica que habitualmente empleamos para el tratamiento del heloma neurovascular.

«Apreciado compañero: para el tratamiento de este trastorno dérmico que nos indicas, existen, como sabes, varias técnicas, todas ellas con resultados altamente positivos. No queremos, pues, al darte la siguiente, tratar bajo ningún concepto de menospreciar a las

demás, sino que, sencillamente, es con ella con la que nos sentimos más identificados, por ser la que usualmente venimos empleando en la mayoría de casos.

Consiste en proceder en primer lugar a la descarga del heloma, ya sea con fieltros o goma espuma adhesivos, o mediante correcciones en la plantilla, para proceder después a la cauterización física previa anestesia local. Como medidas físicas de cauterización son aptas el electrobisturí, el electrocauterio, etc., dando excelentes resultados; aunque normalmente nos inclinamos a practicar la exéresis en bloque de la neoformación y la descarga de la zona correspondiente.»



Nota Necrológica:

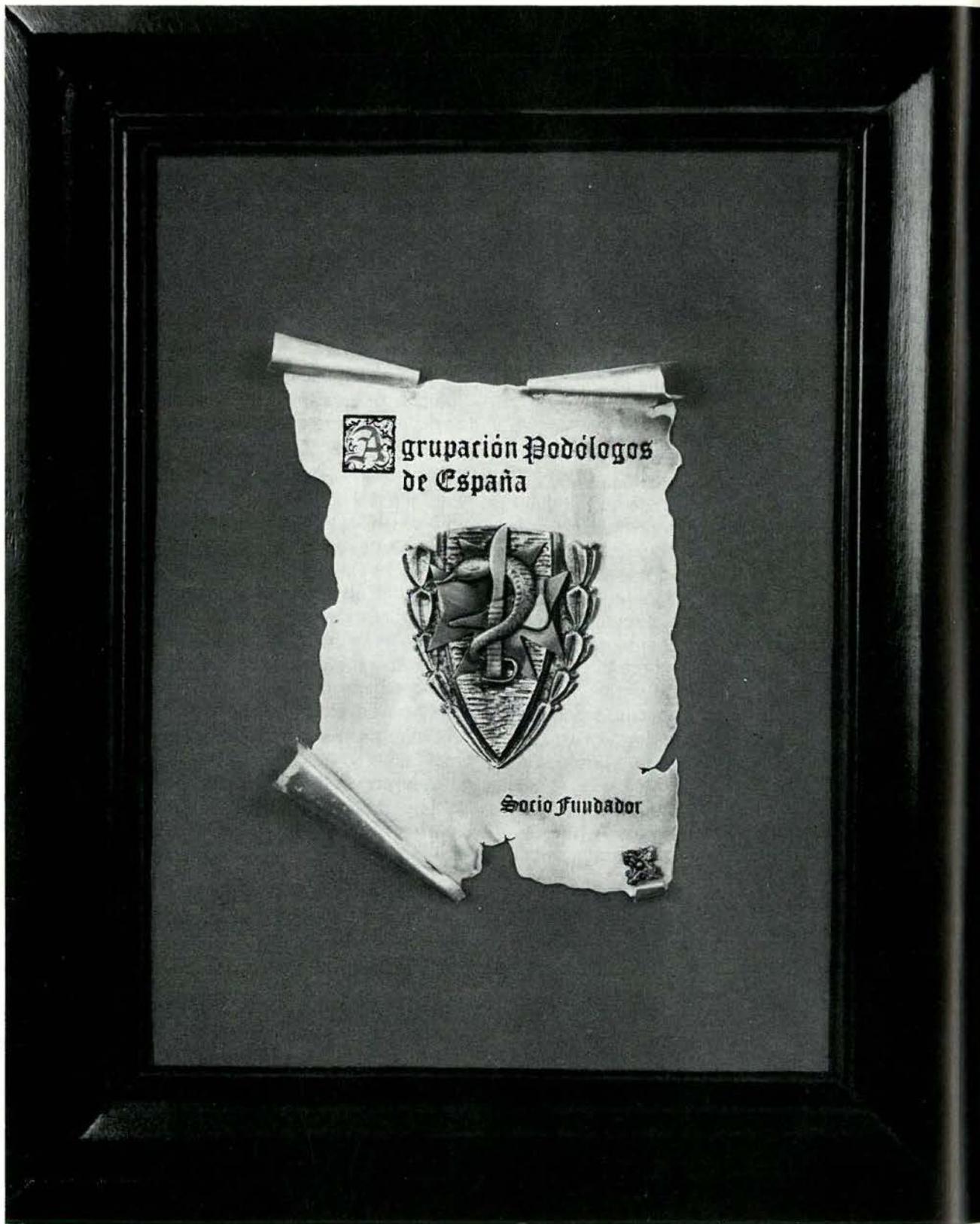
A los 73 años de edad, después de larga y penosa enfermedad, ha fallecido en Barcelona el insigne compañero y gran Podólogo D. Leopoldo Cabanes Profitos, quien durante años ha puesto al servicio de la Podología no sólo su persona y su saber, sino incluso su propia familia, haciendo siempre gala de una entrega y eficiencia difíciles de superar, estando en todo momento al nivel que su cargo le exigió, a pesar de los desagradables trastornos que la enfermedad de Paget durante años le causó con sus conocidas consecuencias.

A lo largo de su agitada vida profesional desempeñó cargos de responsabilidad en el seno del Iltre. Colegio Oficial de Practicantes A.T.S. de Barcelona, siendo primero Tesorero y posteriormente Secretario del mismo, así como Tesorero de las Revistas «Técnica Paramédica» y «Revista Española de Podología». Fue asimismo Delegado Provincial de Podología de Barcelona, y representante de los Podólogos Españoles en la Federación Internacional de Podología durante varios años. Como prueba de testimonio y gratitud por su labor le fue concedida la «Medalla de Oro de la Podología» por la Agrupación de Podólogos de España en 1969, y posteriormente la «Medalla de Oro al Mérito Profesional» por el Iltre. Colegio Oficial de Practicantes A.T.S. de Barcelona, en 1970. Durante su dilatada vida

profesional no hubo Congreso, Symposium, ni cualquier otro tipo de manifestación científica en la que no estuviera presente la persona de tan ilustre finado, aportando siempre calor, humanidad, cariño, ciencia y callada labor en pro de su tan querida Especialidad.

Creo, pues, que los Podólogos españoles debemos mucho a este gran hombre y compañero que tanto hizo por la profesión sin pedir jamás nada a cambio, sino que llevado siempre de un espíritu y conciencia dignos de los mayores elogios, buscó el engrandecimiento de esta gran familia que formamos todos los podólogos, quienes en el día de hoy nos sentimos altamente conmovidos por tan sensible pérdida, y somos consecuentes del gran hueco que ha dejado entre nosotros, y que difícilmente podremos llenar. Es por ello que la Agrupación de Podólogos de España, unidos todos como un solo hombre en la pena y el dolor, damos a su familia el más fiel testimonio de condolencia por la pérdida de este gran compañero, y rogamos por el eterno descanso de su alma, que Dios acoja en su Gloria como premio a las múltiples virtudes que en vida, como hombres, jamás fuimos capaces de valorar y premiar con suficiente justicia. No hay duda de que si los Angeles tienen hiperqueratosis, el amigo Cabanes será el Podólogo de la Corte Celestial.

Compañero: Recuerda que la sección destinada a Consultorio Profesional se ha creado pensando en los problemas y necesidades que puedan surgir en el desarrollo diario de nuestra profesión. Recurre a ella siempre que lo creas conveniente.



Se ha creado el Distintivo de socio fundador o de número en metal plateado y grabado sobre terciopelo rojo en tamaño 27 x 33 con marco en madera noble.

Interesados, dirigir la petición al tesorero, Sr. Gavin, Ronda Guinardó, 23, 1.º, 2.ª, Barcelona-12, enviando en cheque el importe de 1.600 Ptas.

BARCELONA:

Homenaje a cuatro compañeros, en el transcurso de la celebración de San Juan de Dios

Coincidiendo con la celebración de la Festividad de San Juan de Dios, los colegiados de Barcelona asistieron a una Cena de Hermandad en un céntrico restaurante barcelonés, en el transcurso de la cual el Presidente del Colegio Oficial de Practicantes A.T.S. de Barcelona, D. Leonardo Escachs, impuso la Medalla de Oro al Mérito Profesional a los colegiados José Fernández Mitjans, Pedro Gavaldón Macías, Antonio Natal Castellanos y Adolfo López y López de Maturana, haciendo resaltar con sus palabras la labor desarrollada por estos cuatro hombres, puntales de la profesión en Barcelona, los cuales han ocupado puestos de responsabilidad en el seno de su Colegio, haciendo gala en todo momento de una preparación y entrega en el desempeño de sus funciones, dignas de los mayores elogios, anteponiendo muchas veces su profesión a las demás necesidades propias e incluso de su

propia familia, motivos que les ha hecho merecedores de esta pequeña compensación que se les hizo entrega en nombre de todos sus compañeros.

Fue un acto sencillo y lleno de emotividad, como siempre suele suceder en estas circunstancias, dándose cita un gran número de Colegiados deseosos de ser testigos presenciales de este momento, y que llenaron totalmente los salones del restaurante. En el transcurso de la Condecoración tomó la palabra el señor Escachs, y posteriormente el Dr. Pumarola, Jefe Provincial de Sanidad, quien dijo conocer la labor que actualmente desempeña el A.T.S. dentro de la Sanidad, reconociendo sus valores como profesionales de la Medicina.

Finalizado este homenaje se procedió a la lectura de los premios otorgados por la Asociación de Practicantes, Escritores y Artistas.

Agradezco a cuantos han tenido la gentileza de dirigirse a esta Redacción remitiendo sugerencias acerca de esta Revista, las cuales serán estudiadas y si se creen convenientes llevadas a la práctica, siempre que no se desvíen del concepto científico de REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA.

MARTIN RUEDA
Jefe de Redacción

infalina

pomada



en las infecciones
cutáneas más
diversas:
bacterianas y/o
micóticas, con o
sin reacción
alérgica



CONTRAINDICACIONES: No existen.

INFALINA CORTISONA

| Fórmula por gramo | |
|---|-----------|
| Sulfato de Neómicina (equivalente a 3,5 mg. Neomicina base) | 5 mg. |
| Bacitracina de zinc | 300 U. I. |
| Tirotricina | 2 mg. |
| Hemi succinato de Hidrocortisona | 10 mg. |
| Para oxibenzoato de metilo | 10 mg. |
| Oxido de zinc | 50 mg. |
| Excipientes grasos c. s. para | 1 gr. |

Tubo 6 gr. 56'60 Ptas..

INFALINA

| Fórmula por gramo | |
|---|-----------|
| Sulfato de Neomicina (equivalente a 3,5 mg. Neomicina base) | 5 mg. |
| Bacitracina de zinc | 300 U. I. |
| Tirotricina | 2 mg. |
| Ac. undecilénico | 10 mg. |
| Undecilinato de zinc | 50 mg. |
| Oxido de zinc | 50 mg. |
| Excipientes grasos c. s. para | 1 gr. |

Tubo 24 gr. 68'15 Ptas

Leído para Ud.

“HIDROTERAPIA”

Etimológicamente, Hidroterapia significa la utilización del agua como agente terapéutico, en cualquier forma, estado o temperatura (Peset). Sin embargo, el uso ha limitado el concepto a las aplicaciones terapéuticas del agua, pero solamente superficiales, de uso externo. En estas condiciones si el agua ejer-

ce alguna acción terapéutica, se debe a que es vector de agentes físicos, como son la temperatura y la presión.

En principio la Hidroterapia estuvo confundida con la Hidrología médica, que comprende el estudio de las acciones terapéuticas de las aguas medicinales, debidas a su composi-

NUEVO

sandalia de masaje **ganter**

una plantilla anatómica **ACTIVA**

- antiedematosa •descontracturizante
- activadora de la circulación periférica •sedativa del pie


ganter
MADE IN GERMANY



Solicite información a:

EXDIRE • AVDA. MERIDIANA. 422 • TEL. 340 72 47 • BARCELONA • 16

ción química, y que estudiaremos más adelante.

Separada de la Hidrología, sólo se estudiaban en la Hidroterapia las aplicaciones terapéuticas del agua fría. Fue Vinaj quien englobó también las aplicaciones calientes, denominando como Hidroterapia **cualquier acción térmica caliente o fría unida a un medio hídrico**. Posteriormente se consideró el agua como posible vector de acciones mecánicas y se amplió la definición de Hidroterapia, considerando al agua capaz de acciones terapéuticas por ser vehículo de **calor o fuerza** (Pariset).

De todos modos, la terminología resulta confusa. Todo aporte de calor o frío al organismo se debe considerar como **Termoterapia**, si bien se reserva este término para las aplicaciones de calor, y se utiliza corrientemente el de **Crioterapia o Hipotermia** para las aplicaciones frías. La Hidroterapia sería una modalidad de la Termoterapia y Crioterapia. Por otra parte, también se estudian en la Hidroterapia algunos procedimientos que más bien pertenecen a la Hidrología, puesto que al agua, caliente o fría, se le pueden añadir algunos compuestos químicos, sumándose entonces un factor químico a los ya descritos de temperatura y presión.

Recuerdo histórico

Como los demás procedimientos terapéuticos naturales, el origen de la Hidroterapia se remonta a la antigüedad. El uso del agua y de los baños era remedio terapéutico corriente ya en la antigua Grecia. En Roma, no sólo existían establecimientos de balneación caliente (termas), sino que el baño era muy empleado como terapéutica (psicrolusia de Asclepládes). Conocida es la curación de Octavio Augusto por su médico Antonio Musa por procedimientos hidroterápicos. En la Edad Media desaparecen estos procedimientos, quedando reservados a estaciones termales de balneación por aguas minerales.

El médico Floyer, en Inglaterra, en el siglo XVII, publicó un tratado de Psicrolusia (de **psicros** = agnopia) del que se hicieron seis ediciones.

Las prácticas hidroterápicas renacen en el siglo XVII-XVIII como prácticas de curación por el agua fría, reservadas a escasos médicos y practicadas por numerosos curanderos.

En 1830, un labrador, Priessnitz, sentó los principios de la Hidroterapia, comenzando a hacer aplicaciones sistematizadas con gran éxito, lo mismo que el célebre abate Kneipp, revalorizando la Hidroterapia, que empezó de nuevo a tomar auge. Con Winternitz comienza la época científica en que la Hidroterapia sienta sus bases fisiológicas y establece correctamente sus indicaciones y queda definido y conocido perfectamente como un valioso recurso terapéutico.

FISICA

El agente terapéutico utilizado en Hidroterapia es el agua. El agua natural no tiene propiedades curativas, sino que cumple una finalidad metabólica, higiénica, etc. Para que actúe como terapéutica, necesita ser portador de energía, que es de tres tipos: mecánica, térmica y química.

1. Factor mecánico

Para realizar el estudio de la acción mecánica del agua y evitar factores de error, eliminamos los aspectos térmico y químico, utilizando siempre una terapéutica indiferente y agua potable, de tal manera que no produzca modificaciones respiratorias, circulatorias ni metabólicas.

Cuando se utiliza el agua en forma de baño, los factores mecánicos son dos: el factor de flotación o empuje y el factor compresión que depende de la presión hidrostática.

Cuando se hacen utilizaciones locales, el agua se suele utilizar de forma que ejerza presión sobre el cuerpo (chorro, ducha, etc.). Se añade entonces un nuevo factor hidroquinético.

a) **El empuje o flotación** es la expresión del principio de Arquímedes según el cual todo cuerpo al sumergirse en el agua pierde de su peso tanto como pesa el volumen del agua que desplaza. El cuerpo humano, al sumergirse en el agua, reduce su peso aproximadamente a la décima parte; así, por ejemplo, un hombre de 70 kilos, dentro del agua pesa solamente cerca de ocho kilos. las unidades motoras.

Además se consigue que la relajación muscular sea más completa y se reduzcan los impulsos aferentes que proceden de los re-

ceptores musculares contrarrestando la acción de los músculos antagonistas.

A consecuencia de este empuje, el cuerpo humano se encuentra liberado de la presión corporal ordinaria, de manera que se experimenta alivio del dolor cuando éste obedece a posiciones viciosas por heridas o contracturas. Esta disminución del peso corporal hace que los movimientos musculares sean más fáciles de realización en el agua, de lo que se ha hecho una principal indicación en el tratamiento de la debilidad o parálisis muscular.

Para realizar un movimiento de un segmento corporal, se ponen en acción un número de unidades motoras suficientes para vencer el peso correspondiente a este segmento. El movimiento (M) se puede expresar como la relación entre el número de unidades motoras (Nu) y el peso o resistencia a vencer (P):

$$M = \frac{Nu}{P}$$

Cuando el número de unidades motoras se encuentra muy disminuido, las posibilidades de movimiento son menores (disminuye el valor de M). El empuje o flotación, al disminuir el peso P hasta su décima parte permite la realización del movimiento hasta con 1/10 de

b) **La presión hidrostática.** — Además del empuje favorable del agua, ésta ejerce una cierta presión sobre el organismo sumergido, dependiente de su peso específico y de la altura absoluta del nivel del agua que gravita sobre las estructuras orgánicas. La presión hidrostática es mayor de lo que hace suponer a simple vista la pequeña columna de agua que actúa sobre el organismo sumergido, ya que falta la contrapresión interior.

Los efectos de la compresión hidrostática se observan cuando un sujeto se sumerge en el baño. Si está en posición vertical, con los miembros **inferiores sumergidos**, se ha observado a los quince minutos una disminución de **8 a 50 cm³** del volumen del pie. La compresión se trasmite en un 86 por 100 al interior de las extremidades, lo que influye de modo manifiesto sobre el reflujo venoso.

Cuando el agua llega a cubrir el abdomen, el perímetro abdominal disminuye tanto más cuanto más se sumerja. La disminución del perímetro abdominal, en el baño completo, os-

cila de 2 a 6 cm. La compresión se transmite al interior del abdomen en un 80 por 100, actuando sobre las venas mesentéricas, provocando un aumento del reflujo de sangre al corazón.

Si el sujeto está sumergido, con agua hasta el cuello, la compresión equivale a la de una coraza de hierro de 4 cm de grosor. La elasticidad torácica acusa esta presión, existiendo una sobrecarga para los músculos de la inspiración, mientras que la espiración está facilitada. En el esquema de Gauer de la figura 195, se aprecia la distribución sanguínea y el comportamiento cardíaco en relación a la altura de la inmersión, donde se observa la acción sobre el aparato circulatorio y la dilatación cardíaca por sobrecarga en la inmersión completa.

La presión ejercida sobre los vasos periféricos y la musculatura condiciona cambios metabólicos, con tendencia a la disminución del consumo de oxígeno, en relación con la relajación muscular y la disminución del tono reflejo.

2. Factor hidroquinético

Independientemente de la temperatura, el agua se puede aplicar sobre el organismo acompañado de un factor mecánico de presión. Tal ocurre con algunas modalidades, como, por ejemplo, las duchas. Entonces, este factor de presión sobre la superficie actúa como un estímulo mecánico que se puede graduar, modificando la presión del chorro de agua, su calibre y su inclinación o ángulo de incidencia. Este estímulo es muy intenso, y si el chorro es grueso, compacto, es, además, profundo, actuando a manera de masaje. Con una ducha fina, con suficiente presión, se pueden producir vesículas en la piel.

Otro procedimiento hidroquinético es el llamado «baño de remolino», que consiste en un baño ordinario en que el agua está sometida a un movimiento circular, lo intenso que se desee, con lo que se añade este efecto de presión y masaje del agua, semejante al baño marino.

3. Factor térmico

En Hidroterapia se emplea preferentemente el agua como medio de conducción de cier-

tas fuerzas físicas. Entre éstas está, en primer lugar, la **temperatura**. El agua es un medio magnífico para administrar calor al organismo, pues posee un alto calor específico. Es decir, que el agua tiene la propiedad de almacenar gran cantidad de calor y enfriarse de un modo lento. Por otra parte, la temperatura del agua es de fácil graduación, observación y medida. Es un procedimiento ventajoso, pues, además de cómodo y económico.

El agua sirve también para sustraer calor al organismo si se hacen aplicaciones frías.

Según la temperatura del agua utilizada las aplicaciones hidroterápicas pueden clasificarse en:

— Aplicaciones muy frías, con agua de 5 a 11 grados C.

- Aplicaciones frías, de 11 a 34 grados.
- Indiferentes, alrededor de 34 grados.
- Tibias, de 34 a 36 grados.
- Calientes, de 36 a 38 grados.
- Muy calientes, más de 38 grados.

Estos límites no tienen valor absoluto, dependiendo de la termosensibilidad de cada sujeto, de su temperatura, etc.

Los efectos fisiológicos del factor térmico de las aguas produce sobre el organismo han sido tratados separadamente en los apartados de Termoterapia y Crioterapia. Como resumen de las acciones distintas que las aplicaciones hidroterápicas frías y calientes producen sobre el organismo, se exponen en la tabla XXXIV las principales acciones sobre los distintos sistemas:

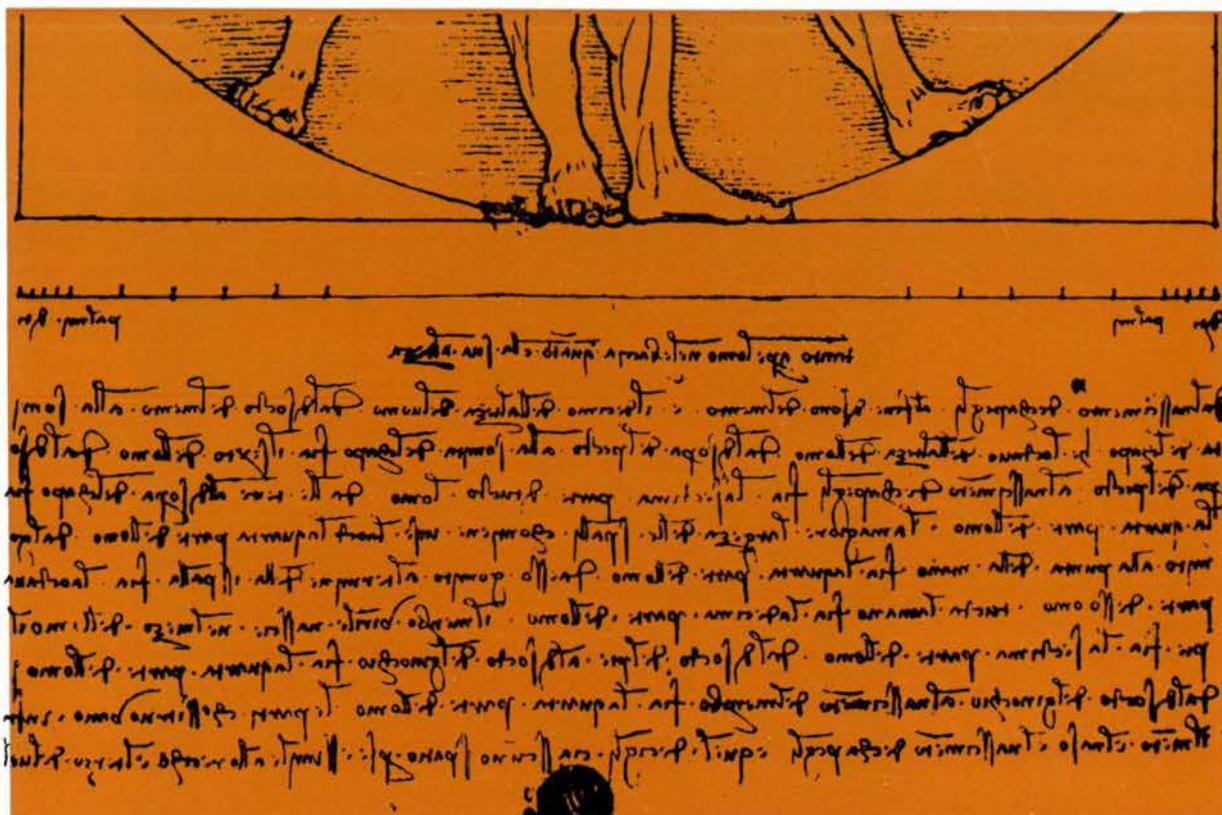
TABLA XXXIV

| | FRIO | CALOR |
|----------------------------|---|--|
| Sistema vascular | Vasoconstricción. Disminución de la circulación. Volumen del brazo disminuido. | Vasodilatación. Aumento de la circulación. Volumen del brazo aumentado. |
| Corazón | Bradycardia. Disminuye el volumen sistólico. | Taquicardia. Aumenta el volumen sistólico. |
| Sangre | Aumenta la concentración. Aumenta la viscosidad. Leucocitosis periférica. Aumenta la glucemia. Aumenta el tiempo de coagulación. pH disminuido (acidosis). | Aumenta la dilución. Disminuye la viscosidad. Leucocitosis. Hipoglucemia. Tiempo de coagulación. pH aumentado (alcalosis). Acortado. |
| Presión sanguínea. | Aumentada. | Disminuida. |
| Respiración | Inspiración profunda inicial, luego hay polipnea. Aumenta la tensión alveolar del CO ₂ a medida que desciece la temperatura. | Inspiración profunda si el estímulo es breve; luego polipnea. Disminuye la tensión alveolar del CO ₂ por la polipnea. |
| Orina | Aumenta la diuresis. Reacción ácida. Aumento de amoníaco. Aumenta el ácido úrico. | Aumenta la diuresis. Reacción alcalina. Disminuye el amoníaco. Disminuye el a. úrico. Aumentan urea y creatinina. |

(continuará)





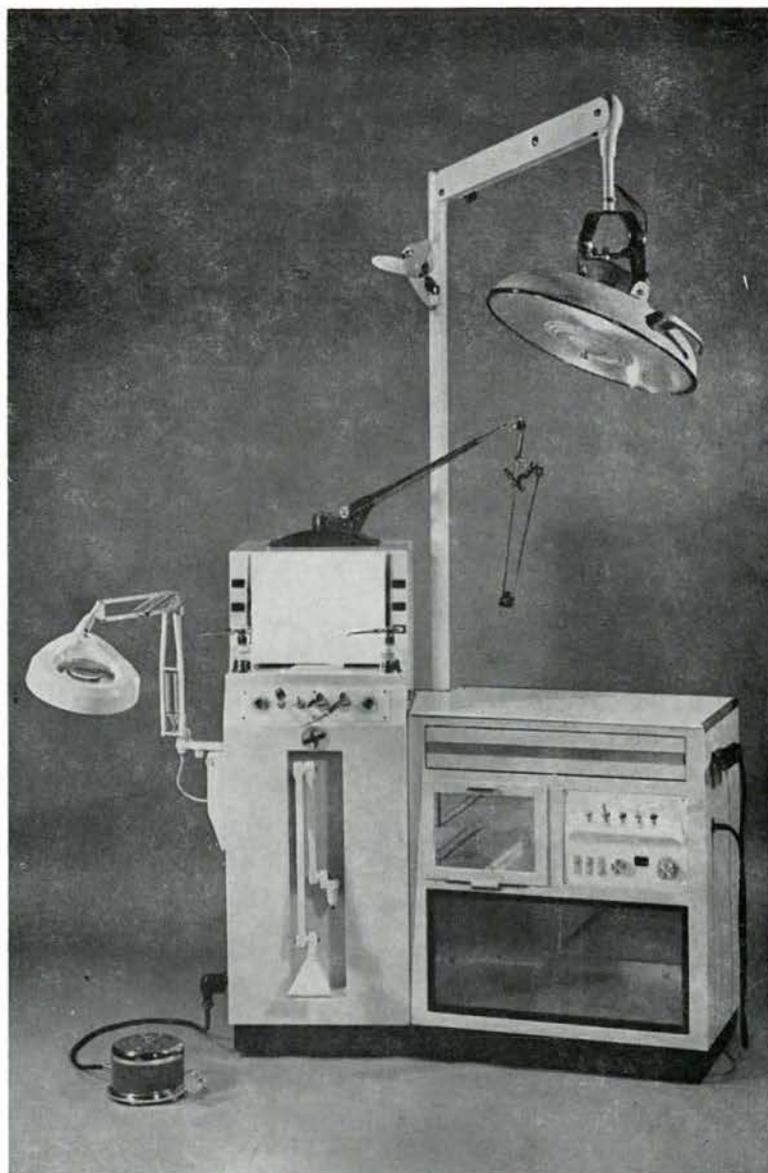


REVISTA
ESPAÑOLA
DE

PODOLOGIA

A.P.E. Mayo-Junio

n.º 51 1976



**CALIDAD EN NUESTROS MATERIALES
COMODIDAD EN SU TRABAJO
LARGA EXPERIENCIA,**

TODO ESTO LE OFRECEMOS CON NUESTRO ULTIMO MODELO

«CONSUL SUPER NOVO»

CONSULTE SIN COMPROMISO A TALLERES CONSUL

Aurora, 12

BARCELONA-1

Teléf. 241 72 75

REVISTA
ESPAÑOLA
DE

PODOLOGIA

ORGANO DE LA AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

A. P. E.

Redacción:

Diputación, 118, 2.º, pral., 2.ª, Barcelona-15

Director:

Leonardo Escachs Clariana

Sub-director:

Pablo Vilató Ruiz

Redactor jefe:

Martín Rueda Sánchez
Avda. Caudillo, 68, bajos, 2.ª
Santa Coloma de Gramanet. Barcelona

Administrador:

Manuel Gavin Barceló
Rda. Guinardó, 23, 1.º, 2.ª, Barcelona-12

Publicidad:

Publicidad Permanyer
Mallorca, 310, ático, Barcelona - Telf. 257 66 42

SUMARIO

-
- 3 Junta de Gobierno
-
- 5 Editorial
-
- 7 Apuntes de un Congreso
-
- 12 Problemática Fundamental del comportamiento asociativo del Podólogo actual
-
- 31 Evocación del Dr. Scholl
-
- 33 Electro-bisturí y Electro-cauterio
-
- 38 Labor Docente
-
- 39 Labor de las Delegaciones
-
- 40 La Podología en el mundo
-



REF. B-C

'' HOSCH '' PIEZAS DE MANO ESPECIALES PARA INTER- VENCIONES EN HIPERQUERATOSIS Y UÑAS

Como herramientas especiales y muy eficaces le recomendamos nuestras piezas de mano HOSCH para hiperqueratosis y uñas. Sus cabezas están equipadas con una lámina rotativa que permite quitar en capas las hiperqueratosis 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 hiperqueratosis o Ref. N-U para uñas.

APARATOS, MOBILIARIO E INSTRUMENTOS PARA PODOLOGIA

A. SOLE PALOU, S. A.

Barcelona-2 - Vergara, 7 - Teléfono 318 24 70
Madrid-14 - Av. José Antonio, 15 - Teléfono 221 01 95



REF. N-U

AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

JUNTA DE GOBIERNO

| | | |
|---------------------|--------------------------------|------------------------|
| Presidente Nacional | D. LEONARDO ESCACHS CLARIANA | Barcelona |
| Vice-Presidente 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 FARRERAS MORCILLO | Barcelona |
| Tesorero | D. MANUEL GAVIN BARCELO | Barcelona |
| Contador | D. LUIS AYCART VIJUESCA | Madrid |
| Vocal | 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 | D. JAIME SALA PICH | Barcelona |
| Vocal | D. ANTONIO GUTIERREZ VELASCO | Málaga |
| Vocal | D. JOSE OLCINA MORALES | Alicante |

DELEGADOS DE ZONA

- D. José M.ª Bález Basauri, Mayor, 27, 6.º. Las Arenas. BILBAO.
- D. José Luis Inchaurredo. Paseo de Colón, 65. IRUN.
- D. Juan Vidán Torres. Preguntoiro, 10. SANTIAGO DE COMPOSTELA.
- D. Zacarías García Andrés. S. Madrona, 36. MADRID.
- D. José Antonio Calvo García. Coso, 77, 5.º. ZARAGOZA.
- D. Jaime Sala Pich. Muntaner, 142. BARCELONA-11.
- D. Isaias del Moral Cejalvo. Castellón, 8. VALENCIA-4.
- D. Francisco Morán Ventura. León y Castillo, 8. LAS PALMAS DE GRAN CANARIA.
- D. Antonio Gutiérrez Velasco. Plaza de las Flores, Edificio Jazmín, 1.º. MALAGA.

DELEGADOS PROVINCIALES

- ALAVA: D. Julio Crespo.
- ALBACETE: D. Luis Juan Navarro.
- ALICANTE: D. José Olcina Morales.
- ALMERIA: Delegado de Málaga.
- AVILA: Sin Delegado Provincial.
- BADAJOS: D. José Villafaina de la Cruz.
- BARCELONA: D. Jaime Sala Pich.
- BILBAO: D. Juan M. Bález Gutiérrez
- BURGOS: D. Elías Hernando Tamayo.
- CACERES: D. Timoteo Fernández
- CADIZ: D. Manuel Albala Valle.
- CASTELLON: D. José Aguilar Beltrán.
- CIUDAD REAL: D. Luis Barba Vázquez.
- CORDOBA: Máximo González Jurado.
- GERONA: D. José M.ª Boch Doménech.

- GRANADA: D. Manuel Ruiz Morales.
- GUADALAJARA: Sin Delegado Provincial.
- HUELVA: Jesús Tocino Vizcaino.
- HUESCA: Delegado de Zaragoza.
- JAEN: Víctor Nieto Molina.
- LA CORUÑA: D. Francisco de la Cruz.
- LAS PALMAS: D. Francisco Morán Ventura.
- LEON: Sin Delegado Provincial.
- LERIDA: D. Alfredo Puchol.
- LOGROÑO: D. Vicente Alvarez.
- LUGO: Sin Delegado Provincial.
- MALAGA: D. Antonio Gutiérrez Velasco.
- MADRID: D. Mariano Rodríguez Esteban
- MURCIA: Sin Delegado Provincial.
- ORENSE: D. Elisardo Bralo Rego.
- PALENCIA: D. Damián Porro Villarroel.
- PALMA DE MALLORCA: D. Juan B. Brines.
- PAMPLONA: Delegado de Zaragoza.
- SALAMANCA: D. Antonio Basas Encinas.
- SANTANDER: Sin Delegado Provincial.
- SAN SEBASTIAN: Sebastián Tenés Iturriza.
- STA. CRUZ DE TENERIFE: D. Armenio Méndez.
- SEGOVIA: D. Francisco García.
- SEVILLA: José Cañero Ramos (accidental).
- SORIA: Sin Delegado Provincial.
- TARRAGONA: D. Miguel Manzano Hernández
- 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 A. Calvo García.

¡NUEVA FORMULA!



Pentoderm[®]

Crema dermoprotectora cutánea

COMPOSICION

Por 100 g.: Ac. undecilénico, 2 %; Alcohol fenoxietílico, 1 %; Sal sedativa de Homberg, 0,5 %; Poligalacturon-sulfonato sódico, 0,75 %; Tintura de Arnica, 0,3 %; Pantotenol, 0,3 %; Ovolecitina, 0,05 %.

INDICACIONES

Escoriaciones e irritaciones de pies y manos, pies cansados y doloridos, dermatofitosis, irritaciones dérmicas.

CONTRAINDICACIONES Y EFECTOS SECUNDARIOS

No se conocen.

POSOLOGIA

2 ó más aplicaciones al día.

PRESENTACION Y P.V.P.

Tubo con 50 g. de crema:
62,80 ptas.



MADAUS CERAFARM, S. A.

EDITORIAL

El paso del tiempo, ese implacable reloj, se hace más patente cuando pensamos que no hace mucho dábamos a conocer las primeras noticias acerca del VIII Congreso Mundial de Podología a celebrar en La Haya, y ahora, no sólo ha quedado atrás, sino que se empieza a pensar en el siguiente, que según las primeras noticias se celebraría en Inglaterra.

Y este tiempo se deja sentir no sólo en el ánimo de las cosas y de los hombres, sino también en la madurez que ha adquirido hoy la Podología, madurez por derecho propio, como premio y compensación al trabajo de todos y cada uno de los hombres que integran la Agrupación de Podólogos de España, cada uno en su sitio, con una misión más o menos brillante, pero siempre efectiva. Claro que tal vez ese todos suene un poco desorbitado, ya que más bien son todos los ya conocidos, más las nuevas promesas que van reintegrándose a la gran familia, lo que demuestra que los hombres que hoy nos guían, esos protagonistas que han dado todo cuanto llevan dentro como Podólogos sin pedir ninguna recompensa, y entregándolo todo por una idea, tienen detrás a la generación de juventud, que cogiendo su labor

como meta se inician en el camino de la Especialidad.

Concretamente al Congreso celebrado en La Haya han asistido 18-20 alumnos de la Escuela de Podólogos de Barcelona, a los que la misma consiguió una reducción muy considerable en el precio, gracias a la generosidad de la firma Peusek, para facilitarles así el desplazamiento y ayudarles en sus posibilidades en el aspecto no sólo económico, sino de proyección en el terreno de la Podología.

En este Congreso, han habido dos detalles que lo han hecho diametralmente opuesto a otros: por un lado la asistencia del embajador de España en La Haya, Sr. Seró y esposa, y por otro, el nivel científico de las conferencias, netamente superior a lo que estos certámenes internacionales nos tenían acostumbrados, y ha habido un tercer detalle que ha seguido en la misma brecha: la asistencia de Podólogos pertenecientes a la Agrupación, pues a los alumnos de Barcelona hemos de añadir unos 80 a 82 profesionales. En total, creo fuimos un número de 98 agrupados, que además tuvimos el gran placer de encontrar-

nos allá al representante del Consejo Nacional y dos podólogos que le acompañaban, cuyos nombres lamento no recordar en estos momentos.

Asimismo hemos de manifestar que la ponencia presentada por el Presidente de la Agrupación, Sr. Escachs, se ha llevado mercedamente la admiración y el respeto de todas las naciones, no sólo por el nivel científico de la misma, sino también por el mensaje que llevaba implícito de igualdad profesional en todo el mundo. A esto debemos añadir la asistencia del embajador de España en La Haya, y esposa, que nos honraron con su presencia durante la noche de la Cena de Gala ofrecida

por los Organizadores del Congreso, poniendo de esta forma el broche de oro a la actuación española, hasta el extremo que él mismo denominó «el Congreso de España». Después culminó su acción invitando a un grupo de españoles a la Embajada, donde fuimos obsequiados con un lunch y permanecemos largo rato comentando con el Sr. Seró y esposa, que en todo momento se mostraron sumamente amables y complacientes, por lo que desde aquí, en nombre de todos los Podólogos, queremos agradecerle una vez más las deferencias y atenciones de que fuimos objeto, y no hay duda sabremos guardar un profundo recuerdo de este grato momento.

SERRA - FARGAS

BARCELONA — Plaza Castilla, 3

MADRID — San Bernardo, 74

«EQUIPOS — SILLONES — TABURETES»

SWAN NORTON: Bisturís, mangos y hojas.

AESULAP: Esterilizadores, hojas bisturí, mangos bisturí, instrumentos, alicates, etc.

MICROMOTORES: De importación.

PODOMETROS; MOBILIARIO; MOTORES COLGANTES; ESTERILIZADORES ULTRAVIOLETAS; FRECUENCIA; VIBRADORES; BISTURIS ELECTRICOS; CAUTERIOS; PIEZAS DE MANO; SILICONAS; PULIDORAS; FRESAS; MESAS; ASPIRADORAS.

AMPLIO STOCK DE MATERIALES PARA PODOLOGIA.

CONSULTE CONDICIONES ESPECIALES.

Apuntes de un Congreso

Por MARTIN RUEDA
Podólogo

El primer rato libre después de la vuelta de Holanda, mientras repaso los folletos y propagandas recogidos en el Congreso, voy haciendo mentalmente un resumen del viaje. Recuerdo el momento en que junto a otros compañeros partimos del aeropuerto de Barcelona rumbo a Amsterdam a bordo de un avión que en pocos segundos nos sitúa sobre esa inmensa urbe que es Barcelona, y que ahora podemos abarcar en toda su extensión gracias a esta fantástica forma de transporte moderno. En unos momentos cruzamos los Pirineos y volamos sobre tierra francesa. Poco después alguien exclama: ¡París! Al mirar por la ventanilla contemplamos el gran París, que gracias a la claridad atmosférica puede verse perfectamente y reconocerse algunos de los monumentos que se han hecho famosos en el mundo entero: Nôtre Dâme, L'Etoile, el Sena, que consciente de su privilegiada situación al tener a sus márgenes una gran ciudad, se recrea serpenteándose a su paso por la capital francesa. El vuelo es tranquilo, nos sirven algo de beber y al cabo de poco tiempo se empiezan a ver tierras holandesas, inconfundibles tierras de Holanda, que se ofrecen a la mirada como una inmensa alfombra donde el color verde se convina en sus múltiples tonalidades para hacerse más grato y más hermoso a los ojos del viajero. Es una inmensa llanura inte-

rrumpida sólo por miles de canales de agua que le dan una fertilidad incomparable.

A medida que vamos perdiendo altura empiezan a funcionar sin descanso máquinas y cámaras fotográficas, para retener ese bello paisaje que siempre deja ganas de volver a verlo algún día. El aterrizaje se hace sin dificultad en el aeropuerto de Amsterdam, el más moderno de Europa, y del que después nos dirían salen diariamente alrededor de 600 vuelos. Pasados los trámites de Aduana, por carretera nos dirigimos hacia La Haya. Aquí las distancias son cortas y llanas, disfrutando además de grandes autopistas, por una de las cuales pasamos por debajo de la pista de aterrizaje, por donde momentos antes habíamos tomado tierra. El recorrido es bonito, un paisaje muy distinto al nuestro, verde y totalmente llano, no debemos olvidar que gran parte de Holanda está por debajo del nivel del mar y sus tierras son en gran parte robadas al líquido elemento, mediante la construcción de enormes diques. No hay pues, ni un pequeño espacio falto de hierba, flores, tulipanes y narcisos, que en esta época están en flor, o infinitos invernaderos para el cultivo de las plantas.

Ya en La Haya, nos dirigimos hacia nues-

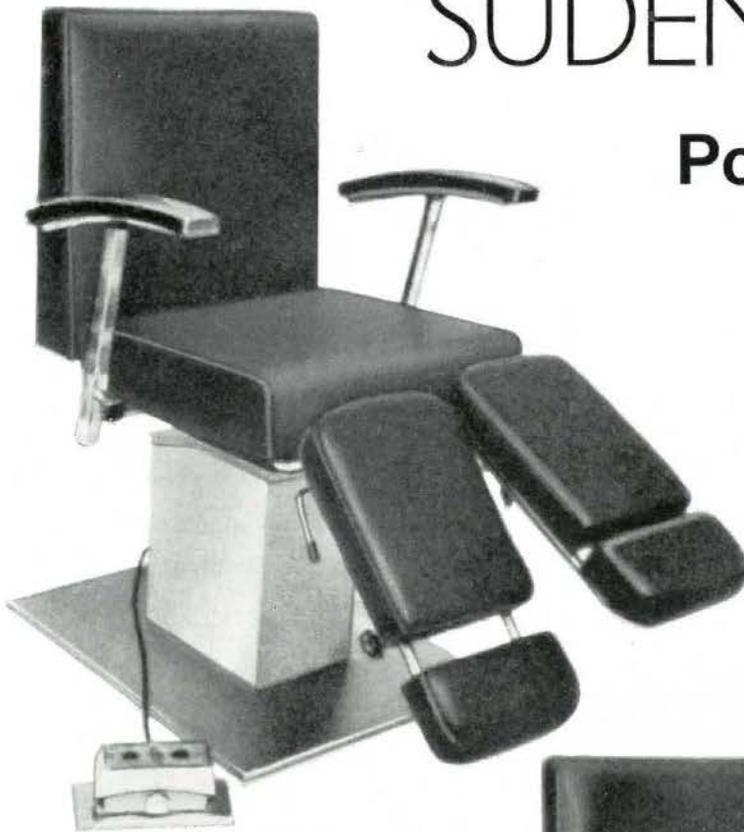
SUDENTA, S. A.

Podología

TABURETES PODOMETROS
MOBILIARIO ESTERILIZADORES
TORNOS EQUIPOS
INSTRUMENTAL FRESAS
ASPIRADORES ETC.

Y la incorporación de **SILLONES**
de importación Alemanes.

A PRECIOS EXCEPCIONALES Y
CON AMPLISIMAS FACILIDADES DE PAGO.



VERSION TOTALMENTE ELECTRICA



POSIBILIDAD DE ELECCION DE
CABEZAL

Servicio Técnico garantizado en
toda España por el servicio post-
venta SUDENTA, S. A.

SOLICITE AMPLIA INFORMA-
CION SIN COMPROMISO A:

sudenta, s. a.



VERSION ELECTRO-HIDRAULICA

Rda. San Antonio, 98, Pral.
Barcelona-11 - Telfs. 318 95 66 - 318 96 16

Espos y Miña, 7
Madrid-12 - Telfs. 221 40 44 - 222 45 69

tros respectivos hoteles quedándonos tiempo libre para hacer una pequeña inspección alrededor del hotel en que nosotros nos encontramos, situado a 6 Km. del Palacio de Congresos, en el corazón de esta tranquila ciudad, llena de jardines y parques; de construcción singular que le da gran personalidad, donde viven unos 600.000 habitantes.

El día 29, tras la recogida de documentación empiezan las sesiones científicas y van sucediéndose las ponencias en el gran Palacio de Congresos; visita a los stands en busca de algo nuevo y continuación de las sesiones de trabajo, que alternan en los ratos libres con pequeñas excursiones.

La ponencia presentada por el Sr. Escachs bajo el título de POSIBILIDADES TECNICAS DEL PODOLOGO ACTUAL, incluye una película que, a pesar de tener un tiempo relativamente corto por tener que ajustarse a un horario determinado, y como consecuencia no poder recrearse en ninguna de las facetas de la misma, resultó sumamente clara y didáctica, al resumir de forma contundente lo que es el podólogo, actualmente en España y lo que debe ser por consecuencia en todo el mundo, así como su campo de acción y sus posibilidades técnicas. Nos consta que actualmente este film ha sido solicitado ya por varios países. Hubo al final de su intervención fuertes aplausos y varias preguntas aclaratorias sobre algunos puntos determinados, que fueron resueltas ampliamente.

En resumen, podemos afirmar, que el nivel científico de este Congreso ha sido superior al de otros internacionales, por lo menos al de Salzburg, que es el otro que yo conozco, lo que demuestra el nivel que esta Especialidad está adquiriendo mundialmente, hasta el punto de ser cada vez más necesaria a una sociedad que por su forma de vida, por su tecnicismo, el exceso de horas en bipedestación sobre suelos lisos y regulares, cada día sufre más de los pies, y urge el establecimiento de revisiones o visitas a título profiláctico para detectar lo más tempranamente posible los trastornos estático-dinámicos y sus consecuencias sobre el resto del organismo. Hay que tener presente que el pie y sus afecciones son cau-



El Sr. Embajador en el transcurso de la Cena, en compañía de los Sres. Escachs y Deltell.

sa de gran número de bajas en el rendimiento laboral.

El día 30 por la noche, en la Cena de Gala ofrecida por los organizadores del Congreso, tuvimos un acompañante de honor: el Sr. Seró, Embajador de España en La Haya, y su esposa, que con su asistencia pusieron el broche de oro a este Congreso que él mismo denominó «Congreso de España». Además, al día siguiente, invitó a la Embajada a un grupo de unos treinta colegas, donde fuimos amablemente recibidos y obsequiados con un lunch, en el transcurso del cual el Sr. Embajador y esposa, haciendo gala de una amabilidad extraordinaria, departieron largo rato con los podólogos españoles en una atmósfera de gran cordialidad. Creo, pues, hay dos motivos que han hecho a este Congreso distinto a otros: por un lado, la asistencia del Embajador de España, y por otro el nivel científico de las conferencias, así como la categoría profesional de los conferenciantes, muy superior a otras ocasiones.

El sábado se procedió a la clausura del Congreso, y por la tarde asistimos a una velada ofrecida por Akileine en un bonito castillo cercano a la ciudad, que por cierto, a pesar de su magnitud, se vio totalmente repleto de profesionales, hasta el extremo de haber problemas a la hora de la cena, a pesar de ser muy abundante. En un principio, tuve el miedo

Fitex-E

Onico-Fitex

Tratamiento local específico de las dermatomicosis y micosis de uña respectivamente. Gran poder de penetración, acción prolongada e intermitente.

FITEX-E

Fórmula

Ester borotrioxibenzoico de la dextrosa, 8,73 gr.;
Acido orto-oxibenzoico, 8,88 gr.;
Disolvente apropiado c.s.p., 100 ml.

Forma farmacéutica

Solución para pincelaciones.

Posología

Pincelar la zona afectada 3 ó 4 veces al día, especialmente después del lavado de la zona.

Indicación terapéutica

Dermatomicosis

Contraindicaciones

Dermatitis bacterianas en fase aguda.

Incompatibilidades

No se conocen

Efectos secundarios

No se conocen

Presentación

Frasco de 60 ml. con pincel.

P.V.P.

199'10 ptas.

No precisan apósitos ni vendajes.

ONICO-FITEX

Fórmula

Ester borotrioxibenzoico de la dextrosa, 8,92 grs.;
Acido orto-oxibenzoico, 1 gr.;
Disolvente apropiado c.s.p., 100 grs.

Forma farmacéutica

Solución para pincelaciones.

Posología

Aplicar 2 veces diarias por pincelación.
Aplicar también después de cada lavado.

Indicación terapéutica

Onicomiosis. Paroniquia.

Contraindicaciones

Dermatitis bacteriana.

Incompatibilidades

No se conocen

Efectos secundarios

No se conocen

Presentación

Frasco de 30 ml.

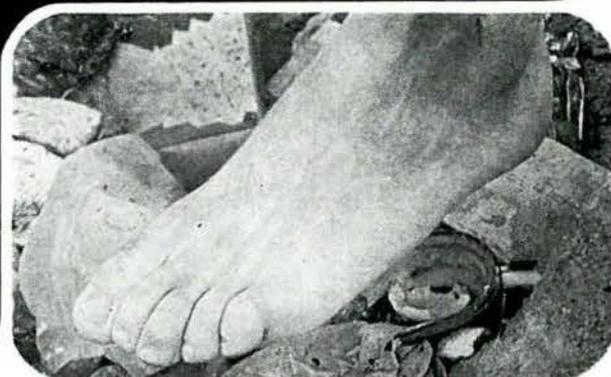
P.V.P.

100'50 ptas.

INFAR  **NATTERMANN**

Apartado 400 - Zaragoza

Infanta Carlota, 84-88 Barcelona-15



de que se volviese a repetir la escena de Salzburg, cuando también fuimos invitados a una cena fría en un bonito castillo, del que supongo muchos compañeros guardarán un recuerdo de aquella cena inolvidable, que justamente brilló por su ausencia. Agradecemos a la firma Akileine sus deferencias para con la Podología y los Podólogos.

Pronto tuvimos que abandonar este lugar, pues al día siguiente era la partida hacia España, y como nos alojábamos en un hotel lejano al Bel Air, había que madrugar, así es que alrededor de las siete de la mañana, nos preparábamos para reunirnos todos en el Bel Air, y desde aquí partir por carretera hacia Amsterdam, en cuyo aeropuerto permanecimos por espacio de dos horas, tiempo que fue aprovechado para gastar los últimos florines y comprar algunos obsequios y recuerdos.

Desde aquí, en vuelo regular de la Cía. Sabena, fuimos hacia Bruselas, desde donde, sin salir del aeropuerto, reemprendimos vuelo en el mismo avión hacia Barcelona. El mismo avión, pero más lleno, pues venían también un grupo de estudiantes de Económicas, de México, que ocuparon los primeros asientos, aunque después nos compensaran al venir cantando coplas de sus tierras que hicieron de aquel avión un verdadero bullicio.

Alrededor de las dos de la tarde, sin más incidencias, llegábamos a Barcelona, todos contentos y felices comentando los pormenores del viaje.

A veces, desgraciadamente ocurre que no todo es bonito en estos viajes, donde hay sinfín de anécdotas. En éste tuvimos que lamen-



Típica calle de Amsterdam

tar la ausencia forzada de uno de los nuestros, el amigo Morán, de Canarias, que en esos días recibió la triste noticia de la muerte de su padre, también compañero de profesión, que se encontraba en Canarias, por lo que tuvo que abandonar Holanda apresuradamente. Creo, pues, debemos tener presente en nuestras oraciones la desdichada pérdida de este colega, y uniéndonos todos en la triste noticia, pedir a Dios por el eterno descanso de su alma.

Creo sería injusto si omitiese en este insignificante trabajo la gran ayuda de dos firmas, Peusek y C. Velasco, las cuales han contribuido en el viaje sufragando el desplazamiento de Barcelona a Holanda en autocar, por lo cual creo que todos los Podólogos, que en tantas ocasiones hemos sido objeto de su ayuda, debemos mucho a estos grandes amigos, a los que podemos contar entre la gran familia como reconocimiento de sus atenciones.



PROBLEMATICA FUNDAMENTAL DEL COMPORTAMIENTO ASOCIATIVO ACTUAL DEL PODOLOGO

a cargo de D. Zacarias García de Andrés, Vicepresidente 1.º de la
Agrupación de Podólogos de España

Delegación Provincial de Barcelona Curso Académico 1975/76

Señoras, señores, compañeros y amigos:

Después de las invitaciones que, con carácter permanente, me han venido siendo formuladas por mi querido amigo y magnífico Delegado Provincial de Barcelona D. Jaime Sala Pich y tras vuestra paciente condescendencia de verme honrado con la inclusión de mi intervención personal en tres cursos consecutivos programados por esta Delegación, primera fundada en España, al fin puedo ver cumplida una de mis más anheladas satisfacciones: la de compartir unas horas en vuestra querida compañía. Y es éste y no otro el principal motivo que me impulsó a aceptar cada invitación y tratar de cumplir, por todos los medios a mi alcance, tan importante compromiso, sin poder conseguirlo hasta hoy ya que me fue de todo punto imposible salvar las barreras que causas de fuerza mayor levantaron ante mi empeño de aprovechar cada oportunidad que tan gentilmente se me brindaba y poder testimoniáros, con mi presencia, el cariño con que os distingo y la admiración que siento por todos y cada uno de vosotros, con lo que no hago más que corresponder en justicia a las pruebas que, del vuestro, he venido recibiendo abundantemente de esta provincia. Y una de ellas, y bien importante por cierto, es que aún a sabiendas de mi modesta capacidad de expresión y de mi precaria preparación profesional, se me haya concedido el honor de incluirme entre los compañeros que tan bri-

llantemente vienen participando en vuestros actos provinciales, en esta Delegación que, celadora del desarrollo colectivo profesional, viene desplegando al máximo sus limitadas posibilidades, desecha la rutina en su comportamiento y tiene siempre abiertos los brazos y las puertas de su corazón para acoger calurosamente toda colaboración que tonifique y fortalezca la dinámica de marcha cultural y social de la Agrupación de Podólogos.

Es por ello, que me vea en la absoluta y espontánea obligación de felicitar sincera y efusivamente la labor que viene desarrollando la Delegación de Barcelona, cuya Junta Provincial encabezada por el amigo D. Jaime Sala Pich, viene siendo desde hace tiempo orgullo y espejo de la Podología española, más aún para aquellos que llevamos como bandera profundamente arraigada en nuestro ser la condición de podólogos. También, siento la necesidad de manifestaros mi absoluto agradecimiento por la deferencia que habéis tenido a bien dispensarme al solicitar mi colaboración, agradeceros a todos vuestra presencia y ¡cómo no! suplicaros humildemente os dignéis perdonarme por las veces que he faltado a la cita y los trastornos que involuntariamente os haya acarreado tal circunstancia, ajena desde luego a mis deseos, podéis estar seguros.

En la amalgama de sensaciones diversas que afluyen en estos momentos a mi corazón,

flotan la enorme alegría causada por la noticia de la restitución de nuestro Presidente Nacional en el cargo de Presidente del Colegio de A.T.S. de Barcelona que, como deslumbrante resplandor de justicia, fortalece la fe en la alta magistratura del país. Mi sincera felicitación, por tal sucedido, a nuestro compañero y amigo insigne D. Leonardo Escachs Clariana y mi más cordial enhorabuena a los colegiados barceloneses por tan magnífico capitán reincorporado a la tripulación de tan importante nave colegial, que asegura la arribada a buen puerto. Y la inmensa pena originada por el reciente fallecimiento del no menos querido compañero D. Leopoldo Cabanes Profitós, que supo dar fe de su hombría de bien, espíritu de sacrificio, meticulosidad y bien hacer al servicio de la colectividad podológica. Nunca más cierto el calificativo de irreparable al aplicarlo a la pérdida de tan ejemplar compañero al que me cupo el honor de estar unido por una inquebrantable amistad nacida del compartir nuestras manifestaciones profesionales y del ejercicio de nuestros respectivos cargos. Me sirve de consuelo, en parte, el saber que deja un hijo como sucesor y heredero de su profesión quien, con tan magníficos factores genéticos en su sangre, estoy seguro sabrá recoger la antorcha de colaboración y buenas cualidades para que, sin solución de continuidad, el apellido Cabanes siga figurando en la vanguardia de la Podología, como obligado homenaje a su antecesor que supo inscribirlo con letras de oro y hacernos considerar su pérdida como día de luto nacional podológico. Como prueba de nuestro sincero sentimiento y pesar colectivo, os pido un minuto de silencio. Descanse en paz, bien ganada en la tierra, tan excepcional amigo y compañero.

Y ahora pasemos a desarrollar el tema que he titulado **Problemática Fundamental del comportamiento asociativo actual del Podólogo.**

A manera de preámbulo, os diré, que no esperéis de mí una conferencia magistral ya que no siendo un buen orador, he preferido escribir y dar lectura a mis pensamientos con el decidido propósito de olvidarme de las menos cosas posibles y, aún así, también se me escaparán bastantes por mi mediocridad escritora. Me consuela saber que, también las grandes personalidades del país tienen que

recurrir a la lectura y, sobre todo que estoy en mi casa, entre hermanos, y sabréis disculparme los errores de expresión que observéis ante el pensamiento de que pongo en ella todo mi corazón y lo más que puedo dar de sí, que es bien poco como comprobaréis. Al solicitar-me la colaboración, pensé que poco podía hacer en el aspecto científico, en una provincia en que cualquier compañero, hasta en las cosas en que creo dominar más profesionalmente, puede darme lecciones. Que cuenta con magníficos oradores y extraordinarios profesores. Descarté, por tanto, una intervención que no iba a interesar a nadie ni iba a descubrir nada nuevo y consideré más conveniente tratar de un tema de carácter asociativo que, en mi opinión, debía de ser tratado con más frecuencia y por compañeros más competentes que yo, sirviera de comienzo a una serie de intervenciones sucesivas en pro de una mayor consciencia colectiva de participación y cohesión enfocada al logro de la madurez social del podólogo.

Para llegar a unas conclusiones sobre el particular, es preciso hacer una somera historia podológica y su proyección e influencia en el podólogo actual:

Cuando comienzan los primeros contactos interprovinciales de los podólogos, como embrión de la Podología actual, apenas son una docena de hombres los que, guiados por el entusiasmo y clarividencia de la necesidad de una conjunción armónica, comienzan su trabajo de estímulo aglutinante en la Sociedad podológica. Su labor resulta fructífera y corre como la pólvora incorporándose masivamente a través de las Delegaciones Provinciales, constituidas al efecto, todos aquellos que realmente ejercían la especialidad. La firmeza de carácter, capacidad de trabajo, prestancia y raigambre profesional que se observan en un compañero catalán, hacen que sea elegido Delegado Nacional: se trata nada más ni nada menos que de D. Leonardo Escachs Clariana. Su impulso es contagioso, se edita la Revista Nacional de Podología, se celebran actos con brillantez y asistencia masiva en Barcelona y en Madrid. La Podología marcha con gran satisfacción y contento de los podólogos españoles. Y con su marcha, como toda marcha fulgurante, comienzan también las apetencias

cuando sus dos pies
son dos
problemas...



Use **Peusek**[®]

desUdorante y
desOdorante
de los pies



Y AHORA TAMBIEN

NUEVO

Peusek[®]
ARCANDOL

para pies

*ARdientes
CANsados
DOLoridos*

SPRAY

DOS PRODUCTOS PARA...
DOS PROBLEMAS QUE SON...
DOS SOLUCIONES.



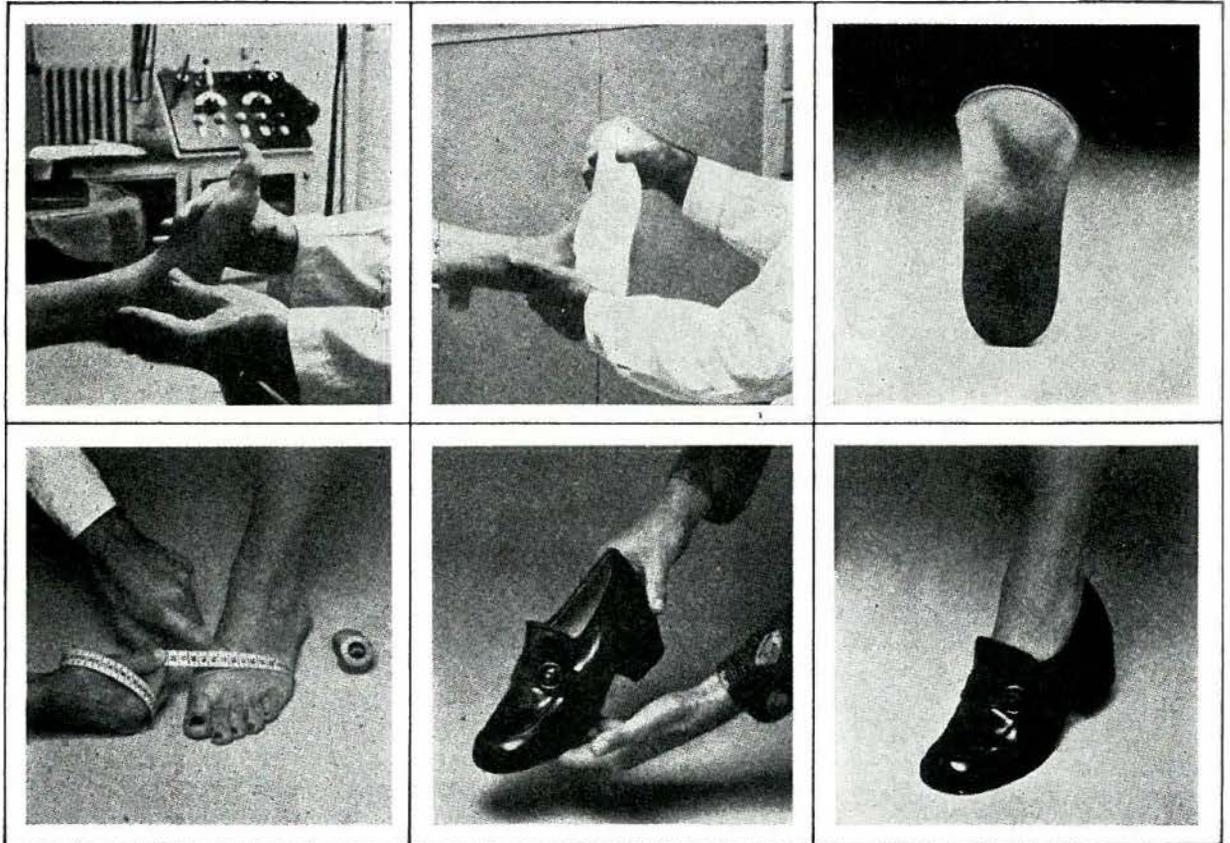
de los egoístas, de los oportunistas, de todos aquellos que fomentando la desunión y el desánimo y, sólo así, pueden medrar al presentar con un barniz de oropel la realidad de su ambición y posibilidades. Las críticas destructivas y extorsiones menudean. Determinadas vanidades y egoísmos particulares van incidiendo en la solidez del conjunto hasta lograr su desconcierto. El tiempo se encargará de demostrar que el cambio de Delegado Nacional de Podología, es el mayor de los fracasos al quedar absolutamente embarrancado y sin navegación alguna el barco podológico que tan buen rumbo llevaba. No vamos a analizar la gestión de los capitanes de entonces por entender que para navegar es imprescindible poseer unas específicas aptitudes y no las tuvieron o no quisieron gastarlas. Lo que sí nos interesa es el importante traumatismo que infringieron a la colectividad, de división, desconfianza e introversión del podólogo, generadora de apatía e indiferencia. Ello, unido a la poca o nula participación del podólogo en todo aquello que hiciese referencia a su especialidad y sumado a la sorprendente cantidad de Diplomas obtenidos por bastantes personas desconocidas en el ámbito podológico, ya que no tenían consulta abierta al público como especificaba el Decreto de 29 de marzo de 1962, aumentó no sólo el lastre de incompetentes profesionales en nuestras filas, sino, lo que es aún peor, el de la infiltración masiva de teóricos podólogos sin el espíritu y raigambre propios de aquellos que venían profesando la especialidad con todas sus vivencias tanto problemáticas y de sacrificio, como de ventajas y satisfacciones. Se había convertido la especialidad en una masa amorfa, compuesta por grupos de etiología diversa, muchos de ellos sin sentir el verdadero espíritu y orgullo de profesionalidad por ser una actividad que no habían ejercitado nunca y les resultaba extraña. Abandonado a su suerte, defraudado por su falta de participación activa, es natural que el podólogo nato fuese invadido por el escepticismo y pensase: «Ni son todos los que están ni están todos los que son», y quedase sumido en la indiferencia y la apatía, propias de su impotencia ante los hechos consumados, que aún persisten en nuestro seno.

Se ha dicho por ahí que el podólogo es rebelde; y no es exacto. Lo que le ocurre

es que tiene un inquebrantable orgullo de su condición, aunque sea modesta. Considero que el error fundamental de bastantes propios y extraños fue no advertir o ignorar las circunstancias especiales propias de esta rama de la Clase, su fortaleza de espíritu, su entusiasmo profesional que, en mi opinión, deberían haber acogido con paternalismo sin reservas, en lugar de extorsionar o poner freno a su decidido propósito de superación y proyección. Un freno que, por otra parte, no iba a conseguirse nunca, y que demuestra un absoluto desconocimiento de la manera de ser y de sentir del podólogo por quienes lo intenten. La angustia, la desazón y el desequilibrio, sólo invaden al hombre que no encuentra nada que le satisfaga, nada que le enorgullezca noblemente. Y el podólogo está satisfecho y orgulloso de serlo. Y esto le fortalece y le hace salir más airoso y con más temple de cada prueba y estar en condiciones óptimas para enfrentarse a los difíciles problemas de la colectividad, suprimiendo solamente lo caduco, lo estéril, lo inútil y eliminando todo síntoma o enfermedad que extorsione, intranquilece o rompa su pacífica convivencia. Y es preciso mantener, en el campo podológico, todo lo que sea digno; y mejorarlo, poniendo toda la fe, la ilusión y el sacrificio necesarios para que la Podología no sea una palabra ridiculizada y ultrajada por unos o poseída egoístamente por otros.

Con los criterios anteriormente expuestos, nace por generación espontánea y como contrapartida a la creada por un sector médico denominada Asociación Española de Podología, la Agrupación de Podólogos de España. Al parecer, algunos no supieron darse cuenta, y aún siguen sin dársela que esta Agrupación, cuya necesidad no se contrapone a la vigencia de los colegios profesionales, nace, repito, por generación espontánea y había que denominarla de alguna manera. Pero la verdadera asociación estaba ahí desde hace mucho tiempo. Estaba en todos los podólogos de verdad, auténticos, que aislados sentían una profunda necesidad de formación, de estar al día, de ser más útiles a sí mismos y a la sanidad de la nación. Les sobraban los políticos que pudiesen acercarse a ella para el medro personal. Sólo aspiraban y siguen aspirando a trabajar en bien propio, de los compañeros en

TAN IMPORTANTE COMO SUS MANOS



Sus manos conocen, investigan y alivian. Pero su experiencia personal puede verse traicionada si no existe un zapato que satisfaga plenamente sus prescripciones. Por esta razón, MANUFACTURAS PROS pone a su disposición la nueva línea de zapatos MANITOS ORTHO.

MANITOS ORTHO es un zapato especialmente diseñado para satisfacer todas sus exigencias. Tanto la calidad de los materiales, como la adaptabilidad al uso de plantillas permiten en todo momento continuar ejerciendo una acción benéfica y correctora como si se tratara de sus propias manos.

MANITOS ORTHO: TAN IMPORTANTE COMO SUS MANOS.



MANITOS
ORTHO

general y de los pacientes en particular. Lo que seguiríamos haciendo ya con o sin Agrupación. Pero somos conscientes de que con una sociedad ordenada y organizada que sirva de aglutinante, puede ser mucho más eficaz la labor conjunta. Naturalmente, la colaboración estrecha entre los agrupados y sus Delegaciones y entre éstas y la Junta Directiva es la condición esencial para el éxito bajo todas las circunstancias; si esto ha sido necesario en cualquier momento pasado y presente, lo será más en el futuro.

Pues bien, con el nacimiento de la Agrupación de Podólogos de España renace la ilusión del podólogo verdadero, del de hombría de bien, del que sin estar hipotecado por nada ni por nadie, excepto por los sagrados intereses y derechos de sus propios compañeros de especialidad, ve la necesidad de esta asociación como puerta de salida al letargo en que estaba sumida la especialidad y como pórtico de entrada a la participación activa y democrática de sus miembros, que le brindan sus Estatutos y su estructura organizativa: Junta Directiva, Juntas Provinciales, renovación de cargos a la terminación de sus mandatos y, por encima de todo, la soberanía suprema de su Asamblea General Anual reglamentaria, es decir los compañeros de toda España. Había nacido, en mi opinión y sin lugar a dudas, la madre de la Podología del futuro. Y el que el padre, el Consejo Nacional de A.T.S., hubiese apoyado su nacimiento, como debía ser, aumentaba aún más el contento de la clase podológica. Constituida su Junta Directiva provisionalmente, es ratificada en Asamblea General de 1967 en Zaragoza ostentando el cargo de Presidente D. Leonardo Escachs Clariana. La personalidad arrolladora, voluntad férrea y tesón roqueño, clarividencia de ideas y veracidad de expresión que caracterizan al amigo Escachs, propias de los grandes hombres únicos en cada siglo y en cada actividad, por fuerza habían de suscitar — como ocurre con todos los colosos de la historia — el orgullo de los hombres de estatura normal y de buena voluntad por tenerle entre sus filas y la envidia de los pigmeos y de los hombres de complejión mediocre. Yo, hombre de pocas pretensiones y modestas cualidades, sin apetecer cargo alguno me encuentro de repente con el de Delegado Provincial de Madrid. Adquiero

conciencia plena de la difícil carga que esto entraña. Me autoexijo una voluntariosa acción en pro de la unión colectiva de mi provincia y, sobre todo, de impedir por todos los medios a mi alcance y capacidad de expresión, que las críticas solapadas y entre bastidores de los posibles pigmeos puedan constituir el goteo que provoque el divorcio entre el matrimonio Agrupación-Consejo. Considero que la mejor manera de evitarlo es informar directamente de todos nuestros actos a todos nuestros organismos representativos sin excepción, procediendo al envío ininterrumpido de copias de nuestras sesiones a sus respectivos presidentes. Mi ilusión por conseguirlo se ve cimentada por mi ausencia total de resentimiento y enemistad hacia nada ni a nadie. Mis intervenciones personales, siempre van encaminadas a la consecución solidaria de un conjunto armónico y fiable y a intentar mentalizar, por doquier, sobre la manera de ser y sentir del podólogo en general. Hoy debo admitir mi rotundo fracaso y me apesadumbra reconocer que los recorridos por los bastidores han influido más que las virtudes esenciales de la escena general, y que mi esfuerzo por perfeccionar el conocimiento y entendimiento del podólogo con los máximos representantes de la Clase, reforzando sus lazos de unión, no encontraron el eco apetecido, lo que les hace merecedores de un rotundo suspenso en Psicología, asignatura que considero indispensable debe dominar cualquier dirigente en proporción aritmética a su nivel. Coincido en todos sus extremos con el Dr. Lafourcade y hago mías sus palabras y definición: La Psicología, puente de comprensión y de realización. Es cierto. La Psicología implica, desde luego, una actitud comprensiva y de acercamiento, ya que va dirigida al hombre todo y a todos los hombres, pues, en cualquier caso, hace referencia al individuo o al conjunto y en cuanto tal ha de ser considerado como un todo indivisible, en su integral potencial y en su realización. Y, por lo mismo, ha de ser tratado en la variedad de sus relaciones con el entorno, y en consideración decidida también a una abierta temporalidad. Pues de otra manera se desfiguraría su auténtica razón de ser, para sumergirle en una inevitable alienación.

El hombre, ante la complejidad de nuestro tiempo, está cada vez más necesitado de la



FUNGISDIN

antimicótico de alcance total

FUNGISDIN

posee un amplio campo de acción antimicótica y antibacteriana, por ser activo frente a dermatofitos, levaduras y también frente a bacterias gram positivas.

Composición

Nitrato de 1-(glioxalínil)-(2,4-cloro- α -hidroxitolil)-2-(2,4-clorobenceno).

Indicado en

Dermatomicosis:

Tinea pedis. Tinea cruris. Tinea corporis. Tinea unguium. Tinea manuum. Tinea barbae.

Afecciones por levaduras:

Candidiasis cutáneas, anal, escrotal y vulvar, vulvovaginitis candidiásica postantibiótica. Lesiones de los pliegues cutáneos. Lesiones perianales. Onixis y perionixis. Estomatitis angular. Balanopostitis.

Micosis provocadas por hongos diversos.

Pitiriasis versicolor.

Infecciones y sobreinfecciones por bacterias gram positivas.



Modo de administración

En general, 2 ó 3 aplicaciones al día de gel o aerosol sobre la zona afecta.

Contraindicaciones

No se le conocen.

Efectos secundarios

No se han registrado irritaciones, molestias o sensibilizaciones dérmicas.

Presentación y P.V.P.

FUNGISDIN

ofrece por su presentación en gel y en aerosol una extraordinaria facilidad de administración, permitiendo la elección de la forma más idónea en cada paciente para asegurar el acceso del preparado a todas las zonas de la piel.

FUNGISDIN AEROSOL:

Frasco de 50 ml. P.V.P.: 231,- Ptas.

FUNGISDIN GEL:

Tubo de 30 gr. P.V.P.: 261,- Ptas.



Avda. Generalísimo Franco, 520
Barcelona-11

ISDIN

técnica e investigación en dermatología

orientación y el desarrollo de su personalidad potencial. Sin el aprovechamiento, más o menos ilusionado de su potencialidad, ciertamente no podría marchar, pero también lo es que sin una actitud abiertamente esclarecedora no podría detenerse. Y hemos de tener en cuenta, asimismo, que sólo de una forma comprensiva, en general, podemos penetrar en la razón de ser de la realidad que fuere, y que el mundo de cada cual y el individuo en su integración, el ser entendido como un todo y con tendencia a realizarse frente a las incidencias del medio, se mueve en el juego compensador de sus impulsos, ya que siempre será éste el nudo y el fundamento de toda actividad psíquica. Pero, eso sí, en niveles de una comprensión y un acercamiento recíprocos y muy por encima de los que atrás van quedando.

Pero, en cualquier caso, esta actitud comprensiva, ha de fundamentarse, como decíamos, en la relación o comunidad compensadora de sus contrastes en todas sus posibles vertientes como ley general. Y más que buscar cada cual un sistemático desarrollo de sus potencialidades, sin orden ni concierto, se ha de atender y vigilar desde luego, a ese cierto equilibrio que, aun en los casos menos aparentes o más contradictorios hay que salvaguardar y orientar, cuando no se requiere poner en situación de verdadero peligro la integridad del conjunto que fuere, o caer en el desconcierto, la descomposición o la alienación, cualquiera que fuese el orden o el mundo en que nos situemos.

Y este sentido coordinador que señalamos se va haciendo palpable ya en los cambios de rumbo que apunta la mentalidad individual y colectiva, toda vez que, como venimos diciendo, pese al supuesto equívoco generalizado, como punto de partida, de que con nuestros afanes cubrimos fines más o menos particulares, egoístas o felicitarios, se va haciendo manifiesto un planteamiento verdaderamente contrapuesto, al comprender que realmente andamos en una obra que es de todos por principio, y en la que nadie es más ni menos que otro en su conjunto, psicológicamente hablando. Y por lo mismo, la relación comprensiva y de acercamiento se hace necesaria e imprescindible ciertamente, pero no entendida ésta de forma blandengue y mojigata, sino de ma-

nera enteriza e inteligente y, por supuesto, desde todos sus posibles niveles y dimensiones.

En definitiva, todos estamos necesitados de los demás. Y un mundo formado tanto por un sentido de presunción o soberbia, como de rencor o resentimiento, y por lo mismo excluyentes, carece ya de significación. Haciéndose evidente, desde luego, la formación de un hombre nuevo que, lejos de desorbitadas actitudes, competitivas o forzadas, y alienantes por lo mismo, trate clara y llanamente, a través de su voluntad de ser, de realizarse asimismo en coordinación con los demás y desde un supuesto perdurable, para hacerse patente también que el sentido de colaboración, acercamiento y comprensión, tanto a nivel individual como de conjunto, es incuestionable si no se quiere abocar en una deshumanización o alienación de la estructura toda.

Todos estos razonamientos, que representan un dogma de fe psicológico, y cuya puesta en práctica, como digo, es considerado imprescindible, repito, desde hace tiempo, han sido los que en todas mis intervenciones he venido empleando hasta machaconamente, con la ilusa pretensión de alcanzar el fortalecimiento real de las estructuras de la Clase toda, y en la que, hasta el momento, he fracasado. Asegura mi afirmación de comportamiento, mi intento de dar lucidez psicológica al conjunto, por ejemplo, la intervención personal efectuada en reunión de Delegados convocada por el Consejo Nacional en diciembre de 1972, con la que, además, pretendía dar al traste con ciertos desaprensivos e injustos rumores que venían etiquetando de divorciativa a la Agrupación. Textualmente, era así:

Como hombre de profundas convicciones, me siento hondamente impresionado ante la sola idea de no saberme expresar con la brillantez que desearía, dada la enorme conciencia de responsabilidad que me embarga cuando he de aportar mi modesto concepto sobre algo tan importante y tan arraigado en mí: mi querida Podología que, a fin de cuentas, es la que nos obliga y une a todos los presentes por el mismo común denominador, impulsándonos a todos a laborar por la misma causa y actuar

flexor

Presenta
los nuevos modelos
de plantillas
ortopédicas



SERIE CABALLERO

(modelo ancho)

Ref. 5621 - 5622 - 5623

CARACTERISTICAS:

- **Cazoleta** para contención del calcáneo.
- **Arco Longitudinal** suave para apoyo del escafoides.
- **Arco Transverso** blando para descarga de los metatarsianos.
- **Admite** todo tipo de correcciones mediante nuestros suplementos.



FLEXOR, S.A.

VALENCIA, 345 (ESQUINA BAILEN)
TELEFONO 258 14 15 - BARCELONA-9

con la debida templanza y claridad de ideas, como inexcusable obligación de contribuir con la justa correspondencia que todo hombre responsable debe observar hacia quienes en su momento depositaron su confianza en nosotros al elegirnos: los podólogos de la nación.

Por ello, voy a intentar, con mi modesta intervención, la difícil tarea de estar a bien con mis representados, conmigo mismo y también con Dios, lo que presupone estar a bien también con mi conciencia.

Considero esta reunión como una concurrencia de hermanos de una misma familia en la que es absolutamente necesario que amemos más la verdad que la conveniencia, superando con nuestras intervenciones la triste actitud de quienes sólo se limitan a la crítica entre bastidores sin aportar solución eficaz alguna, creando una situación poco definida, que aprovechan los enemigos de la Podología — que desgraciadamente los hay y muchos, a veces hasta en nuestras propias filas —, para, usando de procedimientos agresivos a su paz y tranquilidad, ir deteriorándola y minusvalorizándola, a fin de lograr el desconcierto y conseguir, al precio que sea, cualquier ganancia personal, bien moral o materialmente. Por consiguiente, creo que todos los Delegados aquí presentes, desde el punto de vista podológico, estamos obligados a la condición «sine qua non» de desarrollar los temas con honestidad, claridad y veracidad, teniendo en cuenta que no son nuestros propios criterios o intereses los que tenemos que defender sino, necesariamente, aquellos que nacen de nuestros representados. El Consejo Nacional, debe ser plenamente consciente de que el que un representante de una actividad trate de hacerse comprender con claridad y hasta con diversidad de criterios, es no solamente humano sino obligatorio y no presupone, en modo alguno, que pueda ser tachado de antagonista. Porque, si discutimos en el seno familiar con los hermanos y hasta con los padres, ¿es ello suficiente razón para que se pierda el respetuoso comportamiento mutuo y consideración a que estamos obligados y desaparezca el cariño que siempre debe reinar entre los miembros de la familia? No; y por tal motivo, quiero y espero que con mis palabras nadie se dé por

aludido ya que mi única pretensión es buscar la objetividad en pro del beneficio colectivo, por lo que ruego se tenga a bien considerarlas con el mismo cariño e interés que yo pongo en ellas.

No podemos estar de acuerdo con los que creyéndose mejores, extorsionan o dificultan, tronchan o decapitan las aspiraciones y triunfos del Podólogo y de la Podología. El difícil equilibrio consiste en saber conjugar, sin herir ni molestar, lo que uno desea con lo que en realidad es o debe ser. La consecución de este equilibrio es humanamente costosa y para algunos yo hasta diría que imposible. La misión de los que somos dirigentes, al nivel que sea, es ser sensibles, con verdadero y humanitario respeto y cristiana meditación sobre todo aquello que pueda excitar el interés o curiosidad del compañero. El dirigente siendo sincero consigo mismo, reconociendo espontáneamente sus aciertos y sus errores, los es con quien, de una forma u otra, está relacionado con él o le otorgó su confianza. Cuando el representado ve, lee o se entera de algo de lo que disiente, es perfectamente humano que pueda incluso llegar hasta a sulfurarse, porque su juicio no tiene necesariamente que identificarse con el de su representantes. Y lo que no debe hacer nunca un dirigente, lo que no podemos hacer los que nos preciamos de tal condición, cuya misión es coordinar ideas, compulsar deseos, detectar diferencias o tensiones, es fomentar la desunión a que invariablemente conduce el dar oídos a informaciones de etiología parcial, a críticas destructivas nacidas del resentimiento, generalmente etiquetadas de oportunismo, ni escamotear, silenciar o enmascarar las situaciones por que sucesivamente atraviesa la causa de aquello o aquellos que representamos. A los hombres se les juzga o debe juzgárseles por sus obras y por su trayectoria y comportamiento hacia los demás. Las obras de oposición enconada, de solapada crítica, sin ningún derecho, a las acciones de quienes no sean ellos mismos, y de falta de respeto que algunos grupúsculos quisieran establecer, arremetiendo en toda ocasión propicia contra todo y todos los que opinan de otra manera, no puede prevalecer y es una clara evidencia de descalificación automática para cualquier puesto de representatividad.

Una de las razones de la complicada e importante problemática porque atraviesa la Clase — decía hace cuatro años y sigue actualmente en vigor —, es que todos y cada uno de nosotros, sálvese el que pueda, hemos fomentado y estamos fomentando el inmovilismo. Incluso los que somos partidarios del contraste de pareceres y la diversidad de criterios nos hemos contagiado de inhibición sin apenas darnos cuenta de las peligrosas consecuencias que ello puede acarrear para las puras esencias democrático-orgánicas tan necesarias a la vivencial complejidad de la Clase. Recuerdo haber leído recientemente, que la característica principal del inmovilismo es el miedo a la crítica. El inmovilista teme las opiniones, le molesta que puedan juzgarse sus actos y se pongan en tela de juicio sus decisiones, por lo que prefiere un auditorio de mudos a un auditorio normal, por si las moscas, y hasta le gustaría, incluso, que los mudos asistieran con los pies convenientemente

atados en evitación de algún pateo discrepante. Está claro y sin ningún género de duda, que el inmovilismo es la antesala del aislacionismo. Y este aislacionismo sólo podía estar en parte justificado hace muchos años en que las dificultades de comunicación eran considerables, pero no acorde con los tiempos actuales, por lo que no debe satisfacernos a los presentes, ni creo satisfaga a la Clase ni a los Organismos Colegiales que la dirigen, ya que este desfase hace que la colegiación vaya divorciándose, cada día más, de sus colegios. Somos plenamente conscientes de las abstenciones de los colegiados en general, los cuales se mantienen al margen de aquellos en su mecánica funcional. Esto es una verdad que conocemos desde el más humilde colegiado hasta nuestro más alto dirigente, y nadie debe rasgarse las vestiduras ante esta evidencia, sino ser consecuentes en el estudio y establecimiento de una normativa y reglamentos colegiales más en consonancia con la trans-

Plantilla Ortopédica Elástica "FERRIZ"

Medalla de Plata en el X Salón Internacional de Bruselas

JAEN

Fábrica y oficinas:

Arrastradero, 8 - Teléfono 22 33 92

Fabricación de toda clase de plantillas ortopédicas en conglomerado de caucho y corcho, y extensa gama de piezas accesorias para confeccionar y adaptar a las mismas. Arcos internos o longitudinales. Arcos transversos. Cuñas pronadoras y supinadoras. Herraduras.

Las plantillas y piezas accesorias, se fabrican en tres consistencias:

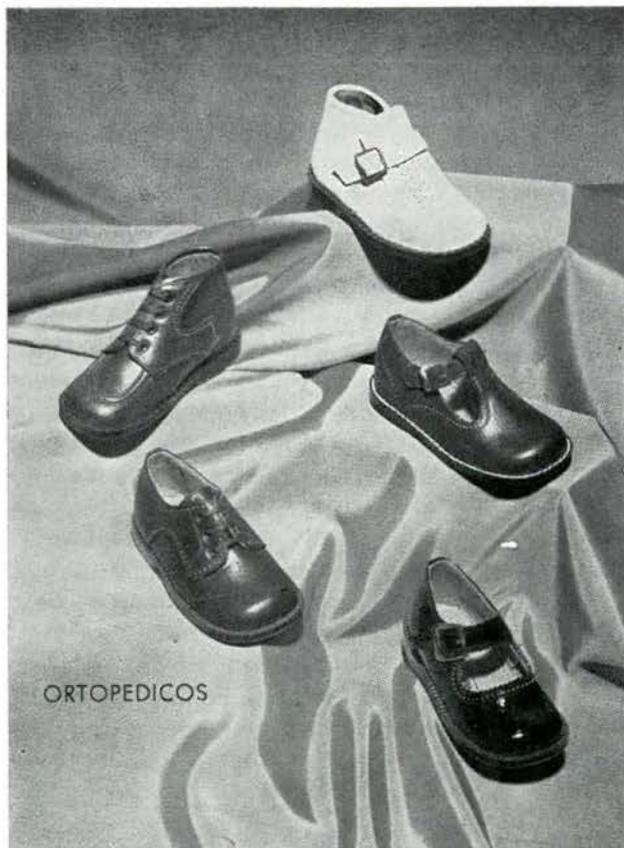
BLANDAS, DURAS Y SEMIDURAS

formación que ha experimentado nuestra sociedad como lógica consecuencia del desarrollo. ¿Qué les ocurre a nuestros Colegios? Sencillamente: que paulatinamente van muriendo por consunción en diálogos estériles y cuyo agente causal es fácil de determinar: les falta participación, adolecen de un marcado sello social.

La irreversible mayoría de edad de la Podología, ha hecho posible que vaya considerándose por el podólogo en general y de una manera creciente, al igual que se observa en el gobierno de la nación, la imprescindibilidad de la participación. Para comprender la convicción del podólogo sobre la necesidad de dicha participación, puede servirnos de ejemplo el Estado. El grado de participación que nuestro sistema político permitió hasta la Ley Orgánica del Estado tuvo justificación por las especiales circunstancias y peculiaridades de la situación consecuente a nuestra guerra civil: hubo que pacificar y hubo que dar solución a la enorme problemática económica y social, entonces planteada. Pero en la actualidad, cuando se observa un decidido empeño en todos los Estamentos por alcanzar la plenitud política del sistema, estamos todos obligados, y en primer lugar los poderes ejecutivos y legislativos, a facilitar un claro y alto nivel de participación para conseguir una democracia con número y con responsabilidad. De ahí, el nacimiento de la Ley de Asociaciones que viene a determinar claramente la preocupación del Estado por posibilitar que todas y cada una de las actividades del país puedan manifestar, dentro de un orden establecido, sus problemas específicos, sus inquietudes y sus aspiraciones, que permitan la canalización concreta sobre las características propias de cada sector a fin de encontrar una más fácil solución en la que se conjuguen armónicamente los intereses privativos de cada conjunto y los de la sociedad en general, de la que forman parte. Se impone pues, como meta, el alcanzar una verdadera democracia de contenidos, o, lo que es igual, una democracia de participación, porque la democracia de las formas va quedando paulatinamente en desuso por vetusta. ¿Y qué es a fin de cuentas la participación? El principio teórico de participación, es aplicable a cualquier entidad colectiva y se

encuentra en consonancia plena con la filosofía de nuestro propio sistema político; puede definirse como una especie de contribución necesaria al bien común y se nos aparece como un derecho del hombre en razón del fidedigno cumplimiento de sus obligaciones comunitarias. Según un profesor español, cuyo nombre no recuerdo ahora, las condicionantes que deben rodear a una participación con responsabilidad de la persona, quedan establecidas, con evidente acierto, en cinco: 1.ª Que la participación se efectúe sin discriminación alguna; 2.ª Que sea activa; 3.ª Que sea eficiente; 4.ª Que la participación sea absolutamente libre, y 5.ª Que su realización observe una progresiva perfección. Considero que es este tipo de participación responsable el que debemos poner en práctica en todas las Entidades y Organismos, sobre todo en los comunitarios como el nuestro. Y desde luego, en todo caso, que éstos se subordinen y sepamos todos subordinarnos a las exigencias del bien común. En resumen, la perfecta concepción de participación precisa, si la pretensión es abandonar el limbo de los principios e instalarse en el piso firme de las realidades, de la adopción o, en otro caso, adecuación de una normativa jurídico-orgánica que ofrezca a todos y cada uno de los colegiados posibilidades efectivas de tomar parte activa y libremente en el gobierno de sus propios intereses y específicos problemas del sector profesional de la Clase a que pertenecen. Es evidéntísimo que en la actualidad es imposible concebir ni encontrar justificación al poder representativo, sino como una estructura próxima, agregativa y constantemente acompañada por la responsable participación y colaboración de los representados.

Más adelante, entre otras cosas contenidas en mi intervención, decía entonces, que la Podología era una especialidad distinta a cualquier otra, como podía desprenderse del hecho de que propios y extraños no desperdiciasen ocasión de fijarse en ella. Y si era una más, como solían considerarla los representantes colegiales, no llegaba a comprender tanto intento de reorganizarla y reestructurarla. Era evidente que los Presidentes Colegiales no habían adquirido consciencia plena ni habían sabido transmitir adecuadamente las



**calidad,
comodidad y
materiales
adecuados**

**Todos los modelos
tienen su importancia y
han sido estudiados
para colaborar en los
tratamientos de los
señores Podólogos y
ajustándose a sus
prescripciones**

Mendivil
ESPECIALIDAD EN ORTOPEDICOS



RAMON SAEZ GARCIA

AGUAOR, JOSE MENOR HERNANDEZ, S/N
TELEFONO 801377 - PREFIJO 965
VILLENNA (ALICANTE)

peculiares características de la Podología ni las justas aspiraciones del Podólogo integral, y calificaba de desconcertante e incomprensible la motivación que pudiera dar lugar a que para determinadas cosas se tuviese en cuenta la Delegación de Podología y para otras muchas, relacionadas y vitales para la especialidad, se las mantuviese al margen o se las ignorase.

Si he hecho referencia a esta intervención y su contenido, se debe a hacerlos más fácil comprender las circunstancias, medio ambiental y características orgánicas potenciales con que nace y se desarrolla nuestra Agrupación. El tiempo se va a encargar de hacerla merecer el calificativo de la primera sociedad profesional democrática salida del seno de una clase consciente de su necesidad: La Podología.

Su incorporación empieza por ser voluntaria, pero que resulta obligatoria para todos los podólogos que tengan un verdadero sentido de la responsabilidad, participación y superación individual y conjunta. Su Asamblea General es la soberana, la que nombra sus representantes máximos, la que tiene el poder legislativo y ejecutivo del conjunto, la que, en suma, brinda la participación de todos y cada uno de sus miembros. Naturalmente, por fuerza había de encontrar la oposición de los enemigos de la democracia orgánica que suelen ser frecuentemente los que tienen algo que guardar o esconder o aquellos que, por su mediocridad real, van a tener poco que hacer con las armas del egoísmo o la perversidad. Comienzan por decir que la Agrupación es un coto cerrado. También que reina en ella un espíritu divorciativo. Todo por volver a convertir en reino de taifas y banderías el reino podológico y seguir teniendo la oportunidad de ser reyezuelos de grupos disidentes antidemocráticos. Pero eso no vale, porque todo el mundo sabe que las puertas de la Agrupación están permanentemente abiertas a todos los podólogos sin discriminación. Mal puede ser un coto cerrado toda parcela en la que se puede entrar y salir libremente y en la que sus guardas o dirigentes pueden ser depuestos por la colectividad. Aquí no hay dividendos ni sueldos, sino tan sólo horas de trabajo, con errores pero también con aciertos de vez en cuando.

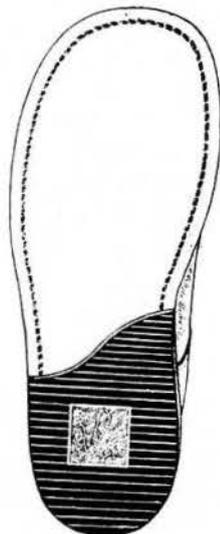
Y nadie tiene derecho, más que sus socios, a criticar éstos o aquellos. Pero no importa; han de seguir, aunque no la conozcan a fondo por dentro y por fuera, sembrando la duda sobre la eficacia de la Agrupación. Y es ante estos grupos a los que los agrupados hemos de oponernos como un solo hombre en defensa de los esquirols y francotiradores de la profesión que, desde las más variadas trincheras, atacan e injurian, personal o colectivamente, a despecho de la más elemental ética profesional y compañerismo que debe presidir en cualquier especialidad que lleve la condición de universitaria. Y no es raro que, en el grupo de esos francotiradores injuriosos, se encuentre incluido alguno que sabe de nuestras dificultades por resolver algunos problemas, que conoce las limitaciones de nuestro trabajo. Que está al corriente de los problemas que tenemos pendientes y que tratamos de resolver. Y todos ellos, a pesar de los obstáculos que se alzan ante nosotros, tratamos de llevarlos a buen término a base de paciencia, de tesón y de buena voluntad.

En el orden internacional la Agrupación de Podólogos de España tiene una categoría reconocida y está cumpliendo brillantemente y sobradamente su objetivo, fundamentalmente por la prestancia, preparación y clarividencia demostrada por nuestros representantes. Si la Podología española es conocida y tiene tan gran peso en el contexto de la Podología mundial, se debe, exclusivamente y sin ningún género de dudas a la Agrupación. En el orden nacional, sin haber pretendido nunca desvincularse de nuestros organismos colegiales, dedica su máximo empeño y esfuerzo, con entusiasmo, en luchar por la unidad de la especialidad, por la defensa de sus intereses específicos, por el reconocimiento de unos derechos y por la mayor preparación profesional. Sería injusto no reconocer que si el podólogo se ha dado a conocer a la sociedad en general, dando pruebas de su existencia, y ha llegado a conseguir la preparación científica actual, ha sido merced a la Agrupación con sus constantes actos y manifestaciones profesionales. Por lo tanto hay que reconocer, de lo contrario se incurre en perjurio, que bastante se va logrando que no es tanto como quisiéramos unos, pero es bastante más de lo que piensan



no basta

con que haga usted la mejor plantilla,
la más adecuada a cada caso...



ADEMAS ha de cerciorarse de que el paciente la use en un calzado que ayude su benéfica acción:

SOLIDEZ: con la máxima garantía de INDEFORMABILIDAD.

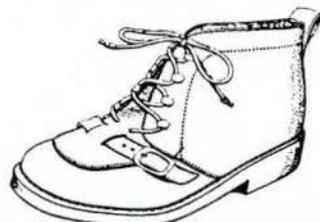


EQUILIBRIO: que garantice los correctos contactos (pie-suela y suela piso)

ESTRUCTURA: Firme y estática en sus dos tercios traseros (buena corrección) y flexible en el tercio delantero (fácil deambulación).

SUJECION: en posición correcta del retropié (empeine y talón)

ESPACIO: que deje holgura para el crecimiento y libre moción de los dedos.



MATERIALES: con suficiente porosidad y poder de absorción.

PIEDRO reposa sobre un excelente equipo técnico y científico internacional que le garantizan el mejor calzado posible en los materiales nobles de más alta calidad.



Si no encuentra **PIEDRO** cerca de su Consulta, díganoslo, por favor.



Delegado en ESPAÑA de **PIEDRO INTERNACIONAL**

J. L. VILA-PLANA - Conde Borrell, 211 - Prta. 33 - T. 93/239 53 06 - BARCELONA-15

otros. En la Agrupación se pretende hacer culto a la honestidad, eficacia, sentido de la templanza y de la justicia, porque estamos convencidos de que cada hombre al final de su vida ha de hacer frente, ineludiblemente, a la factura divina de su comportamiento ante el prójimo, del egoísmo de su actuación, del daño cometido impunemente, del enmascaramiento de sus injusticias, etc., etc. Por tal motivo, no nos preocupa ser perseguidos por nuestro espíritu profesional, ultrajados injustamente. Muy al contrario, sabemos que así nunca morirá la Agrupación. Nos sirven de ejemplo las persecuciones romanas a los cristianos por no entender de culto a falsos dioses. Lo que sí nos preocupa, es procurar por todos los medios humanos que nuestra factura ante Dios sea lo más pequeña posible y nos produce profunda lástima y amargura el pensar que alguien pueda ir acumulando hechos punibles que conviertan en insalvable la factura divina que, ineludiblemente, ha de corresponderle por ejercer los pecados capitales. Mientras, cada uno en particular y todos los agrupados en general, seguiremos prestando, debemos seguir prestando, sin regateos, nuestra colaboración para que, de modo efectivo permanezca en reactivación constante la Agrupación y siga perfeccionando su promoción y habilitación de sus cauces que la configuren como la auténtica asociación democrática contenida en sus estructuras. Y esta colaboración alcanzará su máximo grado de perfección si nos hacemos las siguientes reflexiones:

La unidad podológica de los podólogos de hoy día, no se consigue con el enfrentamiento, pero tampoco con la apatía o presunción; sólo el consejo o advertencia dentro del razonamiento puede conducir a ella.

Hay que cambiar la mentalidad y ver que los tecnicismos, a pesar de lo que de evolución representan, no son el todo ni los más importantes en Podología.

El análisis de la realidad es el mejor método para ver los fallos.

Una planificación buena en niveles superiores servirá de muy poco si al ponerla en práctica los escalones inferiores fallan, echando por tierra toda buena organización.

La Agrupación estará siempre como los agrupados queramos que esté. Quejarse, la mayoría de las veces es un simple vicio. Los remedios están en nuestra propia mano. También, en el orden personal, el Agrupado ha de imponerse la obligación de que su comportamiento social se destaque por su corrección de los demás, ante el pensamiento de que con una conducta bien dispuesta hacia el compañero, sin énfasis con naturalidad, con pulcritud en su ejercicio profesional, con un comportamiento sereno y de prestancia ante la sociedad, conseguirá prestigiarse a sí mismo y a la asociación a que pertenece que, con ello, se destacará y distinguirá por la calidad individual de sus miembros.

Debemos mantener la fe puesta en esos podólogos jóvenes que se vienen incorporando a nuestro seno paulatinamente, que, con savia nueva originarán nuestra renovación, impulso, diligencia y acción operante, cuya ejemplaridad de conducta será la resultante del ejemplo que reciban de los agrupados distribuidos por toda la nación. Hacerles comprender, si aún no han decidido integrarse en la colectividad, que a la Agrupación hay que admitirla como un hecho consumado, con verdadero sentido de liberalidad y participación. Que caigan en la cuenta de que algunos que pretenden ser defensores del liberalismo y que nos critican, se olvidan de que éste se desarrolló sobre la base de defender unos derechos humanos, que no otra cosa son los principios y fundamentos liberales, a fin de cuentas definición con la que se adjetiva nuestra profesión. Y la Agrupación no se olvida de este principio ya que su preocupación constante es la defensa del individuo como tal, y como parte integrante de la colectividad. Considera como una obligación reconocer, conservar y promover aquellos principios de los que son portadores históricos tanto el individuo como la comunidad a la que pertenece.

A vosotros, compañeros jóvenes, aquí presentes, quiero decir que es necesaria e imprescindible vuestra participación activa —pregonarlo a los cuatro vientos—, para la debida revitalización futura de la especialidad, si es que algún día queréis verla con la mitad de la altura que os hayáis propuesto alcanzar.

ESSAVENON® GEL



Tratamiento local de los trastornos de la
circulación de retorno.

Fórmula 100 grs. contienen:
Escina, 1 gr.; Heparina sódica, 10.000 U.I.; Fosfátidos con
predominio de ácidos grasos insaturados, en especial ácidos
linoléico -aprox. 70%- y linolénico, 1 gr.

Forma farmacéutica

Gel

Posología

Aplicar 2 ó 3 veces al día Essavenon Gel en sentido ascendente.

**Inmediata absorción, gran efecto refrescante, no mancha,
no irrita y no necesita vendajes.**

Indicación terapéutica

- Piernas y pies cansados, hinchados ●
- Tobillos hinchados ●
- Adaptación de plantillas ●
- Hematomas, contusiones ●
- Calambres, hormigueos ●

Contraindicaciones

Ulcus cruris, heridas abiertas.

Incompatibilidades

No se conocen

Efectos secundarios

No se conocen

Presentación

Envase con 40 grs.

P.V.P.

114'50 ptas.



INFAR  **NATTERMANN**

Apartado 400 - Zaragoza
Infanta Carlota, 84-88
Barcelona-15

Que llevéis por bandera el deseo y cumplimiento de la verdadera participación colectiva. Que huyáis de los que son portadores de viejos equipajes de rencores y resentimientos. Que buceéis en los comportamientos para detectar y yugular cualquier asomo de oportunismos y egoísmos particulares. Que os convenzáis de que nadie es tan tonto como parece ni tan listo como se cree. Que también otros, menos jóvenes, llevan en su médula y en la sangre de sus venas a su especialidad, algunos llegarían hasta el heroísmo por ella. Que muchas veces los que menos vociferan o se les ve, son los más dignos de respeto y confianza. Y desde cualquier posición que en el campo profesional podológico os corresponda, sea la trinchera que sea, debéis de impedir, mediante una centinela alerta, que nuestras virtudes podológicas se vean mancilladas y ni siquiera tocadas por los que pretenden acceder para satisfacer sus propios egoísmos u oportunismos. Seréis magníficos vigías si consideráis y os formáis en la filosofía de Shopenhauer, con la que coincido: «No hay más que tres resortes fundamentales de las acciones humanas, y todos los motivos posibles sólo se relacionan con estos tres resortes. En primer lugar, el egoísmo, que quiere su propio bien y no tiene límites; después la perversidad, que quiere el mal ajeno y llega hasta la suma crueldad, y últimamente, la conmiseración, que quiere el bien del prójimo y llega hasta la generosidad, la grandeza del alma. Practicar por tanto la conmiseración entre vuestros compañeros agrupados y huir — esto va para todos en general — de lo cómodo y escurridizo que es todo aquello que suponga escapar de obligaciones, trabajos, sacrificios y responsabilidades. Todos debemos ser conscientes de que la modestia de nuestros recursos corporativos, pese a una ordenación de gastos y a unos presupuestos meditados, ponen limitaciones a nuestro desarrollo colectivo. Y es éste un capítulo importante que debemos potenciar todos y que permita apoyar con más amplitud y dotación de medios a

nuestras Delegaciones, ya propias por necesidad de impedir las extorsiones a nuestros fines y obligados por las circunstancias ambientales, que ha supuesto un esfuerzo ajeno a nuestros deseos, pero que ya realizado nos obliga a mantenerlas con decoroso dinamismo.

Y como epílogo a mi intervención, que sólo tiene la osada pretensión de analizar situaciones, aclarar ideas y perfeccionar actitudes en pro del aumento de cohesión y participación de todos nosotros en las tareas de nuestra Agrupación — que dicho sea de paso bastantes regatean — y, por si servía de incentivo para la incorporación de los podólogos jóvenes remisos o dubitativos, premeditadamente, hemos elegido un enfoque sociológico porque estamos convencidos de que la crisis de colaboración que se observa en algunos podólogos puede estar insertada en la crisis de un conjunto de valores tradicionales puestos en revisión como consecuencia del profundo cambio social a que viene siendo sometido nuestro país en los últimos años.

La mayor prueba de que he conseguido un átomo de mis propósitos la obtendré si os dignáis perdonar mi osadía y, con cariño, considerar que quien os ha hablado es el más modesto del grupo y no podía esperarse más de él. Pero eso sí, se siente plenamente orgulloso de que tan gentil y calificada audiencia, haya tenido la paciencia de soportarle. A todos mis más expresivas gracias por vuestra consideración y tolerante resignación. Y como símbolo de mi gratitud, quiero dar un abrazo a este magnífico paladín de la Podología, D. Jaime Sala Pich, que me ha regalado la alegría de poder estar hoy con vosotros. Y como está de moda y yo no quiero salirme de ella vitorearé:

¡Viva la Agrupación de Podólogos de España! ¡Viva la Delegación de Podología de Barcelona!

constantino velasco laínz

y

BERKEMANN

en

colaboracion

con

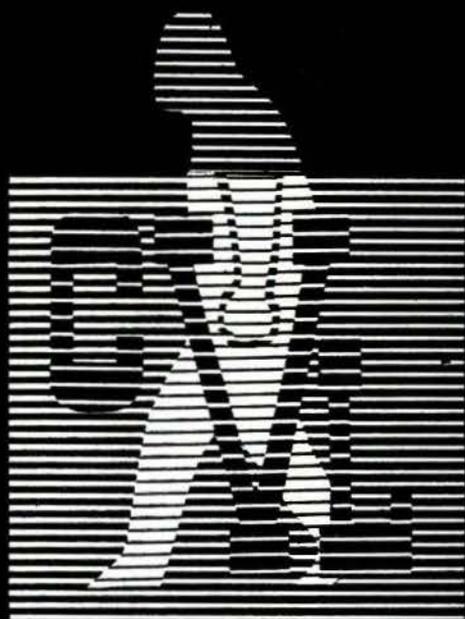
la revista española de

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. Glmo.)
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.

Evocación del Dr. Scholl

Por FERNANDO MUÑOZ CAMPOS

Podólogo

MALAGA



Dr. William M. Scholl

Traer a la memoria el nombre de William M. Scholl como uno de los que más prevalecieron vinculado a la podología mundial de nuestro siglo, es motivo de satisfacción y rendido homenaje a su recuerdo.

La figura del doctor Scholl, alcanzó durante su vida relevante prestigio en el mundo médico. La humanidad era una de las virtudes características en él, que se evidenciaba aún más por la apacibilidad y la voz queda en su modo de hablar. Frecuentemente, con cierta visión, pronosticaba que la humanidad no sólo padecería las dolencias propias del cuerpo, sino que a través del mecanismo doloroso quebrantaría el espíritu. Nunca se mostraba satisfecho con las cosas descubiertas, sabía que el ser humano aspira a mayor felicidad y mejor bienestar como necesidad psico-somática y que a dicho equilibrio puede llegarse por innumerables caminos. Esta idea iluminó su pensamiento en el sentido de que las extremidades inferiores del cuerpo humano están siempre necesitadas de especiales cuidados y confort.

Materializó su empeño en el año 1912, estructurando estos estudios dentro de enseñanzas superiores en ocasión de haber llevado a cabo en el estado de Illinois la apertura del Colegio de Podología (College of Chiropody) el cual, años más tarde convirtiéndose en el que actualmente figura como «College of Podiatric

Medicine», siendo así que su estimación goce de plena sustantividad y autonomía propia en el referido estado interior de los EE. UU.

Es digno destacar que otra de las muchas cualidades del doctor Scholl, era la magnanimidad con que respondía su generosidad, pues en la época de comienzo del primitivo Colegio, en circunstancias de que él mismo sufriera déficits, se paliaban con las aportaciones de su peculio particular. Esta decidida actitud del doctor Scholl, sirvió de ejemplo en muchas ocasiones a otros miembros de la organización que no vacilaron en imitarle y hacerse solidarios con él mismo.

Así comenzaba y transcurría una nueva época histórica de la podología, en cuya trayectoria se reconoce que la influencia del doctor Scholl, cimentó una profesión que no tenía fuerza propia para levantarse por sí misma en el lapso de la actividad desarrollada por la Organización Scholl.

El doctor Scholl falleció en 1968, hecho que no obstaculizó la buena marcha de la Organización cuya trascendente popularidad, se refleja en la renombrada «Scholl Company» que

con personal idóneo y titulado, hace acto de presencia en las principales capitales de casi todos los países del mundo y, por ende, constituye una verdadera y vigorosa promoción podológica.

El doctor Scholl dejó tras de sí un estilo que supone un conjunto de valiosas concepciones complementadas, pues a las renovadas experiencias y progresos técnicos logrados, únese la manufactura de elementos protésicos y fisio-correctores, junto con una amplia serie de remedios específicos indicados para cada caso en particular. Por otra parte, cuenta con el auxilio teórico-práctico de numerosos libros de consulta tales como «The Human Foot», «Practipedic Reference Guide», «Practipedics» y «Dictionary of the Foot».

Es no menos importante mencionar en el respectivo orden que hemos seguido, la existencia de la «Fundación William M. Scholl» que dirigida actualmente por Charles Scholl, dona cuantiosas sumas para el sostenimiento del Colegio.

La obra del doctor Scholl, merece nuestro reconocimiento, apoyo y respeto con el más vivo e indestructible recuerdo.

NOTA NECROLOGICA

El pasado día 30 de abril, a los 75 años de edad, tuvo lugar en Las Palmas de Gran Canaria el fallecimiento del compañero Francisco Morán Macías, padre del Delegado de la Agrupación en Canarias, Francisco Morán Ventura. La familia del finado, ante la imposibilidad de contestar a todas las manifestaciones de condolencia recibidas, desea dar las gracias a través de esta Revista a cuantos en aquellos tristes momentos les acompañaron en su dolor.

Asimismo, la Redacción de Revista Española de Podología manifiesta su más profundo sentir por la pérdida de este compañero, y rogamos a Dios por el eterno descanso de su alma.

Electro - Bisturí

y

Electro - Cauterio:

Dos técnicas distintas de aplicación en Podología

Por MIGUEL HERNANDEZ

Podólogo

SANTA CRUZ DE LA PALMA (Canarias)

A mis compañeros Escachs, Farreras y Alonso, Sub-Director y profesores de la Escuela de Podología, de la Facultad de Medicina de Barcelona, con el grato recuerdo del Curso de Perfeccionamiento recientemente dictado en la Escuela.

En la terapéutica del papiloma viriásico o verruga plantar, que con tanta frecuencia vemos y tratamos en nuestras consultas, ocupa un lugar de honor, después o quizá junto a la enucleación quirúrgica, el bisturí eléctrico y la cauterización por medio del electrocauterio. Ambos conceptos terapéuticos a fuerza de bajarse juntos han llegado a crear confusiones de identidad, hasta el punto de acabar interpretándose por muchos compañeros, incluso algunos bien preparados, que los dos son la misma cosa, es decir, que electro-cauterio y electro-bisturí «tanto monta...». Como en realidad se trata de dos cosas muy distintas, con diferentes formas de actuación y dispares indicaciones terapéuticas, considero oportuno aclarar esto, tratando por separado de cada uno de ambos procedimientos.

ELECTRO-CAUTERIO. — Es el moderno cauterio, es decir, la versión moderna del antiguo cauterio formado por un simple vástago metálico con un mango de madera, que se calen-

taba en un brasero de carbón o leña hasta hacerle tomar el rojo-blanco, rojo-cereza o rojo-oscuro, según el tiempo de permanencia en el brasero y para las distintas formas de cauterización que se desearan practicar.

Posteriormente fue perfeccionado el procedimiento con la aparición del Termo-cauterio de Paquelín, que lograba la incandescencia del cauterio (una pieza alargada y hueca de platino) por medio de la insuflación de vapores de bencina, lo que se obtenía mediante una pera de Richardson adaptada a un frasco que contenía la bencina y del que partía a su vez un tubo de goma a cuyo extremo se acoplaba el mango del cauterio. Insuflando con más o menos intensidad, se lanzaban a la punta hueca del cauterio, mayor o menor cantidad de gases inflamables y de esta forma se lograba una incandescencia más o menos intensa, desde el rojo blanco al rojo oscuro, según la clase de cauterización que se deseaba obtener.

Basado en idénticos principios, se utiliza-



Se ha creado el Distintivo de socio fundador o de número en metal plateado y grabado sobre terciopelo rojo en tamaño 27×33 con marco en madera noble.

Interesados, dirigir la petición al tesorero, Sr. Gavin, Ronda Guinardó, 23, 1.º, 2.ª, Barcelona-12, enviando en cheque el importe de 1.600 Ptas.

ron diversos aparatos con pequeñas variantes, pero con la misma utilidad, hasta que en 1897 apareció el Aphyso-cauterio, que funcionaba sin necesidad de insuflación y que en lugar de bencina utilizaba los vapores de éter.

Con estos aparatos y procedimientos se cubrieron entonces las múltiples indicaciones de la cauterización llamada «actual», ya que a la producida por medio de agentes químicos se la denominaba «potencial». Se la llamó también cauterización «igneas» y su campo de aplicación fue enorme, casi ilimitado, sólo comparable en cuanto a arraigo, con la sangría. No sólo se aplicaba a la destrucción de tejidos enfermos, sino que su acción se ampliaba aprovechando su efecto revulsivo a las más diversas afecciones, siendo famosos los «puntos» o «botones de fuego» que tanto se prodigaron durante muchos años.

Así las cosas, llegamos a la época en que la electricidad invade con su poder maravilloso todos los rincones de la técnica y desde entonces los cauterios no vuelven a ponerse al rojo en los braseros, ni en los arcaicos dispositivos de gasolina o éter, sino que logran una limpia y rápida incandescencia por efecto de la energía eléctrica. Así llegamos al electro-cauterio actual, que si se alimenta de determinada corriente se llama también galvano-cauterio.

Con el electro-cauterio la corriente eléctrica no actúa en absoluto, sobre los tejidos orgánicos. Lo que actúa es el calor del cauterio (un asa de platino) enrojecido por la electricidad como antes lo era por el carbón o por la gasolina, que quema los tejidos y los destruye a su contacto. No constituye pues, parte de la electro-cirugía, y expresamente hace esta exclusión el Dr. Zaragoza Puelles en su obra «Manual de Terapéutica Física».

BISTURI ELECTRICO o ELECTRO-BISTURI.

Es el instrumento electro-quirúrgico con el cual logramos, por medio de la electricidad, efectos destructivos sobre los tejidos (elec-

tro-coagulación) o cortes limpios de los mismos (electro-tomía). Es decir, la electro-coagulación consigue la destrucción de los tejidos por efecto del calor que en ellos genera la electricidad. La electrotomía, en la que se aprovecha el efecto de la chispa, no el térmico, secciona limpiamente los tejidos, al igual que lo haría un bisturí ordinario. Estas chispas las produce en ciertas condiciones la corriente de alta frecuencia. El procedimiento no es nuevo, lo ensayó De Forest utilizando el arco de Poulsen, cayendo en desuso por las deficiencias de los aparatos diatérmicos de aquella época. Volvió a la actualidad al aparecer los modernos aparatos de lámparas, que suministran ondas entretenidas, en el año 1921. El corte efectuado por la chispa del electrobisturí, hemos dicho que es limpio, no obstante hay que advertir que siempre, en las secciones, se producen pequeñas zonas de electrocoagulación. Las heridas producidas por este sistema se pueden suturar y curan generalmente por primera intención, aunque no es tan segura esta curación como en las producidas por el bisturí ordinario. En estas últimas, según Ellis, la cicatrización por primera intención se logra en un 97 % de los casos, mientras que en las primeras se reduce el porcentaje a un 60. Las ventajas principales del sistema electroquirúrgico son la rareza de las infecciones y la acción hemostática respecto a pequeños vasos.

Así vemos que el Electro-cauterio y Bisturí eléctrico, no tienen nada en común. Mientras el primero cauteriza simplemente, contactando una pieza metálica a alta temperatura, con los tejidos, el segundo coagula o corta los tejidos incluso sin contactar, merced a la acción no del calor, sino de la electricidad. La diferencia, pues, no puede ser más evidente.

Si con esta modesta exposición consigo aclarar ideas o deshacer confusiones sobre el tema, haciendo que el Podólogo sepa perfectamente lo que emplea cuando utilice una u otra técnica, me consideraré hartamente pagado por esta pequeña colaboración.

infalina

pomada



en las infecciones
cutáneas más
diversas:
bacterianas y/o
micóticas, con o
sin reacción
alérgica



CONTRAINDICACIONES: No existen.

INFALINA CORTISONA

| | Fórmula por gramo |
|---|-------------------|
| Sulfato de Neomicina (equivalente a 3,5 mg. Neomicina base) | 5 mg. |
| Bacitracina de zinc | 300 U. I. |
| Tirotricina | 2 mg. |
| Hemi succinato de Hidrocortisona | 10 mg. |
| Para oxibenzoato de metilo | 10 mg. |
| Oxido de zinc | 50 mg. |
| Excipientes grasos c. s. para | 1 gr. |

Tubo 6 gr. 56'60 Ptas.

INFALINA

| | Fórmula por gramo |
|---|-------------------|
| Sulfato de Neomicina (equivalente a 3,5 mg. Neomicina base) | 5 mg. |
| Bacitracina de zinc | 300 U. I. |
| Tirotricina | 2 mg. |
| Ac. undecilénico | 10 mg. |
| Undecilinato de zinc | 50 mg. |
| Oxido de zinc | 50 mg. |
| Excipientes grasos c. s. para | 1 gr. |

Tubo 24 gr. 68'15 Ptas

NOTA DE INTERES:

Habiéndose presentado dificultades con algunos socios de la AGRUPACION MUTUAL DE LA INDUSTRIA Y DEL COMERCIO, al no querer esta entidad abonarles las intervenciones quirúrgicas efectuadas por Podólogos, nuestro presidente, D. L. Escachs, se personó en la Dirección de esta Institución mutual, para exponer nuestro campo profesional. Tras larga conversación se llegó a buen entendimiento entre ambos.

Con esta entrevista creemos finalizarán estos problemas, que ponían en entredicho nuestras posibilidades quirúrgicas incluidas en la profesión.

Aconsejamos en el caso de tener que confeccionar algún impreso, por solicitud del in-

teresado, sobre alguna intervención quirúrgica practicada, se realice de esta forma:

.....
(nombre del podólogo)
Podólogo colegiado n.º
DECLARA: Que
(nombre del paciente)
..... ha sido intervenido en el día
de la fecha, habiéndosele practicado
.....
(mencionar la técnica quirúrgica)
por padecer
(diagnóstico)
.....; lo que hago constar
a los efectos oportunos.
....., a de de 197
(Ciudad) Firma,

NUEVO

sandalia de masaje ganter

una plantilla anatómica **ACTIVA**

- antiedematosa
- descontracturizante
- activadora de la circulación periférica
- sedativa del pie



Solicite información a:
EXDIRE · AVDA. MERIDIANA, 422 · TEL. 340 72 47 · BARCELONA · 16

LABOR DOCENTE

Por J. ALONSO
Podólogo
BARCELONA



Los pasados días 12 y 13 del mes de abril, visitaron la Escuela de Podólogos de Barcelona un grupo de compañeros franceses, al mando del Presidente del Sindicato Regional de RHONE-ALPES, Mr. W. TANNEAU, para asistir a un curso abreviado de Técnicas Podológicas y que se les organizó a tal efecto.

El grupo francés, con grandes inquietudes de conocer mejor su especialidad, habían solicitado al Sr. Escachs, el desarrollo de tres materias, para ellos muy interesantes: Exploración clínica, Ortopodología y Cirugía Podológica.

Para conseguir el máximo de aprovechamiento, en el poco espacio de tiempo que se disponía, se efectuaron las jornadas eminentemente prácticas, en algunos de los casos, con pacientes seleccionados para estos días y con extenso material audiovisual.

El primer Conferenciante fue el Sr. P. Vi-

lató, que versó entre otras cosas, sobre las exploraciones circulatorias y neurológicas, estudio radiográfico y confección del Fotopodograma e interpretación del mismo.

El Sr. E. Rodríguez, trató de la confección de plantillas ortopédicas, con diferentes materiales; ortesis, con diferentes clases de siliconas; ortonixia y prótesis ungual.

Finalmente el Sr. J. Alonso, efectuó dos intervenciones quirúrgicas, una de exóstosis cartilaginosa subungual y otra con la amputación del rodete hipertrófico, mediante anestesia local.

Hubo un acto de clausura, presidido por el Subdirector de la Escuela Sr. Escachs, le acompañaban el secretario, Sr. Mañe y los conferenciados citados. En el transcurso del cual se hizo entrega de un Diploma a los asistentes, acreditativo de su paso por este centro docente. En dicho acto hubo unas palabras del Sr. Escachs de elogio para los concurrentes, por el interés que habían demostrado en el transcurso de los dos días, y les rogó que siguieran por este camino de perfeccionamiento para el bien de la Podología Mundial.

A estas palabras contestó el Sr. Tanneau, en representación de todos sus compañeros, agradeciendo la gran acogida que habían tenido en Barcelona y también la labor que habían desarrollado los profesores.

Con estas palabras se dio por clausurado el curso.

Labor de las Delegaciones

GALICIA

El pasado día 11 de abril, con asistencia de casi la totalidad de Podólogos de Galicia, tuvo lugar en Santiago una reunión de trabajo, en el transcurso de la cual se llegaron a maravillosas conclusiones en pro de la Podología en esta región.

A las diez de la mañana se reunieron los profesionales en compañía de sus esposas en el Hostal Los Reyes Católicos en un desayuno de hermandad.

Alrededor de las once, en el auditorio de este mismo hostal, tuvo lugar la apertura de la sesión, presidida por el Delegado de la Agrupación en Galicia Sr. Vidán, quien dio lectura a unos escritos del Presidente de la Agrupación los cuales fueron ampliamente comentados y tras largo debate aceptados en su totalidad.

Se propone a los asistentes la necesidad de captación de nuevos compañeros Podólogos, que en la mayoría de las veces no están integrados en la Agrupación por falta de información al respecto.

La Delegación de Vigo dio cuenta de la renuncia a continuar en el cargo de Delegado el Sr. Medina, acordándose el nombramiento de otro compañero para dicho cargo.

Seguidamente, el Sr. Vidán propuso a los asistentes la celebración de unas jornadas de Podología durante los días 27 al 29 de junio, comisionando los asistentes al Delegado para

que invite al compañero de Cádiz, Sr. Albalá, para desarrollar sus trabajos en el transcurso de dichas jornadas.

Acto seguido, y a propuesta del Sr. Vidán, se acordó nombrar Podólogo de Honor de los profesionales de Galicia al Sr. Deltell, quien tantas muestras de atención ha tenido siempre y sigue teniendo cada día para con los Podólogos.

Finalizada esta primera sesión de tipo informativo, siguiendo el orden del día, se pasó a la sesión de trabajo técnico-podológico, exponiendo diversos casos donde el nivel de éxitos con tratamientos tanto técnicos como farmacológicos es más escaso, para buscar de esta forma una medida terapéutica eficaz.

Aportaron su colaboración los Sres.: Santomé, Contreras, Medina, Vidán, Peleteiro, Manso, Berdiñas, Srta. Vidán, López Peón, Araujo y Buyo, entre otros.

Alrededor de las 2 y media de la tarde se dio por finalizada esta sesión de trabajo, reuniéndose seguidamente en el Hostal San Clemente en compañía de los familiares, donde fueron una vez más obsequiados por la firma Peusek.

Creemos que estas sesiones han sido de vital importancia para la Podología en Galicia, y esperamos en breve poder seguir con otras semejantes, de todo lo cual mantendremos amplia información en esta Revista para general conocimiento y divulgación.

NOTA DE REDACCION

Habiendo llegado noticias a esta Redacción sobre un error habido en la encuadernación de algunos ejemplares de la Revista N.º 50, con repetición de unas páginas y omisión de otras, rogamos a todo Agrupado que haya recibido la mencionada Revista con tales deficiencias, lo comunique por escrito a esta Redacción para proceder al envío de otro ejemplar.

Muchas gracias

La Podología en el Mundo

VIAJE A U.S.A. ORGANIZADO POR LA FEDERACION NACIONAL DE PODOLOGOS DE FRANCIA

Nos comunica la Federación Nacional de Podólogos de Francia el viaje a U.S.A. organizado por la misma, durante los días 28 de junio al 9 de julio, inclusive, con visita a las ciudades de New York, Chicago, Washington, Philadelphia, con el objetivo de asistir a Conferencias Profesionales organizadas en las escuelas de Podiatría de Chicago y Philadelphia, para lo cual incluyen pormenores del viaje, que nosotros transmitimos a continuación:

Lunes, 28 de junio: PARIS - NEW YORK.

Salida del aeropuerto de Reissy-Charles De Gaulle, a las 10,30 h. en vuelo regular hacia New York.

Martes y miércoles:

Estancia en New York con asistencia a tablas redondas y conferencias profesionales, alternadas con visitas a la ciudad, incluido el viaje en barco alrededor de Manhattan.

Jueves, día 1:

Salida de New York hacia Chicago en avión; visita a la Universidad de Chicago y Colegio de Pediatras, permaneciendo en Chicago hasta la tarde del día 3, sábado, para dirigirse hacia Washington, con obje-

to de asistir a las manifestaciones excepcionales organizadas para el Bi-centenario de la independencia de U.S.A.

Lunes, día 5:

Salida hacia Philadelphia, donde se permanecerá hasta el jueves, día 8, para asistir a las Conferencias de Podología organizadas en «Pennsylvania College of Podiatric Medicine».

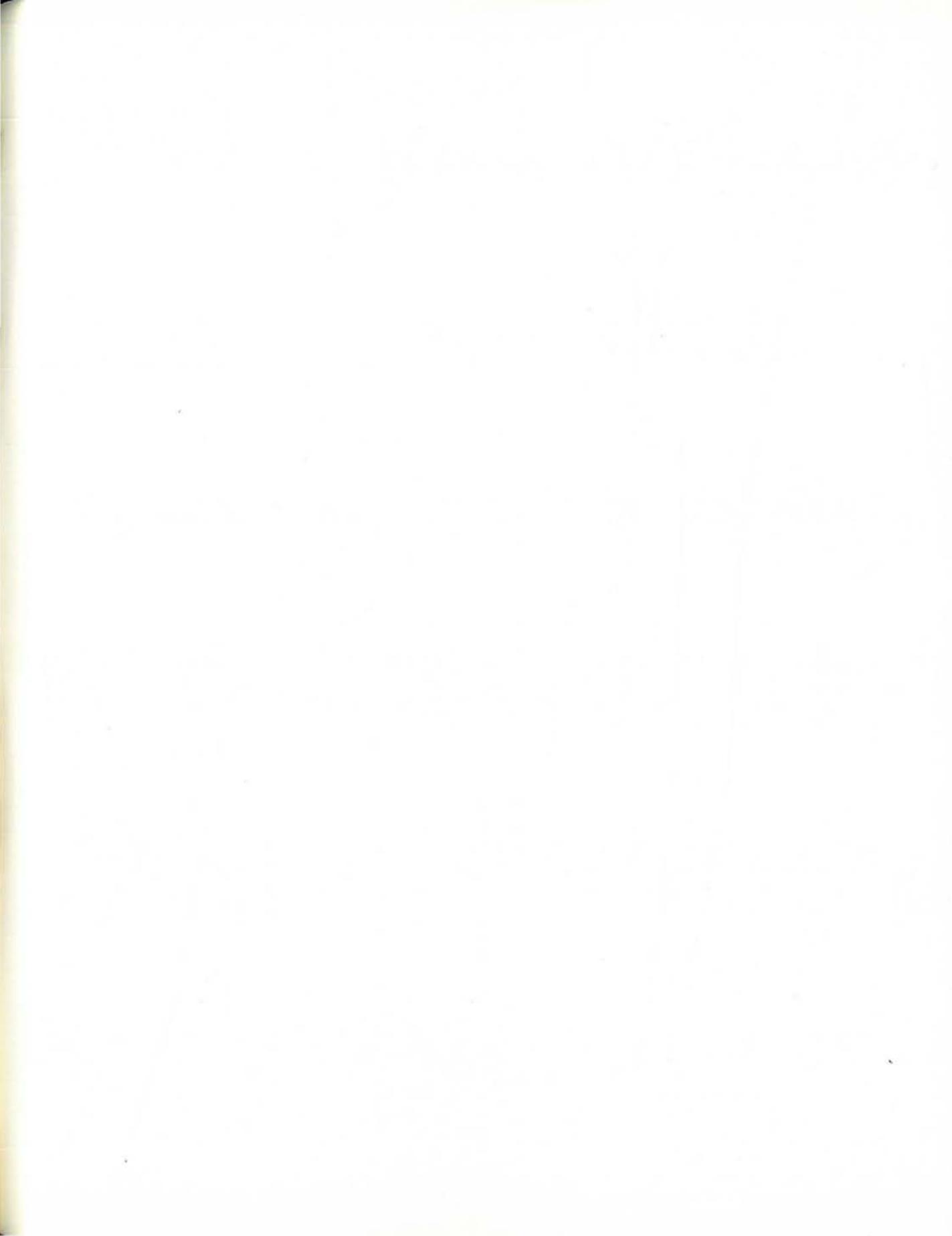
Viernes, día 9:

Llegada a París hacia las 7,55 h. y fin del viaje.

El precio establecido para este viaje es de 5.185 francos franceses, estando incluido en el mismo:

Viaje París-New York en avión, así como todos los desplazamientos interiores entre las distintas ciudades visitadas; visitas turísticas y alojamiento en Hotel de primera clase, ocupando habitaciones dobles con baño, y desayuno.

Esperamos que este viaje haya servido para aumentar los lazos de amistad entre Podólogos de ambos continentes.







Handwritten text in a cursive script, likely a medical or scientific manuscript, covering the lower half of the page. The text is dense and appears to be a continuation of a study or report related to podiatry.

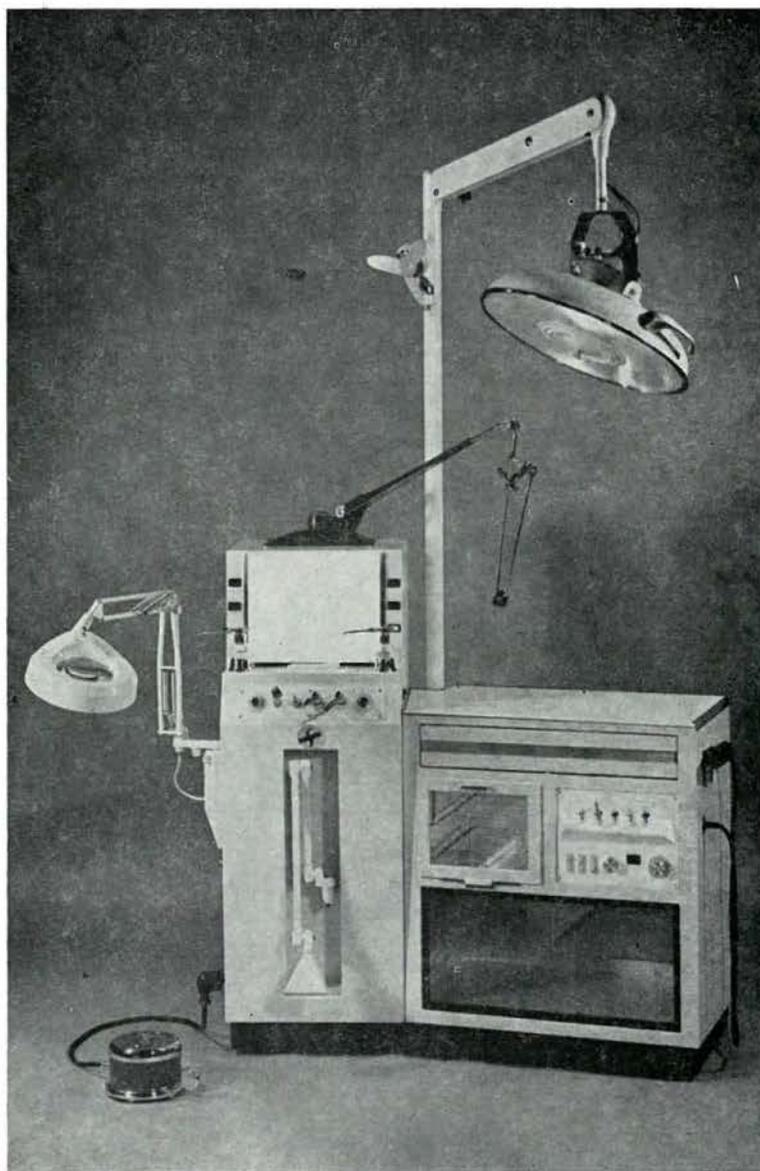


REVISTA ESPAÑOLA DE

PODOLOGIA

A.P.E. Julio-Agosto

n.º 52 1976



**CALIDAD EN NUESTROS MATERIALES
COMODIDAD EN SU TRABAJO
LARGA EXPERIENCIA,**

TODO ESTO LE OFRECEMOS CON NUESTRO ULTIMO MODELO

«CONSUL SUPER NOVO»

CONSULTE SIN COMPROMISO A TALLERES CONSUL

Aurora, 12

BARCELONA-1

Teléf. 241 72 75

REVISTA
ESPAÑOLA
DE

PODOLOGIA

ORGANO DE LA AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

A. P. E.

Redacción:

Diputación, 118, 2.º, pral., 2.ª, Barcelona-15

Director:

Leonardo Escachs Clariana

Sub-director:

Pablo Vilató Ruiz

Redactor jefe:

Martín Rueda Sánchez
Avda. Caudillo, 68, bajos, 2.ª
Santa Coloma de Gramanet. Barcelona

Administrador:

Manuel Gavin Barceló
Rda. Guinardó, 23, 1.º, 2.ª, Barcelona-12

Publicidad:

Publicidad Permanyer
Mallorca, 310, ático, Barcelona - Telf. 257 66 42

SUMARIO

-
- 3 Junta de Gobierno
-
- 5 Editorial
-
- 7 Terapia Ortodigital con Siliconas
-
- 17 Detalles técnicos para la obtención del molde de escayola
-
- 23 El esguince maleolar no es simple como parece
-
- 29 IX Congreso Nacional de Podología
-
- 31 Labor Docente
-
- 33 Cena fin de carrera
-
- 35 Labor de las delegaciones
-
- 39 La Podología en el mundo
-



REF. B-C

'' HOSCH '' PIEZAS DE MANO ESPECIALES PARA INTER- VENCIONES EN HIPERQUERATOSIS Y UÑAS

Como herramientas especiales y muy eficaces le recomendamos nuestras piezas de mano HOSCH para hiperqueratosis y uñas. Sus cabezas están equipadas con una lámina rotativa que permite quitar en capas las hiperqueratosis 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 hiperqueratosis o Ref. N-U para uñas.

APARATOS, MOBILIARIO E INSTRUMENTOS PARA PODOLOGIA

A. SOLE PALOU, S. A.

Barcelona-2 - Vergara, 7 - Teléfono 318 24 70
Madrid-14 - Av. José Antonio, 15 - Teléfono 221 01 95



REF. N-U

AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

JUNTA DE GOBIERNO

| | | |
|---------------------|--------------------------------|------------------------|
| Presidente Nacional | D. LEONARDO ESCACHS CLARIANA | Barcelona |
| Vice-Presidente 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 FARRERAS MORCILLO | Barcelona |
| Tesorero | D. MANUEL GAVIN BARCELO | Barcelona |
| Contador | D. LUIS AYCART VIJUESCA | Madrid |
| Vocal | 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 | D. JAIME SALA PICH | Barcelona |
| Vocal | D. ANTONIO GUTIERREZ VELASCO | Málaga |
| Vocal | D. JOSE OLCINA MORALES | Alicante |

DELEGADOS DE ZONA

- D. José M.ª Báez Basauri, Mayor, 27, 6.º. Las Arenas. BILBAO.
- D. José Luis Inchaurreondo, Paseo de Colón, 65. IRUN.
- D. Juan Vidán Torres, Preguntoiro, 10. SANTIAGO DE COMPOSTELA.
- D. Zacarías García Andrés, S. Madrona, 36. 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.
- D. Antonio Gutiérrez Velasco, Plaza de las Flores, Edificio Jazmín, 1.º. MALAGA.

- GRANADA: D. Manuel Ruiz Morales.
- GUADALAJARA: Sin Delegado Provincial.
- HUELVA: Jesús Tocino Vizcaíno.
- HUESCA: Delegado de Zaragoza.
- JAEN: Víctor Nieto Molina.
- LA CORUÑA: D. Francisco de la Cruz.
- LAS PALMAS: D. Francisco Morán Ventura.
- LEON: Sin Delegado Provincial.
- LERIDA: D. Alfredo Puchol.
- LOGROÑO: D. Vicente Alvarez.
- LUGO: Sin Delegado Provincial.
- MALAGA: D. Antonio Gutiérrez Velasco.
- MADRID: D. Mariano Rodríguez Esteban
- MURCIA: Sin Delegado Provincial.
- ORENSE: D. Elisardo Bralo Rego.
- PALENCIA: D. Damián Porro Villarroel.
- PALMA DE MALLORCA: D. Juan B. Brines.
- PAMPLONA: Delegado de Zaragoza.
- SALAMANCA: D. Antonio Basas Encinas.
- SANTANDER: Sin Delegado Provincial.
- SAN SEBASTIAN: Sebastián Tenés Iturriza.
- STA. CRUZ DE TENERIFE: D. Armenio Méndez.
- SEGOVIA: D. Francisco García.
- SEVILLA: José Cañero Ramos (accidental).
- SORIA: Sin Delegado Provincial.
- TARRAGONA: D. Miguel Manzano Hernández
- 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 A. Calvo García.

DELEGADOS PROVINCIALES

- ALAVA: D. Julio Crespo.
- ALBACETE: D. Luis Juan Navarro.
- ALICANTE: D. José Olcina Morales.
- ALMERIA: Delegado de Málaga.
- AVILA: Sin Delegado Provincial.
- BADAJOS: D. José Villafaina de la Cruz.
- BARCELONA: D. Jaime Sala Pich.
- BILBAO: D. Juan M.ª Báez Gutiérrez
- BURGOS: D. Elías Hernando Tamayo.
- CACERES: D. Timoteo Fernández
- CADIZ: D. Manuel Albala Valle.
- CASTELLON: D. José Aguilar Beltrán.
- CIUDAD REAL: D. Luis Barba Vázquez.
- CORDOBA: Máximo González Jurado.
- GERONA: D. José M.ª Boch Doménech.

¡NUEVA FORMULA!



Pentoderm[®]

Crema dermoprotectora cutánea

COMPOSICION

Por 100 g.: Ac. undecilénico, 2 %; Alcohol fenoxietílico, 1 %; Sal sedativa de Homberg, 0,5 %; Poligalacturon-sulfonato sódico, 0,75 %; Tintura de Arnica, 0,3 %; Pantotenol, 0,3 %; Ovolecitina, 0,05 %.

INDICACIONES

Escoriaciones e irritaciones de pies y manos, pies cansados y doloridos, dermatofitosis, irritaciones dérmicas.

CONTRAINDICACIONES Y EFECTOS SECUNDARIOS
No se conocen.

POSOLOGIA

2 ó más aplicaciones al día.

PRESENTACION Y P.V.P.
Tubo con 50 g. de crema:
62,80 ptas.



MADAUS CERAFARM, S.A.

EDITORIAL

Nos encontramos en plena época de vacaciones, ese bien ganado descanso anual que aprovechamos todos, o casi todos, los españoles para conceder un pequeño desahogo a nuestra revolucionada máquina orgánica. Es pues, una época de ralenti laboral, como de «puesta a punto» para volver con más ganas o al menos más descansados a iniciar otro ciclo de trabajo que la época otoñal trae consigo.

Vacaciones que cada cual destina a un determinado fin: los que habitualmente residen en zonas de montaña son generalmente más amantes de las playas y en contrapartida, los residentes del litoral tiran más bien hacia la zona montañosa, existiendo también quien simultánea ambas cosas, o ninguna, según sus posibilidades, y así, de esta forma, buscando siempre lo opuesto a lo que cada cual posee, se inicia el bullicio, el ir y venir incesante, de cuyo resultado se sobrecargan los medios de transporte, que tienen que multiplicarse por sí mismos para abastecer la gran demanda, las carreteras se convierten en enormes caravanas de vehículos, y las ciudades quedan prácticamente desérticas. Es el mismo problema de cada año que se supera a sí mismo.

No obstante no todos gozan de un mes de ocio, los unos porque como consecuencia de ir dejando las cosas para «luego que tendré menos trabajo» llega el momento en que se ven sobrecargados; otros, porque invierten este tiempo o parte de él en hacer las pequeñas renovaciones o cambios en consultas, etc., y

otra gran parte que viven justamente de las vacaciones de los demás, existiendo además un pequeño grupo que trabaja en silencio, sin darse cuenta de que nos encontramos en época de descanso, sin importarle su propia persona y olvidándose incluso un poco de su familia, a quienes hace víctimas de su labor tratando de ser fiel a un ideal. Este es el «cabeza de turco» unas veces y el «líder» otras, de todas las profesiones, ese hombre que en la sombra y en el silencio trabaja para los demás.

Como es natural todas estas circunstancias y muchas más se dan en la gran familia que formamos los pertenecientes a esta profesión, en la que hay hombres que conscientes de la situación actual de la Podología, se dan perfecta cuenta de que estamos arrastrando una serie de circunstancias y hechos que nos están perjudicando a todos, se dan cuenta de que actualmente ocupamos un lugar dentro de la legislación de la Sanidad española que no nos perteneció jamás, y menos ahora, porque tenemos un trabajo definido, distinto a todas las demás profesiones, tenemos un nombre bien ganado y merecido, llevamos suficientes años de existencia y somos lo bastante necesarios a nuestra sociedad como para no estar en este lugar que la ley nos clasifica. Por eso no suplicamos nada ni pedimos, pero sí debemos exigir que se nos haga justicia. El Podólogo español goza de suficiente prestigio fuera de nuestras fronteras por su preparación y profesionalidad, y en cambio, según en que esferas de nuestra propia sociedad se nos

quiere olvidar, aunque este olvido es justamente por miedo a afrontar la realidad de una profesión que ha llegado a la mayoría de edad. Nosotros con nuestro trabajo no pretendemos quitarle el pan a nadie, y por eso justamente no estamos dispuestos a que nos lo sigan quitando.

Hemos de procurar aprovechar las vacaciones no sólo para descansar, sino también para meditar un poco y abrir los ojos a esta realidad. Si nos dormimos, otros nos pasarán delante y luego no valen los lamentos. Tenemos que mirar a nuestro alrededor y tenemos que analizar la situación de la Podología. Veremos a nuestros compañeros que hace años que viven honestamente de su profesión, veremos a los jóvenes que han terminado recientemente y con gran ilusión están preparando sus consultorios, y no de la forma en que se hacia hace 10 años, sino bien distinto; veremos nuestras escuelas, donde el nivel de preparación es cada día más elevado, donde la juventud está presente con ganas de saber, juventud que siente una vocación irrevocable

por ser Podólogo, y también desgraciadamente, al lado de éstos aquel otro grupo que sólo busca en las escuelas los puntos para concurrir en cualquier estamento oficial, de lo que tiene la culpa justamente nuestra absurda situación.

Es por ello que la Agrupación de Podólogos de España, consciente y conocedora mejor que nadie de esta posición incómoda, tiene entablada una ardua tarea en la que está luchando denodadamente y de cuyo resultado depende el porvenir de nuestra profesión. Tengamos, pues, confianza en ella y en el recto proceder de los dirigentes de esta Nación, que desesperadamente está surgiendo a flote de su letargo.

Recordemos aquellas palabras de nuestro Rey en su discurso a la Corona de «ninguna causa justa será olvidada», y esperemos que en nuestro caso tengan lo más pronto posible una significación positiva, para de esta forma, en un futuro muy próximo poder ver culminados nuestros deseos como premio a unos años de tesón y lucha por una causa justa.

SERRA - FARGAS

BARCELONA — Plaza Castilla, 3

MADRID — San Bernardo, 74

«EQUIPOS — SILLONES — TABURETES»

SWAN NORTON: Bisturís, mangos y hojas.

AESULAP: Esterilizadores, hojas bisturí, mangos bisturí, instrumentos, alicates, etc.

MICROMOTORES: De importación.

PODOMETROS; MOBILIARIO; MOTORES COLGANTES; ESTERILIZADORES ULTRAVIOLETAS; FRECUENCIA; VIBRADORES; BISTURIS ELECTRICOS; CAUTERIOS; PIEZAS DE MANO; SILICONAS; PULIDORAS; FRESAS; MESAS; ASPIRADORAS.

AMPLIO STOCK DE MATERIALES PARA PODOLOGIA.

CONSULTE CONDICIONES ESPECIALES.

Terapia Ortodigital con Siliconas

Por

Ian S. COATES, M. Ch. S., S. R. Ch.

(Podólogo del Grupo de Empresas Unilever en Merseyside, Prof. de la Escuela de Chiropodía de Chelsea / Londres)

Trabajo publicado en la revista THE CHIROPODIST / Organo de la Society of Chiropodists de Gran Bretaña, en marzo de 1975.

Traducción y adaptación por gentileza de PIEDRO INTERNATIONAL - Barcelona

Introducción

Estrictamente, «terapia ortodigital», el enderezamiento de los dedos del pie, se refiere a la posición de los mismos, pero aquí hay implícito un significado más amplio, el de la normalización de su acción de los dedos del pie, a veces de un solo dedo, pero incluyendo generalmente la acción del dedo vecino que puede estar en rotación y/o superposición o subposición, teniendo en cuenta siempre que la función particular del dedo del pie es una parte de la acción general metatarso-falángica.

¿Por qué con silicona?

La posibilidad de recambio, la lavabilidad del pie y del dispositivo, la facilidad de hacerlo junto a la silla y la posibilidad de adiciones o alteraciones mediante raspado o pulido a medida que va mejorando la corrección, empiezan a responder a esa pregunta.

Objeto

El objeto es promover la función adecuada del dedo del pie, es decir, a partir de una posición correcta, mediante una gama adecuada de movimientos y vuelta a la posición correcta. Ello presupone un calzado de profundidad, ancho, elevación de puntera, y enfranque adecuados, junto con la seguridad de que la media o calcetín ofrece espacio suficiente para el movimiento de los dedos. En algunos casos, el ejercicio y la manipulación cuidadosa de los dedos del pie por el propio paciente, contribuirán a la mejora, pero todas estas cuestiones se salen del tema de este artículo.

Principio

Nuestro propósito es que el dedo del pie se halle en una buena posición al iniciar el movimiento; esto depende en gran parte de los tejidos blandos, de la cápsula de la articula-

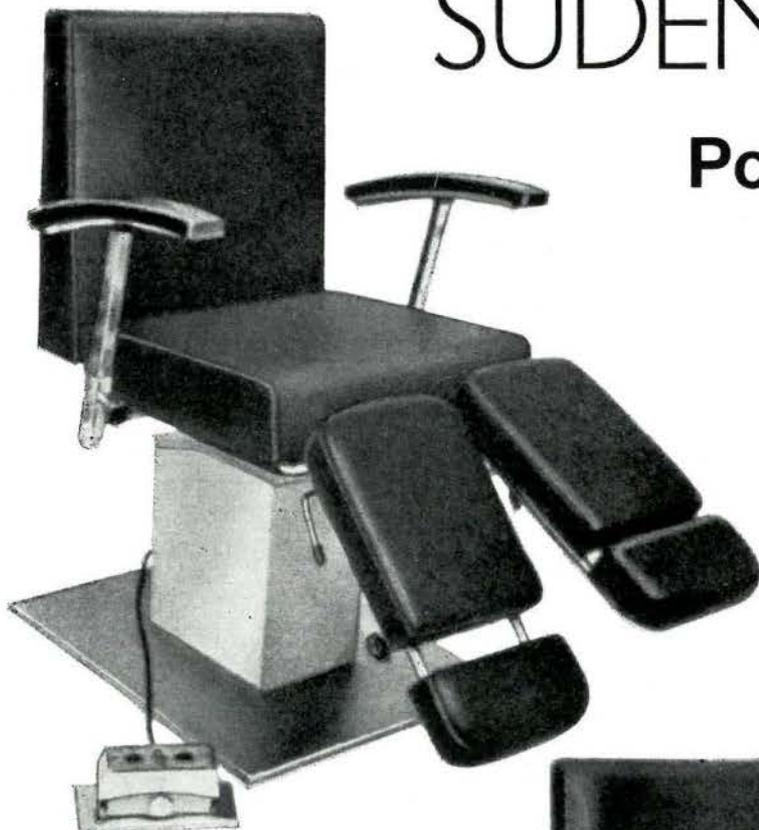
SUDENTA, S. A.

Podología

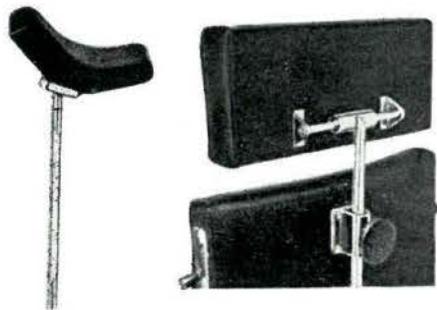
| | |
|--------------|-----------------|
| TABURETES | PODOMETROS |
| MOBILIARIO | ESTERILIZADORES |
| TORNOS | EQUIPOS |
| INSTRUMENTAL | FRESAS |
| ASPIRADORES | ETC. |

Y la incorporación de **SILLONES** de importación Alemanes.

A PRECIOS EXCEPCIONALES Y CON AMPLISIMAS FACILIDADES DE PAGO.



VERSION TOTALMENTE ELECTRICA



POSIBILIDAD DE ELECCION DE CABEZAL

Servicio Técnico garantizado en toda España por el servicio post-venta SUDENTA, S. A.

SOLICITE AMPLIA INFORMACION SIN COMPROMISO A:

sudenta, s. a.



VERSION ELECTRO-HIDRAULICA

Rda. San Antonio, 98, Pral.
Barcelona-11 - Telfs. 318 95 66 - 318 96 16

Espos y Miña, 7
Madrid-12 - Telfs. 221 40 44 - 222 45 69

ción, de los ligamentos, músculos y, eventualmente, de la propia superficie de la piel. Todos ellos pueden ir reeducándose progresivamente, a menudo en parte influenciando la posición de reposo por la noche mediante la utilización de un dispositivo simplemente capaz de sub-corregir o super-corregir, permitiendo de este modo que los tejidos se adapten, y también a veces de día, utilizando un dispositivo distinto (o en algunos casos el mismo) consecuente con el calzado y con las fuerzas más importantes que actúan en todo el movimiento y soporte de carga.

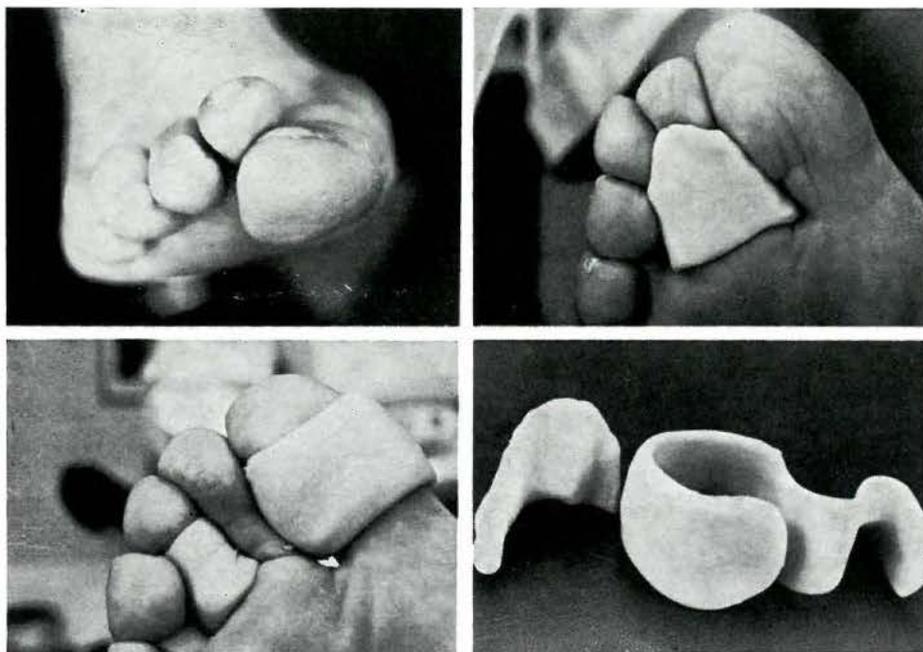
La experiencia, y un estudio de la anatomía y la fisiología, especialmente las funciones de los músculos recíprocos y las tolerancias de la gama de articulaciones, nos indicarán el grado adecuado de corrección para cada caso, tanto de día como de noche.

En todos los casos, la ortesis se hará justo lo necesariamente fuerte (ni demasiado, ni poco) como para conseguir el objeto de fomentar o forzar la mejora en la alineación y/o impedir se haga posible una alineación viciosa, pero utilizando una tensión o presión mínimas sobre las superficies de la piel. Para mantener el dispositivo en su sitio, se puede utili-

zar la suave y continua propiedad de sujeción de la media por encima y por debajo de los dedos del pie, utilizando también el espacio interdigital, dorsal o plantar, y de esta forma, con frecuencia se podrá evitar un atenuamiento directo, o ligar los dispositivos correctores a los dedos del pie.

La función del dedo puede iniciarse a menudo creándole un apoyo plantar, a veces único, aunque normalmente múltiple, con unas cortas asas interdigitales que no siempre han de llegar hasta el dorso. Estas pueden inducir a una mejor acción de estiramiento y agarre de los dedos, tal como se ve en los movimientos musculares de los que andan descalzos, y ellos, debido quizás a una mejor acción de levantamiento por encima de las articulaciones metatarso-falángicas, puede eliminar el dolor y también los síntomas de presión que aparecen en esa zona.

Las situaciones de dedo en martillo, así como los dedos engarrados, sí necesitan asas mayores, a menudo con una placa dorsal o un cojincillo oval equivalente y éstos pueden diseñarse de tal modo que el zapato, mediante presión dorsal, pueda ayudar al dedo o dedos a conseguir nuestro objeto preestablecido (ver



Fitex-E

Onico-Fitex

Tratamiento local específico de las dermatomicosis y micosis de uña respectivamente. Gran poder de penetración, acción prolongada e intermitente.

FITEX-E

Fórmula

Ester borotrioxibenzoico de la dextrosa, 8,73 gr.;
Acido orto-oxibenzoico, 8,88 gr.;
Disolvente apropiado c.s.p., 100 ml.

Forma farmacéutica

Solución para pincelaciones.

Posología

Pincelar la zona afectada 3 ó 4 veces al día, especialmente después del lavado de la zona.

Indicación terapéutica

Dermatomicosis

Contraindicaciones

Dermatitis bacterianas en fase aguda.

Incompatibilidades

No se conocen

Efectos secundarios

No se conocen

Presentación

Frasco de 60 ml. con pincel.

P.V.P.

199'10 ptas.

No precisan apósitos ni vendajes.

ONICO-FITEX

Fórmula

Ester borotrioxibenzoico de la dextrosa, 8,92 grs.;
Acido orto-oxibenzoico, 1 gr.;
Disolvente apropiado c.s.p., 100 grs.

Forma farmacéutica

Solución para pincelaciones.

Posología

Aplicar 2 veces diarias por pincelación.
Aplicar también después de cada lavado.

Indicación terapéutica

Onicomiosis. Paroniquia.

Contraindicaciones

Dermatitis bacteriana.

Incompatibilidades

No se conocen

Efectos secundarios

No se conocen

Presentación

Frasco de 30 ml.

P.V.P.

100'50 ptas.

INFAR  **NATTERMANN**

Apartado 400 - Zaragoza

Infanta Carlota, 84-88

Barcelona-15



las ilustraciones). Después de algunas semanas, cuando ya se haya conseguido cierto grado de corrección, se puede raspar algo convenientemente para reducir la curvatura del apoyo dorsal y/o de la superficie plantar, y también puede añadirse un compuesto de siliconas, más activado, precisamente junto a la superficie (limpiada con alcohol) junto a la punta del dedo, de manera que el dedo quedará más estirado hacia adelante.

Antes de empezar con las siliconas, puede ganarse la confianza del paciente y la seguridad del podólogo haciendo una prueba con un almohadillado adhesivo. Esto permite asegurarse del espesor y forma requeridos, y también de que los zapatos irán bien.

Aplicación práctica

Suponiendo que se trata de un operario diestro (no zurdo).

a) *Ensayo*

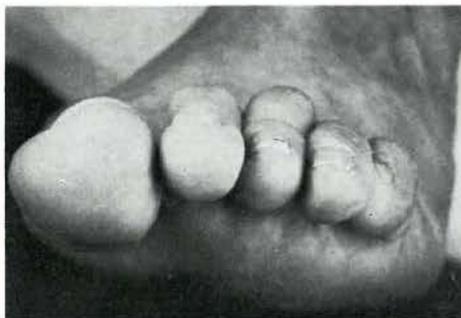
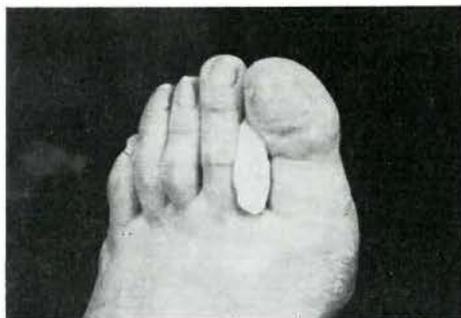
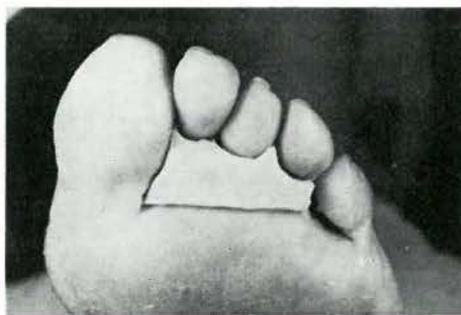
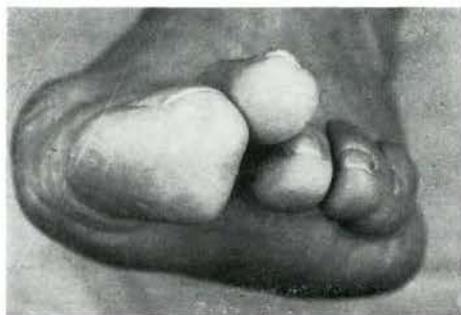
Antes de mezclar, el trabajo que se ha de hacer **con la mano izquierda** durante la aplica-

ción a los dedos del pie debería ensayarse muy bien; normalmente, el pulgar izquierdo puede elevar las cabezas de metatarsianos y los dedos pueden provocar la alineación correcta de los dedos del pie. Si no se hace esto del modo adecuado, quizás posteriormente se acabe con unas asas delgadas y/o un apoyo plantar insuficiente para el dedo a corregir, aunque, en caso necesario, se puede perfeccionar añadiendo más compuesto catalizado a la superficie cóncava del asa y, en realidad, donde sea necesario.

El ensayo de la posición de soporte de carga a adoptar por el paciente después de haber hecho el dispositivo y antes de que se fije, también es importante. Puede ensayarse con el paciente de pie o bien sentado y con el talón levantado.

b) *Consistencia y color*

Ambos factores se determinan antes de añadir el catalizador; buenas mezclas básicas son (i) 'Verone «G»' 5 partes, con 'Verone R.S.' 3 partes o (ii) 'Shin Etsu «KE20»' 6 partes, con Fluido de Silicona, Diluyente de Verone u otro emoliente, por ejemplo Savlon Cream o Jonh-



son's Baby Oil, 1 parte más el colorante disponible, un poco de Verone 'Pink', 'R.S.' o 'Perfecting Paste'. Para tener una mezcla más consistente en (i) utilicen más R.S. y en (ii) menos emoliente, y para una mezcla más suave, una consistencia más parecida a la carne, utilicen más emoliente, pero no más de la mitad del volumen. Nota: el color «Carne» es un rosa muy pálido y no chillón.

c) *Dosis de Catalizador*

La dosis básica es 3 gotas por 1,8 gr., es decir: el volumen de metal en una moneda de 5 pesetas, o 3 gotas por 3 cm. de Verone extraído del tubo al diámetro de la boquilla. Se puede obtener catalizador Shin Etsu de re- puesto.

A 20°C (temperatura ambiente normal), el número de gotas de catalizador debería duplicarse si se ha añadido un tercio de emoliente.

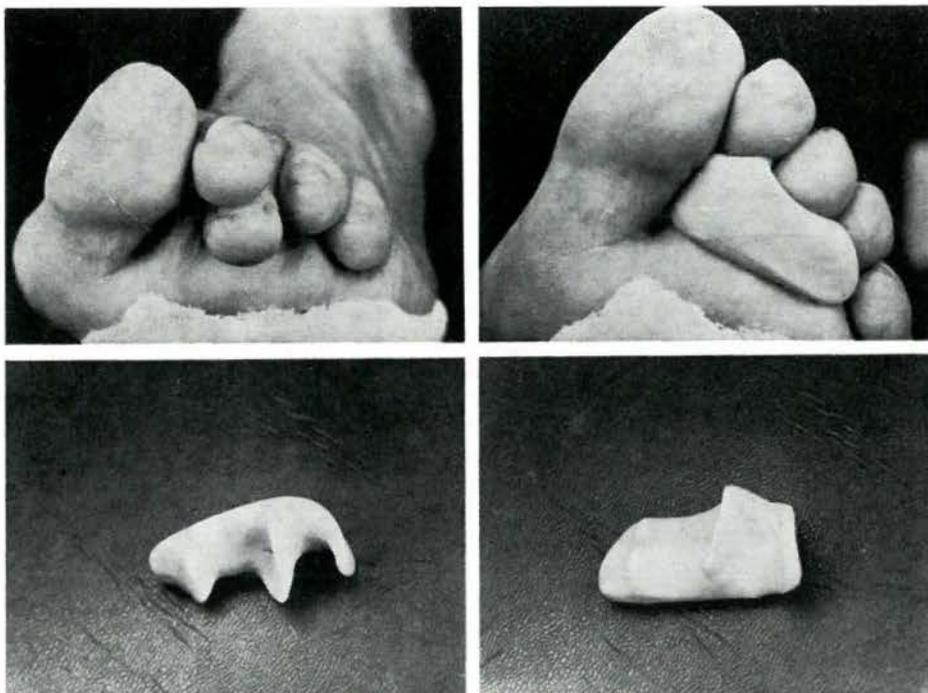
Más catalizador y/o una temperatura más elevada acelerarán la reacción. Menos catalizador y/o una temperatura más baja la frenarán.

Antes de utilizarlo, asegúrense de que la boquilla de la botella del catalizador esté limpia (que no hayan cristales).

d) *Mezcla*

La utilización vertical de la espátula, al principio dispersará adecuadamente las gotas en todo el volumen, después utilícese horizontalmente doblando y presionando todo firmemente durante 30 segundos aproximadamente. El bloque que se mezcla debería hallarse en el borde de la superficie de trabajo de tal modo que la mano, que está por encima del borde, pueda trabajar horizontalmente con la espátula.

A 20°C con el catalizador Verone después de otros 60 segundos o con el catalizador Shin Etsu después de 30 segundos, la mezcla empezará a adquirir consistencia y se hará menos pegajosa al tacto, al principio igual que el Plasticene suave; entonces puede recogerse y premoldearse rápidamente, asasa y todo lo demás en su forma aproximada, con los dedos desnudos, juntando los dobles y las líneas





resultantes. Este proceso es mucho más fácil si se ha añadido ya, aproximadamente, un tercio de Johnson's Bab Oil, porque a esa proporción — e incluso con una cantidad ligeramente superior — esa consistencia, parecida a la del Plasticene, se puede discernir fácilmente al tacto y dura unos 30 a 60 segundos.

e) *Aplicación*

Primero, apliquen la mezcla colocando las asas interdigitales; luego, adoptando con la mano izquierda la posición ensayada para corregir la alineación de los dedos, moldeen el cuerpo principal del dispositivo. Coloquen luego el pie en la posición previamente ensayada de soporte de carga manteniendo al propio tiempo la posición corregida de los dedos de los pies.

Con práctica y experiencia, todo ello puede hacerse en 30 segundos desde el momento de recogida y de este modo, la fijación empezará poco después del soporte de carga y aproximadamente un minuto después se podrá sacar el dispositivo para comprobar el es-

pesor del asa, que todo quede libre de la trama y para ver qué nuevas adiciones se requieren, por ejemplo, bajo las puntas de los dedos del pie, o si existe algún borde demasiado afilado, etc. que requiera un recorte, pulido o raspado.

Este método de aplicación «casi-montado» solidificado, posee ciertas ventajas con respecto a la aplicación directa de un compuesto «recién mezclado» con una espátula. En primer lugar, la mezcla tiene más consistencia o sea que no se derrama de modo inconveniente, perdiendo su forma y dejando marcas estriadas en la piel que habrá que pulir posteriormente; en segundo lugar, los dedos de los pies no pueden distorsionarla o deformarla tan fácilmente, y en tercer lugar, se prepara en medio minuto más o menos, o sea que no es necesario mantener al paciente en una posición incómoda durante largo tiempo. Por otra parte, el dispositivo se separará limpiamente o sea que existe menos riesgo de irritación de la piel debido a cualquier catalizador activo libre. Por último, el aspecto, el acabado y la comodidad del dispositivo es superior.

cuando sus dos pies
son dos
problemas...



Use **Peusek**[®]

desUdorante y
desOodorante
de los pies



Y AHORA TAMBIEN

NUEVO

Peusek[®]
ARCANDOL

para pies

*ARdientes
CANsados
DOLoridos*

SPRAY

DOS PRODUCTOS PARA...
DOS PROBLEMAS QUE SON...
DOS SOLUCIONES.



Aspectos Generales

El trabajo con siliconas debería hacerse antes de administrar cualquier otro tratamiento, y posteriormente, ya se dispondrá de tiempo para cualquier adición o pulido necesario, y de tal modo que se formen bolsas de aire por encima de zonas donde el tejido calloso, etc., se hayan eliminado. Además, si el dispositivo se desgasta antes de que la solidificación se halle en una etapa avanzada, quedará distorsionado por el pie y el zapato durante la fase de soporte de carga.

En ortesis dorso-plantares de asa única, en el hallux-valgus, y en los dispositivos protectores del juanete «de sastre», es necesario asegurarse de que habrá cierto tipo de agarre para el aparato. Para ello, la parte interdigital debería mantenerse en una posición hacia dentro y de contorno durante unos 10 minutos más o menos, en los primeros momentos de la fase de solidificación; para este fin se puede utilizar cera de modelado dental, lámina de plomo, o una venda tubular, o yeso adhesivo, y la inmersión en agua caliente acelerará el proceso de solidificación.

El «curado» final de la ortesis supondrá unas 12 a 14 horas, pero a menos que se utilice una dosis inferior a la normal de catalizador, la solidificación ya habrá avanzado lo suficiente como para utilizarlo al cabo de 20 minutos; en realidad y en general, el paciente debería llevar el dispositivo al terminar la operación, de tal modo que durante las primeras horas se produzca ya un moldeado dinámico, influenciado por los dedos del pie, la media, los zapatos y el movimiento.

Las reparaciones pueden hacerse mediante superficies yuxtapuestas o sobrepuestas y, si es posible, extendiendo una pequeña cantidad de mezcla activada alrededor de las áreas adyacentes así como de las superficies continuas; debe dejarse cierto tiempo para que el compuesto se solidifique adecuadamente antes de su utilización y las partes deben mantenerse en buena alineación durante los primeros diez minutos más o menos del tiempo de solidificación.

La mezcla que se añade se adherirá bien si se utiliza una proporción baja de emoliente y de catalizador y debería aplicarse rápidamente después de la espatulación, es decir, antes de que empiece a solidificarse. Estas reparaciones y adiciones quizás no estén totalmente unidas cuando el paciente se vaya o sea que el dispositivo no debería llevarse inmediatamente.

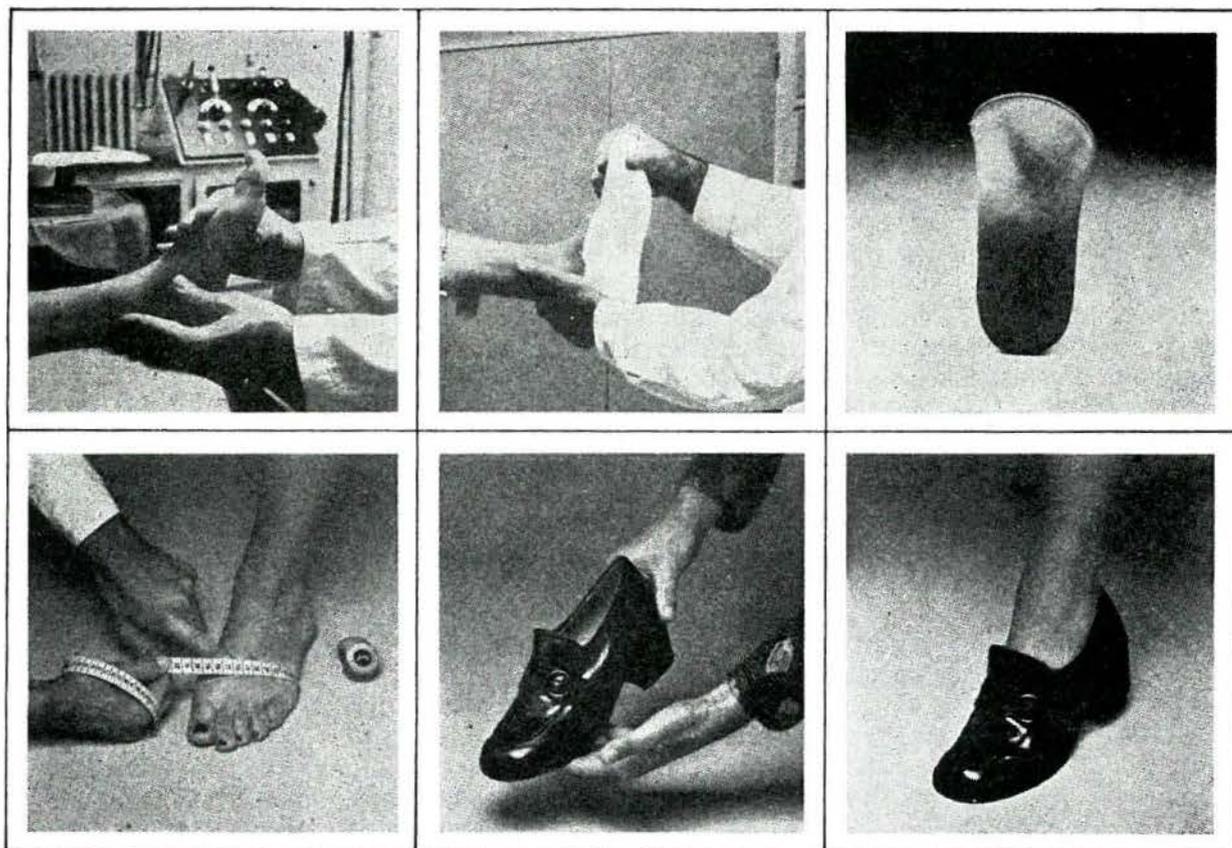
Es muy posible que el paciente olvide rápidamente los consejos que se le hayan dado en cuanto a la colocación adecuada y justo antes de ponerse el zapato, el paciente debería comprobar, tanteando por encima del calcetín o media, que el dispositivo esté en la posición correcta. Estos métodos presuponen, naturalmente, que el paciente tenga la capacidad y la movilidad suficientes como para poder colocarse el dispositivo correctamente. Su almacenamiento resiste perfectamente el paso de los años, pero los compuestos de siliconas y especialmente los catalizadores, deberían mantenerse alejados de toda fuente de calor o de la luz del sol.

Habría que indicar al paciente que, en caso de resultarle incómoda la utilización del dispositivo, debería llevarlo al menos durante 2 ó 3 horas antes de volver, de tal modo que la evidencia de las marcas en la piel pueda determinar las zonas problemáticas.

Estas técnicas (ver Hawes, 1972), requieren muy poco desembolso de capital y el costo de los materiales por dispositivo, entre 2 y 4 pesetas por gramo (los multi-soportes normales son de 9 gramos) no se repite, salvo naturalmente en el caso de que, a medida que avance la corrección, puede ser necesario un dispositivo con una forma distinta al cabo de unos meses. Las ortesis bien diseñadas pueden durar años si es necesario, pero cualquier tipo de dispositivo «grip-on» (de agarre completo) sufre deterioros al colocarlo o al sacarlo.

La versatilidad de las técnicas de siliconas con niños, adolescentes, pacientes maduros o de edad avanzada, depende de la iniciación y experiencia del podólogo a la hora de aplicar los principios básicos junto con el buen conocimiento de las propiedades de los compuestos de siliconas. Ciertamente, el objetivo de la

TAN IMPORTANTE COMO SUS MANOS



Sus manos conocen, investigan y alivian. Pero su experiencia personal puede verse traicionada si no existe un zapato que satisfaga plenamente sus prescripciones. Por esta razón, MANUFACTURAS PROS pone a su disposición la nueva línea de zapatos MANITOS ORTHO.

MANITOS ORTHO es un zapato especialmente diseñado para satisfacer todas sus exigencias. Tanto la calidad de los materiales, como la adaptabilidad al uso de plantillas permiten en todo momento continuar ejerciendo una acción benéfica y correctora como si se tratara de sus propias manos.

MANITOS ORTHO: TAN IMPORTANTE COMO SUS MANOS.



MANITOS
ORTHO

curación se puede alcanzar con frecuencia y en caso negativo, después de unas cuantas visitas para cuidados intensivos, sólo serán necesarias unas visitas mínimas y espaciadas.

RESUMEN

Se estudian en este trabajo los métodos

para la corrección gradual de la alineación digital de día y de noche, con dispositivos de silicona sustituibles, moldeados en un minuto sobre el propio pie y ajustados a medida que mejora la corrección como medio para conseguir un mejor control digital y metatarsofalángico y se sugieren mejoras de las técnicas de aplicación y acabado.

Detalles técnicos para la obtención del molde de escayola

Por
J. SANJUAN
Podólogo
CORDOBA

Obtención del molde en carga (Bipedestación)

- 1.º Situaremos al paciente de pie, sobre dos capas de espuma de poliuretano de densidad 20 de 5 cm. de espesor cada una.
- 2.º Encima del poliuretano colocaremos un papel de polietileno para evitar la adherencia de la venda escayolada a la espuma.
- 3.º Las dos capas de espuma las situaremos en posición escalonada, para que al ponerse de pie sobre la superior los dedos queden libres soportando sólo la presión de la capa inferior, evitando una elevación anormal de los dedos.
- 4.º Apoyaremos al paciente con los dos pies sobre la espuma y obtendremos 1.º un molde que una vez seco quitaremos y procederemos a hacer el otro.
- 5.º Las capas de espuma deberán ser desiguales.
- 6.º Una vez aplicada la férula, para conseguir una elongación de los arcos longitudinales, tapando nuevamente los dedos.
- 7.º El paciente rotará la rodilla interior o exteriormente, 10° o 15°, etc. aproximadamente la inclinación del talón hasta su verticalización, centrándose el peso corporal en el tarso medio. Al mismo tiempo,



FUNGISDIN

antimicótico de alcance total

FUNGISDIN

posee un amplio campo de acción antimicótica y antibacteriana, por ser activo frente a dermatofitos, levaduras y también frente a bacterias gram positivas.

Composición

Nitrato de 1-(glioxalnilil)-(2,4-cloro- α -hidroxitolil)-2-(2,4-clorobenceno).

Indicado en

Dermatomicosis:

Tinea pedis. Tinea cruris. Tinea corporis. Tinea unguium. Tinea manuum. Tinea barbae.

Afecciones por levaduras:

Candidiasis cutáneas, anal, escrotal y vulvar, vulvovaginitis candidiásica postantibiótica. Lesiones de los pliegues cutáneos. Lesiones perianales. Onixis y perionixis. Estomatitis angular. Balanopostitis.

Micosis provocadas por hongos diversos.

Pitiriasis versicolor.

Infecciones y sobreinfecciones por bacterias gram positivas.



Modo de administración

En general, 2 ó 3 aplicaciones al día de gel o aerosol sobre la zona afectada.

Contraindicaciones

No se le conocen.

Efectos secundarios

No se han registrado irritaciones, molestias o sensibilizaciones dérmicas.

Presentación y P.V.P. FUNGISDIN

ofrece por su presentación en gel y en aerosol una extraordinaria facilidad de administración, permitiendo la elección de la forma más idónea en cada paciente para asegurar el acceso del preparado a todas las zonas de la piel.

FUNGISDIN AEROSOL:

Frasco de 50 ml. P.V.P.: 231,- Ptas.

FUNGISDIN GEL:

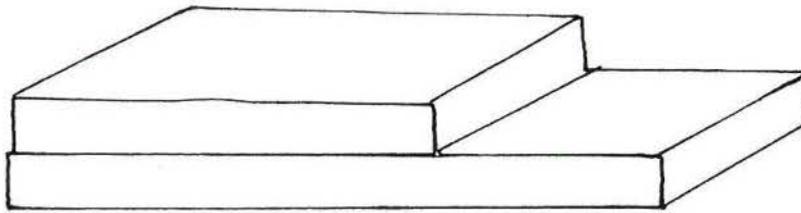
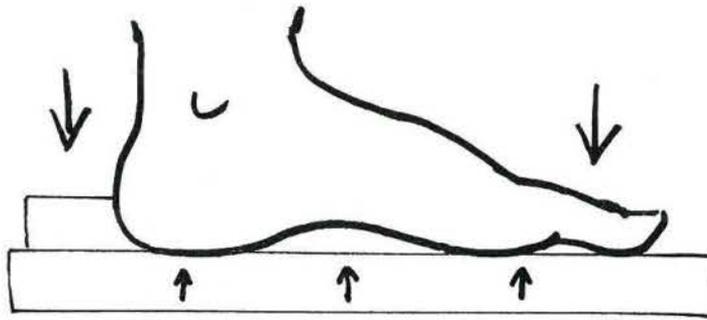
Tubo de 30 gr. P.V.P.: 261,- Ptas.



Avda. Generalísimo Franco, 520
Barcelona-11

ISDIN

técnica e investigación en dermatología



nosotros presionaremos por encima la zona interna del antepié, a nivel de la 1.^a Art. metatarsal hundiéndola, produciendo así una pronación de antepié, ya que éste sobre la espuma tiende a supinarse al rotar por ejemplo la rodilla exteriormente.

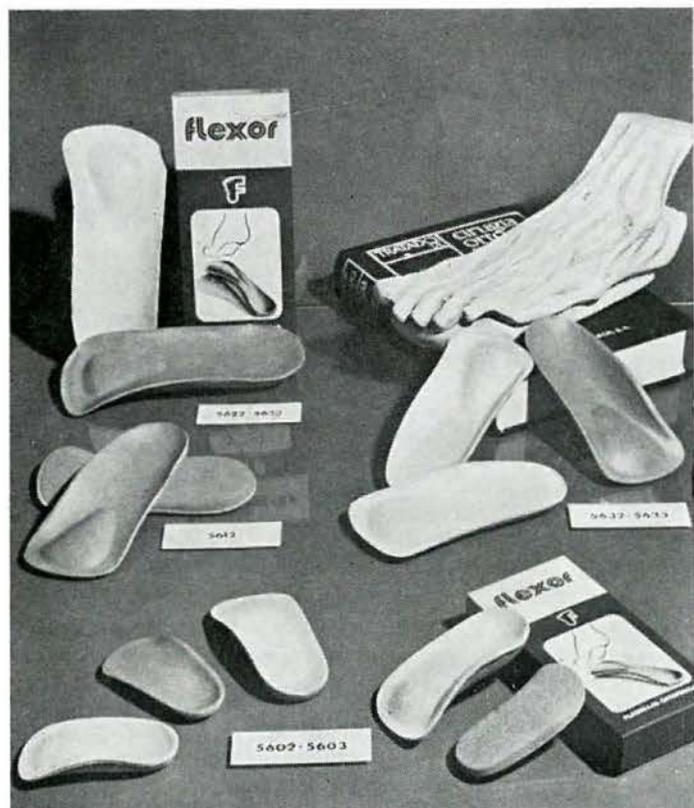
8.º Para elevar el arco anterior, lo haremos manualmente una vez casi seco y quitado. Dicho tipo de molde está indicado en pies muy excavados y para la confección de plantillas paliativas y de descarga generalizada por adición múltiple de puntos de apoyo.

Obtención del molde de escayola en descarga (sedestación)

- 1.º Pondremos al paciente sentado con la pierna en ángulo recto con el tronco y el pie en ligera flexión plantar.
- 2.º Prepararemos una férula con tres capas de venda escayolada de forma que mida 6 cm. más larga que el pie, tanto anterior como posteriormente, de 15 cm. de ancha en niños y de 20 en adultos. Dicha férula la sumergiremos en agua tibia adicionada con SAL (CLNa).
- 3.º Marcaremos con un lápiz rojo al alcohol el límite anterior de la plantilla y los puntos dolorosos susceptibles de descarga.
- 4.º Suponiendo que se tratara de un miembro derecho, giraremos la pierna en rotación externa si se trata de un valgusismo de calcáneo, 10-15º respectivamente. En segundo lugar sostendremos la cara lateral externa del calcáneo, con los dedos 3.º, 4.º y 5.º de nuestra mano derecha, vertical-

flexor

Presenta
los nuevos modelos
de plantillas
ortopédicas



SERIE CABALLERO

(modelo ancho)

Ref. 5621 - 5622 - 5623

CARACTERISTICAS:

- **Cazoleta** para contención del calcáneo.
- **Arco Longitudinal** suave para apoyo del escafoides.
- **Arco Transverso** blando para descarga de los metatarsianos.
- **Admite** todo tipo de correcciones mediante nuestros suplementos.

FLEXOR, S.A.

VALENCIA, 345 (ESQUINA BAILEN)
TELEFONO 258 14 15 - BARCELONA-9

lizándolo y desplazando la articulación tibiotarsiana y subastragalina de fuera adentro. En tercer término y con el dedo 1.º de la mano derecha presionaremos el vértice anteriormente astragalino y parte del escafoides, elevándolos y reduciendo en un movimiento de encaje la rotación interna del astrágalo si existiera una pronación del mismo que provocase diastasis maleolar.

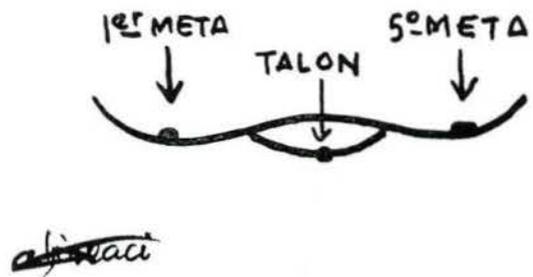
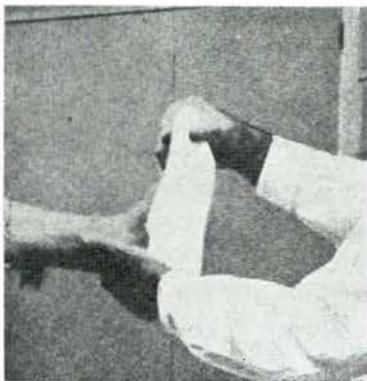
Seguidamente, y con nuestra mano izquierda, alojaremos el 1.º dedo debajo de los dedos, en el espacio metatarso digital, en casi toda su extensión, pronando el antepié en un movimiento de torsión de izquierda a derecha en círculo, ayudándonos algo con la palma de nuestra mano, presionando en sentido plantar dorsal sobre las cabezas 5.ª, 4.ª y 3.ª, procurando como si mirásemos por un punto de mira de un arma, alinear y hacer coincidir el centro del talón exactamente en medio de las dos zonas de apoyo del antepié.

- 5.º Al minuto de aplicar la férula y realizar estas maniobras alisaremos la superficie, y hacia los 3 minutos, cuando el fraguado

está en su fase final, nos valdremos de una almohadilla metatarsal que situaremos detrás de los puntos álgidos, descargando y restableciendo el abovedado anterior. Una vez seco el negativo, se sacará con discretos movimientos laterales y dorsoplantares. Como al comienzo marcamos el pie con rotulador, dicha línea se habrá plasmado en el interior del molde, lo que nos permitirá remodelar y situar la descarga metatarsal con exactitud relativa que perfeccionaremos con la plantilla a punto de terminar por su borde anterior.

Diferencias entre uno y otro sistema:

- Lo hacemos en casa.
- Siempre que nos encontremos con un pie muy escavado, senil o que no queramos elevar más los arcos congitudinales.
- Conseguiremos casi un centímetro de elongación de los arcos longitudinales de diferencia.
- Para evitar el achantamiento de la superficie plantar usaremos más grosor de espuma.
- Quitaremos el negativo.



Forma de pronar el antepié immobilizando a la vez el retropié y posición en que han de quedar los puntos de referencia (1.º, 5.º metatarsianos y talón).

CONCLUSIONES

- Dicho procedimiento es el más idóneo que conocemos para la obtención de plantillas ortopédicas, al igual que tantos técnicos utilizan sus moldes para sus restauraciones arquitectónicas dentro de la medicina Biológica, las Artes y Tecnología.
- Somos conscientes y hemos practicado exhaustivamente los demás procedimientos conocidos.
- Es necesario utilizar materiales adecuados como el polieliteno, podiasin, podial, poroso antitérmico, plastazote, silicona con podial, cornilonect.
- Si los asientos de nuestro Antonio Viles nos los hicieran con un molde de nuestra espalda, íbamos a saber lo que era comodidad...
- Las correcciones ORTOPODOLOGICAS se acortan en el tiempo considerablemente.
- El material utilizado tiene que flexar y regresar a su estado anterior.
- No existe desplazamiento alguno hacia adelante.
- Dicha técnica nos permite obtener un 90 % de éxitos, mientras que las restantes llegan al 70 %.
- Hay que DOTAR la tubería más utilizada para manipular con escayolas con un bote sifónico de plomo que quepa nuestra mano; ya que si no lo hacemos así, atoraremos con toda seguridad la tubería del piso.
- Alisaremos la superficie de los moldes con agua de escayola, a modo de masilla tapabaches.
- Y, para terminar, quisiéramos decir, que aún no estamos satisfechos plenamente, que nos gustaría alcanzar, como dice el compañero Albalá, la obtención de moldes con el paciente en deambulación, o bien, contar con materiales de micro fusión directamente al pie, que no sean tan costosos como la silicona; dando mi más sincero agradecimiento a quienes iniciaron estas experiencias que nos distinguen.

Plantilla Ortopédica Elástica "FERRIZ"

Medalla de Plata en el X Salón Internacional de Bruselas

JAEN

Fábrica y oficinas:

Arrastradero, 8 - Teléfono 22 33 92

Fabricación de toda clase de plantillas ortopédicas en conglomerado de caucho y corcho, y extensa gama de piezas accesorias para confeccionar y adaptar a las mismas. Arcos internos o longitudinales. Arcos transversos. Cuñas pronadoras y supinadoras. Herraduras.

Las plantillas y piezas accesorias, se fabrican en tres consistencias:

BLANDAS, DURAS Y SEMIDURAS

El esguince maleolar no es tan simple como parece

Trabajo publicado en Revista CONSULTA, N.º 12, septiembre 1975.
Por el Doctor E. NIXON

La exactitud diagnóstica y la valoración adecuada del grado de lesión de la articulación del tobillo son fundamentales para iniciar el tratamiento correcto. En primer lugar, es preciso asegurarse del tipo de lesión antes de aceptar inicialmente la impresión personal del paciente.

Es evidente que en muchos casos el tratamiento conservador puede curar muchos esguinces o «torceduras» simples, pero la articulación del cuello del pie, con su disposición anatómica particular, es más estable que la de la rodilla, y la zona maleolar permite aplicar soportes ortopédicos o inmovilización adecuada en casos de inestabilidad ligamentosa, con buena recuperación de la función normal después que la lesión de las partes blandas ha mejorado.

Variedades de lesiones

En el 75 % de las «torceduras» del cuello del pie se rompen uno o más ligamentos; el 65 % corresponde a las rupturas de ligamentos calcaneoperoneo y estructura capsular, que cicatriza bien con tratamiento médico adecuado, excepto cuando la estabilidad del tobillo se halla comprometida. Si los exámenes clínicos y radiológicos plantean la posibilidad de una ruptura combinada de los ligamentos laterales, es indispensable la intervención quirúrgica a cielo abierto para garantizar estabilidad articular.

En el 10 % de los casos se encuentran rupturas del ligamento peroneo anterior, muy ca-

racterísticas e incapacitantes. Su tratamiento incorrecto prolonga el tiempo de incapacidad.

Aunque en la mayoría de los estudios radiológicos no se observan alteraciones, mediante un detenido examen se pueden encontrar fracturas por arrancamiento, sobre todo en mujeres ancianas. Los esguinces del antepié son relativamente frecuentes y no se asocian con esguinces laterales.

Si tenemos en cuenta que más del 70 % de los esguinces comprometen los ligamentos, es evidente que el tratamiento correcto depende de la valoración exacta en el examen físico y radiológico. En pacientes jóvenes, con ligamentos indudablemente rotos, la intervención quirúrgica precoz es obligatoria.

Valoración clínica

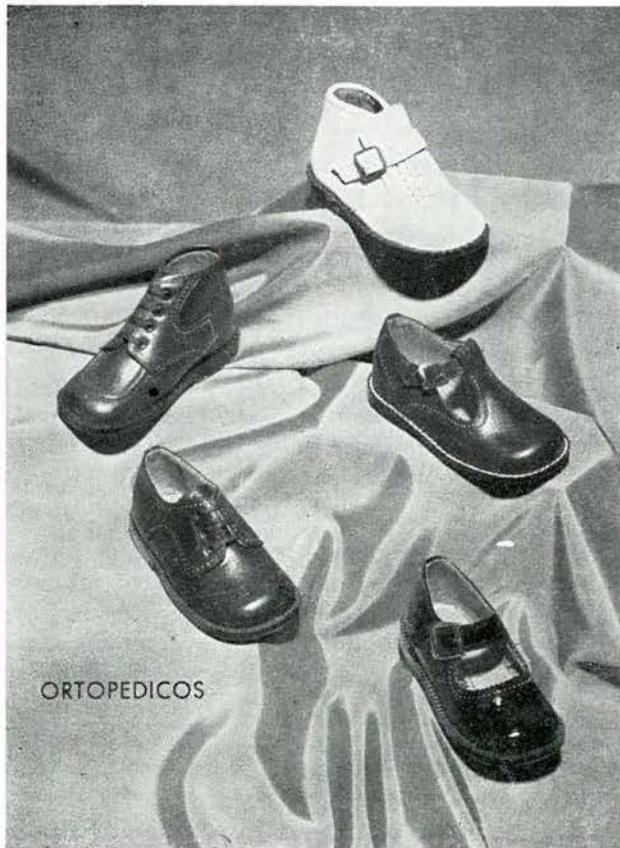
Teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

Edema. Los esguinces moderados o graves se edematizan en muy corto plazo por hemorragia intraarticular y de las partes blandas periarticulares. Por eso se observan equimosis 24 a 72 horas después del traumatismo.

Dolor local. El sitio y grado de dolor local son importantes. En las rupturas ligamentosas predomina sobre los ligamentos y los extremos maleolares; en las rupturas ligamentosas del antepié, el dolor es más distal.

Es importante la palpación del tendón peroneo y comprobar su buena inserción en la base del quinto metatarsiano.

Cuando hay ruptura del ligamento delto-



**calidad,
comodidad y
materiales
adecuados**

**Todos los modelos
tienen su importancia y
han sido estudiados
para colaborar en los
tratamientos de los
señores Podólogos y
ajustándose a sus
prescripciones**

Mendivil
ESPECIALIDAD EN ORTOPEDICOS



RAMON SAEZ GARCIA

AGUAOR, JOSE MENOR HERNANDEZ, SIN
TELEFONO 801377 - PREFIJO 965
VILLENNA (ALICANTE)

deo con fractura del peroné, el dolor se irradia a lo largo del mismo.

Dolor indirecto. Se pone de manifiesto, moviendo el tobillo y la articulación subastragalina. En las lesiones del antepié se fija el calcáneo y se moviliza el metatarso. Mediante los movimientos rotatorios se puede comprobar las lesiones del tipo sindesmoideo y los de supinación del calcáneo permiten confirmar el estado de los ligamentos laterales.

Inestabilidad. El desgarro de los ligamentos capsulares laterales produce inestabilidad definida que puede explorarse cuidadosamente sin anestesia. Se percibe como una suave disminución de la resistencia de la extremidad a nivel del tobillo y un chasquido cuando el astrágalo vuelve a la mortaja. Lo importante aquí no es el grado de inestabilidad sino la diferencia de resistencia de las partes blandas; la porción medial de la articulación permanece estable y resiste las maniobras de movilización.

En las rupturas totales del ligamento deltoideo apenas se aprecia un insignificante grado de inestabilidad articular.

Métodos auxiliares de diagnóstico

Punción. La punción articular alivia el dolor causado por la exudación intraarticular y facilita el diagnóstico cuando el líquido obtenido es sanguinolento; además permite la inyección de analgésicos o antiinflamatorios dentro de la articulación. La presencia de sangre en la articulación del cuello del pie no tiene carácter específico, pero su cuantía indica si la cápsula se halla intacta o no. La capacidad total de dicha articulación es de 5 a 7 cc; el líquido sanguinolento o de color oscuro y en poca cantidad sugiere ruptura capsular.

Radiografías con carga. Para aclarar cualquier duda sobre el grado de lesión de las partes blandas es necesario ordenar radiografías con carga. Aun sometiendo a distensión lateral la articulación del tobillo, la movilidad varía entre 0 y 27° en los jóvenes; las placas comparativas son indispensables, porque la movilidad normal y patológica origina superposición que dificulta la interpretación adecuada cuando en dichas radiografías el desplazamiento en varo alcanza 5 a 15°; se sospecha ruptura de partes blandas si el desplazamiento

excede los 15° y generalmente es necesario el tratamiento quirúrgico.

En traumatismos muy graves, el desplazamiento excede los 25°.

Artrografía. Este examen radiológico auxiliar permite valorar el estado articular mediante la inyección de un medio de contraste.

La cantidad inyectada y la fuga del mismo hacia las partes blandas comprueban la naturaleza y grado de las alteraciones estructurales.

En el niño, debido a su elasticidad capsuloligamentosa, los esguinces del cuello del pie son poco frecuentes y más bien se producen fracturas metafisarias y deslizamientos epifisarios.

Tres conductas terapéuticas. Veamos a continuación la conducta en tres diferentes situaciones:

Grupo I. El examen físico muestra esguince moderado o recidivante con poca incapacidad, sin equimosis ni edema notorio y aumento de sensibilidad en la porción de la articulación, sobre el borde palpable del peroné, sin dolor a la presión sobre los ligamentos. El líquido que se extrae por medio de la punción es de características normales. El astrágalo es estable a 90° y las radiografías con desplazamiento en equinismo son negativas.

Estos hallazgos corresponden al 30 % de los esguinces moderados o de las distensiones ligamentosas y su pronóstico es excelente. En los casos más graves la incapacidad persiste siete a diez días y los síntomas desaparecen totalmente en el curso de tres semanas.

Se efectúa el tratamiento inicial con punción y si se obtiene líquido sinovial, se procede a inyectar una pequeña cantidad de corticosteroides. De comprobarse edema y dolor a nivel del maléolo externo y de sus ligamentos, se inyecta **hialuronidasa y lidocaína**, 5 a 10 cc. Se puede agregar también una pequeña dosis de corticosteroides, pero de preferencia se utilizarán esteroides de acción inmediata, porque los preparados de efecto prolongado originan a veces reacciones secundarias indeseables.

Después de la infiltración se desplaza el líquido intraarticular más allá de los maléolos mediante masaje. Acto seguido se aplica un vendaje apretado con un pequeño soporte de



no basta

con que haga usted la mejor plantilla,
la más adecuada a cada caso...



ADEMÁS ha de cerciorarse de que el paciente la use en un calzado que ayude su benéfica acción:

SOLIDEZ: con la máxima garantía de INDEFORMABILIDAD.

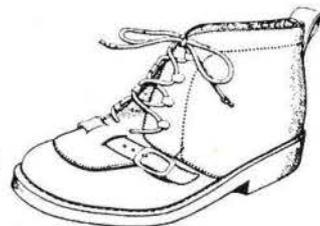


EQUILIBRIO: que garantice los correctos contactos (pie-suela y suela piso)

ESTRUCTURA: Firme y estática en sus dos tercios traseros (buena corrección) y flexible en el tercio delantero (fácil deambulación).

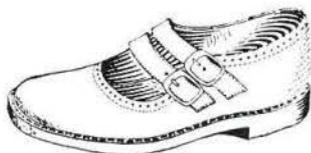
SUJECION: en posición correcta del retropié (empeine y talón)

ESPACIO: que deje holgura para el crecimiento y libre moción de los dedos.



MATERIALES: con suficiente porosidad y poder de absorción.

PIEDRO reposa sobre un excelente equipo técnico y científico internacional que le garantizan el mejor calzado posible en los materiales nobles de más alta calidad.



Si no encuentra **PIEDRO** cerca de su Consulta, díganoslo, por favor.



Delegado en ESPAÑA de **PIEDRO INTERNACIONAL**

J. L. VILA-PLANA - Conde Borrell, 211 - Prta. 33 - T. 93/239 53 06 - BARCELONA-15

fieltro alrededor del maléolo, para evitar espacios muertos, y se prosigue el masaje para desplazar el líquido, a medida que el vendaje asciende a partir de los maléolos. Es preferible utilizar fragmentos cortos de esparadrappo no mayores de 3.5 cm de anchura, aplicando tiras longitudinales desde la base del quinto metatarsiano, con soportes acolchonados sobre el tendón de Aquiles. El vendaje se deja abierto en la parte anterior para permitir expansión de acuerdo con el estado de los tejidos, y finalmente se coloca uno elástico desde la base de los metatarsianos, dándole vuelta en forma de 8 sobre el esparadrappo, lo que da mayor seguridad y presión uniforme para evitar la retención de líquidos en los tejidos.

El paciente debe iniciar la movilización inmediatamente, pero mantendrá elevado el pie tanto como le sea posible durante los primeros días.

Grupo II. El examen físico revela dolor intenso en la porción anterolateral del tobillo y gran sensibilidad a la presión sobre los ligamentos, con acentuada molestia al tratar de desplazar el astrágalo, maniobra que origina resistencia espasmódica por parte del paciente. Se encuentra mayor facilidad para la movilización cuando el pie se halla en equinismo y mayor estabilidad en ángulo recto, o sea en posición neutra; en estos casos se aprecian equimosis precoces y gran edema; la punción hecha por debajo de los maléolos que oculta el surco calcaneo-peroneo permite extraer líquido francamente sanguinolento.

Las radiografías con carga muestran inestabilidad del astrágalo a menos de 15° en equinismo, comparándolo siempre con el lado opuesto; existe además aumento de la estabilidad cuando el tobillo se halla a 90°. La artrografía generalmente muestra fuga del medio de contraste hacia los lados y adelante, sin comprometer la vaina de los peroneos.

El tratamiento se inicia con:

a) Punción inyectando una mezcla de hialuronidasa y lidocaína en la zona edematosa y en la que contiene el hematoma.

b) Masaje centrípeto para desplazar el líquido intraarticular.

c) Aplicación de vendaje y elevación de la extremidad afectada.

d) Inmovilización con yeso bien acolchonado durante tres semanas.

El apoyo debe ser progresivo, ayudándose inicialmente con muletas, hasta transmitir totalmente el peso del cuerpo tan pronto como sea posible.

Este aspecto es el más importante en la rehabilitación, aunque otras medidas también se consideran útiles, como:

Baños de contraste, masajes helados, movilización espontánea, punciones repetidas, infiltraciones de esteroides y sustancias antiinflamatorias y el uso de tobilleras elásticas. Varios autores consideran la aplicación de sustancias intraarticulares innecesarias. Otros creen que un vendaje adhesivo y adherente puede reemplazar el yeso y acelerar la rehabilitación.

Grupo III. Comprende los traumatismos más graves con gran equimosis y notorio edema de partes blandas. Hay dolor sobre todos los ligamentos con sensación de pérdida de continuidad; la punción articular permite extraer líquido sanguinolento. Existe además inestabilidad tanto en equinismo como en ángulo recto (neutro). Los estudios radiográficos no muestran fractura peronea o maleolar, aunque en algunos casos se pueden descubrir fracturas lineales y fragmentos osteocondrales libres; bajo bloqueo anestésico se tomarán radiografías con carga que demuestran inestabilidad en equinismo y en ángulo recto de 15° o más.

El medio de contraste en la artrografía se escapa en forma masiva comprobando ruptura total de los ligamentos anterolaterales.

El tratamiento es eminentemente quirúrgico, mediante sutura de cápsula y afrontamiento directo del ligamento calcaneo-peroneo al periostio en su inserción normal. El paciente utilizará muletas y bota corta de yeso con tacón ambulatorio que permitirá el apoyo en forma progresiva durante tres semanas como mínimo. Después se coloca pasta de Unna, vendaje elástico y se ordena movilización y fisioterapia progresiva, para obtener una curación total al cabo de la quinta o sexta semana.

Los problemas asistenciales y administrativos de nuestros hospitales dificultan el control de cada uno de los pasos que menciono en este trabajo, los cuales considero de importancia para evitar el establecimiento de equinismos o «torceduras» crónicas.

ESSAVENON[®] GEL



Tratamiento local de los trastornos de la
circulación de retorno.

Fórmula 100 grs. contienen:
Escina, 1 gr.; Heparina sódica, 10.000 U.I.; Fosfátidos con
predominio de ácidos grasos insaturados, en especial ácidos
linoléico -aprox. 70%- y linolénico, 1 gr.

Forma farmacéutica
Gel

Posología

Aplicar 2 ó 3 veces al día Essavenon Gel en sentido ascendente.

**Inmediata absorción, gran efecto refrescante, no mancha,
no irrita y no necesita vendajes.**

Indicación terapéutica

- Piernas y pies cansados, hinchados ●
- Tobillos hinchados ●
- Adaptación de plantillas ●
- Hematomas, contusiones ●
- Calambres, hormigueos ●

Contraindicaciones

Ulcus cruris, heridas abiertas.

Incompatibilidades

No se conocen

Efectos secundarios

No se conocen

Presentación

Envase con 40 grs.

P.V.P.

114'50 ptas.



INFAR  NATTERMANN

Apartado 400 - Zaragoza
Infanta Carlota, 84 - 88
Barcelona - 15

IX Congreso Nacional de Podología

AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

SALAMANCA, 9 AL 12 DE OCTUBRE DE 1976

Secretaría General: José Antonio, 12, 3.º, 8 (Pasaje)

Teléfono 21 23 28

SALAMANCA

Apreciable compañero:

Como sabes ya, esperamos reunirnos en Salamanca con motivo de la celebración del IX CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA, que se celebrará del 9 al 12 de octubre del año actual.

Es de suponer que es de tu conocimiento que trataremos ampliamente de ORTOPODOLOGIA, tema elegido por la Junta de Gobierno de la Agrupación, reunida con los Delegados Provinciales en Zaragoza, dado el interés del mismo, con vistas a la inclusión de la Ortopodología en la Seguridad Social, según los contactos entre la misma y nuestra Agrupación, queriendo así concretar y atar bien los cabos que aún están sueltos dentro de esta rama de nuestra especialidad y con la que tanto bien se puede hacer profesionalmente.

Queremos, como se acordó en Granada, que sea éste un Congreso de lo más práctico posible para que de esta forma nos adentremos en el tema y podamos salir más beneficiados.

Las ponencias a desarrollar y exponer serán elegidas por un jurado totalmente imparcial, ya que la Comisión Organizadora ha acordado recibir dichos trabajos sin firmar, con un SEUDONIMO, éstos se remitirán a la Secretaría General del Congreso, en un sobre grande sin remite y dentro de éste junto a la ponencia escrita se incluirá otro sobre pequeño, tamaño de tarjeta de visita, cerrado, donde por fuera se escribirá el seudónimo y dentro el nombre y dirección del conferenciante, también es de interés hacer constar si con dicha ponencia aportará trabajos prácticos, películas, diapositivas, etc...

El jurado, previo estudio de dichas ponencias seleccionará las que crea más interesantes, notificándoselo posteriormente a los autores de las mismas.

Después de cada disertación habrá un pequeño coloquio en el cual, cada uno manifestará sus experiencias en lo anteriormente expuesto.

Ante las insistentes peticiones de compañeros que quieren enviar sus trabajos, hemos creído conveniente ampliar el plazo de admisión de ponencias hasta el día 31 de julio.

Con la esperanza firme de que el IX CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA sea del agrado de todos, la Comisión Organizadora, no regateará esfuerzos y os recibirá con los brazos abiertos en esta bella ciudad.

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. Glmo.)
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.

Labor Docente

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE UN GANGLION SUBUNGUEAL

Por
Julio ALONSO GUILLAMON



Se trata de detallar simplemente una forma rara de un ganglión, anidado en el repliegue supraungueal y que se hallaba en comunicación a una cavidad subungueal, desembocando al exterior por el ángulo de Renaut, por un trayecto fistuloso. (Fig. n.º 1.)

La historia patológica ungueal corresponde a un paciente de unos 40 años, que manifiesta, que hace dos meses nota una supuración subungueal, gelatinosa y a la vez indolora que aparece a nivel del pulpejo del 1.º dedos del pie derecho; dicha supuración se repite de forma

intermitente y siempre cuando presiona el cuerpo de la uña. En ocasiones, el aspecto transparente del líquido, se presenta de un color sanguinolento.

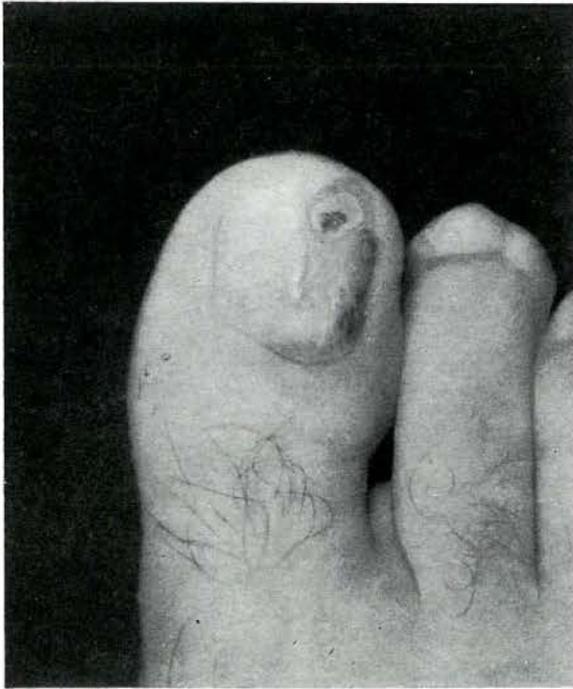
El paciente no alega ningún antecedente traumático, ni recuerda que haya utilizado algún calzado que le molestase.

Actualmente presenta ligeras molestias en el repliegue supraungueal, según el calzado que usa y a la presión del cuerpo ungueal.

Visitado en la consulta de Podología del Hospital Clínico de Barcelona, apreciamos una tumuración semidura en el repliegue supraungueal, con enrojecimiento de la piel que la recubre y una distrofia de la mitad interna del cuerpo ungueal del 1.º dedo del pie derecho. Presionando sobre la tumuración, apreciamos la salida de un líquido gelatinoso trasparente a nivel del hiponiquio, característico de los quistes articulares.

Se diagnostica de ganglión anidado en la articulación interfalángica del 1.º dedo del pie derecho, con trayecto fistuloso que desemboca al exterior.

Se aconseja tratamiento quirúrgico para la extirpación en bloque de toda la zona afecta,



mediante una variante de la T. de Frost. Con ello queremos conseguir que al eliminar el quiste sinovial, extirpar también todos los elementos productivos de la mitad ungueal distrofica, para evitar que crezca nuevamente la alteración del cuerpo de la uña.

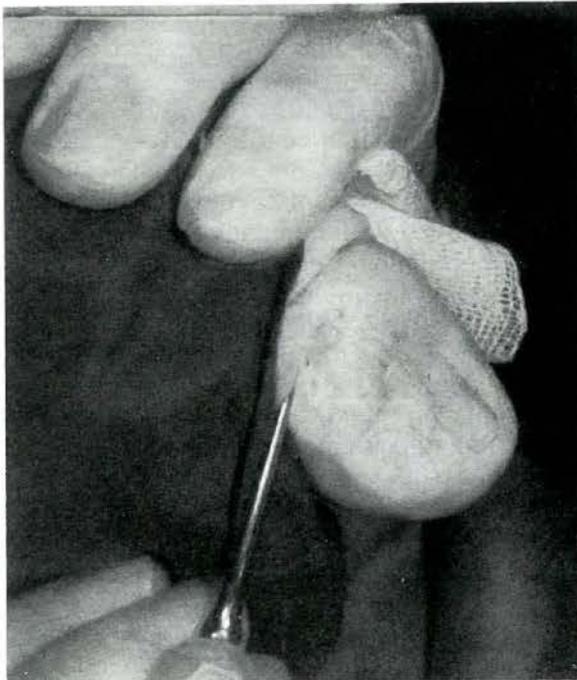


Fig. n.º2

La operación se realiza mediante anestesia local troncular en la base del 1.º dedo y posteriormente la hemostasia preventiva en la forma habitual. La Técnica consiste en practicar una incisión media en forma de L invertida en el repliegue supraungueal y en dirección a la zona tumoral. Se disecciona cuidadosamente de todas sus adherencias, apreciando el quiste de un tamaño aproximado de un garbanzo, que se extirpa en bloque. Posteriormente se practica doble incisión longitudinal, una sobre el cuerpo de la uña, en tejido sano, y en profundidad al tejido óseo, y otra en forma elíptica para abarcar el canal ungueal lateral, extirpando a éste y al lecho subungueal en bloque. (Fig. n.º 2.) En el lecho subungueal apreciamos una cavidad que estaba en comunicación al ganglión y al trayecto fistuloso. Se realiza el legrado de la superficie quirúrgica y cerramos la herida con cintas de aproximación adhesibles. Se aplica vendaje ligeramente compresivo y estéril y calzado apropiado, para permitir la deambulacion del paciente a las 24 horas.

Se efectúa la 1.ª cura a los 3 días y se eliminan las cintas adhesibles a los 10 días, curando el proceso totalmente a los dos meses. (Fig. n.º 3.)

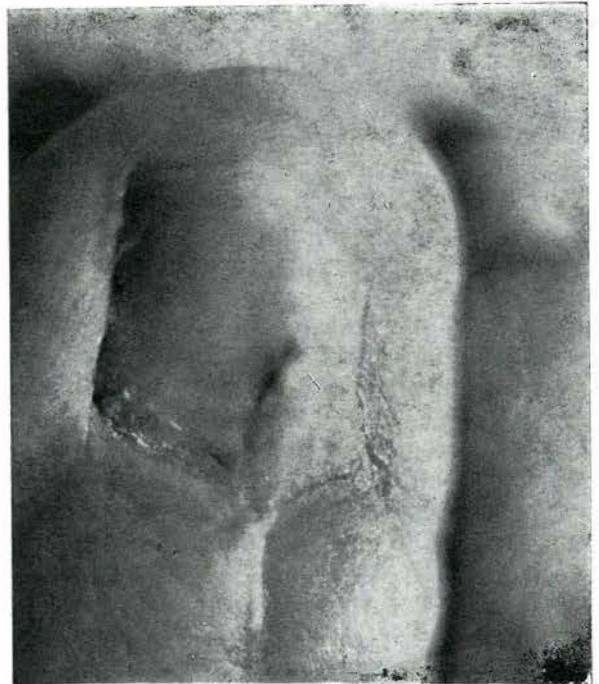


Fig. n.º3

Cena fin de Carrera

Como viene siendo habitual, al finalizar el curso académico, los nuevos profesionales salientes de la Escuela de Podólogos de Barcelona, celebraron una cena de fin de carrera, en un distinguido restaurante de la ciudad, invitando a todo el cuadro de profesores y a sus respectivas esposas.

En el transcurso de la cena, dirigió unas palabras el Sr. Escachs manifestándoles su ilusión de estar reunidos con todos ellos, y también por el desarrollo de los cursos finalizados; les deseó éxitos en su nueva profesión y les exhortó que la quisieran y trabajaran para ella. Posteriormente uno a uno tuvieron la palabra los profesores asistentes, que igualmente reiteraron las del subdirector de la Escuela.

El acto estuvo animado por un grupo de compañeros que haciendo gala de buen humor, consiguió hacer reír a todos los comensales.

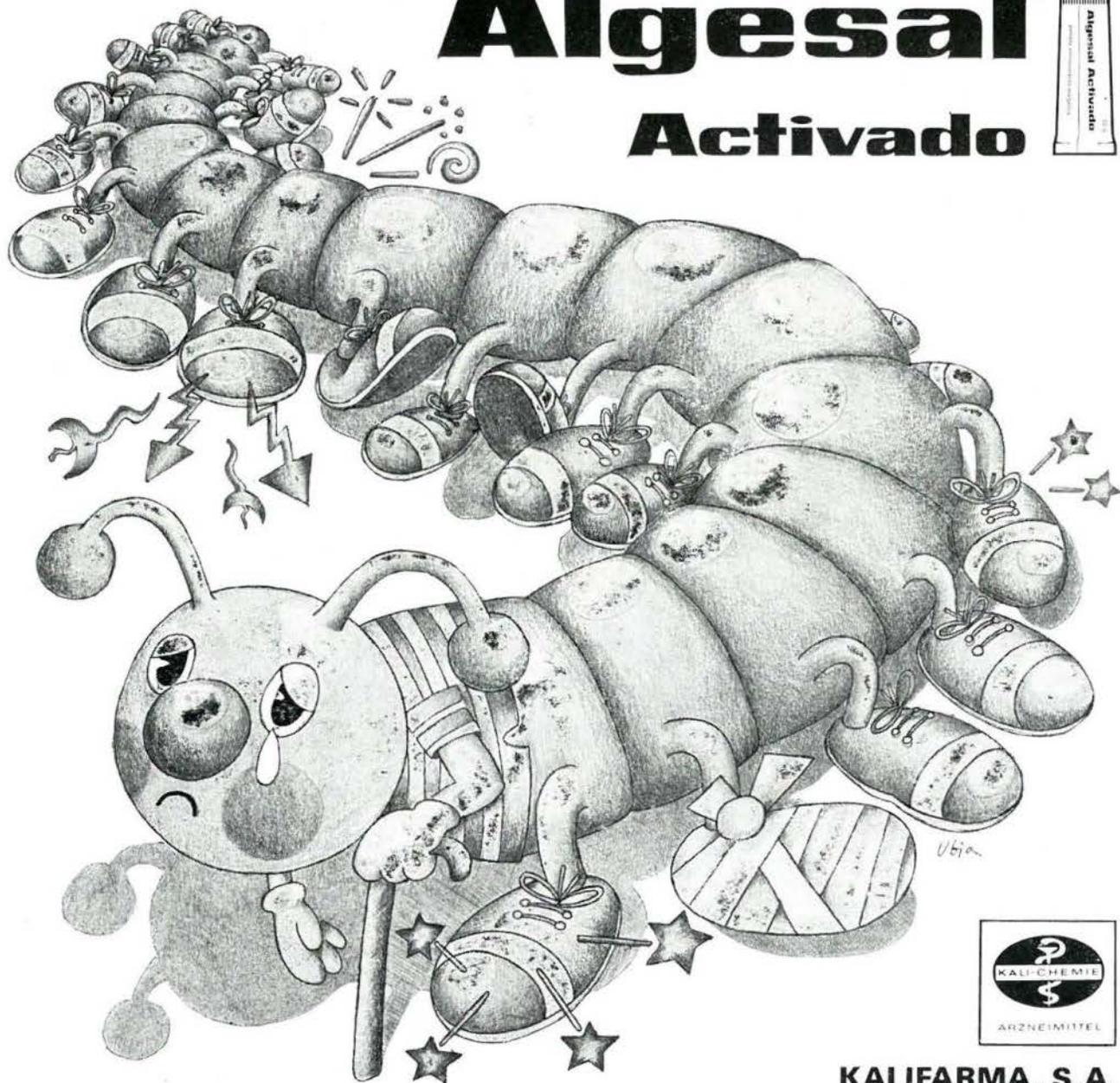
Se procedió a unas rifas de un extenso material podológico, conseguido de firmas comerciales, obsequios de los profesores, etc.

Finalmente se asistió a una boite aneja al restaurante donde se permaneció hasta altas horas de la madrugada.

Deseamos a esta nueva generación toda clase de éxitos en el desarrollo de sus funciones y esperamos que todos ellos sepan mantener los contactos iniciados, engrosando a esta gran familia que formamos la AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA.

APRIETA EL DOLOR...

Algesal® Activado



KALIFARMA, S.A.



- Calma el dolor al instante, por su gran poder de penetración
- No mancha ni engrasa ● Posee un olor agradable

Indicaciones

Terapia percutánea del dolor local, dolores reumáticos, articulares y musculares.

Composición

Cada gramo contiene 10 mg. de Nopoxamina y 100 mg. de Salicilato de diatilamina.

Incompatibilidades y efectos secundarios

Hasta el momento no se han observado.

Contraindicaciones

No se aplicará sobre heridas abiertas ni mucosas.

Presentación y P.V.P.

Tubo con 50 gr. de pomada 132,90 ptas.

Labor de las Delegaciones

BARCELONA

Clausura curso académico 1975-76

El pasado día 11 de junio tuvo lugar en el local de la Delegación Provincial de Podología de Barcelona el acto de clausura del curso académico 1975-76, en el transcurso del cual el Delegado Provincial, Sr. J. Sala Pich hizo mención a modo de reseña de las distintas actividades que durante el año se han llevado a cabo; agradeció a todos su colaboración por el buen funcionamiento de la Delegación, especialmente a los compañeros que a lo largo del curso han disertado sobre distintos temas podológicos.

Posteriormente tomó la palabra nuestro Presidente Nacional, Sr. Escachs, quien tras exponer el camino recorrido por la Delegación, hizo un interesante comentario sobre la situación actual de nuestros estudios dentro de la Ley de Educación Nacional, así como de las ambiciones y proyectos que la Agrupación tiene presentados a organismos pertinentes, en los que tenemos puestas todas nuestras esperanzas.

Acto seguido toma la palabra nuevamente el Sr. Sala, anunciando que el próximo mes de septiembre, por iniciativa de esta Delegación, se llevarán a cabo en Tarragona unas interesantes jornadas podológicas con objeto de difundir y divulgar esta Especialidad, con lo cual quiere poner el broche de oro a su actuación como Delegado, ya que según manifestó, éste será el último año que desempeñe esta función.

Para finalizar el acto fueron obsequiados todos los asistentes con un lunch en un restaurante cercano a la Delegación, donde se departió hasta altas horas de la noche en una atmósfera de gran cordialidad.

MALAGA

Asamblea General de Agrupados de la Delegación de Podólogos de Málaga

El pasado día 14 de julio tuvo lugar en el salón de actos de la Delegación malagueña de la A.P.E. Asamblea General de agrupados con el siguiente orden del día:

infalina

pomada



en las infecciones
cutáneas más
diversas:
bacterianas y/o
micóticas, con o
sin reacción
alérgica



CONTRAINDICACIONES: No existen.

INFALINA CORTISONA

| Fórmula por gramo | |
|---|-----------|
| Sulfato de Neomicina (equivalente a 3,5 mg. Neomicina base) | 5 mg. |
| Bacitracina de zinc | 300 U. l. |
| Tirotricina | 2 mg. |
| Hemi succinato de Hidrocortisona | 10 mg. |
| Para oxibenzoato de metilo | 10 mg. |
| Oxido de zinc | 50 mg. |
| Excipientes grasos c. s. para | 1 gr. |

Tubo 6 gr. 56'60 Ptas.

INFALINA

| Fórmula por gramo | |
|---|-----------|
| Sulfato de Neomicina (equivalente a 3,5 mg. Neomicina base) | 5 mg. |
| Bacitracina de zinc | 300 U. l. |
| Tirotricina | 2 mg. |
| Ac. undecilénico | 10 mg. |
| Undecilinato de zinc | 50 mg. |
| Oxido de zinc | 50 mg. |
| Excipientes grasos c. s. para | 1 gr. |

Tubo 24 gr. 68'15 Ptas

- 1) Informe del Delegado.
- 2) Informe de tesorería.
- 3) El Fotopodograma en la Seguridad Social.
- 4) Ofrecimiento del Dr. Irving Yale para celebrar un cursillo en Málaga.
- 5) Organización de cursos de perfeccionamiento.
- 6) Estudio y aprobación, si procede, de instalar un equipo de Rayos X en el local social.
- 7) Nombramiento de comisiones.
- 8) Ruegos y preguntas.

La Asamblea estuvo presidida por el delegado provincial, Sr. Gutiérrez Velasco, quien tenía a su derecha al secretario Sr. Molina Martín y a su izquierda al tesorero, Sr. Domínguez-Sánchez-Vera (D. David).

Asistieron los podólogos siguientes:

Domínguez, Berzosa, Ramírez Torres, Cuenca, Téllez, Requena, Francisco Pérez, Rojas, García Ramírez, Esteban Hijosa, y los señores anteriormente citados.

Comenzó el delegado haciendo un resumen de todas las gestiones llevadas a efecto por la junta directiva encaminadas a encontrar y adecuar un local para sede oficial de la Delegación en Málaga de la A.P.E., la inversión que ello ha supuesto y los múltiples problemas que tuvieron que superar.

Seguidamente hizo un esbozo de lo que debe ser la actuación futura de la Delegación y animó a todos para que pusieran el máximo interés en colaborar para hacer una delegación modelo.

NUEVO

sandalia de masaje ganter

una plantilla anatómica **ACTIVA**

- antiedematosa
- descontracturizante
- activadora de la circulación periférica
- sedativa del pie





Solicite información a:
EXDIRE · AVDA. MERIDIANA, 422 · TEL. 340 72 47 · BARCELONA · 16

A continuación se dio lectura por el Sr. tesorero del estado de cuentas actualizado, presentándose a la atención de los presentes las facturas correspondientes a los pagos efectuados. Se aprobó la idea del tesorero de que periódicamente se exponga en el tablón de anuncios un estadillo al día de tesorería y asimismo no aceptar expositores que no abonen la cantidad aprobada al efecto. Se designó al secretario para que efectuara las gestiones oportunas.

El tercer asunto del orden del día correspondía al fotopodograma y su receta por los facultativos de la Seguridad Social. Se da el caso peregrino que la Seguridad Social no abona el importe del fotopodograma, pero sí son muchos los especialistas de la misma que extiende el P-10 al asegurado para que el podólogo le haga el F.P.G. Se nombró una comisión para que se dirija a la superioridad de la S.S. en Málaga y resuelva este problema. Se fijó una tarifa de 500 Ptas. por F.P.G.

Igualmente se eleva escrito al Sr. Subdirector Médico de los Servicios Médicos de la Seguridad Social solicitando la actualización de la tarifa en relación a la aportación graciable que la S.S. tiene asignada por plantillas ortopédicas. Se fija en 1.500 Ptas. tanto para adultos como niños.

Se da lectura a una carta del podólogo norteamericano Dr. Irving Yale en la que se ofrece a dar una conferencia en Málaga en la primera quincena del mes de noviembre, el título de la misma es «Un día en la consulta del Dr. Irving Yale» y recoge el quehacer diario de este prestigioso compañero americano desde la confección de la historia clínica del paciente hasta la entrega del tratamiento correspondiente. Se acordó aceptar el ofrecimiento y proponer cualquiera de los dos primeros sábados de dicho mes.

Organización de cursos de perfeccionamientos era el apartado 5.º del orden del día. Se acuerda comenzarlos a principios del mes de septiembre y estudiar con detenimiento las materias más calificadas para estos cursos. A propuesta del delegado y con miras a la campaña escolar se aprueba que el primer curso esté basado en la «Exploración del pie infantil».

Se acuerda cursar invitación al servicio de traumatología de la Ciudad Sanitaria Carlos Haya para que colaboren con conferencias en el programa del próximo curso.

Se estudió a continuación la posibilidad de montar un equipo de Rayos X en las dependencias de la delegación, que sirviera de prácticas a los agrupados para la realización del radiofotopodograma y su posible utilización en un futuro por los podólogos españoles. Se acordó pedir asesoramiento legal y en caso afirmativo valorar la inversión y su rentabilidad.

El nombramiento de comisiones de trabajo quedó aplazado para la próxima reunión, dado que estamos en plena etapa veraniega.

El capítulo de ruegos y preguntas estuvo muy animado y con ello se dio por finalizada la reunión.

Málaga, 14 de julio de 1976

La Podología en el Mundo

La Federación Nacional de Podólogos de Francia nos envía la siguiente comunicación acerca de las JORNADAS DE PODOLOGIA a celebrar en París los días 6, 7 y 8 de noviembre próximo. Dado que consideramos interesante el avance de programa recibido, donde están inscritas grandes figuras de la Podología, y además los temas revisten gran interés, damos comunicación del mismo a través de las páginas de esta Revista, para general conocimiento de todos los Agrupados. Asimismo, rogamos a los interesados en la asistencia al mismo, lo comuniquen a sus respectivas Delegaciones de la Agrupación para saber de esta forma el número de compañeros que se desplazarán a París con este motivo.

JORNADAS DE PODOLOGIA

FEDERACION NACIONAL DE PODOLOGOS DE FRANCIA. Días 6, 7 y 8 de noviembre de 1976

Centro Internacional de Paris - Porte Maillot - Paris, 17^e

Avance de programa de actos científicos:

Días 6 y 7

ONICOMICOSIS. — B. Doutaud.

TERAPEUTICAS UNGUEALES. — J. L. Emonet.

Mesa redonda: B. Doutaud, J. L. Emonet, L. Escachs (España), R. Van Lith (Bérgica), B. Dussauze.

ESTUDIO Y MEDIDA DE LAS PRESIONES PLANTARES. — D. Noviel.

TRATAMIENTO DE LAS METATARSALGIAS. — M... (Gran Bretaña).

ESTUDIO GENETICO SOBRE EL ORIGEN DE LAS METATARSALGIAS DE ORIGEN MECANICO. — A. Lavigne.

Mesa redonda: D. Noviel, A. Lavigne, M... (Gran Bretaña), B. Doutaud, M... (USA), Y. Benassouli.

TRATAMIENTO DE LAS AFECCIONES DEL QUINTO METATARSIANO. — G. Alleau.

POSIBILIDADES TECNICAS DEL PODOLOGO ACTUAL. — L. Escachs.

ORTOPLASTIA, INDICACIONES, TECNICAS Y RESULTADOS. — B. Doussauze.

Mesa redonda: G. Alleau, L. Escachs, B. Doussauze, J. L. Emonet, P. Abadie, D. Noviel.

FRACTURAS DE CALCANEOS. — Y. Benassouli.

FISIOTERAPIA EN PODOLOGIA. — M... (USA).

READAPTACION FUNCIONAL Y ORTOSIS. — P. Abadie.

Mesa redonda: A. Lavigne, M... (Gran Bretaña), E. Barthelémy, Y. Benassouli, M... (USA), P. Abadie.

Lunes, 8 de noviembre (mañana): LABORATORIOS

Tres grupos de trabajo:

Primer grupo: Farmacia, para-farmacia, materiales utilizados en Podología.

Segundo grupo: Examen clínico y ortosis.

Tercer grupo: Legislación, fiscalización, gestiones.

BOLETIN DE INCRIPCION:

(A devolver una vez relleno y acompañando el importe a:)

HERCE, 81, rue de L'Assomption - 75016 - Paris - Telf. 525 00 69

(Cheque o giro postal librado a la orden de HERCE)

Apellidos: Nombre:

Dirección: Ciudad Telf.

ACOMPANANTES no podólogos:

Nombre

Nombre

| INSCRIPCIONES | ANTES 8-X | DESPUES 8-X | N.º Acomp. | TOTAL |
|---|-----------|-------------|------------|-------|
| Podólogos afiliados a la Federación Nacional | 300 F. | 400 F. | | |
| Podólogos no afiliados a la Federación Nacional | 600 F. | 700 F. | | |
| Acompañante no Podólogo | 240 F. | 300 F. | | |
| Estudiantes de Podología | 150 F. | 250 F. | | |
| Participación en los trabajos en laboratorios el día 8-XI | 60 F. | 80 F. | | |
| Buffet en el Museo de Monumentos Franceses | 70 F. | 100 F. | | |
| Cena de Gala (H. Intercontinental) | 160 F. | 200 F. | | |
| TOTAL | | | | |

ALOJAMIENTO (opcional): ver modalidades de inscripción:

¿Desea le sea reservada habitación? SI NO

De de la tarde, a de la mañana.

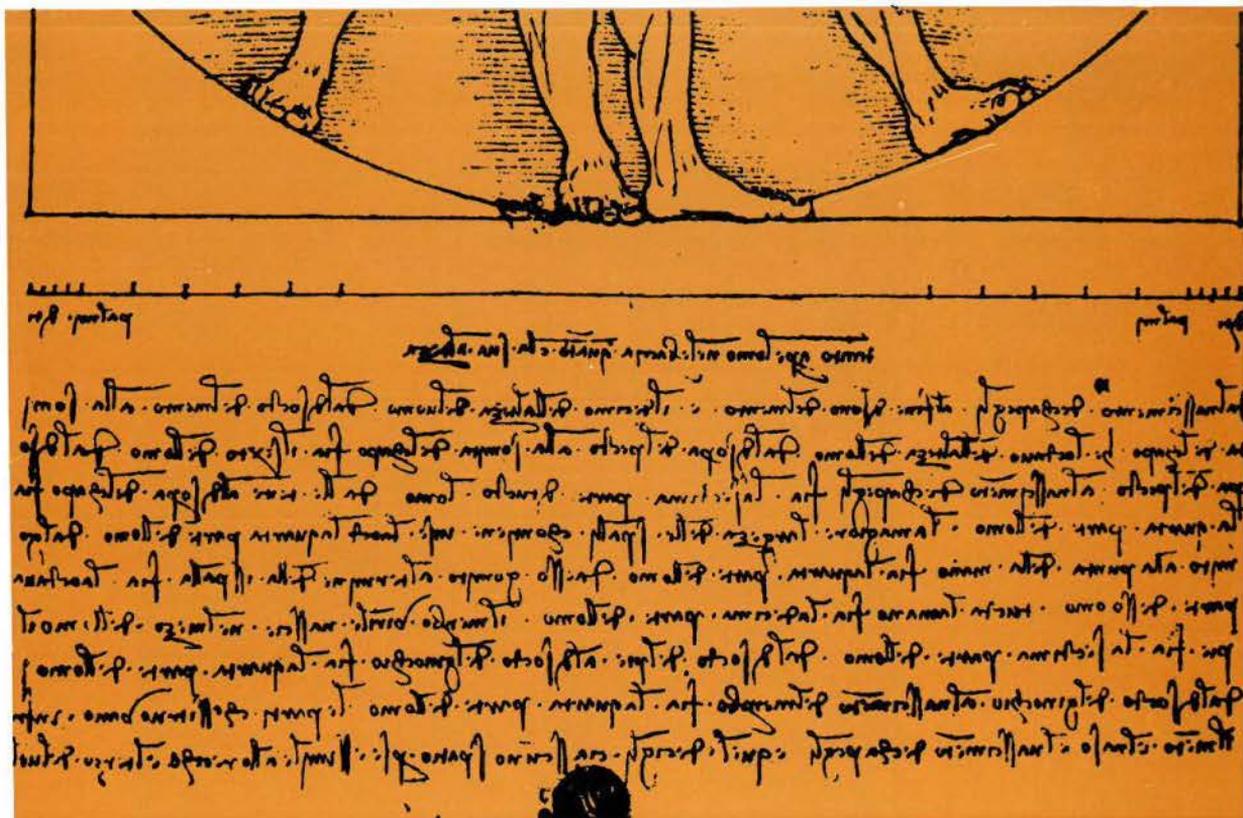
En habitación individual En habitación doble Categoría estrellas.

FORMAS DE PAGO: Cheque bancario Giro postal

Fecha Señas





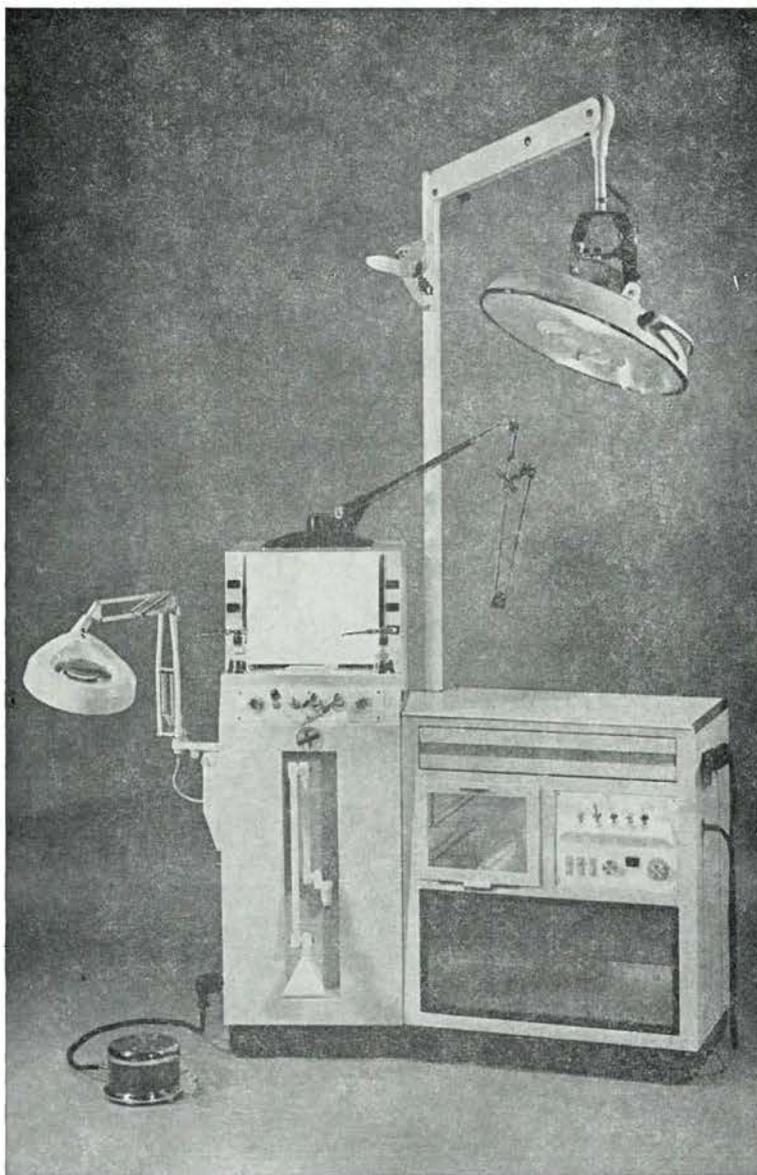


REVISTA
ESPAÑOLA
DE

PODOLOGIA

A.P.E. Sepbre.-Octubre

n.º 53 1976



**CALIDAD EN NUESTROS MATERIALES
COMODIDAD EN SU TRABAJO
LARGA EXPERIENCIA,**

TODO ESTO LE OFRECEMOS CON NUESTRO ULTIMO MODELO

«CONSUL SUPER NOVO»

CONSULTE SIN COMPROMISO A TALLERES CONSUL

Aurora, 12

BARCELONA-1

Teléf. 241 72 75

REVISTA
ESPAÑOLA
DE
PODOLOGIA

ORGANO DE LA AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

A. P. E.

Redacción:

Diputación, 118, 2.º, pral., 2.ª, Barcelona-15

Director:

Leonardo Escachs Clariana

Sub-director:

Pablo Vilató Ruiz

Redactor jefe:

Martín Rueda Sánchez
Avda. Caudillo, 68, bajos, 2.ª
Santa Coloma de Gramanet. Barcelona

Administrador:

Manuel Gavin Barceló
Rda. Guinardó, 23, 1.º, 2.ª, Barcelona-12

Publicidad:

Publicidad Permanyer
Mallorca, 310, ático, Barcelona - Telf. 257 66 42

SUMARIO

La Redacción de la Revista Española de Podología, comunica a los Agrupados que no hayan recibido la Revista n.º 52, que la causa es debida a los conflictos laborales existentes en Departamentos de Correos, ajena por tanto a esta Redacción.

| | |
|----|--|
| 3 | Junta de Gobierno |
| 5 | Editorial |
| 7 | Pies y zapatos |
| 19 | La Quiropodia como concepto podológico |
| 21 | Protagonista: El Podólogo |
| 23 | El masaje en la recuperación del pie |
| 29 | Leído para Vd. |
| 33 | Labor docente |
| 38 | Labor de las delegaciones |
| 40 | Carta abierta |



REF. B-C

'' HOSCH '' PIEZAS DE MANO ESPECIALES PARA INTERVENCIONES EN HIPERQUERATOSIS Y UÑAS

Como herramientas especiales y muy eficaces le recomendamos nuestras piezas de mano HOSCH para hiperqueratosis y uñas. Sus cabezas están equipadas con una lámina rotativa que permite quitar en capas las hiperqueratosis 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 hiperqueratosis o Ref. N-U para uñas.

APARATOS, MOBILIARIO E INSTRUMENTOS PARA PODOLOGIA

A. SOLE PALOU, S. A.

Barcelona-2 - Vergara, 7 - Teléfono 318 24 70

Madrid-14 - Av. José Antonio, 15 - Teléfono 221 01 95



REF. N-U

AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

JUNTA DE GOBIERNO

| | | |
|---------------------|--------------------------------|------------------------|
| Presidente Nacional | D. LEONARDO ESCACHS CLARIANA | Barcelona |
| Vice-Presidente 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 FARRERAS MORCILLO | Barcelona |
| Tesorero | D. MANUEL GAVIN BARCELO | Barcelona |
| Contador | D. LUIS AYCART VIJUESCA | Madrid |
| Vocal | 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 | D. JAIME SALA PICH | Barcelona |
| Vocal | D. ANTONIO GUTIERREZ VELASCO | Málaga |
| Vocal | D. JOSE OLCINA MORALES | Alicante |

DELEGADOS DE ZONA

- D. José M.ª Báez Basauri, Mayor, 27, 6.º. Las Arenas. BILBAO.
D. José Luis Inchaurreondo. Paseo de Colón, 65. IRUN.
D. Juan Vidán Torres. Preguntoiro, 10. SANTIAGO DE COMPOSTELA.
D. Zacarías García Andrés. S. Madrona, 36. 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.
D. Antonio Gutiérrez Velasco. Plaza de las Flores, Edificio Jazmín, 1.º. MALAGA.

DELEGADOS PROVINCIALES

- ALAVA: D. Julio Crespo.
ALBACETE: D. Luis Juan Navarro.
ALICANTE: D. José Olcina Morales.
ALMERIA: Delegado de Málaga.
AVILA: Sin Delegado Provincial.
BADAJOZ: D. José Villafaina de la Cruz.
BARCELONA: D. Jaime Sala Pich.
BILBAO: D. Juan M.ª Báez Gutiérrez
BURGOS: D. Elías Hernando Tamayo.
CACERES: D. Timoteo Fernández
CADIZ: D. Manuel Albala Valle.
CASTELLON: D. José Aguilar Beltrán.
CIUDAD REAL: D. Luis Barba Vázquez.
CORDOBA: Máximo González Jurado.
GERONA: D. José M.ª Boch Doménech.

- GRANADA: D. Manuel Ruiz Morales.
GUADALAJARA: Sin Delegado Provincial.
HUELVA: Jesús Tocino Vizcaino.
HUESCA: Delegado de Zaragoza.
JAEN: Víctor Nieto Molina.
LA CORUÑA: D. Francisco de la Cruz.
LAS PALMAS: D. Francisco Morán Ventura.
LEON: Sin Delegado Provincial.
LERIDA: D. Alfredo Puchol.
LOGROÑO: D. Vicente Alvarez.
LUGO: Sin Delegado Provincial.
MALAGA: D. Antonio Gutiérrez Velasco.
MADRID: D. Mariano Rodríguez Esteban
MURCIA: Sin Delegado Provincial.
ORENSE: D. Elisardo Bralo Rego.
PALENCIA: D. Damián Porro Villarroel.
PALMA DE MALLORCA: D. Juan B. Brines.
PAMPLONA: Delegado de Zaragoza.
SALAMANCA: D. Antonio Basas Encinas.
SANTANDER: Sin Delegado Provincial.
SAN SEBASTIAN: Sebastián Tenés Iturriza.
STA. CRUZ DE TENERIFE: D. Armenio Méndez.
SEGOVIA: D. Francisco García.
SEVILLA: José Cañero Ramos (accidental).
SORIA: Sin Delegado Provincial.
TARRAGONA: D. Miguel Manzano Hernández
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 A. Calvo García.

¡NUEVA FORMULA!



Pentoderm[®]

Crema dermoprotectora cutánea

COMPOSICION

Por 100 g.: Ac. undecilénico, 2 %; Alcohol fenoxietílico, 1 %; Sal sedativa de Homberg, 0,5 %; Poligalacturon-sulfonato sódico, 0,75 %; Tintura de Arnica, 0,3 %; Pantotenol, 0,3 %; Ovolecitina, 0,05 %.

INDICACIONES

Escoriaciones e irritaciones de pies y manos, pies cansados y doloridos, dermatofitosis, irritaciones dérmicas.

CONTRAINDICACIONES Y EFECTOS SECUNDARIOS

No se conocen.

POSOLOGIA

2 ó más aplicaciones al día.

PRESENTACION Y P.V.P.

Tubo con 50 g. de crema: 62,80 ptas.



MADAUS CERAFARM, S.A.

EDITORIAL

Creo que el verdadero significado de la vida está en proponerse cada cual una meta más o menos elevada, según sus posibilidades, y seguir el camino venciendo los obstáculos, luchando contra las adversidades y actuando con habilidad y sentido común suficientes para conseguirla con los medios a nuestro alcance, siempre dentro de los márgenes de honradez y civismo. El hombre que no tiene esa ilusión y está satisfecho con lo que posee, aferrándose a ello, se puede decir que ha fracasado, que se ha visto incapaz para seguir el camino que le llevará a la cumbre, a la cual ha abandonado el acceso que un día proyectó. Si por el contrario, vamos escalando poco a poco, haciendo etapas que consideramos como un alto en el camino que nos sirve para analizar nuestra trayectoria, para corregir nuestro rumbo y para trazar nuevas líneas de ascenso, amarrando bien todas las cuerdas, podemos decir que nos seguimos aguantando en plena forma. Claro está que no siempre uno consigue sus propósitos, pero muchas veces lo importante no es vencer, sino participar, y una retirada o rectificación a tiempo es mucho más importante que llegar a la meta extenuado y sin ánimos de proseguir. Lo que no se puede hacer es lanzarse a la escalada sin preparar, sin medir antes nuestras posibilidades de triunfo y sin hacer un análisis exhaustivo de lo que poseemos y lo que ponemos en juego, pues de lo contrario, se pasa a la aventura, a jugarlo todo a una baza, y si se gana estupendo, pero si se pierde, el golpe puede ser tan terrible que hasta puede provocar cambios en la psiquis del individuo.

Personalmente pienso que analizar dema-

siado y tener miedo es contraproducente, pero también creo que hacer las cosas porque sí, es algo tan terrible como el carecer de personalidad, o el no saber caminar por los largos senderos de la ladera, que han de cambiar de rumbo una y otra vez, incluso retrocediendo para buscar los lugares más idóneos y el terreno más propicio. Algo tan terrible como el no saber o no querer reconocer nuestras posibilidades, haciendo las cosas sin sentir una verdadera vinculación, sin adquirir plena responsabilidad, sino simplemente buscando la recompensación material, con el solo fin de ganar dinero sin sentir la vocación.

Por todo ello creo que es urgente mentalizar a los jóvenes que están empezando que cuando elijan una carrera o profesión, no lo hagan pensando en ese vecino o conocido que gana dinero, sino que adquieran antes la responsabilidad suficiente como para no tener que retroceder en busca de otras sendas, pues el camino andado dos veces conduce al punto de partida. El que así obra, no sólo está condenado al fracaso, sino que siempre será un mal profesional. Hay que amar algo, aunque sea pequeño, pero amarlo de verdad.

Desde fuera, todas las profesiones son bonitas, pero cuando se viven, cuando se conocen sus problemas, sus necesidades, sus inconvenientes, si el espíritu no es de lucha, y la vinculación a ella es puramente material, acaban por dejarse. Este problema se ve y se vive cada día, es un problema de palpante actualidad. Un tanto por ciento muy elevado tiene la convicción de que lo único importante es tener el título de una carrera universitaria; parece como si esos individuos fueran tan

materialistas que se vuelven incapaces de ver al hombre como portador de valores humanos, y tallan a las personas por su título, sin pensar que cada día comemos pan, vamos en coche, tenemos mejores condiciones de vida no sólo gracias a los títulos, sino al buen profesional, al hombre que vive y siente su profesión y sabe ser señor dentro de ella.

Por lo visto ahora lo mejor es «forrarse» sea como sea aunque luego ese «forro» sea tan pesado y tan molesto que nos impida acabar aquella escalada, aquella cima que antes habíamos planeado con tanto cuidado. Como aquel individuo se «forró», yo me «forro», aunque ese «forro» lo haga con la amistad de mis amigos, con la confianza que otros depositan en mí, que más da. No es ése el camino, no. Tal vez el alma de ese que «se está forrando» sea ahora tan negra como las tinieblas, esté sola y amargada. Tal vez lleva días sin ver a sus hijos, sin vivir con su familia, sin conversar abiertamente, o tal vez su conciencia no le deje dormir tranquilo; recordemos que cada

día se venden más somníferos, hasta incluso los toman los niños...

Eso no es bueno. Yo quisiera llegar al alma de esos nuevos profesionales que este año se van a iniciar en nuestras escuelas, para decirles que si no están convencidos de lo que hacen, rectifiquen, pues quizás le estén quitando el sitio a otro que de verdad elige nuestra especialidad porque le gusta; quisiera decirles que no consiste en tener un consultorio muy lujoso, cobrar muy caro y engañar a las personas, porque lo que se consigue es engañarse a sí mismos.

Esperemos que vayamos formando Podólogos de verdad, que vengan a la Escuela por vocación, no ya de vuelta de otros sitios donde han fracasado, porque si es así, aquí les ocurrirá lo mismo.

Hemos hecho una obra con nuestras propias manos, y ahora la tenemos en tanta estima, que no permitimos que en ella se practique esa clase de intrusismo. Tenemos que EXIGIR, pero tenemos también que OFRECER y dar ejemplo.

SERRA - FARGAS

BARCELONA — Plaza Castilla, 3

MADRID — San Bernardo, 74

«EQUIPOS — SILLONES — TABURETES»

SWAN NORTON: Bisturís, mangos y hojas.

AESCLAP: Esterilizadores, hojas bisturí, mangos bisturí, instrumentos, alicates, etc.

MICROMOTORES: De importación.

PODOMETROS; MOBILIARIO; MOTORES COLGANTES; ESTERILIZADORES ULTRAVIOLETAS; FRECUENCIA; VIBRADORES; BISTURIS ELECTRICOS; CAUTERIOS; PIEZAS DE MANO; SILICONAS; PULIDORAS; FRESAS; MESAS; ASPIRADORAS.

AMPLIO STOCK DE MATERIALES PARA PODOLOGIA.

CONSULTE CONDICIONES ESPECIALES.

Pies y Zapatos

Resumen de una conferencia pronunciada en la Escuela de Podología de la Facultad de Medicina de Barcelona el 17-3-1976, por don Peter J. Read, FChS Dip. F. - Director de la Chelsea School of Chiropody de Londres.

La relación entre pie y zapato es muy compleja. La comprensión de dicha relación es esencial, no solamente para capacitar al podólogo para aconsejar a sus pacientes en la elección del calzado, sino también para permitirle prescribir elementos correctivos adecuados a las necesidades del paciente. Los zapatos están sujetos a los dictados de la moda; esto es válido para el calzado masculino y el femenino. Algunas modas son, desde luego, mucho más perjudiciales para los pies que otras, pero de modo general puede establecerse que son los «extremos» de las modas lo que las hace perjudiciales: punteras extremadamente afiladas, tacones extremadamente altos, suelas extremadamente gruesas...

No hemos de suponer que sólo los zapatos a la moda sean los que puedan afectar adversamente a los pies, y por encima de todo, el que un zapato tenga el ancho y largo adecuados es tan importante como su propia forma.

¿Cómo puede ser evaluado el efecto de un calzado sobre el pie (a) y sobre la postura general del cuerpo (b)? ¿A qué pruebas se le puede someter? Para responder a estas preguntas, es necesario ver los aspectos generales de la anatomía funcional del pie y del miembro inferior. El primero de estos aspectos es que a diferencia de los miembros superiores, los miembros inferiores y la pelvis, tienen rotación como una unidad conjunta.

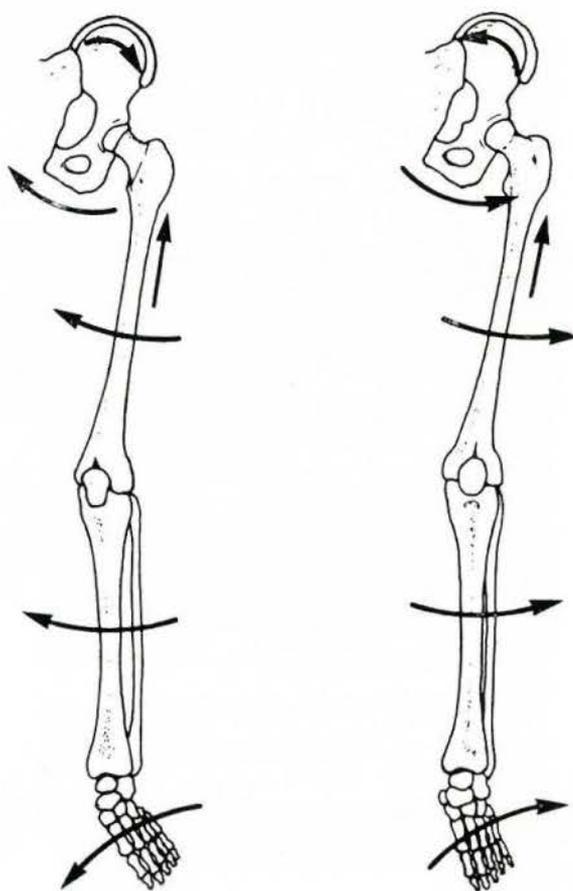


Fig. 1

Fitex-E

Onico-Fitex

Tratamiento local específico de las dermatomicosis y micosis de uña respectivamente. Gran poder de penetración, acción prolongada e intermitente.

FITEX-E

Fórmula

Ester borotrioxibenzoico de la dextrosa, 8,73 gr.;
Acido orto-oxibenzoico, 8,88 gr.;
Disolvente apropiado c.s.p., 100 ml.

Forma farmacéutica

Solución para pincelaciones.

Posología

Pincelar la zona afectada 3 ó 4 veces al día, especialmente después del lavado de la zona.

Indicación terapéutica

Dermatomicosis

Contraindicaciones

Dermatitis bacterianas en fase aguda.

Incompatibilidades

No se conocen

Efectos secundarios

No se conocen

Presentación

Frasco de 60 ml. con pincel.

P.V.P.

199'10 ptas.

No precisan apósitos ni vendajes.

ONICO-FITEX

Fórmula

Ester borotrioxibenzoico de la dextrosa, 8,92 grs.;
Acido orto-oxibenzoico, 1 gr.;
Disolvente apropiado c.s.p., 100 grs.

Forma farmacéutica

Solución para pincelaciones.

Posología

Aplicar 2 veces diarias por pincelación.
Aplicar también después de cada lavado.

Indicación terapéutica

Onicomycosis. Paroniquia.

Contraindicaciones

Dermatitis bacteriana.

Incompatibilidades

No se conocen

Efectos secundarios

No se conocen

Presentación

Frasco de 30 ml.

P.V.P.

100'50 ptas.

INFAR  **NATTERMANN**

Apartado 400 - Zaragoza

Infanta Carlota, 84-88

Barcelona-15



Si se apoya firmemente la mano sobre una superficie plana, el codo puede ser **girado** activamente en un ángulo considerable aún manteniendo hombro y mano fijos. Inversamente, si giramos el pie, la pierna, el muslo y la pelvis seguirán esta rotación (Fig. 1).

La rotación de la pelvis causará una alteración en la curvatura de la espina dorsal, tanto estática como dinámicamente, o sea una alteración de postura. Esto significa que el zapato, particularmente el tacón, deberá dar una plataforma firme en posición del pie y un apoyo estable en la deambulación.

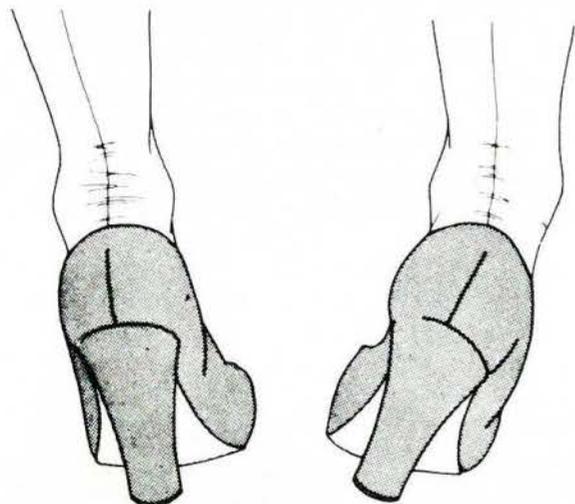


Fig. 2

El tacón alto de la figura 2 no proporciona, evidentemente, estabilidad. No es sólo la altura del tacón que afecta a la estabilidad; los tacones de punta muy delgada de hace unos años, tenían sólo un área de contacto muy pequeña con el suelo y eran claramente mucho menos estables que los de la ilustración.

Pero incluso un tacón plano y ancho puede ser deficiente si no está adecuadamente posicionado en el zapato, como muestra la ilustración 3, en que el zapato quiere ir por un camino y el pie por otro. Esto lo encontraremos también en otros aspectos de la adecuación del calzado. Un ingeniero diría que las articulaciones del miembro inferior actúan como convertidores «torque» (de torsión) y cualquier

torsión impartida al pie por el zapato es transmitida al resto del miembro y a la espina dorsal por la pelvis. Este efecto ha sido usado por muchos años terapéuticamente como cuñas de tacón o suplementos de tacón en el tratamiento del pie valgo. Y de aquí se desprende una lección importante: de nada sirve poner cuñas en unos zapatos de niño si no se enseña al niño a andar y a mantenerse en pie correctamente con ellas. El efecto «torque» trabaja en los dos sentidos, de pie a tronco y de tronco a pie.

Algunos zapatos son manifiestamente inestables en virtud de su diseño. Cuando se colocan sobre una superficie plana se tambalearán al menor impulso lateral. La parte superior del zapato (o corte) también juega su papel en la estabilidad y a menos que el conjunto tacón-corte sea la adecuada, el pie puede estar sujeto a basculaciones.

Hasta ahora, el pie y pierna han sido considerados desde su eje longitudinal vistos desde la espalda. El efecto de los zapatos sobre la posición, debe también ser considerado observando el pie y pierna desde el lado. Lo que se está considerando en esta posición es el efecto de la altura de tacón (a) sobre la postura y (b) sobre el pie. Es importante recordar que la altura efectiva del tacón es la altura que se ve **menos** el grosor de la suela.

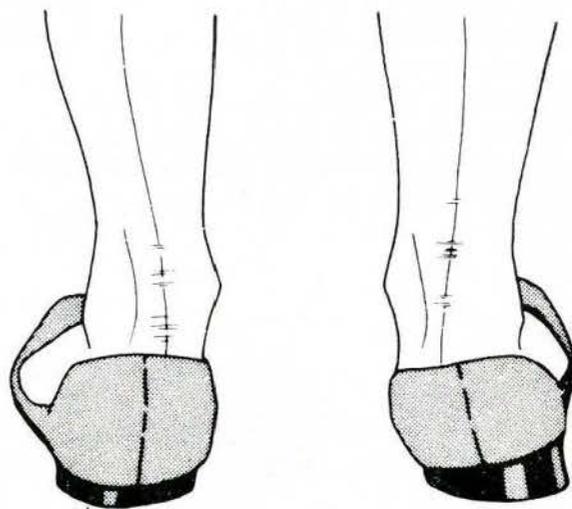


Fig. 3

¿Cuál es el efecto de la altura de tacón sobre la postura?

En primer lugar, en términos simples, un tacón elevado desplaza peso hacia el antepié de forma que en posición erguida, el peso hacia adelante, el efecto sobre el conjunto metatarsiano es exagerado. En consecuencia, si tenemos un paciente con un primer metatarsiano relativamente corto y un segundo relativamente largo, el exceso de peso que soportará el segundo meta es exagerado cuando el paciente use un tacón alto, lo que consecuentemente podrá redundar en lesiones de la cabeza del segundo meta.

Un tacón elevado inclina también la pierna hacia adelante desplazando el eje de gravedad en el mismo sentido, lo cual incrementa el efecto nocivo antes indicado y afecta a la posición de todo el cuerpo en su búsqueda del equilibrio. Un tacón elevado potencia también el efecto de cualquier balanceo del calzado hacia uno y otro lado.

El segundo aspecto de la anatomía funcional a tener en cuenta para valorar la interacción entre el pie y el zapato y al diseñar ortosis protectivas o plantillas, es la forma en que el pie incide con el suelo en términos de «tiempo» y de «presión». Esto se muestra en la figura 4 con el título «fases de la deambulación».

Por el diagrama se verá que del tiempo total de un **paso**, o sea el tiempo total en que un pie estará en contacto con el suelo, la primera fase — la fase talón — dura del 15 al 20 % del tiempo. La fase de reposo o carga cuando la superficie plantar completa está en contacto con el suelo, abarca alrededor del 30 al 35 % del tiempo del paso. Esto es seguido por una fase «metatarsal» corta (alrededor del 10 % del paso) en que la presión es muy fuerte porque todo el peso se concentra en una área muy pequeña.

La fase metatarsal es seguida por una fase muy importante del antepié, que ocupa casi

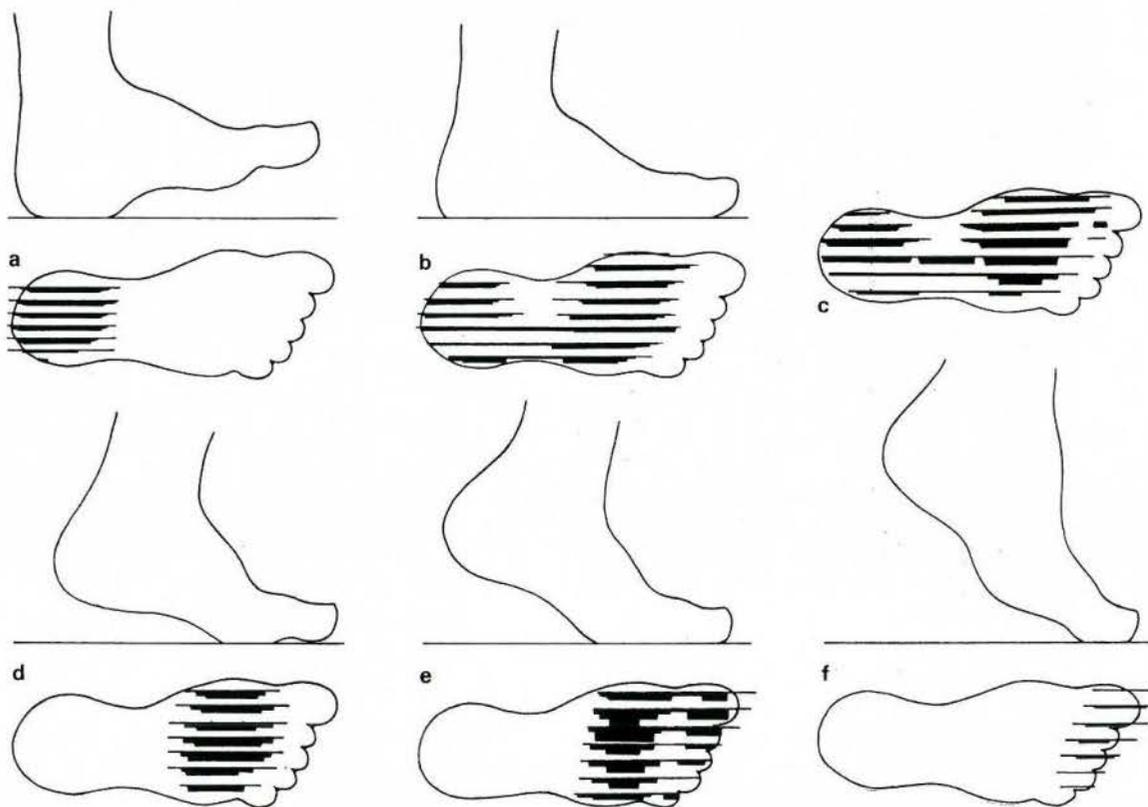


Fig. 4

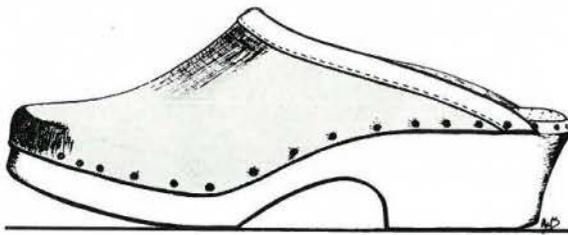


Fig. 5

un tercio del tiempo del paso. Es importante anotar que tanto los metatarsianos como los dedos soportan peso en esta fase. Si los dedos no trabajan adecuadamente, los metatarsianos han de soportar una sobrecarga por un período demasiado largo, o en otras palabras, la fase metatarsal se prolonga excesivamente.

La fase final es la de «despegue» del pie del suelo, que es muy corta (aproximadamente del 3 al 10 % del tiempo del paso). También aquí esta fase, aunque corta, es importante y depende de la adecuada función de los dedos.

El diagrama se hizo al examinar la reacción entre el pie y la superficie plana. Claramente, la reacción entre un pie descalzo y una superficie plana puede no ser la misma que la de pie-y-zapato y el diseño y la construcción del zapato puede modificar mucho esta reacción. Uno de los factores que más la afectan es el grado de flexibilidad o rigidez de la suela del zapato y en el caso de suela rígida, la forma de dicha suela.

Las botas del ejército acostumbraban a tener suelas rígidas y se demostró que en la marcha con suelas rígidas, el mecanismo de la deambulación es cambiado completamente. De hecho, las botas militares con suela rígida fueron diseñadas para reducir la fatiga en las marchas. El contorno de la suela rígida se ha de diseñar con sumo cuidado.

Ni siquiera un calzado flexible tiene una suela completamente plana. Si se coloca el zapato en el suelo se verá cómo la punta del dedo gordo queda ligeramente elevada del suelo. Esta elevación se llama «toe spring» (elevación de puntera).

El contorno de la suela rígida es complejo y afecta no solamente a la comodidad del pie sino también la resistencia del calzado y en particular influye en las fuerzas que inciden en el empeine del zapato, o sea la parte superior frente al tacón. En las recientes exhi-

biciones de moda de calzados sólo muy pocos diseños de la suela eran correctos. El efecto de la forma de una suela rígida será fácilmente comprendida si uno imagina a una persona que lleve una sandalia de suela rígida que se sujete sólo en el antepié. La sandalia irá prácticamente en horizontal o casi paralela al suelo, a pesar de que el talón del pie se elevará a cada paso. Por otra parte, si la suela rígida se sujeta también al talón, el pie ya no se podrán flexionar y el «despegue» o separación de suela/suelo, se producirá por el mismo borde de la suela rígida en vez de por la mitad delantera de la suela flexible. La figura 5 muestra un zapato con suela y tacón de madera, de una pieza, y es en realidad una modificación del tradicional zueco. Procede de Suecia y se le conoce como «calzado de enfermera». La elevación de puntera eleva todo el frente del calzado en una elegante curva. Da una idea de las bellas líneas de una pieza funcional bien estudiada por artesanos. Aunque con un apoyo rígido, el pie «rodará» hacia adelante, permitiendo una cómoda deambulación con las cabezas metatarsales en contacto con el suelo a través del zapato, en el punto de despegue de cada paso.

Una estimación de las presiones impuestas por los pies a los zapatos y por consiguiente por los zapatos a los pies, puede ser hecha al examinar las marcas del uso en las suelas.

Un zapato viejo le dirá a un podólogo experimentado muchas cosas sobre el pie del paciente y es un ejercicio interesante describir sus pies y sus lesiones, a partir de sus zapatos usados, en ausencia del paciente. Esto es, sin embargo, sólo un ejercicio y obviamente, aunque se pueda ver por el zapato que el paciente, por ejemplo, tiene hallux valgus, es mucho más simple explorar el pie.

Lo que las marcas del uso en el tacón y la suela nos dicen es:

- a) El ángulo en que el zapato incide en el suelo.
- b) Las partes de la suela en que inciden las cargas (peso) y si los grados de carga son los adecuados.
- c) En ángulo de «despegue» del suelo y punto donde se produce.

Las variaciones del paso, defectos, basculaciones, etc., dejan también sus marcas características en la suela del zapato.

cuando sus dos pies
son dos
problemas...



Use **Peusek**[®]

desUdorante y
desOdorante
de los pies



Y AHORA TAMBIEN

NUEVO

Peusek[®]
ARCANDOL

para pies

*ARdientes
CANsados
DOLoridos*

SPRAY

DOS PRODUCTOS PARA...
DOS PROBLEMAS QUE SON...
DOS SOLUCIONES.



Hemos de tener en cuenta, sin embargo, que pueden haber en el zapato otras señales propias de actividades específicas, o profesionales. Un ejemplo claro es un trabajador que usa cualquier clase de pedal.

También la conducción de coches imprimirá marcas en sus zapatos que pueden resultar desconcertantes...

Un factor importante en el buen ajuste y adecuación del calzado es el «vuelo» frontal de la suela. La idea de este ensanchamiento y su inclinación se ilustra en la figura 6. El «vuelo» de un zapato puede ser determinado colocando una regla o borde recto en el centro del tacón y proyectándolo en línea recta, siguiendo el eje del zapato. Casi todos los zapatos tienen algún «vuelo» hacia adentro, pero unos más que otros y en algunos, hay conflicto entre zapato y pie por esta causa... Esto ocurre generalmente en el pie valgo, en que la parte lateral externa del pie es apretada por la parte insuficiente (o disminuida) del calzado y el 4.º y 5.º dedos y sus metatarsianos sufren compresión en un espacio inadecuado, mientras en muchos casos queda un espacio inocupado en el lado interior (medial).

En muchos aspectos, el «vuelo» es uno de los más grandes factores en la comodidad del calzado. El efecto del «vuelo» en la relación

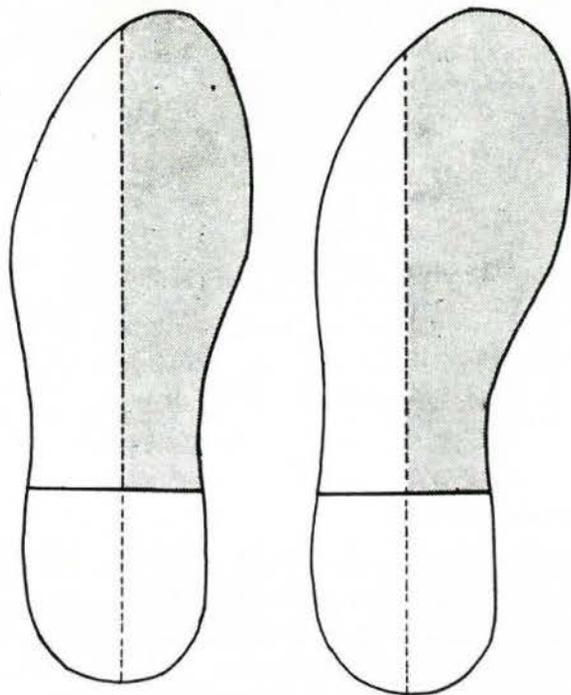


Fig. 6

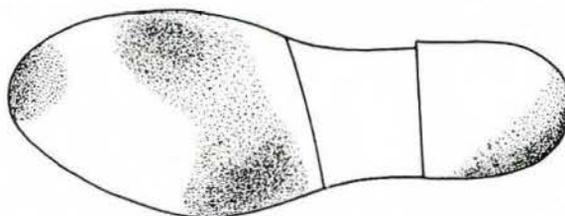
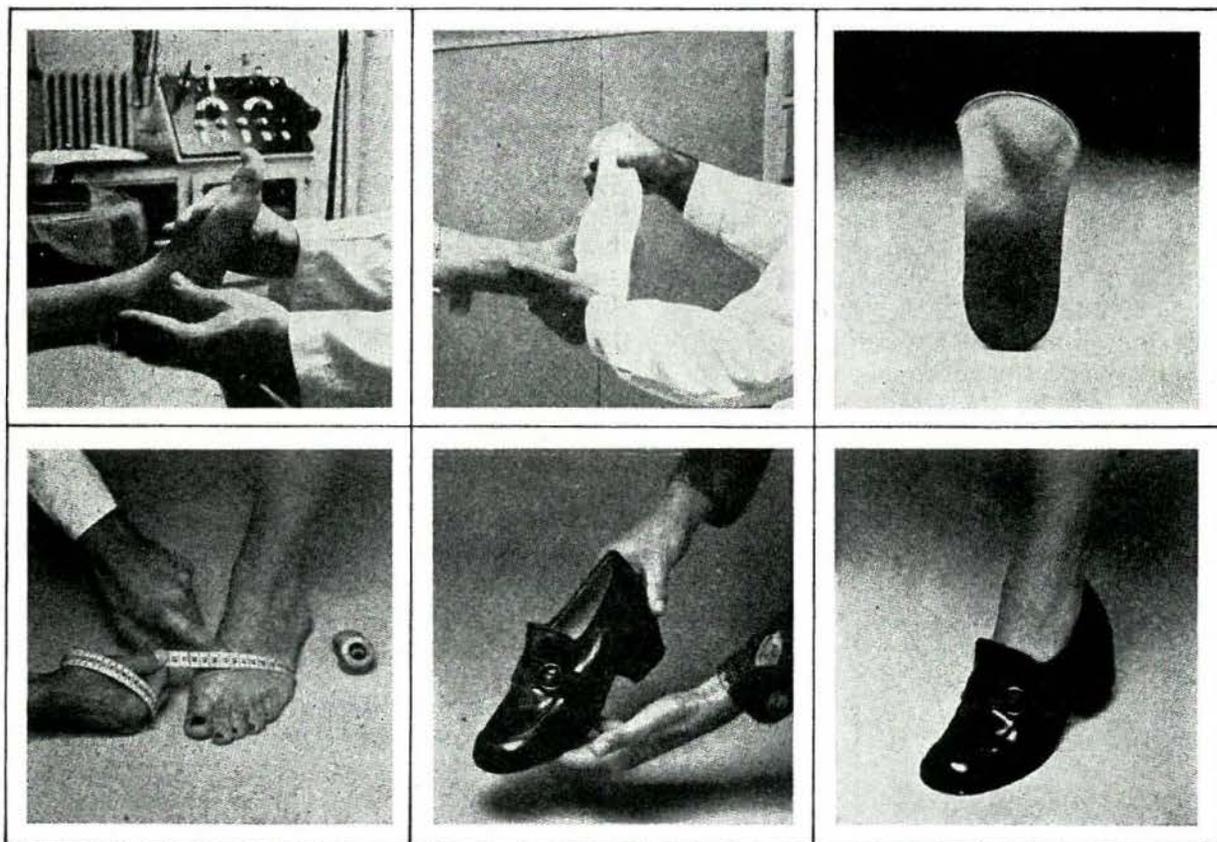


Fig. 7

entre pie y zapato puede ser determinado observando las marcas de presión del pie en la suela interior o palmilla. Hay otro importante test-diagnóstico que se debería hacer de manera sistemática: Tomar el zapato que se ha quitado el paciente y colocarlo como si estuviera puesto en el pie. Observar la forma de la abertura; ésta puede variar desde un óvalo con el eje en coincidencia con el del zapato (a) (ver figura 8) hasta uno considerablemente deformado e irregular y con su eje señalando hacia la parte antero-interior del zapato (b). Cualquier distorsión considerable en la abertura del zapato indica un pie desviado: ésta es una manifestación de la relación del pie con el zapato y es un importante factor a tener en cuenta al prescribir o diseñar plantillas correctoras.

La forma en que el zapato es sujetado al pie es también un factor muy importante al diseñar calzado. Consideremos el papel que juegan los dedos, como ya se ha demostrado, en el soporte del peso en el momento de despegue del suelo en cada paso y si no pueden trabajar adecuadamente, como sobrecargamos en peso y tiempo las cabezas de metatarsianos. Ya hemos demostrado que los dedos tienen importante papel en la conducción y transmisión del peso en la posición erecta-estática y más particularmente en la deambulación. Para que puedan trabajar eficazmente, deben de disponer de espacio suficiente para estar extendidos en toda su longitud. Además de esto, cada uno de los cuatro dedos menores tiene tres huesos y dos articulaciones interfalángicas. Esto significa que los dedos pueden curvarse fácilmente (martillo-garra) si son sometidos a presión por la parte delantera. Los zapatos cortos producen dichas curvaturas y si persisten, ya saben bien los podólogos cuán difíciles son de corregir. Un pie con dedos en martillo (permanentes) no pueden ser un pie eficaz. Los calzados deben ser, por esto, siempre suficientemente largos y además el pie

TAN IMPORTANTE COMO SUS MANOS



Sus manos conocen, investigan y alivian. Pero su experiencia personal puede verse traicionada si no existe un zapato que satisfaga plenamente sus prescripciones. Por esta razón, MANUFACTURAS PROS pone a su disposición la nueva línea de zapatos MANITOS ORTHO.

MANITOS ORTHO es un zapato especialmente diseñado para satisfacer todas sus exigencias. Tanto la calidad de los materiales, como la adaptabilidad al uso de plantillas permiten en todo momento continuar ejerciendo una acción benéfica y correctora como si se tratara de sus propias manos.

MANITOS ORTHO: TAN IMPORTANTE COMO SUS MANOS.

MANITOS
ORTHO

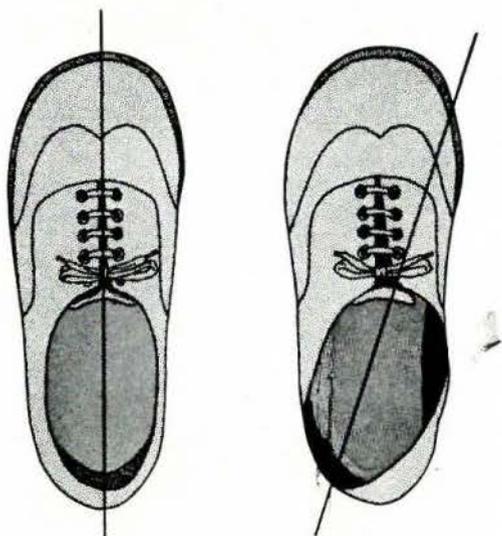


Fig. 8

habrá de quedar sujeto hacia atrás para que no se deslice hacia la puntera.

Para ser satisfactorio, el calzado debe tener una buena sujeción del empeine y mantener el talón del pie bien retrasado, exactamente sobre la talonera y tacón del zapato impidiéndole que se deslice y se apoyen los dedos en la puntera. Esta sujeción puede ser mediante cordones (óptimo) o una o dos tiras del mismo material. Menos deseables y nunca satisfactorias son las sujeciones con elásticos (bandas de goma, etc.).

Muchos tipos de zapatos, sandalias y similares, son mantenidos en el pie por flexión de los dedos, lo que también puede ser causa de que los dedos se curven (en martillo). Esto es válido para cualquier calzado que se sujete al pie por los dedos y por el talón sin una firme sujeción en el empeine. Incluso si es muy grande, los dedos llevarán la mayor presión y perjuicio. En su mayor parte, para que queden sujetos al pie, habrán de ser demasiado cortos. No es exagerado decir que la forma en que el zapato se acomode al pie es el principal determinante de que sea sano o perjudique al pie.

Casi cada aspecto de la fabricación del calzado tiene importancia con respecto a la salud del pie. Uno siente la tentación de decir que sólo el color carece de importancia. Pero sería falso porque incluso los tintes de los zapatos causan alergias cutáneas a ciertos sensibles pacientes. Ciertamente los materiales con que los zapatos se fabrican juegan

importante papel en la comodidad y salud del pie. Un importante aspecto de esto ha sido objeto de sistemáticos estudios en años recientes: es la forma en que el calzado ayuda en el problema del sudor de los pies. Se ha demostrado que ciertas partes del zapato retienen buena parte del sudor, pero la propiedad del material del calzado para absorber humedad es un factor vital para la salud y bienestar del pie.

Hasta ahora ningún material artificial o sintético, hecho por el hombre, ha igualado a la piel y el cuero en esta función.

Otro factor importante: los materiales sintéticos tienen un encogimiento distinto que el cuero y pieles. Los pliegues o fruncidos del zapato pueden revestir mucha importancia y resultan perjudiciales. Un zapato que forme una arruga sobre el tendón extensor hallux longus puede causar incomodidad y dolor.

La piel se estira con facilidad y una vez estirada, por ejemplo sobre una horma, tiende a quedar así. Por el contrario, los materiales sintéticos tienden a volver a su forma o extensión original y es fácil imaginar con qué perjuicios para el pie.

Hay mucho más a decir con respecto a zapatos en relación con el pie. Este trabajo es sólo un compendio y sólo puede tocar cada problema muy superficialmente. El problema zapato/pie no está en la consulta del podólogo. Empieza por el problema científico de diseñar un calzado satisfactorio. Posiblemente, la palabra «científico» no sea la adecuada, puesto que el diseño del calzado es más arte que ciencia. El concepto de un «calzado» correcto, significa más que el cubrir los pies e impone reglas de diseño que están, muchas veces, en grave conflicto con la fisiología de los pies, de forma que el mejor diseñado será, de hecho, el más satisfactorio compromiso entre moda-comodidad-salud.

El segundo problema es industrial-comercial: buenos zapatos y la investigación que comportan son de producción más costosa y estos costos han de ser pasados al cliente. Pero los problemas comerciales son quizás más agudos en el campo del detallista. Un zapato de diseño perfecto en número 35 y ancho 4, es una amenaza de deformación para un pie que calce un 36 en ancho 5. Determinar y probar la medida correcta del calzado es tarea de expertos y hemos de considerar que



FUNGISDIN

antimicótico de alcance total

FUNGISDIN

posee un amplio campo de acción antimicótica y antibacteriana, por ser activo frente a dermatofitos, levaduras y también frente a bacterias gram positivas.

Composición

Nitrato de 1-(gloxalinil)-(2,4-cloro- α -hidroxitolil)-2-(2,4-clorobenceno).

Indicado en

Dermatomycosis:

Tinea pedis. Tinea cruris. Tinea corporis. Tinea unguium. Tinea manuum. Tinea barbae.

Afecciones por levaduras:

Candidiasis cutáneas, anal, escrotal y vulvar, vulvovaginitis candidiásica postantibiótica. Lesiones de los pliegues cutáneos. Lesiones perianales. Onixis y perionixis. Estomatitis angular. Balanopostitis.

Micosis provocadas por hongos diversos.
Pitiriasis versicolor.
Infecciones y sobreinfecciones por bacterias gram positivas.



Modo de administración

En general, 2 ó 3 aplicaciones al día de gel o aerosol sobre la zona afecta.

Contraindicaciones

No se le conocen.

Efectos secundarios

No se han registrado irritaciones, molestias o sensibilizaciones dérmicas.

Presentación y P.V.P.

FUNGISDIN

ofrece por su presentación en gel y en aerosol una extraordinaria facilidad de administración, permitiendo la elección de la forma más idónea en cada paciente para asegurar el acceso del preparado a todas las zonas de la piel.

FUNGISDIN AEROSOL:

Frasco de 50 ml. P.V.P.: 231,- Ptas.

FUNGISDIN GEL:

Tubo de 30 gr. P.V.P.: 261,- Ptas.



Avda. Generalísimo Franco, 520
Barcelona-11

ISDIN

técnica e investigación en dermatología

hay muy pocos expertos en este campo. Y aún contando con expertos, hemos de considerar que el personal y el variado y amplio stock preciso para atender bien a **todas** las necesidades adecuadamente, requerirán inversiones prohibitivas. Se han ensayado en Inglaterra métodos para superar esta dificultad instalando almacenes mayoristas centrales, pero en esencia, lo que el público quiere es entrar en una zapatería y salir pronto con un par de zapatos. La idea de pedir unos zapatos y volver unos pocos días más tarde a recogerlos no es todavía aceptable para la mayor parte del público.

El tercer problema es psicológico y quizás el más difícil de todos. Los problemas que impone la moda del calzado han estado con nosotros durante siglos. Aunque los estilos presentes sean todavía soportables, cualquier moda indeseable puede barrer el mercado, en unos meses. El zapato es un símbolo importante.

Un colega irlandés escribió una vez sobre los muchos pies sanos que habían en su distrito y lo atribuía a que de niños, muchos habían ido descalzos. Esto provocó una tempestad de protestas: niños descalzos son un símbolo de pobreza e incluso de atraso. Y este concepto es muy antiguo. La observación de que «pies desnudos son señal de la degradación de los esclavos» es atribuida a Plutarco (año 50).

Otra cosa importante es que — particularmente entre las muchachas — el estilo del zapato es un símbolo de ser adulto. En Inglaterra un zapato fino con tacón alto acostumbraba a ser un símbolo de madurez, tanto como para un muchacho lo era pasar de pantalón corto a largo. Las muchachitas no pueden esperar para calzar zapatos «a la moda». Esta consciencia de la moda se va insertando cada vez en edades más tempranas. Hoy en día muchas niñas de 5 ó 6 años ya tienen un punto de vista femenino para lo que está de moda. La imagen de una niña disfrazada con una falda y unos zapatos de mamá provoca una sonrisa indulgente... está jugando, simulando: pero una adolescente casi cojeando sobre sus zapatos a la moda, es ya un asunto serio para la muchacha y para sus pies.

Hemos de recordar que los últimos huesos del pie no osifican perfectamente hasta los 15 ó 16 años de edad, incluso en esta época

de precoz madurez. En la gente muy joven es factor muy considerable a tener en cuenta el hecho de que los zapatos casi nunca les hacen mucho daño. El dolor llega con la madurez, pero un niño, incluso un adolescente, puede materialmente embutir sus pies en un calzado varios números demasiado pequeño y no sentir verdadero dolor.

Los padres deben vigilar a frecuentes intervalos si los zapatos de sus niños les van todavía bien. Esto no se hace casi nunca y lamentablemente, se mide la vida del calzado por lo viejos que se ven, a pesar de que la mayor parte de zapatos infantiles se han quedado cortos mucho antes que viejos; es algo que los padres deberían tener muy en cuenta al escoger calzado.

Nos corresponde a todos nosotros educar a los padres para la buena salud de los pies. ¿Qué hemos de decirles?

Algunos puntos a considerar en los zapatos en general y sobre todo en los infantiles son:

1. ¿Hay suficiente espacio sobrante en la puntera, frente a los dedos, para que se estiren en toda su longitud y para moverse adecuadamente? Tendría que quedar, por lo menos 18 mm libres en la puntera. También la puntera del zapato deberá tener la suficiente altura para la libertad de los dedos.

2. ¿Cómo es la sujeción del pie? Como hemos dicho antes, es una cuestión clave. El pie no debe deslizarse hacia adelante en el calzado y esto sólo se evita con una suficiente sujeción de empeine. Si el zapato sujeta sólo por el antepié, el niño estará en flexión continua y excesiva de los dedos.

3. El zapato debe adaptarse bien al talón y esto es a menudo un problema para la multitud de retropiés estrechos que existen.

4. El «vuelo» de la forma de la suela debe ser el adecuado para la forma del pie.

Estas son unas pocas ideas sencillas para reforzar la noción de que el calzado es un primordial factor en la salud del pie.

Las imágenes reproducidas se refieren a un país (Gran Bretaña), pero en mi muy corta visita a España, la selección de zapatos que vi en los comercios y las conversaciones sostenidas con mis colegas, me hacen creer que los problemas del calzado son internacionales.

(Traducido y adaptado por gentileza de «Piedro»)

flexor

Presenta
los nuevos modelos
de plantillas
ortopédicas



SERIE CABALLERO

(modelo ancho)

Ref. 5621 - 5622 - 5623

CARACTERISTICAS:

- **Cazoleta** para contención del calcáneo.
- **Arco Longitudinal** suave para apoyo del escafoides.
- **Arco Transverso** blando para descarga de los metatarsianos.
- **Admite** todo tipo de correcciones mediante nuestros suplementos.

FLEXOR, S.A.

VALENCIA, 345 (ESQUINA BAILEN)

TELEFONO 258 14 15 - BARCELONA-9

LA QUIROPODIA COMO CONCEPTO PODOLOGICO

Por
F. FARRERAS
Podólogo
Hospitalet Centro
BARCELONA

Actualizando conceptos podemos definir a la QUIROPODIA como a la parte de la PODOLOGIA que exige el conocimiento y dominio de un conjunto de técnicas encaminadas a paliar o curar en forma incruenta las ONICOPATIAS y las QUERATOPATIAS ya sean éstas de origen microtraumático, vírico o parasitario, dando una bien definida personalidad profesional al PODOLOGO.

Desde el punto de vista QUIROPODICO, ONICOPATIA es el nombre con el que se designan las ENFERMEDADES DE LAS UÑAS que motivan conflictos dolorosos entre los bordes laterales de la placa ungueal y los surcos periungueales.

Si seguimos hablando desde el mismo punto de vista podológico, entendemos por QUERATOPATIA al trastorno biomecánico de la queratogénesis asociado a una hipertrofia papilar que en parte asientan en la planta del pie debajo de las prominentes y sobrecargadas cabezas de los metatarsianos cuando se hunde la bóveda metatarsal transversa; otras veces, en la cara dorsal de los dedos en garra, entre los dedos o a nivel de las articulaciones interfalángicas, etc.

Las QUERATOPATIAS pueden ser de origen microtraumático y en este caso su etiología se deberá a HIPERPRESION, FROTAMIENTO, EXPOSICION DERMICA AL ROCE, AVASCULARIZACION e HIPERTROFIA PAPILAR.

En cuanto a las QUERATOPATIAS PARASITARIAS podemos definir las diciendo que son unas infecciones epidérmicas parasitarias que se instauran electivamente a nivel de la piel y de las faneras siendo las más frecuentes el

PIE DE ATLETA, INTERTRIGO, LA EPIDERMOFICIA, etc., y cuya etiología se debe a la presencia de champiñones, hongos o levaduras y cuyos factores desencadenantes son la modificación del PH cutáneo, la humedad, el calor local y la oscuridad.

Hablando de las QUERATOPATIAS VIRICAS someramente diremos que se trata de una EPITELIOSIS CONTAGIOSA de origen infeccioso causada por un virus EPIDERMOTROFO, EXOGENO y ESPECIFICO que penetra a través de una microlesión cutánea cuya manifestación exige el diagnóstico diferencial con el HELOMA NEUROVASCULAR y la RADIODERMITIS.

El paciente juzga al PODOLOGO no por el caudal de sus conocimientos, sino por la habilidad de realizar su cometido con el mínimo dolor posible al practicar la QUIROPODIA. La técnica perfecta en el manejo del bisturí no debe producir más sensación, en el momento del corte, que la que se experimenta por el estiramiento de un pelo. Esta destreza en el uso del bisturí se logra si concurren los siguientes factores:

- 1.º EMPUÑANDO ligera y suavemente el mango entre el dedo pulgar y la extremidad de los dedos índice, medio y anular.
- 2.º JAMAS debe agarrarse el bisturí fuertemente.
- 3.º IMPRIMIENDO AL BISTURI, durante el corte, un movimiento de oscilación de la mano hacia el paciente y no por movimiento del codo.

Los METODOS GENERALES DE TRATA-

MIENTO consisten desde luego en la extirpación del heloma ya sea por el método de excisión COMPLETA, PARCIAL o PARCELADA y siguiendo el plan metódico de trabajo siguiente:

- ASEPSIA DE MANOS Y PIE DEL PACIENTE.
- CORTE DE UÑAS.
- BARRIDO DE GERMENES CON LA FRESA Y ADELGAZAMIENTO DE LA UÑA SI PROCEDE.
- TRATAR LOS HELOMAS por el siguiente orden: dorsales, distales, interdigitales y seguir con las hiperqueratosis plantares y de talón finalizando la intervención con la colocación de los paddings correspondientes.

Asimismo, el podólogo precisa, para practicar la quiropodia, unas cualidades imprescindibles: VISTA, HABILIDAD MANUAL, INTELIGENCIA, PACIENCIA, HONESTIDAD, INSTRUCCIÓN, PSICOLOGIA, SANGRE FRIA y BUEN HUMOR, junto con grandes dosis de discreción y personalidad, así como, estoicismo para

soportar las imágenes, el olor y el contacto de ciertos pies muy desagradables. No debemos olvidar que el paciente aporta libremente su confianza y su dinero a lo que el quiropodista debe responder sin reservas con la honestidad de una ciencia suficiente.

En el cumplimiento de su misión el PODOLOGO se expone a una serie de enfermedades y accidentes profesionales como:

- EL SEDENTARISMO Y SUS SECUELAS CRONICAS.
- FATIGA DE LA VISTA.
- SURMENAGE NERVIOSO.
- DEFORMACIONES RAQUIDEAS.
- TRASTORNOS CIRCULATORIOS.
- CONTRACTURAS MUSCULARES.
- IRRITACION DE LAS VIAS RESPIRATORIAS (MICOSIS PULMONAR).
- INFECCIONES EN LAS MANOS por contacto.
- APARICION DE DUREZAS EN LA EMINENCIA HIPOTENAR DE LA MANO DERECHA por presión continua de los instrumentos.

Plantilla Ortopédica Elástica "FERRIZ"

Medalla de Plata en el X Salón Internacional de Bruselas

JAEN

Fábrica y oficinas:

Arrastradero, 8 - Teléfono 22 33 92

Fabricación de toda clase de plantillas ortopédicas en conglomerado de caucho y corcho, y extensa gama de piezas accesorias para confeccionar y adaptar a las mismas. Arcos internos o longitudinales. Arcos transversos. Cuñas pronadoras y supinadoras. Herraduras.

Las plantillas y piezas accesorias, se fabrican en tres consistencias:

BLANDAS, DURAS Y SEMIDURAS

Protagonista:

EL PODOLOGO

CAPITULO I

¡Es curioso! Ya estamos a 26 de agosto. ¡Qué rápidos han pasado estos días de descanso! Me hacían falta. El verano se acaba y pronto, muy pronto, casi como el fugaz e inapreciable parpadeo de ojos, se abrirá un nuevo horizonte para mí.

¡Ya soy...! No..., no me atrevo a pronunciar su nombre. No sé si soy digno de él. Bueno, de poseerlo, quizás sí; mis esfuerzos y mis horas de angustia, sueño y fatiga me han costado. Pero, estoy contento. Todo lo que cuesta, se valora. Las cosas que no exigen sacrificios, son como estas hojas de otoño, que pronto se despojarán del árbol, sin haber obtenido, la mayoría de ellos, ni fruto, ni flor. Digno... sí. Ahora lo que falta saber, es, si seré acreedor del mismo. Prácticamente, tendrán que pasar muchos días, meses, años quizás, para que surja la parte acreditativa, pues la práctica, que es lo que ahora me falta, me dará la seguridad que en estos momentos no existe. Pero... los espero con mucha ilusión,

En estos momentos, me envuelve una especial aspiración de un mundo mágico, lleno de extenso y variado arco iris de novedades, variedades, inquietudes, ilusiones, esperanzas... Al pensar en ello, algo incontrolado, vibra dentro de mí. ¡Me siento feliz! Pero... de pronto, cómo si un alfiler invisible rompiera mi sueño hinchable; como una nota musical fuera de compás, surgiera en una melodía romántica, así llega a mí esta pregunta: ¿Y... si no van bien las cosas? Quizás en estos momentos de ilusión, la respuesta surge inmediatamente. Pienso, que lo que se quiere se logra. Pues querer es poder. De momento, no dejemos enturbiar los sueños.

Creo, que todas las cosas, para lograr un perfeccionamiento, necesitan organizarse. Pienso que en estos momentos debo concen-

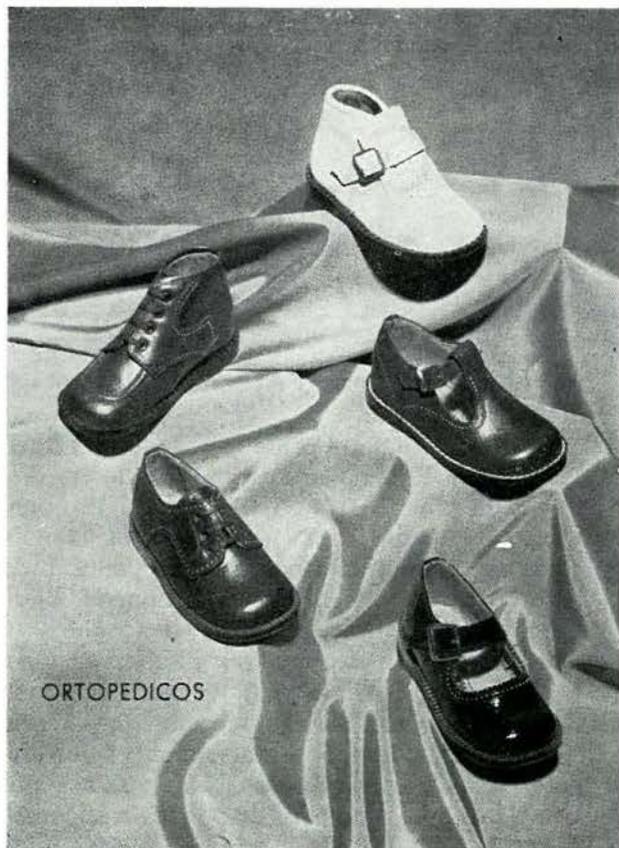
trar mi máximo interés en confeccionar mi gabinete podológico.

En mi domicilio he seleccionado dos habitaciones que tengo al entrar. Ya que no dispongo de capital, para montarlo fuera, tal como sería mi ilusión. La segunda, que es la más pequeña, la destinaré para la quiropodia. Todo bien ordenado, pienso que podrá quedar bien. La otra, algo mayor, pondré el despacho y el material para la exploración. El recibidor, resulta bastante grande y colocando algunas sillas, de momento, servirá para sala de espera.

Muchos muebles y materiales ya los encargué al finalizar el curso, para que así, por estas fechas, ya pudiera disponer de ellos. Algunas cositas, ya están en casa. Varias, aún, tengo que comprar y otras, que surgirá la necesidad de la compra, con la práctica.

¡También resultará agradable imitar al decorador! Esto, lo pondré aquí. ¡Oh!, no... Me molestaría. Será de color verde y esto otro de blanco... Las sillas del recibidor las compraré metálicas, las del despacho de madera. Aquí colocaré una lámpara. Allí, un cuadro. Al centro, podría poner... Seguro que al final estará colocado todo bien distinto.

¡Anda! Casi no me acordaba. Lo que tengo que hacer también y de inmediato, es confeccionar la propaganda de mi lanzamiento. Bueno, sin bromas. Tengo que encargar... dos placas metálicas. Una para la puerta del piso y la otra para colocarla abajo en la calle. ¡Ah!..., por cierto, si la coloco en el exterior, tendré que pedir permiso al Ayuntamiento. Miraré dónde queda mejor. Y... ¿Qué pondré en las placas? Fulanito de tal. Podólogo, y el piso. Y si además pusiera: Afecciones de los pies. Pienso que la mayoría de personas, de mi barrio, no están aún documentadas de lo que significa Podólogo. Sí, creo que lo pondré.



**calidad,
comodidad y
materiales
adecuados**

**Todos los modelos
tienen su importancia y
han sido estudiados
para colaborar en los
tratamientos de los
señores Podólogos y
ajustándose a sus
prescripciones**

Mendivil

ESPECIALIDAD EN ORTOPEDICOS



RAMON SAEZ GARCIA

AGUAOR, JOSE MENOR HERNANDEZ, SIN
TELEFONO 801377 - PREFIJO 965
VILLENNA (ALICANTE)

Puede ser interesante. Y... en las tarjetas, que tiraré en los buzones, si pusiera además, todo lo que puede realizar el podólogo. No, no me convence. Poniendo la explicación de afecciones de los pies, ya se sobreentienden muchas cosas. Lo que sí pondré en las tarjetas será: Diplomado en la Escuela de Podólogos de la Universidad de... Sí, esto queda bien. Luego, el horario. De momento, claro, pondré: Horas convenidas, pues si no, tendré que estar pendiente todo el día y por ahora, aún tengo que mantener parte de mi trabajo anterior.

Lo que también quiero hacer, es darme de alta en la Agrupación de Podólogos. Al no estar en la escuela, me da la sensación de que he perdido el contacto con todo el mundo. Así,

estando en la agrupación, me parecerá que este contacto está más cercano y además, me enviarán la Revista Podológica, que será muy interesante y me enteraré de cuándo se realizan los Congresos, los cursos de perfeccionamiento, etc.

Y por último, darme de alta en la delegación de Hacienda, para poder desarrollar mi ejercicio libre de profesión.

En total, nada..., unos cuantos quebraderos de cabeza. Unas cuantas idas y venidas. Unos cuantos papeleos y unos cuantos «cuartos» que se irán.

Pero, quién me quitará la ilusión y la satisfacción de que me llamen:

PODOLOGO



El masaje en la recuperación del pie

Por
J. CAMARA DE LA HOZ
Podólogo
BARCELONA

El masaje es una serie de manipulaciones que se realizan en una determinada parte del organismo humano con el fin de producir efectos fisiológicos beneficiosos en la zona sobre la cual se actúa.

El masaje es — a mi juicio — uno de los capítulos más importantes de la Fisioterapia, a pesar de estar regularmente excluido de muchos centros de recuperación funcional. Es que, lamentablemente, adolece de bastante literatura negra debido a varias razones: la pri-

mera, ser practicado por personas desaprensivas y sin conocimientos técnicos, por lo tanto, intrusas. Y la segunda, que la mayoría de los verdaderos técnicos del masaje no dejen escritas sus experiencias y conocimientos, que — así — dejan de aprovecharse. En Barcelona, por ejemplo, tenemos compañeros con un amplio caudal de experimentación en el masaje. Entre ellos, mi maestro y buen amigo José Reylo Porcá, que si escribiera todo cuanto sabe sobre masaje, nos dejaría una heren-



ESTA SEGURO de que sus pequeños
pacientes van **BIEN** calzados?

De lo contrario, DE QUE LE SIRVEN
las plantillas...

ASEGURESE con **PIEDRO**



en España

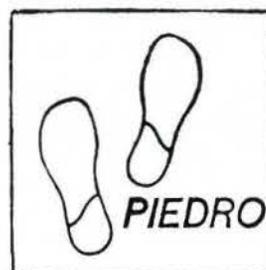
J. L. Vila-Plana

Conde Borrell, 211-pta. 33

Barcelona-15

teléfono 93/239 53 06

telegramas: KIRITA-Barcelona



cia profesional de 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 quienes tuvimos la suerte de recibir sus enseñanzas. Si todos los expertos en masaje le dedicasen, de vez en cuando, un poco de su tiempo para expresar por escrito sus técnicas y resultados tanto en lo positivo como en lo negativo, harían un gran aporte a la Fisioterapia, con lo cual se beneficiarían los pacientes. Además, habría bastantes elementos para salir en forma airosa al paso de quienes, sin conocer suficientemente el masaje, lo desacreditan.

El masaje actúa sobre:

La piel, el tejido adiposo; los músculos, los tendones y las aponeurosis; la circulación venosa linfática e, indirectamente, la arterial nerviosa; el acto reflejo, el medio intersticial; la nutrición de las células (endósmosis y exós-mosis); y en el equilibrio de las presiones.

Nuestro organismo está recubierto por la piel. Esta, entre minaciones nerviosas (sensitivas y motoras); poros; capilares, arteriales, venosos y linfáticos.

El tejido adiposo se encuentra situado debajo de la piel en espacios no ocupados por otros tejidos; es un elemento de relleno, esencialmente formado por la grasa.

Los músculos están compuestos por fibras musculares. Los que nos interesan para este caso son los de fibras estriadas, o contráctiles a la voluntad del movimiento. Las fibras se reúnen para formar los fascículos de primer orden; éstos, a su vez, lo hacen para formar los de segundo orden, los cuales repiten la operación para los de tercer orden, y, finalmente, ocurre lo mismo con los del cuarto orden. El conjunto de fascículos de cuarto orden constituyen el músculo, que, por estar inervado, contiene ramificaciones nerviosas sensitivas y motoras. Los músculos tienen circulación arterial, venosa y linfática; están envueltos por las aponeurosis, y la prolongación de éstas da lugar a la formación de los tendones.

La circulación venosa y la linfática se dirigen hacia el corazón, y la arterial hacia los

tejidos. Las arterias son portadoras de elementos nutritivos para las células. Las venas y los linfáticos se encargan de recoger los desechos resultantes de la digestión celular, además de otras materias de las cuales necesitan desprenderse los tejidos.

Los nervios regulan la vida vegetativa y fisiológica del organismo e impulsan 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 con su misión, 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 necesarios para el mantenimiento de las células. A su vez, éstas colocan en este medio los desechos resultantes de su digestión y respiración. En el medio intersticial tiene lugar la formación de los capilares venosos 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 endós-mosis; luego, tiene que haber más presión en el medio intersticial que en el interior de la célula. Pero ésta se desprende por exós-mosis de las materias del desecho de su digestión, lo cual exige que en ese momento exista en el interior de ella más presión que en el medio intersticial, en el cual tiene lugar la formación de los capilares venosos y linfáticos que habrán de recoger las materias nocivas a las células. Entonces, tiene que haber más presión en el medio intersticial que en el interior de los capilares.

TECNICA DEL MASAJE

En el momento de dar el masaje las manos estarán desprovistas de anillos y sortijas, para evitar el posible roce y traumatismo de la

ESSAVENON® GEL



Tratamiento local de los trastornos de la
circulación de retorno.

Fórmula 100 grs. contienen:

Escina, 1 gr.; Heparina sódica, 10.000 U.I.; Fosfátidos con predominio de ácidos grasos insaturados, en especial ácidos linoléico -aprox. 70%- y linolénico, 1 gr.

Forma farmacéutica

Gel

Posología

Aplicar 2 ó 3 veces al día Essavenon Gel en sentido ascendente.

Inmediata absorción, gran efecto refrescante, no mancha, no irrita y no necesita vendajes.

Indicación terapéutica

- Piernas y pies cansados, hinchados ●
- Tobillos hinchados ●
- Adaptación de plantillas ●
- Hematomas, contusiones ●
- Calambres, hormigueos ●

Contraindicaciones

Ulcus cruris, heridas abiertas.

Incompatibilidades

No se conocen

Efectos secundarios

No se conocen

Presentación

Envase con 40 grs.

P.V.P.

114'50 ptas.



INFAR  NATTERMANN

Apartado 400 - Zaragoza
Infanta Carlota, 84 - 88
Barcelona - 15

piel. No deben estar más frías que la piel del paciente, sino que, en lo posible, con mayor temperatura, o por lo menos, con la misma, con el fin de evitar que éste reciba una sensación desagradable. Al mismo tiempo, como el calor es sedante, si la piel estuviese hipersensibilizada conseguiríamos sedarla desde el momento de iniciar la sesión. Los dedos trabajarán unidos, y formarán un bloque uniforme con la palma de la mano, única manera de hacer que las fricciones y presiones sean recibidas por los tejidos con la misma intensidad.

Los músculos del pie y de la pierna deben estar lo más relajados posible. Para relajar a ésta basta con flexionarla hacia el músculo; pero no es necesaria la flexión total, sino la justa como para aproximar la inserción distal a la proximal. En esta posición relajamos los gemelos, dado que sus inserciones proximales están en el fémur. La relajación del pie se consigue situándolo en la posición intermedia entre la flexión dorsal y la plantar, en la cual no debe haber predominio de las posiciones de adducción, supinación y pronación.

Existen varias manipulaciones en el masaje. Algunos autores son más explícitos que otros a este respecto. Opino que en el masaje no es necesario conocer muchas manipulaciones, sino unas cuantas, pero que sean ejecutadas correctamente. Por lo 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 sea muy superficial y lenta; **tónica**, cuando el roce sea más profundo; y **excitante**, cuando éste sea rápido y con cierta brusquedad.

Amasamiento, es hacer una presión sobre los tejidos, principalmente los músculos, a los cuales se debe llegar al máximo de profundidad, procurando no molestar con ello al paciente. Como en el caso anterior, se repiten las tres posibilidades de obtener efecto sedante, tónico y excitante.

Tanto la fricción como el amasamiento deben realizarse desde las zonas distales hacia las proximales, con el fin de facilitar las circulaciones venosa y linfática. En la aplicación de ambos métodos se emplean diversos elemen-

tos, tales como: aceites, cremas, polvo de talco, etc., a los efectos de un buen deslizamiento de la mano sobre la piel; pero también pueden ser revulsivos, anticongestivos, vasodilatadores, etc.

El masaje comenzará por la fricción. Ambas manos fricciónarán rítmicamente y con el mismo grado de intensidad. Cuando una mano esté llegando a la parte proximal del pie o de la pierna, la otra iniciará el ascenso por la parte distal, con lo cual se obtiene mayor regularidad en el movimiento, y se evita que una estorbe a la otra. A veces la piel está hipersensibilizada, por lo tanto conviene hacer el ascenso, o el descenso, sin separarlas totalmente de ésta y rozándola muy levemente.

Las fricciones pueden alternarse con el amasamiento, pero siempre se debe comenzar y terminar con la fricción. El amasamiento se hará en la misma dirección que ésta, las manos deben presionar rítmicamente y con la misma intensidad. Cuando una mano comprima o estruje cuidadosamente el músculo, la otra dejará de hacerlo, pues no es correcto que ambas manos compriman al mismo tiempo, pudiendo ascender a la par, o bien, una un poco más avanzada que la otra.

En los casos de edema muy pronunciado ambos métodos deberán comenzar por la parte proximal de la zona a tratar, porque si existe una marcada dificultad en la circulación de retorno, los tejidos más distales se descongestionarán en la medida en que se reduzca el edema por la zona superior, además de simplificar el trabajo.

EFFECTOS DEL MASAJE SOBRE LOS TEJIDOS

En la piel produce hiperemia; consecuentemente, aumento de calor, que ocurre cuando conseguimos eliminar el exceso de líquido venoso, o linfático, de ésta. Que es lo mismo que haber eliminado el exceso de toxinas que dificultaban la buena irrigación de la sangre arterial. Se consigue sedar una piel hipersensibilizada a través del calor de la mano y su contacto suave, que reciben las fibras nerviosas sensitivas. Entonces los poros se dilatan, con lo cual la piel se oxigena mejor y se puede desprender de impurezas. La sesión del masaje llega a su límite cuando se obtiene

constantino velasco laínz
y

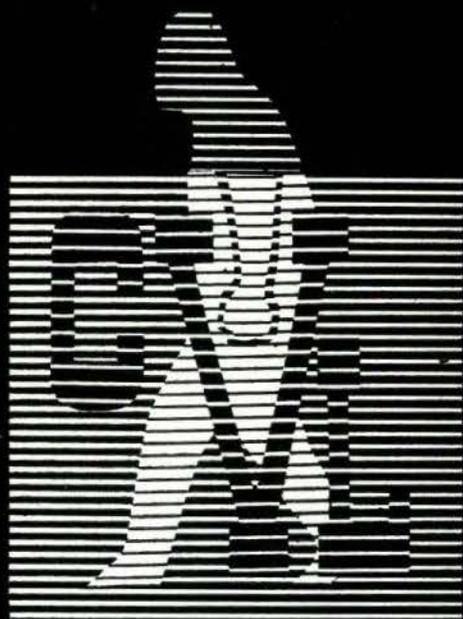
BERKEMANN

*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. Glmo.)
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.

la hiperemia; momento en que la piel pierde suavidad, como si rechazase la mano.

En los edemas — venosos o linfáticos —, se consigue reducir ya sea al facilitar la ascensión de ambos líquidos y sus materias a través de los vasos, ya por lograr el equilibrio de las presiones dentro de los tejidos, o por ambas razones a la vez. Con lo que desaparece la irritabilidad provocada por la compresión y las toxinas sobre las ramificaciones nerviosas sensitivas.

En los músculos elimina las contracturas producidas por bloqueo de las fibras musculares, en mayor o menor número. Al perder éstas su elasticidad, se comprimen las ramificaciones nerviosas sensitivas, suscitando su irritabilidad continuada. Al mismo tiempo se comprimen los vasos arteriales, venosos y linfáticos, con lo cual no se realiza normalmente la

nutrición y excreción en la zona del músculo bloqueado. Y, finalmente, con el masaje los músculos y las aponeurosis adquieren una mayor elasticidad.

Con respecto a estos últimos, el masaje puede ser: para normalizar algunos trastornos fisiológicos; para prepararlo en función a un mayor esfuerzo al que realiza habitualmente. Y con respecto a sus efectos, para reparar las consecuencias que hubieran podido derivarse del mismo.

El masaje estará **indicado** siempre que la causa existente en el pie o en la pierna sea de tipo fisiológico o traumático.

Estará **contraindicado** en procesos patológicos, como: tromboflebitis, linfangitis, inflamaciones, o enfermedades localizadas que al manipular sobre ellas puedan generalizarse, etc.



Leído para Ud.

"El pie plano infantil en la práctica diaria"

Rev. Lye de Pediatría. Edición española de Monatsschrift für Kinder Hgil Kunde. N.º 6, junio 1976

Resumen. Tanto en la bibliografía como en la práctica divergen considerablemente las opiniones sobre la patología y clínica del pie plano infantil. Este trabajo insiste sobre los problemas prácticos de su tratamiento. Se comenta también la estática del pie infantil. En los puntos terapéuticos discutibles, los autores adoptan una posición fundada en su experiencia personal y los datos bibliográficos.

Palabras clave: Pie plano infantil, estática, tratamiento.

En su obre de 1905, Joachimsthal afirma en tono humorístico que «en Europa apenas se encuentra un pie normal, para encontrarlo sería necesario desplazarse hasta Nueva Guinea, entre los papúes». Teniendo en cuenta la práctica ortopédica, nos sentimos inclinados a considerar el pie plano como una alteración ligada a las civilizaciones de los últimos si-

pie plano en la bibliografía antigua, ni lo vemos. Al contrario de lo que ocurre con el pie zambo, no se encuentra ninguna mención del mismo en los cuadros de épocas pasadas, como ocurre con el pie zambo. Por otra parte, las estatuas pretéritas muestran la conformación normal de la bóveda longitudinal del pie. Muchos autores están convencidos de que el pie plano era desconocido en la antigüedad. Lo mismo puede decirse respecto a la Edad Media. Tampoco los hombres de Neandertal mostraban pies planos, sino simplemente talones en actitud de supinación.

En estos últimos siglos, el pie plano parece que se presenta cada vez con mayor frecuencia en la bibliografía, lo que representa un enigma difícil de resolver para los médicos interesados en investigar el mecanismo de constitución y su tratamiento. Los mejores anatómicos y, más tarde, los cirujanos y ortopedas se han afanado en aclarar el proceso de formación del pie plano infantil, y sobre todo los años 30 y 40 son ricos en investigaciones fundamentales en este campo (Böhm, 1932; Kruckenberg, 1935; Schede, 1937; Basler, 1938; Thomsen, 1942). Se ha aclarado la anatomía y patología del pie infantil, incluido su aplanamiento, pero los datos existentes sobre la fisiología, etiología y tratamiento son contradictorios o presentan lagunas considerables.

La mayoría de los autores consideran como el **factor etiológico** más importante del pie zambo-plano infantil la «debilidad general del tejido conjuntivo» (Schede, Hohmann, 1951; Niederecker, 1959; Hackenbroch, 1961; Basmajian, 1963, etc.). Este concepto constituye simultáneamente el «talón de Aquiles» del problema, pues con los métodos disponibles en la actualidad apenas puede estudiarse con exactitud suficiente el papel de este tejido.

Se reconoce en general la importancia de la musculatura como aparato de sostén de la bóveda plantar (Basler, Becker, 1971; Niederecker, Stracker, 1953; Thomsen, etc.) Pese al conocimiento de las funciones de cada músculo, tanto en el pie normal como en el plano, la debilidad o el trastorno en el equilibrio funcional de la musculatura únicamente puede considerarse, como máximo, como causa coadyuvante en la constitución del pie plano in-

fantil.

Otros autores consideran la ausencia de ciertas fases del desarrollo, desde el pie fetal al infantil, como causa de la alteración (Böhm, Stracker).

En la bibliografía especializada apenas se encuentran datos sobre la **frecuencia** del pie plano, lo que en parte se debe a que ni siquiera es unitario el concepto diagnóstico. Muchos autores distinguen entre pie acodado, plano, hundido, ensanchado, etc., y bajo este último término, al menos parte de los ortopedas, entiende el hundimiento de la bóveda transversal, con altura normal de la longitudinal. El aplanamiento aislado de la bóveda longitudinal la calificamos como pie hundido. La insuficiencia simultánea de ambas bóvedas produce el pie plano clásico. El componente «acodamiento» se refiere a la actitud en valgo del talón. Pero la mayoría de los autores consideran este «componente» como perteneciente a un cuadro unitario, el pie plano-acodado (Hohmann, 1953; Stracker, Helfet, 1956; Rose, 1958; Basmajian, Langhagel, 1967; Becker). Cuando el aplanamiento de la bóveda longitudinal del pie sólo se manifiesta durante la carga y el pie presenta una forma regular, muchos autores hablan solamente de «debilidad del pie» (Basler, Schede y Thomsen).

La experiencia demuestra que el número de casos aumenta en vez de disminuir y una y otra vez se indica la presentación conjunta de una debilidad del aparato de sostén en el pie y en el dorso. La frecuencia de la «debilidad del pie» causa la impresión de que se trata de variantes fisiológicas de la norma; citemos a Schede: «conclusión errónea y peligrosa. Un error no disminuye su importancia a causa de su frecuencia. Una enfermedad sigue siendo enfermedad, aunque afecte al 100 % de la población humana».

En la práctica, los podiatras y ortopedas deben enfrentarse con problemas terapéuticos sobre el pie plano y para su solución no existen criterios unitarios en la bibliografía especializada. En estos casos debe intentarse reunir las preguntas más importantes de los padres (en la consulta) y buscar una respuesta lo más unitaria posible, basándose en la literatura y en la propia experiencia. En resumen,

los problemas principales son:

1. ¿Cuándo existe un pie plano infantil y cuándo precisa terapéutica?

2. ¿Qué estimula el desarrollo normal del pie: caminar descalzo o unas botas adecuadas con plantilla?

3. ¿Deben colocarse plantillas si, mientras aprende a caminar y luego, el niño muestra un pie zambo o plano-zambo? ¿Cuál es el tratamiento a esta edad?

4. ¿Cuándo y qué plantillas son adecuadas para el tratamiento de un pie plano-zambo infantil?

5. ¿Debe operarse el pie plano?

Comentaremos muy brevemente la problemática del pie plano congénito.

1. Desde siempre se admitía que los recién nacidos carecen de bóveda plantar y, por consiguiente, presentan pies planos. En el año 1903, Spitzky demostró en cortes congelados que **a esta edad ya existe una bóveda longitudinal bien desarrollada**; durante mucho tiempo no se concedió crédito a su afirmación de que el pie plano del recién nacido era simulado por el abundante cojinete adiposo. También Schede sostiene que la bóveda longitudinal del pie se desarrolla en el curso del segundo año de la vida. Los trabajos de Böhm demostraron que la bóveda del pie aumenta en altura durante los primeros años y que una ligera verticalización del astrágalo y supinación del calcáneo eran las características del esqueleto del pie infantil. Por consiguiente, los lactantes tienen un pie plano simulado por el relleno adiposo y presentan una actitud de supinación de la totalidad del pie. La palpación permite convencerse de la existencia de una bóveda plantar.

Los primeros cambios en el pie se presentan durante la época en que el niño comienza a desplazarse a gatas, se refuerza la musculatura flexora del pie y aumenta la capacidad motriz de su parte media y anterior. Disminuye

la supinación. Se trata de una fase muy importante en el desarrollo del pie del lactante, que se inicia con una rotación hacia la posición normal (Niederecker). Como ha demostrado E. Meier, el niño aún no puede realizar la flexión dorsal de la parte anterior del pie. Esta importante característica del pie humano sano sólo se desarrolla durante la fase de marcha «digitigrada», durante la cual, según el citado autor, se realiza una especie de «retroflexión» de este segmento del miembro inferior. Se trata de un proceso prolongado y la «conversión» del esqueleto del pie se realiza por completo entre el segundo y el sexto año, según la opinión de diversos autores. A causa de esta «actitud de supinación total del pie», más o menos persistente, el niño da sus primeros pasos con las piernas abiertas. El giro con la parte anterior del pie firmemente apoyada sólo es posible mediante la valgización simultánea, mientras no se haya aprendido por completo la «retroflexión». De eso se deducen las siguientes consecuencias: cuando las articulaciones del pie están libres y la bóveda sólo se aplana durante la carga, el estado debe considerarse como fisiológico (Pitzen, 1953). Al caminar de puntillas los pies muestran una bóveda longitudinal normal, con los talones en la línea media. Si no ocurre así, el pie necesita un apoyo exterior. En especial cuando el pie no ha conseguido todavía enderezarse por sí mismo, hacia los 7 años de edad, especialmente si existe debilidad del tejido conjuntivo, puede producirse un empeoramiento (Hohmann, 1951; Niederecker, Stracker).

Según nuestra experiencia esto no significa obligatoriamente la necesidad de esperar hasta la edad escolar para iniciar un tratamiento. Una vez asegurado el proceso de la marcha, o después de concluir el segundo año de la vida — si persiste el valgus del talón y falta la bóveda longitudinal —, consideramos necesario un tratamiento. Más adelante trataremos de los detalles terapéuticos.

Continuará en Revista N.º 54

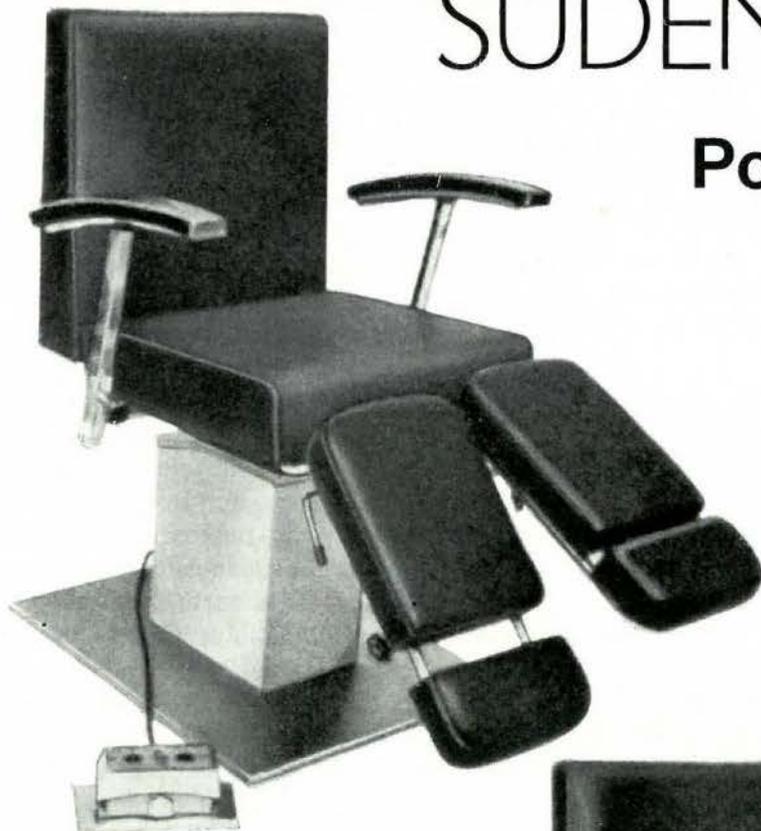
SUDENTA, S. A.

Podología

TABURETES PODOMETROS
MOBILIARIO ESTERILIZADORES
TORNOS EQUIPOS
INSTRUMENTAL FRESAS
ASPIRADORES ETC.

Y la incorporación de **SILLONES**
de importación Alemanes.

A PRECIOS EXCEPCIONALES Y
CON AMPLISIMAS FACILIDADES DE PAGO.



VERSION TOTALMENTE ELECTRICA



POSIBILIDAD DE ELECCION DE
CABEZAL

Servicio Técnico garantizado en
toda España por el servicio post-
venta SUDENTA, S. A.

SOLICITE AMPLIA INFORMA-
CION SIN COMPROMISO A:

sudenta, s. a.



VERSION ELECTRO-HIDRAULICA

Rda. San Antonio, 98, Pral.
Barcelona-11 - Telfs. 318 95 66 - 318 96 16

Espoz y Mina. 7
Madrid-12 - Telfs. 221 40 44 - 222 45 69

Labor Docente

IMPORTANCIA DE CONOCER LA ANATOMIA UNGUEAL, PARA EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA MISMA

Por
Julio ALONSO GUILLAMON
Podólogo
BARCELONA



De la extensa gama de intervenciones quirúrgicas que se realizan en el pie, vemos con frecuencia, que las que se practican en las uñas, registran un gran número de fracasos.

Nos atrevemos a decir, que gran parte de estos fracasos, están motivados por falta de conocimientos de la anatomía ungueal (especial interés tiene el capítulo de los elementos productores de la misma), siendo otra de las causas, la de no querer dar la importancia quirúrgica que se merece, por considerarla «pequeña cirugía».

Es por ello, que lamentablemente, observamos la práctica de onicoexeresis para solucionar las onicocriptosis, cuando lo más frecuente es que a partir de los siete meses, planteen el mismo problema, al crecer la uña con la misma configuración que la anterior y con las mismas causas predisponentes. Pudiendo además señalar complicaciones como leuconiquias distales, normalmente en forma

de triángulo, por el uso de una pinza de pean al realizar la ablación ungueal y traumatizar el lecho subungueal; o bien el engrosamiento de las láminas ungueales, por irritación o lesión de la matriz.

También vemos la misma problemática, cuando se realiza la onicoexeresis, para tratar las uñas hipertróficas, sabiendo que siempre saldrá la uña igual que la anterior o algo más engrosada.

Hay casos, que se han realizado extirpaciones totales de uña, con la finalidad de que no vuelvan a crecer nunca más y que al poco tiempo presentan esquirlas o neoformaciones ungueales.

La presencia de helomas subungueales, son frecuentes de ver, motivados por la aplicación de puntos de sutura en lecho, al practicar operaciones por alguna alteración, bien sea traumática o por alguna enfermedad.

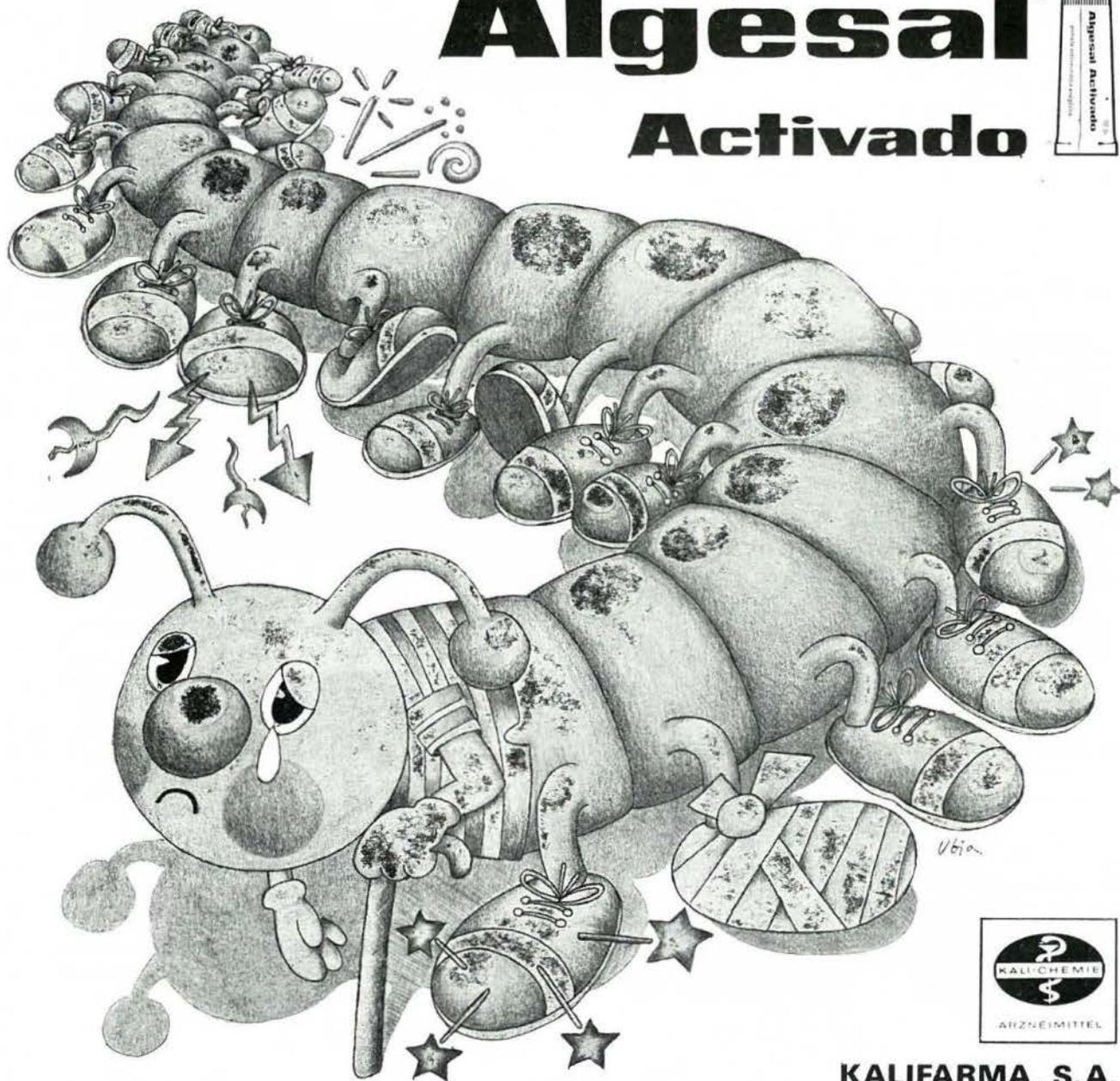
Resultados negativos, al tratar procesos de incrustación de la uña en los canales, con procedimientos físicos o químicos, bien porque su acción ha sido muy superficial y no ha llegado a cauterizar los tejidos deseados o bien porque ha sido muy profunda, motivando complicaciones como osteitis, necrosis etra.

Estos y otros casos recidivantes, nos hacen pensar lo importante que es conocer la anatomía de la uña, usando las técnicas adecuadas a cada patología y conociendo en todo momento aquellos tejidos donde vamos a actuar. De esta forma el Podólogo tendrá en su haber, los menos casos posibles de frustraciones.

Para ello vamos a describir la anatomía de la uña.

APRIETA EL DOLOR...

Algesal® Activado



KALIFARMA, S.A.



- Calma el dolor al instante, por su gran poder de penetración
- No mancha ni engrasa ● Posee un olor agradable

Indicaciones

Terapia percutánea del dolor local, dolores reumáticos, articulares y musculares.

Composición

Cada gramo contiene 10 mg. de Nopoxamina y 100 mg. de Salicilato de dietilamina.

Incompatibilidades y efectos secundarios

Hasta el momento no se han observado.

Contraindicaciones

No se aplicará sobre heridas abiertas ni mucosas.

Presentación y P.V.P.

Tubo con 50 gr. de pomada 132,90 ptas.

paciente; no afectando para ello, ni el color ni el sexo.

Cuerpo. — Es la parte de la uña, comprendida entre la extensión libre y la raíz. Comprendiendo una cara superficial y una cara profunda.

La cara superficial es cóncava, casi sonrosada, en toda su extensión exceptuando en la parte inferior, en donde presenta una pequeña parte blanquecina, circunscrita por una línea curva, muy regular, que por su forma se llama LUNULA. Normalmente, el tamaño de la lúnula, suele ser el de 1/8 parte del total de la uña, exceptuando el 5.º dedo, que ésta casi no existe. (Según se cree la lúnula, tiene un color blanquecino, debido a la reflexión de la luz, al no estar en contacto con el tejido subyacente, como en la parte distal.)

También en la cara superficial, encontraremos una serie de estrías longitudinales muy visibles.

La cara profunda está adherida y ofrece un sistema de crestas y surcos en sentidos longitudinales, que se justaponen, con sus respectivas de cara subyacente o dermis. El surco que separa la extensión libre con el pulpe-

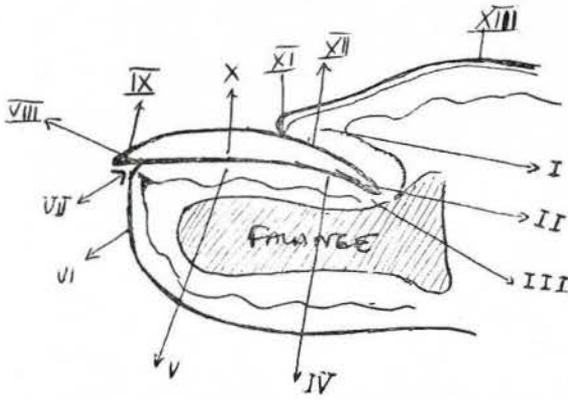


FIG. I

- I. Repliegue supraungueal.
- II. Raíz.
- III. Matriz.
- IV. Lúnula.
- V. Lecho subungueal.
- VI. Pulpejo.
- VII. Ángulo de Renaut.
- VIII. Hiponiquio.
- IX. Extensión libre.
- X. Cuerpo.
- XI. Epidermicula.
- XII. Eponiquio.
- XIII. Epidermis.

El aparato ungueal consta especialmente de dos partes: FORMACION EPIDERMICA, que es la uña propiamente dicha y la DERMIS, que representa el papel de órgano productor y es la que va a tener mayor importancia en la cirugía.

FORMACION EPIDERMICA: Tiene la forma de lámina córnea, casi plana de arriba a abajo y en cambio muy convexa en sentido transverso, siguiendo aproximadamente el contorno de la falange distal. Esta lámina córnea se halla engastada por su extremo proximal y bordes laterales, mientras que se encuentra libre por su extremo distal. La uña se divide en tres partes: **Extensión libre, Cuerpo y Raíz.**

Extensión libre. — Es de color blanco grisáceo, y es la parte de la uña, que visiblemente, se ve crecer constantemente, llegando, si se le abandona el corte, a 2 y 3 cm. de longitud, en cuyo caso, se incurva, en forma de garrá, sobre el pulpejo. El crecimiento normal, desde su inicio, es de 270 días aproximadamente, tendiendo a disminuir la rapidez de su crecimiento a medida que aumenta la edad del

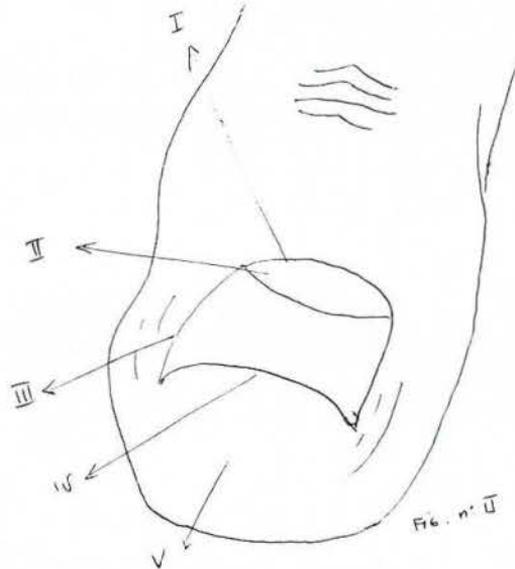


Fig. núm. 2

- I. Epidermicula.
- II. Lúnula.
- III. Canal lateral.
- IV. Hiponiquio.
- V. Pulpejo.

infalina

pomada



en las infecciones
cutáneas más
diversas:
bacterianas y/o
micóticas, con o
sin reacción
alérgica



CONTRAINDICACIONES: No existen.

INFALINA CORTISONA

Fórmula por gramo

| | |
|---|-----------|
| Sulfato de Neomicina (equivalente a 3,5 mg. Neomicina base) | 5 mg. |
| Bacitracina de zinc | 300 U. I. |
| Tirotricina | 2 mg. |
| Hemi succinato de Hidrocortisona | 10 mg. |
| Para oxibenzoato de metilo | 10 mg. |
| Oxido de zinc | 50 mg. |
| Excipientes grasos c. s. para | 1 gr. |

Tubo 6 gr. 56'60 Ptas.

INFALINA

| | |
|---|-----------|
| Sulfato de Neomicina (equivalente a 3,5 mg. Neomicina base) | 5 mg. |
| Bacitracina de zinc | 300 U. I. |
| Tirotricina | 2 mg. |
| Ac. undecilénico | 10 mg. |
| Undecilinato de zinc | 50 mg. |
| Oxido de zinc | 50 mg. |
| Excipientes grasos c. s. para | 1 gr. |

Tubo 24 gr. 68'15 Ptas

jo del dedo forma el ANGULO DE RENAUT.

Raíz. — Es la porción de la uña, que se halla incrustada en la parte media del repliegue dérmico; blanda, flexible, elástica y termina en un borde muy delgado y al final dentado.

ORGANO PRODUCTOR DE LA UÑA O DERMIS: Es la porción de la dermis cutánea, que está en contacto y relación con la uña. Se divide en tres partes:

Dermis sub-ungueal. — Es la porción de la dermis que contacta con la cara profunda de la uña. Existen dos zonas distintas, una anterior o lecho que corresponde a la zona sonrosada y la otra posterior o matriz. La matriz de la uña engasta con la raíz de la misma, y es donde se inicia la formación de la uña.

El lecho sub-ungueal, ofrece una serie de eminencias longitudinales conocidas con el nombre de «Crestas de Henle». Estas crestas, apenas están marcadas en la zona anterior, y muy marcadas posteriormente y más conforme se avanza a la extensión libre. En el lecho sub-ungueal, la dermis se encuentra directamente fijada al periostio de la falange.

Dermis supra-ungueal. — También conocido con el nombre de «Manto de Renault», es el repliegue de la dermis cutánea, que recubre la raíz y los repliegues laterales.

El repliegue supra-ungueal, presenta todos los estratos propios de la piel. En cambio el lecho sub-ungueal, desaparecen gradualmente las papilas, así como los estratos epidérmicos: granular, lúcido y córneo. En el repliegue supra-ungueal se halla el eponiquio.

Canales laterales. — Están formados por la unión de la dermis sub-ungueal con el repliegue supra-ungueal. Los canales laterales comprenden los bordes laterales y la raíz de la uña, por consiguiente, la uña se engasta igual que un vidrio de un reloj con su ranura metálica, en el repliegue supra-ungueal. La profundidad del canal va disminuyendo a medida que se aleja de la parte media de la uña.

Resumiendo podemos decir: Que las alteraciones que sufra la matriz, eponiquio, canales laterales, lúnula y lecho sub-ungueal, plantearán irregularidades en la uña, que por regla general serán irreversibles.

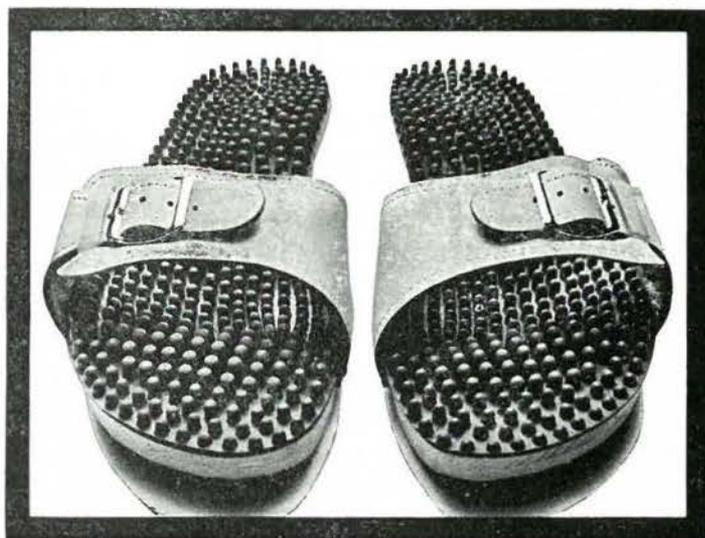
NUEVO

sandalia de masaje ganter

una plantilla anatómica **ACTIVA**

- antiedematosa •descontracturizante
- activadora de la circulación periférica •sedativa del pie


ganter
MADE IN GERMANY



Solicite información a:

EXDIRE · AVDA. MERIDIANA, 422 · TEL. 340 72 47 · BARCELONA · 16

Labor de las Delegaciones

BRILLANTES JORNADAS DE PODOLOGIA EN GALICIA (Santiago de Compostela)

Organizado por la Delegación de Galicia en Santiago y bajo el patrocinio de la Facultad de Medicina, han tenido lugar, durante los días 26 y 27 de junio, dichas Jornadas, que con anterioridad, y en reunión de la casi totalidad de los Podólogos se habían acordado, destacando principalmente, ofrecer la invitación para dichas jornadas al compañero de Cádiz, ALBALA VALLE, así como rendirle un homenaje de la Podología de Galicia, a don JUAN DELTELL.

Se inauguraron dichas jornadas con una salutación del Delegado, don Juan Vidan el cual tras agradecer la colaboración de la F. de Medicina, agradeció también la presencia de la casi totalidad de los Podólogos de Galicia y la presencia y colaboración del compañero Albala.

Seguidamente, el Podólogo Albala dio comienzo a su disertación, sobre: «PROTESIS A BASE DE POLIURETANO, CRESTAS DE SILICONA», así como proyección de películas sobre manera de actuar y cómo confeccionar estas prótesis. Finalizada esta actuación, diversos Podólogos y bajo la dirección de Albala procedieron a practicar, las formas y modelos de las prótesis, siguiendo de un ameno diálogo y consultas que sobre la marcha, fueron lo

más ampliamente aclaradas, finalizando esta sesión de trabajo sobre las diez de la noche.

Seguidamente, todos los componentes y familiares se reunieron en el Colegio Mayor de La Salle (lugar de alojamiento) en donde tuvo lugar una cena íntima, a la que asistió, igual que a las sesiones, la familia Deltell.

El domingo, día 27, y a las nueve de la mañana, tuvo lugar en la CRIPTA DEL APOSTOL una misa privada, para especialmente la familia DELTELL y ALBALA a la que acudieron todos los Podólogos y familiares. La Santa Misa fue celebrada por el Vicario Capitular de la Diócesis, el cual hizo un cálido y emotivo homenaje a la familia Deltell y Albala, destacando las virtudes humanas y su vinculación a los Podólogos de España y en este caso a los Podólogos de Galicia. Finalizado este acto y patrocinado por la firma CONSTANTINO VELASCO, fue servido en el Comedor Real del Hostal un desayuno de gala, a todos los asistentes, para luego continuar en la Facultad las sesiones de trabajo, que comenzaron a las 11 de la mañana, con continuación de trabajos del compañero Albala y que fueron especialmente sobre: PLANTILLAS ORTOPEDICAS-POLIETILENO, PLANTILLAS METALICAS SOBRE MOLDE ESCAYOLA y una serie muy matizada de diapositivas, colaborando en esta disertación varios Podólogos.

Sobre la una de la tarde, tuvo lugar la conferencia del Profesor de la F. de Medicina, Dr. D. Fermín Navarrina Gámez, el cual agradeció la presentación hecha por el compañero Vidan, felicitando a los Podólogos por su afán de superación, en una palabra, por estar constantemente dispuestos al trabajo. Su disertación versó sobre la rehabilitación del Pie, especialmente en el niño (se enviará resumen de la conferencia). Dicha conferencia fue muy elogiada por los compañeros, por su exposición tan científica, técnica y amena.

Finalizada ésta, el Dr. Navarrina, que agradeció mucho las felicitaciones recibidas, expuso al compañero Vidan, que la Facultad y su Cátedra, están dispuestos a celebrar un Curso sobre Rehabilitación, Fisioterapia y Radiología del Pie, invitando al compañero Vidan, para que en su día, programe estos Cursos, que tendrán carácter oficial.

HOMENAJE AL SR. DELTELL

Finalizadas estas Jornadas con el broche de la conferencia del Prof. Navarrina, el Delegado de Galicia procedió a hacer una semblanza del señor Deltell, destacando las virtudes que le adornan a él y a su querida familia, presente en este acto, y la deuda que los Podólogos de Galicia tienen contraída con esta familia, y nada mejor que este Año Santo, con la súplica del bienestar por todos los Podólogos, por el recuerdo de los que nos han precedido, súplica que se hizo ante los restos del Apóstol Santiago, y nada mejor que en el marco de la Facultad de Medicina y con la presencia del Dr. Navarrina, le pidió fuese él quien entregase un vistoso pergamino, obra compostelana, así como una cruz de Santiago y emblema de la Podología, rogando aceptase este modesto y cariñoso homenaje de los Podólogos. Terminó el compañero Vidan con estas frases: «Familia Deltell, sé que habéis recibido muchos homenajes, me consta que vuestro hogar está lleno de obsequios, todos muy merecidos, pero me atrevo a manifestar que ninguno se os entrega con tanto afecto y cariño, como os lo ofrecen las familias de los Podólogos de Galicia.»

En iguales términos se expresó hacia el compañero Albala y señora, quienes recibieron también su pergamino y un «botafumeiro», recuerdos que fueron entregados por el profesor de la Facultad.

Ambos homenajeados agradecieron, vivamente emocionados, estos recuerdos.

Seguidamente, en un céntrico restaurante, tuvo lugar un banquete con que los Podólogos obsequiaron a las familias Deltell y Albala.

A los postres dirigió unas palabras el compañero Vidan, haciendo el ofrecimiento del banquete y resaltando las virtudes morales, sociales y altruistas que concurrían en el señor Deltell; destacó vivamente la presencia de su distinguida esposa, así como la de su hijo, a quien le pidió que, considerándolo virtualmente incrustado en la firma PEUSEK, siguiese la línea de su padre, tanto en favor y crédito de su firma, como en favor de la Podología.

Contestó el señor Deltell, tras agradecer este homenaje gallego, que con ilusión había venido a estas tierras compostelanas y ya no solo, sino con toda su plana mayor, en una palabra, con su familia, y su deseo es que todos sigamos en este afán de superación y de trabajo, y que él estuvo y sigue estando dispuesto a una colaboración no de ámbito regional, sino de ámbito nacional, pues la Podología para él no tiene parcelas ni ningún marco previsto; la Podología para él está en donde hay afán de trabajo y de superación, única forma de conseguir el puesto que lentamente, pero sin pausa, nos estamos ganando todos los Podólogos.

Al atardecer, todos los asistentes retornaron a sus hogares, y creemos que con gran ilusión, pues una vez más, la familia Podológica de Galicia, y con la presencia del compañero Basas de Salamanca y Agudo de Ponferrada, virtualmente Podólogos gallegos por afecto y cariño a esta región y a sus compañeros, nos honraron con su presencia y la de sus distinguidas esposas.

CARTA

ABIERTA

Apreciados compañeros:

Soy amante de la crítica, siempre que sea constructiva, y trato de afrontar la realidad de las cosas con frialdad, haciéndome partícipe para comprenderlas y adquirir plena conciencia de ellas. Trato de reconocer mis errores, aunque ya sé que no lo consigo porque es demasiado difícil, pero lo procuro y me doy cuenta de muchos.

Cuando me inicié en esta Revista lo hice con el propósito de continuarla con el acierto que se merece, incluso, si podía, de mejorarla o hacerla algo diferente. Me parece que he fracasado, sí. Creo que no es tal como yo quería. Veo que tiene muchos fallos, unos MIOS y otros que se me ATRIBUYEN. He pretendido iniciar en ella varios apartados: TEMATICA, CONSULTORIO PROFESIONAL..., de los cuales sólo uno ha tenido verdadero éxito. ¡Qué iluso!, cómo quiero que esto vaya adelante si estoy SOLO. Naturalmente en este solo hay varias exclusiones, que con sólo repasar cualquier número de la revista, se ven, pues hay colaboradores asíduos a los que tengo mucho que agradecer. También hay otros que en un momento dado han sentido ese gusanillo de la profesión y me han mandado su colaboración. De todos ellos, guardo sus nombres con el más profundo cariño.

No quisiera culpar ni herir a nadie, porque alguien ya me dijo los problemas que tendría, alguien con mucha experiencia, y yo tal vez no quería escuchárselos porque me parecía imposible.

Sé que alguna publicación puede haber dañado la susceptibilidad de alguien. Pido perdón y me responsabilizo plenamente por ello. Pero al menos, gracias a esa publicación pude llenar unas páginas. Fijaros que terrible es esto, tener que recurrir a ello, teniendo tantas colaboraciones... Creo que cualquier hombre puede tener una idea buena, y otras malas, y si pretendemos que todas sean buenas, estamos apañados, pero también creo que hemos de reconocer y aprovechar lo mucho o poco de bueno que haya en cada uno, dejando a un lado lo que no nos interesa.

Sé que muchas noticias se publican atrasadas; debe ser debido a los conflictos laborales de los transportes y repartidores, o tal vez sea debido a que nunca se me comunicó nada.

A pesar de todo estoy contento, porque sé que este pequeño lapsus de colaboración, que total tiene sólo 12 años de antigüedad, debe ser debido a que nos hemos tomado unas pequeñas vacaciones, o a que estamos cogiendo nuevas fuerzas para reemprender con más ánimos. Estoy contento, sí, porque no puedo pensar que haya ni un solo Podólogo que no quiera a su profesión, que no sea Podólogo de pies a cabeza. Y estoy contento en fin porque cada día somos mayor número en la Agrupación, por lo tanto, si las estadísticas no fallan...

En fin, compañeros, no quiero robaros más tiempo leyendo estas líneas, cuya misión principal no ha sido la que reflejan, sino la de estar en contacto con vosotros, para que estas colaboraciones que tanto os agradezco sigan su mismo ritmo y cada dos meses podamos recibir algo que costó mucho de conseguir, algo que es el todo para muchos compañeros, y algo que es, como os decía en una ocasión, la programación impresa y el reflejo de nuestra profesión, de lo que somos.

Un abrazo.

MARTIN RUEDA



Instruments



ORTOPEDIA-MATERIAL CLINICO

PRODUCTOS PARA PODOLOGIA

Espronceda, 304-306 entlº 4ª - Tel. 351 53 03 - BARCELONA-13

En nuestra firma podrá encontrar todo lo necesario para su gabinete, como:

Siliconas { SILONE
STA-SEAL
IMPRESIL
Aceite suavizante

FIELTROS ADHESIVOS, duros y semiduros
» de algodón

LANA PEINADA

VIOLETA DE GENCIANA
ACIDO NITRICO
PERCLORURO FERRICO

TUBITON

TUBIGRIP

TUBOS DE TUBIFOAM

TUBOPROT

TUBOCLIN

APLICADORES TUBITON, TUBOCLIN, etc.

INSTRUMENTAL

HOJAS DE BISTURI

MANGOS DE BISTURI

BISTURIS

AGUJAS Y JERINGAS un sólo uso

ESTUCHES para INSTRUMENTAL

FONENDOSCOPIOS

**APARATOS PRESION
(Esfigmomanómetros)**

VITRINAS

BOMBONAS METALICAS

CAJAS METALICAS

Motores con eje flexible

LECHE DE LATEX

SERRIN PARA PODIASIN

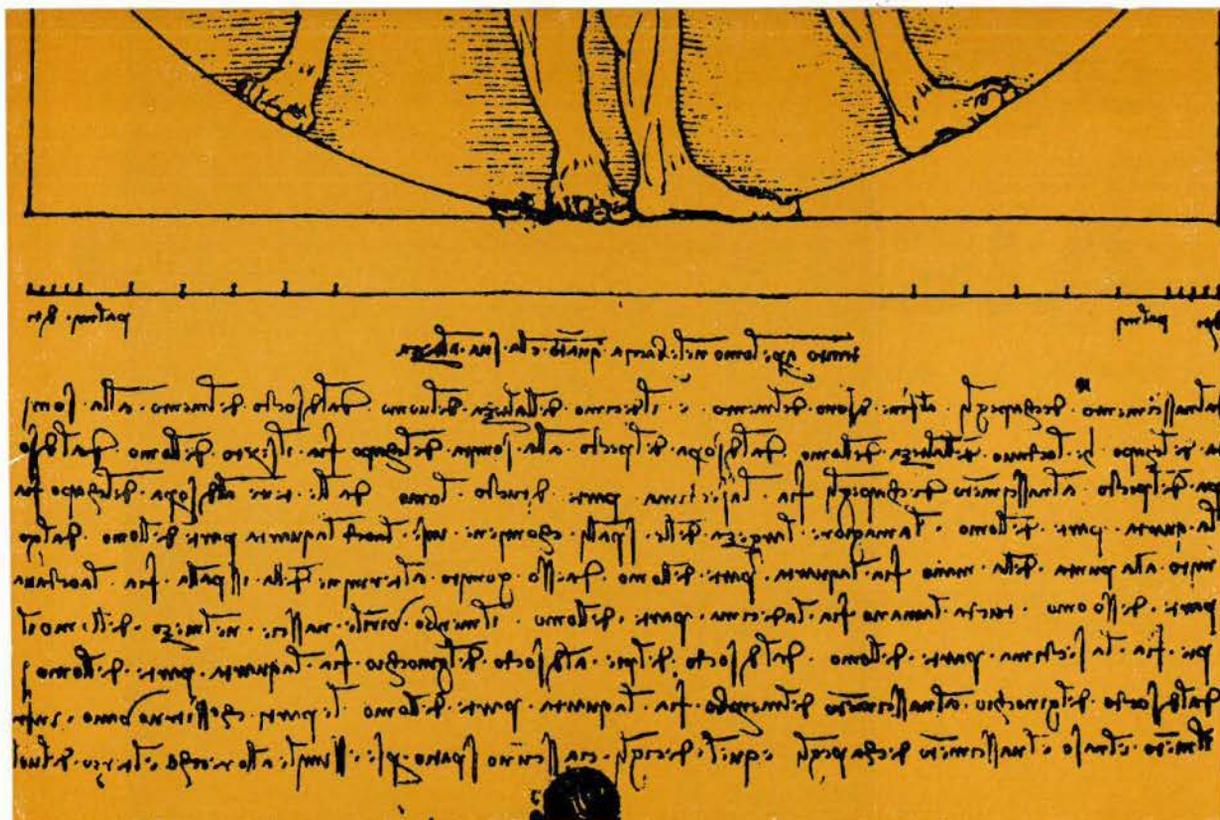
MASCARILLAS

EQUIPO PODOLOGIA - Metálicos y de madera forrada

FRESAS DIAMANTADAS

... y todo lo que Ud. desee puede encontrarlo con sólo hacer la consulta



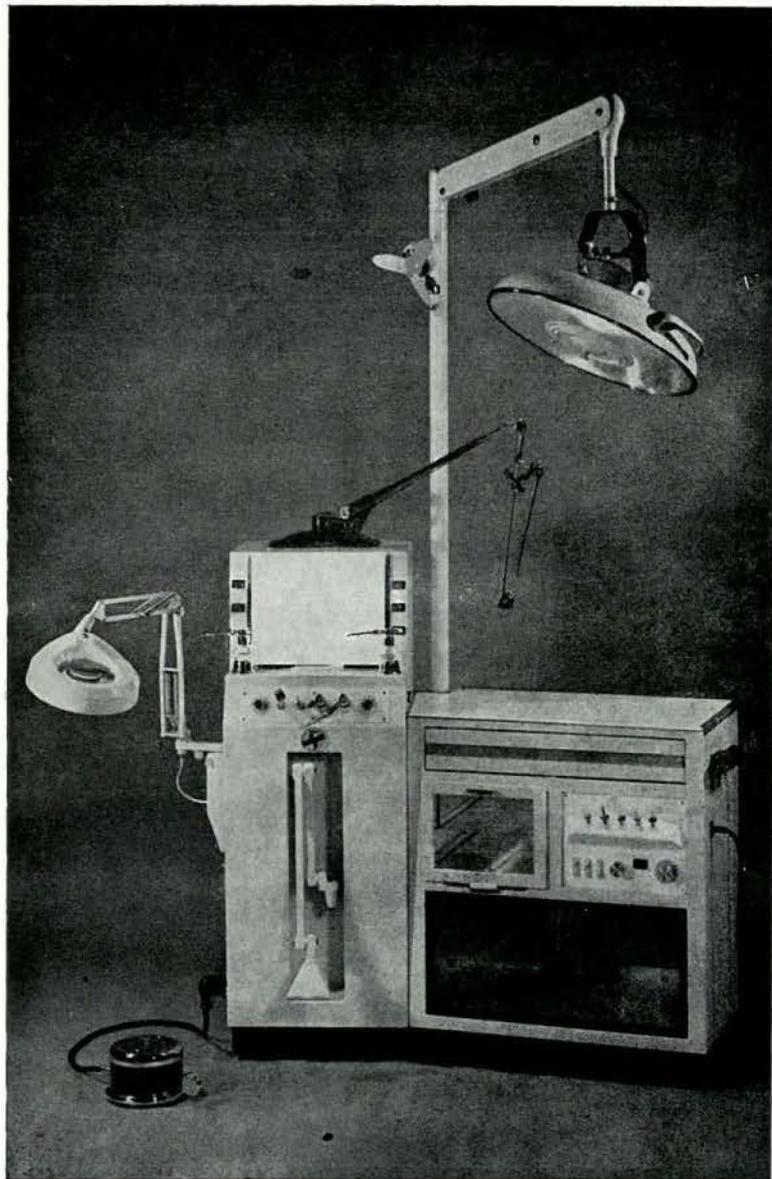


REVISTA
ESPAÑOLA
DE

PODOLOGIA

A.P.E. Noviembre-Diciembre

n.º 54 1976



CALIDAD EN NUESTROS MATERIALES
COMODIDAD EN SU TRABAJO
LARGA EXPERIENCIA,

TODO ESTO LE OFRECEMOS CON NUESTRO ULTIMO MODELO

«CONSUL SUPER NOVO»

CONSULTE SIN COMPROMISO A **TALLERES CONSUL**

Aurora, 12

BARCELONA-1

Teléf. 241 72 75

REVISTA
ESPAÑOLA
DE
PODOLOGIA

ORGANO DE LA AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

A. P. E.

Redacción:

Diputación, 118, 2.º, pral., 2.ª, Barcelona-15

Director:

Leonardo Escachs Clariana

Sub-director:

Pablo Vilató Ruiz

Redactor jefe:

Martín Rueda Sánchez
Avda. Caudillo, 68, bajos, 2.º
Santa Coloma de Gramanet. Barcelona

Administrador:

Manuel Gavin Barceló
Rda. Guinardó, 23, 1.º, 2.ª, Barcelona-12

Publicidad:

Publicidad Permanyer
Mallorca, 310, ático, Barcelona

Imprime:

Gráficas Fomento
C. Peligro, 8. Barcelona-12

Depósito Legal:

B - 21972 - 1976

SUMARIO

-
- 5 Junta de Gobierno
-
- 7 Editorial
-
- 9 Un Congreso con «garra»
-
- 13 Labor docente
-
- 17 Protagonista: el Podólogo
-
- 19 La Podología en el mundo
-
- 25 El pie plano infantil en la práctica diaria
-
- 29 Metatarsalgias: Nuestro concepto actual
-



REF. B-C

"HOSCH"

PIEZAS DE MANO ESPECIALES PARA INTER-
VENCIONES EN HIPERQUERATOSIS Y UÑAS

Como herramientas especiales y muy eficaces le recomendamos nuestras piezas de mano HOSCH para hiperqueratosis y uñas. Sus cabezas están equipadas con una lámina rotativa que permite quitar en capas las hiperqueratosis y las uñas más espesas.

Estas láminas HOSCH son normalizadas y se adaptan a cualquier tipo de torno.

Al pasar su pedido sírvase precisar Ref. B-C para hiperqueratosis o Ref. N-U para uñas.

APARATOS, MOBILIARIO E INSTRUMENTOS PARA PODOLOGIA

A. SOLE PALOU, S. A.

Barcelona - 2 — Vergara, 7 — Teléfono 318 24 70
Madrid - 14 — Av. José Antonio, 15 — Teléfono 221 01 95



REF. N-U

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 1977 POR EL CAMINO DE LA SUPERACION Y LA UNIDAD PROFESIONAL.



SUDENTA, S.A.

Podología

TABURETES
MOBILIARIO
TORNOS
INSTRUMENTAL
ASPIRADORES

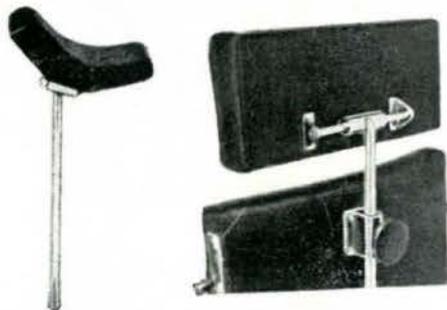
PODOMETROS
ESTERILIZADORES
EQUIPOS
FRESAS
ETC.

Y la incorporación de **SILLONES**
de importación Alemanes.

A PRECIOS EXCEPCIONALES Y
CON AMPLISIMAS FACILIDADES
DE PAGO.



VERSION TOTALMENTE ELECTRICA



POSIBILIDAD DE ELECCION DE
CABEZAL.

Servicio Técnico garantizado en
toda España por el servicio post-
venta SUDENTA, S. A.

SOLICITE AMPLIA INFORMA-
CION SIN COMPROMISO A:

sudenta, s. a.

Rda. San Antonio, 98, Pral.
Barcelona-11 - Telfs. 318 95 66 - 318 96 16



VERSION ELECTRO-HIDRAULICA

Espoz y Mina, 7
Madrid-12 - Telfs. 221 40 44 - 222 45 69

AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

JUNTA DE GOBIERNO

| | | |
|---------------------|--------------------------------|------------------------|
| Presidente Nacional | D. LEONARDO ESCACHS CLARIANA | Barcelona |
| Vice-Presidente 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 FARRERAS MORCILLO | Barcelona |
| Tesorero | D. MANUEL GAVIN BARCELO | Barcelona |
| Contador | D. LUIS AYCART VIJUESCA | Madrid |
| Vocal | 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 | D. JAIME SALA PICH | Barcelona |
| Vocal | D. ANTONIO GUTIERREZ VELASCO | Málaga |
| Vocal | D. JOSE OLCINA MORALES | Alicante |

DELEGADO DE ZONA

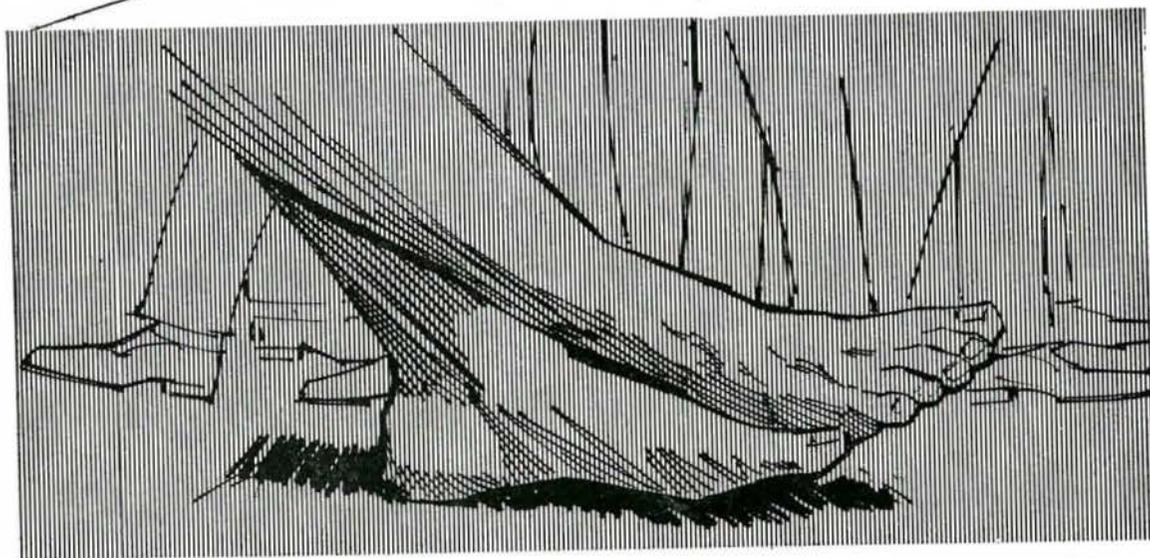
- D. José M.ª Báez Basauri. Mayor, 27, 6.º. Las Arenas. BILBAO.
D. José Luis Inchaurrendó. Paseo de Colón, 65. IRUN.
D. Juan Vidán Torres. Preguntoiro, 10. SANTIAGO DE COMPOSTELA.
D. Zacarías García Andrés. S. Madrona, 36. MADRID.
D. José Antonio Calvo García. Coso, 77, 5.º. ZARAGOZA.
D. Jaime Sala Pich. 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.
D. Antonio Gutiérrez Velasco. Plaza de las Flores, Edificio Jazmín, 1.º. MÁLAGA.

DELEGADOS PROVINCIALES

- ALAVA: D. Julio Crespo.
ALBACETE: D. Luis Juan Navarro.
ALICANTE: D. José Ochoa Morales.
ALMERIA: Delegado de Málaga.
AVILA: Sin Delegado Provincial.
BADAJOZ: D. José Villafaina de la Cruz.
BARCELONA: D. Jaime Sala Pich.
BILBAO: D. Juan M. Báez Gutiérrez.
BURGOS: D. Elías Hernando Tamayo.
CACERES: D. Timoteo Fernández
CADIZ: D. Manuel Albala Valle.
CASTELLON: D. José Aguilar Beltrán.

- CIUDAD REAL: D. Luis Barba Vázquez.
CORDOBA: Máximo González Jurado.
GERONA: D. José M.ª Bosch Doménech.
GRANADA: D. Manuel Ruiz Morales.
GUADALAJARA: Sin Delegado Provincial.
HUELVA: Jesús Tocino Vizcaíno.
HUESCA: Delegado de Zaragoza.
JAEN: Víctor Nieto Molina.
LA CORUÑA: D. Francisco de la Cruz.
LAS PALMAS: D. Francisco Morán Ventura.
LEON: Sin Delegado Provincial.
LERIDA: D. Alfredo Puchol.
LOGROÑO: D. Vicente Alvarez.
LUGO: Sin Delegado Provincial.
MÁLAGA: D. Antonio Gutiérrez Velasco.
MADRID: D. Mariano Rodríguez Esteban.
MURCIA: Sin Delegado Provincial.
ORENSE: D. Elisardo Bralo Rego.
PALENCIA: D. Damián Porro Villarroel.
PALMA DE MALLORCA: D. Juan B. Brines.
PAMPLONA: Delegado de Zaragoza.
SALAMANCA: D. Antonio Basas Encinas.
SANTANDER: Sin Delegado Provincial.
SAN SEBASTIAN: Sebastián Tenés Iturriza.
STA. CRUZ DE TENERIFE: D. Armenio Méndez.
SEGOVIA: D. Francisco García.
SEVILLA: José Cañero Ramos (accidental).
SORIA: Sin Delegado Provincial.
TARRAGONA: D. Miguel Manzano Hernández.
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 A. Calvo García.

¡NUEVA FORMULA!



Pentoderm[®]

Crema dermoprotectora cutánea

COMPOSICION

Por 100 g.: Ac. undecilénico, 2 %; Alcohol fenoxietílico, 1 %; Sal sedativa de Homberg, 0,5 %; Poligalacturon-sulfonato sódico, 0,75 %; Tintura de Arnica, 0,3 %; Pantotenol, 0,3 %; Ovolecitina, 0,05 %.

INDICACIONES

Escoriaciones e irritaciones de pies y manos, pies cansados y doloridos, dermatofitosis, irritaciones dérmicas.

CONTRAINDICACIONES Y EFECTOS SECUNDARIOS

No se conocen.

POSOLOGIA

2 ó más aplicaciones al día.

PRESENTACION Y P.V.P.

Tubo con 50 g. de crema: 62,80 ptas.



MADAUS CERAFARM, S.A.

EDITORIAL

Al decir adiós a este ajetreteado año, lo hacemos con la plena esperanza de que el próximo sea portador de soluciones, sino de todos, al menos de los mayores problemas que agobian a la sociedad en estos momentos, entre los que podemos contar uno que ha sido objeto de muchas controversias. Me refiero a ese problema que cada año se presenta aumentado y corregido sin solución firme: LA SELECTIVIDAD.

En la época actual, de un modo o de otro, el fantasma de la selectividad flota constantemente en el pensamiento de la mayoría de los españoles, aunque esta selectividad pueda entenderse de diferentes formas. Es cierto que la Universidad en la actualidad no es aquel edificio de esmerada construcción y belleza arquitectónica donde acuden los estudiantes para aprender distintas facetas de la cultura, ni mucho menos. Yo pienso que la Universidad es la compenetración del alumnado con el profesorado, es el contrato entre dos entes con el fin los unos de enseñar y los otros de aprender, es la continuidad de la ciencia, el matrimonio perfecto entre el personal docente y el alumnado, así, al desnudo, sin barreras, sin fronteras. Pero esto es soñar, es algo así como una utopía, pues tal como se desarrollan las cosas, ese matrimonio está condenado al divorcio y no sé si podríamos decir que está sumamente politizado. Creo que es una verdadera pena que la causa primordial que une a los hombres en una Universidad, no sea siempre el hecho de cultivar la ciencia y la vocación, sino hacer dinero, por puro materialismo. Yo, que soy joven, tengo mis propias ideas, lo cual no quiere decir justamente que comulgue con los mismos principios que los demás, pero respecto a esto creo soy demasiado inocente. No me atrevo a mencionar otra palabra, puesto que a veces el significado para el receptor y el emisor no es idéntico, pero tengo el convencimiento de que las profesiones han de ser por vocación, y en ellas hay que buscar no sólo la compensación económica, sino también la satisfacción de haber realizado un trabajo con pleno convencimiento. Muchas personas ven bien a la selectividad, pero bien llevada; no es cuestión de decir éste sí y éste no, sino de estudiar los valores de cada uno y su predisposición para tal o cual carrera, y tampoco es cuestión de admitir a todo el mundo, tenga o no vocación y llenar las aulas de malos estudiantes que luego serán el desprestigio de una profesión. ¿Cuál debe ser entonces la posición correcta ante este dilema: ¿Sí o no a la Selectividad? La perspectiva es que se trata de un problema tan sumamente peligroso y complejo que requiere no una determina-

ción espontánea, sino un análisis exhaustivo y a fondo, y aquí topamos con la realidad de que en una sociedad se requieren unos principios y una formación básica muy buenos, con un convencimiento firme, pues de lo contrario todas las soluciones que se busquen están condenadas al fracaso. A mi modo de entender, que no soy docto en la materia, sino un ciudadano más, creo que si todos, absolutamente todos, obrasemos en conciencia y no nos moviese tanto el dinero, este problema no existiría, o al menos sería de menor envergadura, pero ha y que reconocer que si bien es triste para un padre el ver que su hijo no podrá vestir jamás una bata de médico, porque no reúne cualidades para ello, a pesar de tener puestas en él todas las esperanzas, también lo és, y mucho, para un joven el ver cómo se le cierran las puertas a eso que siempre soñó ser, y que además tiene facultades de sobras para desarrollar. Así se crean dos descontentos en la sociedad, el uno, porque no podrá seguir amasando esa fortuna con el nombre de su padre, y en cambio sería muy feliz en otra profesión, y el otro, porque tendrá que derivarse hacia un trabajo que no le gusta. Hoy la Universidad se masifica hasta extremos inconcebibles, a la vez que otras profesiones muy dignas van en declive. Tal vez con un aprovechamiento y estudio de la capacidad de trabajo y la vocación de cada uno, bien llevados y dirigidos, se lograría nivelar algo la balanza, pero eso empezando y ade pequeño, guiando y dando a cada cual lo que necesita, es decir, protegiendo y ayudando la libre iniciativa de cada individuo para desarrollar un trabajo determinado.

MARTÍN RUEDA

SERRA - FARGAS

BARCELONA — Plaza Castilla, 3

MADRID — San Bernardo, 74

«EQUIPOS — SILLONES — TABURETES»

SWAN NORTON: Bisturís, mangos y hojas.

AESULAP: Esterilizadores, hojas bisturí, mangos bisturí, instrumentos, alicates, etc.

MICROMOTORES: De importación.

PODOMETROS; MOBILIARIO; MOTORES COLGANTES; ESTERILIZADORES ULTRAVIOLETAS; FRECUENCIA; VIBRADORES; BISTURIS ELECTRICOS; CAUTERIOS; PIEZAS DE MANO; SILICONAS; PULIDORAS; FRESAS; MESAS; ASPIRADORAS.

AMPLIO STOCK DE MATERIALES PARA PODOLOGIA.
CONSULTE CONDICIONES ESPECIALES.

Con gran éxito finalizó
el IX Congreso Nacional de Podología,
celebrado en Salamanca (9 al 12 de Octubre)

Un Congreso con "garra"

Por J. VIDAN

Delegado de la Agrupación de
Podólogos de España en Galicia

Sí amigos, ha finalizado el IX Congreso de Podología, que tubo por marco la monumental capital salmantina. No ha sido un Congreso más, ha sido un Congreso con «garra», que gustó; y cómo nos enaltece ver congreso tras congreso la superación de ellos, en la memoria de todos están los anteriores, pero éste, querido colega, hay que definirlo como el más, y creo que la razón radica, en que seguimos teniendo un maestro, que principalmente, por su gran dedicación y amor a la Podología, trata de que los Congresos se superen, eligiendo a la persona idónea y a la capital propicia para estas manifestaciones Podológicas y otra razón, es el nivel cada día más alto, de superación y entrega a la especialidad. Ya no existe el secreto o habilidad profesional; todo el mundo deposita su gran o pequeño saber, en favor de compañeros ávidos de llegar a metas profesionales, aunque sea un poco tarde. A todos ellos, debemos con todo respeto, otorgarles nuestra sincera gratitud.

Grande ha sido el acto inaugural, grande y emotivo ha sido el discurso del Secretario General del Congreso, compañero Basas, grandioso e incomparable el marco que nos ha brindado el Rectorado de Salamanca. Escasos días antes, la más alta Magistratura de España, el REY, presidía el Acto Inaugural Académico del curso presente, días más tarde, el Magnífico Sr. Rector, D. JULIO RODRIGUEZ VILLANUEVA, PRESIDENTE DE HONOR DEL CONGRESO, sentaba a su lado a nuestro Presidente Nacional D. LEONARDO ESCASCH CLARIANA; rodeando a dichas personali-

dades, hemos visto al Excmo. Sr. Gobernador Civil, Excmo. Sr. Presidente de la Diputación Provincial, Excmo. Sr. Alcalde de Salamanca, Ilmo. Sr. Decano de la Facultad de Medicina, Ilmo. Sr. Jefe Provincial de Sanidad, entre otras personalidades y representaciones de la vida Universitaria y local de esta bella capital.

Grande también ha sido el discurso de nuestro Presidente, orgulloso de ver totalmente abarrotado el paraninfo, dando testimonio todos los Podólogos, de concurrir a la llamada del Presidente Nacional y el Secretario Gral. del Congreso, asistencia insospechada, a través, de la estadística de congresos anteriores. Con qué firmeza, y con qué entusiasmo, quiero plasmar en pocas palabras el nivel Podológico de España; las inquietudes de la Podología Nacional y el afán de superación día a día de todos los Podólogos; la ovación que se la tenía ganada de antemano, fue corta, comparada con su gran amor a la Podología.

Broche de oro fue el discurso del Magnífico Sr. Rector y Presidente de Honor del Congreso; captó todo el sentir de la Podología, captó la unidad de los Podólogos, captó muy bien todas nuestras inquietudes tanto en el campo profesional, como el Académico, ofreciendo su valiosísima colaboración (que todos valoramos en mucho) y ofreció su Universidad y su apoyo en colaboración de la Facultad de Medicina a través de su Decano, para que nuestros pasos, nuestros deseos, todos muy dignos, consigan un feliz término. Creo que los Podólogos mermaron aplausos para el Pre-

Fitex-E

Onico-Fitex

Tratamiento local específico de las dermatomicosis y micosis de uña respectivamente. Gran poder de penetración, acción prolongada e intermitente.

FITEX-E

Fórmula

Ester borotrioxibenzoico de la dextrosa, 8,73 gr.;
Acido orto-oxibenzoico, 8,88 gr.;
Disolvente apropiado c.s.p., 100 ml.

Forma farmacéutica

Solución para pincelaciones.

Posología

Pincelar la zona afectada 3 ó 4 veces al día, especialmente después del lavado de la zona.

Indicación terapéutica

Dermatomicosis

Contraindicaciones

Dermatitis bacterianas en fase aguda.

Incompatibilidades

No se conocen

Efectos secundarios

No se conocen

Presentación

Frasco de 60 ml. con pincel.

P.V.P.

199'10 ptas.

No precisan apósitos ni vendajes.

ONICO-FITEX

Fórmula

Ester borotrioxibenzoico de la dextrosa, 8,92 grs.;
Acido orto-oxibenzoico, 1 gr.;
Disolvente apropiado c.s.p., 100 grs.

Forma farmacéutica

Solución para pincelaciones.

Posología

Aplicar 2 veces diarias por pincelación.
Aplicar también después de cada lavado.

Indicación terapéutica

Onicomicosis. Paroniquia.

Contraindicaciones

Dermatitis bacteriana.

Incompatibilidades

No se conocen

Efectos secundarios

No se conocen

Presentación

Frasco de 30 ml.

P.V.P.

100'50 ptas.



INFAR  **NATTERMANN**

Apartado 400 - Zaragoza

Infanta Carlota, 84-88 - Barcelona-15

sidente Nacional, para volcarlos todos al unísono al Magnífico Sr. Rector. Fue inaugurado el IX Congreso Nacional de Podología. A partir de este instante inolvidable, empezó el CONGRESO CON «GARRA».

En el aula de la Facultad de Medicina destinada a las sesiones de trabajo, inauguró el Congreso el Profesor de la Facultad de Medicina y de la Escuela de Podólogos de Barcelona, Dr. D. ENRIQUE RASO RODRIGUEZ, sobre el tema de MATATARSALGIA; esta conferencia fue una auténtica exposición de esta dolencia, tan frecuente en la consulta del Podólogo, de la que todos por su matizada esquematización, hemos sacado buen provecho.

Intervinieron seguidamente y en sesiones continuadas, los compañeros Podólogos, de Barcelona, Sres. FRANCISCO MAURE TERNIA, sobre Parámetros podológicos, Biomecánica y Patología del pie; MARTIN RUEDA SANCHEZ, sobre Valoración muscular y recuperación del pie valgo; FRANCISCO FARRERAS MORCILLO, sobre algunos aspectos de la Quiropodología; también intervino magistralmente el compañero EVARISTO RODRIGUEZ VALVERDE, sobre Ortopodología del pie valgo, con un animado coloquio, que cabe destacar que tanto en esta disertación y en las anteriores, han sido muy animados e interesantes, destacando en general, la actualidad profesional, pues se observa una mayor intervención por parte de los Congresistas en los coloquios que en Congresos anteriores, por eso, le denominamos con «garra». El presidente de la mesa, Sr. Escasch, conocedor del ambiente Podológico del Congreso, ha tenido una intervención, acertadísima, al invitar a destacados compañeros, a que expusieran sus técnicas y conocimientos todos

en equipo, especialmente sobre el tema de la Ortopodología. Recordamos al compañero D. MANUEL ALBALA VALLE, de Cádiz; JOSE VILLAFAINA DE LA CRUZ, de Badajoz; MANUEL TERRON SANGUINO, también de Badajoz; todas estas intervenciones muy bien dirigidas por el Sr. Presidente, han tenido un éxito a juicio de todos muy interesante y efectivo; se ilustró a los asistentes, con trabajos prácticos, datos de toda clase, informes, y casas comerciales, en fin, no ha habido exclusividad ni secreto de estado. Así deben ser los Congresos o Reuniones Podológicas.

De los actos sociales, tenemos que destacar todos, pues todos merecen el mayor elogio, el acto de la Excma. Diputación Provincial, el del Excmo. Ayuntamiento, gran recuerdo el celebrado en el Palacio de Fonseca, gentileza de la Universidad. Recordamos con satisfacción la comida de trabajo del Comité Organizador, y la cena de Gala. Las Sras. acompañantes, disfrutaron lo suyo en la excursión a La Alberca, lástima que el tiempo no fue muy propicio; también la fiesta campera, todo ello, tanto conjuntamente, como si lo desglosáramos, ha tenido un éxito de organización, sinceramente insospechado; pues cuando hay un puñado de Podólogos responsables, con un Secretario que sabe aunar criterios, el éxito es absoluto.

Permítaseme enviar nuestra Felicitación a todos los Podólogos salmantinos; dieron fe del gran amor que profesan a la Podología y muy especialmente a la Agrupación Nacional de Podólogos.

Ha finalizado el IX Congreso Nacional, pero ya nació otro, querido colega: el X EN SAN SEBASTIAN, en la primavera próxima.

Para dirigirse por cualquier concepto a asuntos concernientes a esta Revista, rogamos se remitan a los encargados correspondientes (Redacción, Administración y Publicidad), cuyas direcciones figuran en página 1.ª, con lo cual pretendemos agilizar la correspondencia al canalizar los escritos directamente a los responsables de cada faceta.

cuando sus dos pies
son dos
problemas...



Use **Peusek**[®]

desUdorante y
desOdorante
de los pies



Y AHORA TAMBIEN

NUEVO

Peusek[®]
ARCANDOL

para pies *ARdientes*
CANsados
DOLoridos

SPRAY

DOS PRODUCTOS PARA...
DOS PROBLEMAS QUE SON...
DOS SOLUCIONES.



Labor Docente

Por J. ALONSO GUILLAMON
PODOLOGO

INAUGURACION DEL CURSO ACADEMICO 1976-77 EN LA ESCUELA DE PODOLOGOS DE BARCELONA

Presidido por el Profesor D. R. Arandes, Catedrático de Patología Quirúrgica y Director de la Escuela, el Sub-Director de la misma, D. Leonardo Escachs, y el Claustro de Profesores, se procedió el pasado día 2 de noviembre a la inauguración del presente Curso Académico.

En el transcurso del acto tomó la palabra el Sr. Escachs, quien tras hacer la presentación de Profesores al alumnado, se dirigió a todos con palabras alentadoras, dando la bienvenida y elogiando la Profesión en la cual se inician, incitándoles a amarla y saber ser acreedores de ella, ya que de ese amor y compenetración ha de surgir una Podología cada día mejor. Seguidamente hace uso de la palabra el Profesor



D. R. Arandes, que se dirigió a los asistentes en semejantes términos, dándoles ánimos y manifestando su alegría por el camino ascendente de la Especialidad, consecuencia de una enseñanza cada día mejor. Finalizado su discurso se dio por inaugurado el Curso Académico 1976-77.

★ ★ ★ ★

VISITA DE M. BATES, DIRECTOR DE LA ESCUELA DE PODIATRAS DE FILADELFIA (PENSILVANIA), EE.UU., A LA ESCUELA DE PODOLOGOS DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE BARCELONA

Los días 10, 11, y 12 de noviembre, el Sr. Bates, acompañado de su distinguida esposa, e invitados por el Subdirector de la Escuela Sr. L. Escachs, nos honraron con su visita. Regresaban de París, donde asistieron a las Jornadas de «Entretiens de Podologie», en las que el Sr. Bates participó con una brillante conferencia, que versó sobre la FISIOTERAPIA EN PODOLOGIA.

Al Sr. Bates, ya tuvimos el placer de conocerle en la Escuela de Podiatras de Filadelfia, que él mismo dirige, en el viaje que realizamos un grupo considerable de españoles en junio de 1975. Su sencillez y cordialidad se manifestaron en los primeros contactos que mantuvimos, ofreciéndonos toda clase de facilidades para satisfacer nuestras inquietudes profesionales.

Por ello, aquí, en este instante y recordando aquellos inolvidables días, queremos testimoniarle nuevamente, nuestro agradecimiento a él y al grupo de profesores de la escuela, que en todo momento se esforzaron para que la estancia en su país fuera provechosa para todos nosotros.



También de manera especial, queremos recordar al Sr. Yale, ya que sin su colaboración no hubiese sido posible estos lazos de amistad y unión entre ambos continentes.

En su estancia en la escuela de Podólogos de Barcelona, el Sr. Bates tuvo amplios contactos con el Sr. Escachs y con el profesorado de la misma. Entablándose amplios coloquios, donde se trataron multitud de temas, destacándose: La Podología en el mundo, Contactos internacionales y el funcionamiento de las escuelas de Podiatras Americanas.

Al finalizar su estancia en nuestro país y antes de reemprender viaje a los EE.UU., solicitamos al Sr. Bates, que nos contestara a unas preguntas, para nuestra revista, y a las que se brindó amablemente.

— **Mr. BATES, después de su visita a Francia y posteriormente a esta Escuela, ¿cómo ha visto la Podología Europea?**

— Esta es la tercera vez que visito Europa y puedo decir que la Podología Europea está en movimiento. Apreciando que todos los países tienen interés y ambición en progresar. Igualmente he podido constatar el avance de la podología española, dentro del contexto europeo.

— **¿Qué consideración académica tienen los Podiatras Americanos?**

— Los podiatras americanos, son universitarios, con formación de cuatro años de carrera y uno o dos como residentes en Hospitales Podiátricos.

— **¿Cuántos alumnos tiene matriculados la escuela que Vd. dirige?**

— Este año en el primer curso hemos matriculado de setecientos a setecientos cincuenta alumnos.

— **¿En qué relación se encuentra el Podiatra Americano con otros profesionales de la Medicina?**

— Puedo considerar que son muy buenas, ya que el nivel educativo es muy similar, aunque puedan existir diferencias con algunas ramas de la Medicina.

— **¿Existen departamentos de Podología dentro de los Hospitales?**

— Sí, pero no en todos. Existen grupos que trabajan en departamentos de la Armada, en diferentes grupos gubernamentales y en centros de enseñanza.

— **¿Los centros podiátricos están subvencionados por el estado?**

— Sí, pero no suficientemente.

— **Para terminar, ¿quiere Vd. añadir algo más?**

— Puedo decir que conozco al Sr. Escachs desde hace tres años, y estoy muy contento de estar aquí y deseo volver otra vez. Me gustaría que progresase mucho nuestra profesión en su país y para ello les brindaré siempre la ayuda que soliciten.

— Muchas gracias, nuevamente, al Sr. Bates,

Agradezco a cuantos han tenido la gentileza de dirigirse a esta Redacción remitiendo sugerencias acerca de esta Revista, las cuales serán estudiadas y si se creen convenientes llevadas a la práctica, siempre que no se desvíen del concepto científico de REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA.

MARTIN RUEDA
Jefe de Redacción

por su atención, hemos estado muy satisfechos de su visita y como Vd. decía, nos sentiríamos satisfechos de volverle a ver prontamente. ¡Buen viaje!

Agradecemos la colaboración de los compañeros Sres.: Liberto Capella, Claverol Serra y Srta. Sáenz, que hicieron de intérpretes durante la estancia en Barcelona de la familia Bates.



IGUALMENTE NOS SATISFACE NOTIFICARLES LA VISITA A NUESTRA ESCUELA DE DOS COMPAÑEROS CANADIENSES, Mr. MARS DESFORGES, VICEPRESIDENTE PROVINCIAL DE QUEBEC Y DE Mr. MARC TRANCHEMONTAQUE DIRECTOR DE FORMACION PROFESIONAL

Los días 11 y 12 de noviembre visitaron la escuela de Barcelona, procedentes también de las jornadas de París, los Sres. DESFORGES y TRANCHEMONTAQUE. Colaboraron en los coloquios que se entablaron con motivo de la visita de Mr. Bates. Con tal motivo también hemos aprovechado para formularles algunas preguntas:

— **¿Cuál ha sido el motivo principal de la visita a esta Escuela?**

— El año pasado y con motivo de una conversación en Canadá, invitamos a los Sres. Lavigene y Doutaud y este año correspondiendo a aquel gesto, hemos asistido a las jornadas parisienses de «entretiens de podologie». En dichas jornadas pudimos apreciar el alto nivel de la podología española, muy similar a la americana y por ello nos hemos desplazado a Barcelona con el objeto de constatar lo que vimos en París y para poder entrar en contactos con personalidades podológicas españolas.

— **¿Cuál es la formación de los podiatras canadienses?**

— Canadá es un país federal y cada provincia se rige por diferentes leyes. En la actualidad no existe ninguna escuela de Podiatras en Canadá, estando en proyecto crear una en Quebec para todo el país, de aquí la importancia de nuestro viaje a diferentes países europeos como: Alemania, Suiza, Inglaterra, etc. El conocer los niveles formativos de Europa, servirá para los nuevos podiatras canadienses.

Los profesionales de nuestro país, prácticamente todos se han formado en escuelas de los Estados Unidos, de aquí, que el nivel formativo de los podiatras canadienses sea igual al americano.

— **¿Disponen de alguna institución que reúna a los podiatras canadienses?**

— Sí, la CANADIEN PODIATRIC ASSOCIATION.

— **¿Cuántos podiatras hay en Canadá?**

— Unos trescientos por 22 millones de habitantes.

— **Con la escasez de podiatras en Canadá, ¿debe ser un atractivo para extranjeros ir a trabajar a este país?**

— Pues sí, aunque tan sólo se puede realizar en Quebec, con un título similar al de los EE.UU. y con previo requisito de un examen. En las otras provincias se requiere tener el título americano.

— **¿Disponen de buenas relaciones con otros facultativos del país?**

— Sí, existe una relación muy estrecha, ofreciéndonos muchas facilidades para el éxito de nuestra especialidad.

— **¿Existen profesionales en centros hospitalarios?**

— No, no hay ninguno. Sí en cambio, en centros geriátricos.

— **Al finalizar la charla, ¿quieren añadir algo más?**

— Pues sí, el agradecerles su colaboración, deseando que existan buenas relaciones podológicas entre España y Canadá y esperando que en el congreso nacional asistan muchos profesionales españoles.

— **Muchas gracias y hasta siempre.**

ESSAVENON® GEL



Tratamiento local de los trastornos de la
circulación de retorno.

Fórmula 100 grs. contienen:

Escina, 1 gr.; Heparina sódica, 10.000 U.I.; Fosfátidos con predominio de ácidos grasos insaturados, en especial ácidos linoléico -aprox. 70%- y linolénico, 1 gr.

Forma farmacéutica
Gel

Posología

Aplicar 2 ó 3 veces al día Essavenon Gel en sentido ascendente.

Inmediata absorción, gran efecto refrescante, no mancha, no irrita y no necesita vendajes.

Indicación terapéutica

- Piernas y pies cansados, hinchados ●
- Tobillos hinchados ●
- Adaptación de plantillas ●
- Hematomas, contusiones ●
- Calambres, hormigueos ●

Contraindicaciones

Ulcus cruris, heridas abiertas.

Incompatibilidades

No se conocen

Efectos secundarios

No se conocen

Presentación

Envase con 40 grs.

P.V.P.

114'50 ptas.



INFAR  NATTERMANN

Apártado 400 - Zaragoza
Infanta Carlota, 84-88
Barcelona-15

Protagonista:

EL PODOLOGO

Capítulo II

¡No, si ya lo decía yo! Completamente diferente de la idea inicial. Parece como si el espíritu de contradicción, hubiera imperado. ¡Seamos nobles! Más bien, ha sido el factor monetario. Hubiera preferido las sillas de madera, en lugar de estas metálicas y también poder colocar aquí, en el centro, aquel cuadro mecromado, pero... En conjunto, ha quedado todo muy bien.

En la primera habitación, que se halla muy cerca del recibidor y el cual, por ahora, me servirá de sala de espera; he puesto una mesa de despacho, un mueble biblioteca-archivo, una mesa de reconocimiento, una vitrina y un podoscopio. Además, he acoplado en el primer escalón del podoscopio, una báscula y un tallador.

En la otra habitación, que está contigua a la anterior y que resulta algo más pequeña, hay el sillón podológico, el taburete, una mesa auxiliar, el aparato podológico y acoplado en la pared, está el pupinel.

Todo este mobiliario, está complementado por unos cuadros decorativos (unos alusivos a la profesión y otros no), un empapelado prudente y unas cortinas blancas. Mi cabeza, se está desplazando como un péndulo de reloj. ¡Como si así pudiera percatarme mejor de la decoración de las habitaciones! Quizá lo que intento, es convencerme a mí mismo, de que ha quedado bien. ¡Pasen, señores, pasen! ¡Contemplan la obra del artista!

Dentro de unos momentos, vendrá mi primera visita particular. Tengo que causar muy buena impresión. A ver las manos, las uñas. ¿Están limpias? y... ¿La camisa?... ¿La corbata?... ¿El peinado? Sí, todo está en orden. Díme, espejo, la verdad, ¿todo está correcto?

Me encuentro algo satírico. ¡Ese no soy yo! Seguro, mi subconsciente me está dando la tarde.

Tengo que repasar lo que voy a anotar en la ficha podológica. A ver... nombre, edad, sexo, domicilio, localidad, naturaleza. Motivo de la visita. Antecedentes patológicos, fisiológicos y familiares. Exploración objetiva y subjetiva. Y... ¿si el paciente viene sólo para extirparle una hiperqueratosis interdigital? ¿Hay necesidad de tantas preguntas? Bueno, como después de los datos de la afiliación, ya me dirá el motivo de la visita, según lo que conteste, haré la ficha más o menos extensa. ¡Ah! Sobre todo, no tengo que olvidarme, que según la edad es imprescindible preguntarle si tiene algún trastorno metabólico, alguna alteración circulatoria y tomar los pulsos arteriales.

¡Estoy más nervioso que un flan! Me gustaría y esto que su sabor, no me gusta, poder encontrarme como aquellos complementos culinarios, que nos endosan en las propagandas televisivas, manifestándonos que están concentrados o de doble... Mejor aún, podría ser mi cerebro, una computadora. Todo preparado, ordenado, seleccio-

nado, con rápidas soluciones. Pero... Con tranquilidad y paciencia, hoy lo lograré. Lo puedo lograr. En el futuro, después de muchos y muchos casos, ya se cuidará la experiencia. Aunque pienso, que en esta profesión, nunca se sabe suficiente. El hecho de tener un título, que acredite mis estudios, no ha de ser motivo de conformismo. Quiero y debo tener inquietudes. Deseos de superación. Tendré que comprarme muchos libros y naturalmente leerlos, empollarlos. Aún me queda mucho que aprender.

Dispongo de una hora, para efectuar esta visita. Después tengo proclamada otra, pero es familiar. El viernes de esta semana, hay también una, pero semi-familiar, y ya se acabó todo el trabajo podológico. Supongo que mi comienzo, no debe de estar mal del todo.

Unos laboratorios farmacéuticos, me regalaron al empezar el año, esta agenda. Me irá bien para ir anotando las visitas y horario proclamado. Pero... han pasado sus páginas, como insufladas mágicamente por un huracán y la blancura existente en ellas, ha molestado mis ojos. ¿Qué día será, en que éstas hojas serán horrorosas, ensuciadas con nombres de pacientes, escritos con el carbón, quizá del bolígrafo?

¡Ay! Qué susto. Ha sonado el timbre de la puerta. Más que un carrión, me ha parecido un cañón. Tengo las manos frías y temblorosas. El corazón taquicárdico. ¡Dios mío! Debe de ser la visita... ¡Alto! Tranquilo. Serenidad. Sí, seguramente será tu primera visita, pero para él, has de demostrar que no es tu primer cliente. Todo lo contrario. Debes comportarte como un buen profesional. Nada más. Como lo que eres, como un **PODOLOGO**.

NUEVO

sandalia de masaje ganter

una plantilla anatómica **ACTIVA**

- antiedematosa •descontracturizante
- activadora de la circulación periférica •sedativa del pie


ganter
MADE IN GERMANY



Solicite información a:

EXDIRE PASAJE SAGRISTA, 8 - TEL. 218 44 23 - BARCELONA-15

La Podología en el Mundo

Curso de Perfeccionamiento organizado por la
A. N. I. P., en Nápoles

Por PABLO VILATO
Podólogo
BARCELONA

Organizado por la Associazione Nazionale Italiana Pedicure - Podologi, se celebró en Nápoles durante los días 1 y 2 de noviembre un curso de perfeccionamiento para los profesionales en ejercicio, al que acudieron un considerable número de colegas de toda Italia. El tema que se desarrolló fue circunscrito a las nuevas técnicas de tratamientos ortopodológicos y la exploración estática y morfológica del pie por medio del fotopodograma, motivo por el cual fui gentilmente invitado a efectuar la lección inaugural.

Las sesiones de este curso tuvieron lugar en el aula magna de la Clínica Ortopédica Universitaria. Cabe destacar aquí la perfecta organización llevada a cabo con gran entusiasmo por nuestros amigos y compañeros: Giulio Zanetti, secretario de la A.N.I.P. El Presidente Nacional, Franco Brasca, y el delegado de la región de Nápoles, Salvatore Basso. No es de extrañar el gran entusiasmo y expectación reinante, ya que se trataba del primer curso que se organizaba en el sur de Italia.

El señor Brasca explicó unos trabajos con material Plastazote confeccionando unas esarpinas moldeadas para pies que presentaban grandes alteraciones posturales de los dedos y especialmente indicadas en pacientes de edad avanzada. El señor Zanetti expuso y practicó protecciones con materiales de diferentes clases a base de siliconas. En el transcurso de las lecciones de los colegas italianos recalcaron con insistencia el provecho obtenido en el curso que hicieron el pa-

sado año en la Escuela de Podólogos de Barcelona. Asimismo de ello se hizo eco la prensa italiana. LA VOCE DI NAPOLIS, decía de la escuela de podólogos de Barcelona que era reconocida como a la vanguardia de la podología europea y en términos parecidos se expresaba el diario ROMA.

Al final del curso se proyectó por solicitud del Comité Organizador, la película también de la misma escuela, «Posibilidades de la Podología en España», siendo acogida con entera satisfacción por los concurrentes y como un signo esperanzador de las posibilidades del podólogo italiano, que aún en la actualidad, tiene un campo profesional más reducido que la vigente ley de reglamentación de la especialidad para España. Dicha película ya había sido también presentada en el Congreso Internacional de Holanda.

Sería injusto silenciar en esta breve reseña las atenciones de que he sido objeto por parte de los compañeros italianos, a las que yo no hubiera aceptado por méritos personales, pero sí, como manifestación de homenaje a un podólogo que viene de España.

Y desde estas páginas de nuestra Revista quiero expresar mi agradecimiento para general conocimiento.

Un almuerzo de compañerismo en el lujoso Hotel Ambassadors de Nápoles, que transcurrió en un ambiente muy cordial, dio fin a las brillantes jornadas de las que guardo un afectuoso recuerdo.



**ESTA SEGURO de que sus pequeños
pacientes van BIEN calzados?**

**De lo contrario, DE QUE LE SIRVEN
las plantillas . . .**

ASEGURESE con PIEDRO



En España

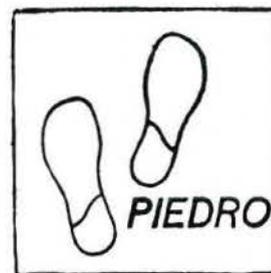
J. L. Vila-Plana

Conde Borrell, 211 - prta. 33

Barcelona - 15

teléfono 93/239 53 06

telegramas: KIRITA-Barcelona



Por MARTIN RUEDA
Podólogo
BARCELONA

Podemos calificar de notable la celebración de «ENTRETIENS DE PODOLOGIE», celebrados en París los días 6, 7 y 8 de noviembre, organizados por la Federación Nacional de Podólogos de Francia. Notable no sólo por el desarrollo de las Conferencias presentadas, de las que se desprenden paralelos un afán de superación excelente y una preparación podológica sólida y llena de aspiraciones, condiciones ambas que se observaron en la asistencia masiva de Congresistas (calculo que más de 600), y el orden con que se llevaron

La Podología de España estuvo representada en estas Jornadas con la asistencia de nuestro Presidente, Sr. Escachs, y su participación en las conferencias con el film «POSIBILIDADES TECNICAS DEL PODOLOGO ACTUAL»; y CUATRO de los Profesores de la Escuela de Podólogos de Barcelona, que intervinieron en el mismo. En honor a la verdad hemos de manifestar que nos sorprendió enormemente el hecho de que unos profesionales que tienen menos años de estudios que nosotros manifestasen una preparación excelente, que en ningún caso refleja su nivel académico en cuanto a Podología se refiere. Esto demuestra que no podemos dormirnos y hemos de ir a más si no queremos vernos desbancados del lugar que mundialmente ocupamos en la actualidad. Naturalmente que todo cuanto allí se habló no significó para nosotros nada que ya no estemos haciendo desde tiempo, y que nuestra Cirugía ellos todavía no la tienen permitida, pero su trayectoria ascendente ha de servirnos de toque de alerta para con más bríos ir de cara a una Podología nueva. También nos han demostrado algo muy interesante: la labor de equipo y la presencia de gente joven y preparada, que dirigidos por un hombre que parece estar en condiciones óptimas para desempeñar su cargo, y bien asesorado, van adelante con unos objetivos comunes.

Abundaron las mesas redondas al término de las sesiones de Conferencias, y en ellas fue requerida la participación de España, pues indudablemente para ellos era de suma importancia exprimirnos para ver nuestros progresos en cada

una de las facetas de la Especialidad. Hubo grandes elogios y señales de admiración al término de la proyección del film: «POSIBILIDADES TECNICAS DEL PODOLOGO ACTUAL», sobre el cual se entablaron una serie de preguntas de forma ordenada, de las que se desprende que ellos nos tienen como meta, aunque no hay duda saben revestir más sus acciones. Esto es algo que ya va con nuestra manera de ser, pues tal vez no damos a nuestros actos la importancia que tienen, somos unos profesionales que no damos publicidad a nuestra labor, o al menos no en el grado en que lo hacen ellos.

Detalle importante en cuanto a los stands de materiales que habían es el hecho de que hay casas que se dedican únicamente al trabajo en materiales para la Podología. En este aspecto creo sería muy interesante que aquí en España se hiciese lo mismo. De esta manera tendríamos centralizado todo el material y se conseguirían dos cosas: una, fomentar la producción nacional, y otra, como consecuencia unos precios más asequibles en el instrumental, pues bien sabemos el encarecimiento de los artículos de importación con las tasas de Aduanas, los Impuestos y el tanto por ciento que el comerciante está cargando al precio coste de aparatos.

Vimos que los colegas franceses están preparando un nuevo programa de estudios con un campo más amplio y bien definido, y consideran que para conseguirlo es necesario también mostrarse como señores dentro de la Podología, según palabras de su propio Presidente, quien apuntó la necesidad de renovar consultas, no en el sentido de poner equipos electrónicos, sino sencillamente dignos, pues sí bien es cierto que el hábito no hace al monje, no es menos cierto que es necesario cuidar la proyección social de la Especialidad, apoyando esto con una preparación básica firme, conocer exactamente el campo profesional y considerarse a la misma altura que cualquier otra carrera, pero cada uno en su sitio, sin interferir con otras profesiones, respetando y haciéndose respetar.

constantino velasco laínz

y

BERKEMANN

en

colaboracion

con

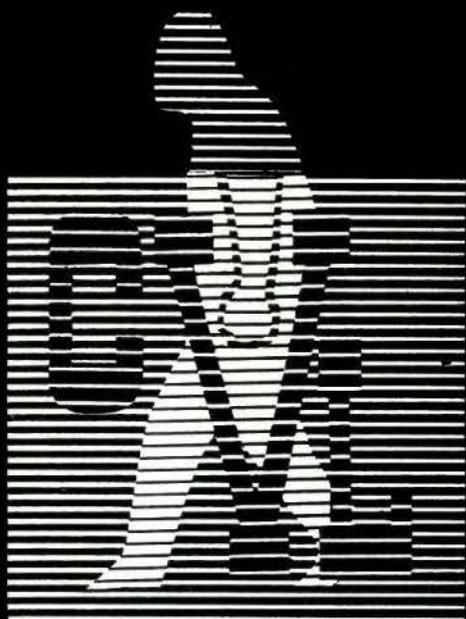
la revista española de

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. Glmo.)
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.

REUNION DE REPRESENTANTES DE LA PODOLOGIA EUROPEA EN COLONIA

El pasado 24 de octubre del presente año, se celebró en Colonia (Alemania), una reunión internacional, con miembros representativos de la Podología europea, con el fin de agrupar a todos los países en una organización representativa. A tal efecto se desplazó el presidente de la Agrupación de Podólogos de España, señor Escachs.

Los puntos más importantes tratados en esta reunión fueron:

1.º) Creación de una nueva Federación que podría denominarse FEDERACION INTERNACIONAL DE PODOLOGOS, en la cual podrán inscribirse todos los países, con un requisito previo, que garantice que el aspirante a la nueva organización quiera evolucionar culturalmente la profesión podológica.

2.º) Nombrar a M. Beauvalet, como secretario general de dicha Federación, que confeccionará unos estatutos entre los antiguos de la F.I.P. y los de la C.M.P.

3.º) Convocar por el secretario general a una reunión en el mes de marzo, a la cual asistirán todos los delegados de los países que deseen inscribirse, reflejando el firme propósito de desear la evolución científica de su profesión.

4.º) Dicha reunión se celebrará en Colonia, dadas las facilidades que otorga el representante de Alemania.

Después de estas conclusiones, el Sr. Escachs nos dio una gran impresión de esta reunión considerándola muy importante para la podología europea.

* * *

SI INAUGURA IL CORSO DI PODOLOGIA

Si aprono stamane, con una cerimonia inaugurale che si svolgerà nell'Aula Magna della Clinica Ortopedica a S. Andrea delle Dame alle ore 10.30, i lavori del corso di aggiornamento delle tecniche podologiche. Alla cerimonia intervengono autorità cittadine, regionali ed accade-

miche, a sancire il carattere internazionale della manifestazione, che si avvarrà di relatori stranieri, in particolari spagnoli. La scuola spagnola, infatti è universalmente riconosciuta.

Pedicure e Podologi

A NAPOLI IL CORSO DI AGGIORNAMENTO

Prevista una larga partecipazione, con l'intervento anche di stranieri - I lavori si svolgeranno il 31 ottobre e il 1. novembre.

Humor

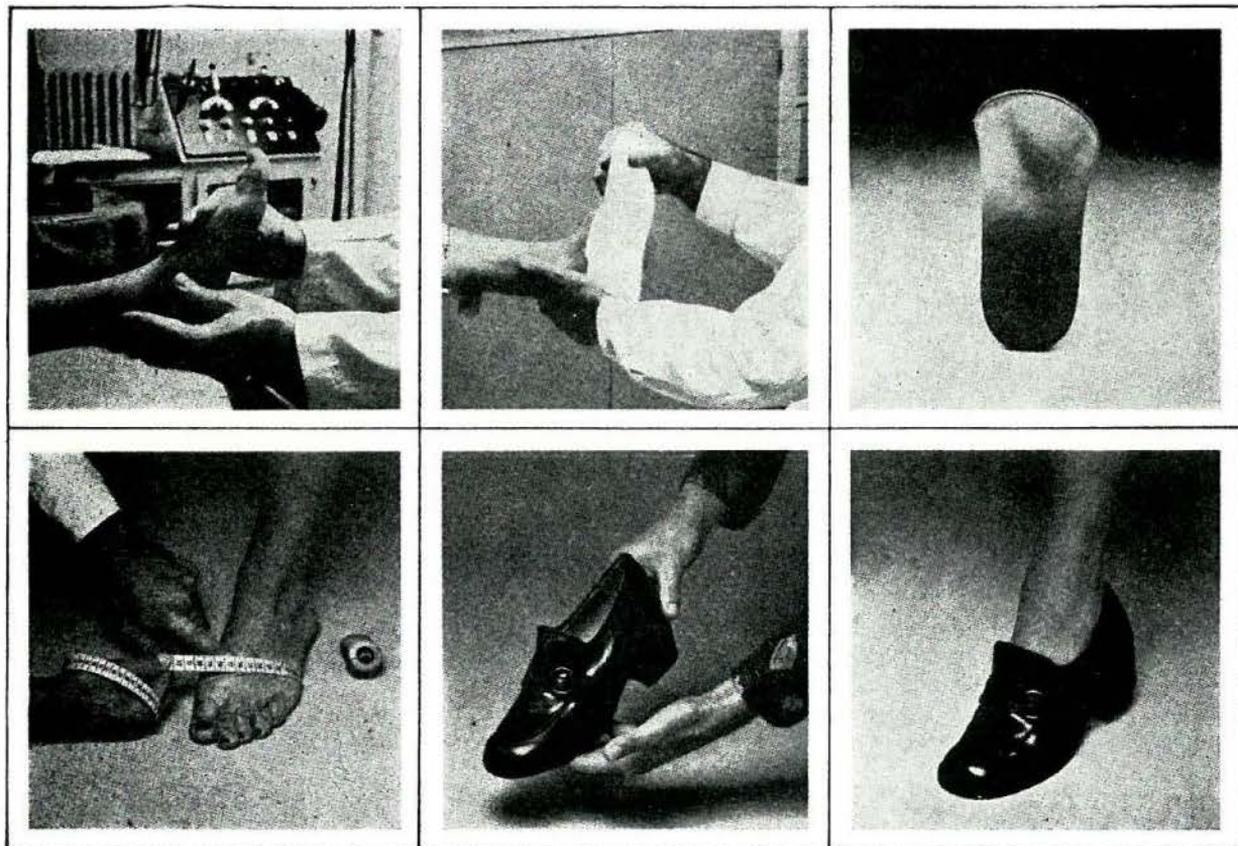
PAGINA HUMORISTICA



Sacerdote: —Hola, hijo; estoy preocupado por lo mal que anda la juventud hoy en día.

Podólogo: —No se preocupe, D. Ramón, esto es debido a la cantidad de verrugas que estamos viendo.

TAN IMPORTANTE COMO SUS MANOS



Sus manos conocen, investigan y alivian. Pero su experiencia personal puede verse traicionada si no existe un zapato que satisfaga plenamente sus prescripciones. Por esta razón, MANUFACTURAS PROS pone a su disposición la nueva línea de zapatos MANITOS ORTHO.

MANITOS ORTHO es un zapato especialmente diseñado para satisfacer todas sus exigencias. Tanto la calidad de los materiales, como la adaptabilidad al uso de plantillas permiten en todo momento continuar ejerciendo una acción benéfica y correctora como si se tratara de sus propias manos.

MANITOS ORTHO: TAN IMPORTANTE COMO SUS MANOS.

MANITOS
ORTHO

El pie plano infantil en la práctica diaria

(Continuación)

2. El problema de caminar descalzo o con el calzado tampoco es nuevo. En la consulta vemos a menudo la influencia de la publicidad de la industria del calzado sobre la mentalidad de los padres. Los «zapatos fuertes con plantillas incluidas» los adquieren para los niños pequeños, sobre todo cuando aprenden a caminar, con la esperanza de que el paso vacilante y con las piernas abiertas se convierta, como por arte de magia, en una marcha segura. Quizá sea oportuno iniciar los comentarios sobre el calzado con una cita de Hofer (1954) acerca de los daños que pueden producir en el pie: «el primer grado es la pérdida de movilidad de los dedos, es decir, el **alma** de la marcha». Según este autor, estas lesiones iniciales existirían en el 85 % de la humanidad. El gran conocedor del problema del pie plano, Schede, dijo: «¿Para qué necesita un escolar, mientras está sentado en su casa o en la escuela, un calzado pesado que abarca todo el pie y a veces incluso provisto de plantilla?»

Ni siquiera el mejor calzado no se corresponde con la forma del pie. A partir de su parte media, el miembro se ensancha, mientras que el zapato se estrecha. Sobre todo en los lactantes, los dedos exteriores se hallan muy apretados en el calzado. Con una suela de dureza media, sólo es posible el giro plantar-dorsal para los dos primeros dedos. La musculatura de los tres restantes se atrofia y los ligamentos se debilitan, con lo que se presenta la «debilidad externa para la tensión» con debilitación de la musculatura peronea (Basler). El resultado es la sobrecarga de las radiaciones internas que ceden, porque no están proyectadas para este esfuerzo adicional. Las «modernas» suelas de plástico son, además, tan rígidas que apenas se alabean bajo el escaso peso infantil, con lo que el pie no puede flexionarse dentro del zapato. Las plantillas adi-

cionales únicamente pueden contribuir a debilitar la musculatura del pie. Por consiguiente, los niños pequeños jamás deben llevar zapatos rígidos ni con suelas duras. Esto tiene también validez cuando existe un pie plano ligero. Para los lactantes, se recomiendan zapatos con suela machacada o de fieltro (Pitzen, 1954). Tampoco los «taca-taca» en forma de pantalón deben ser muy rmes, para que no impidan la libre motilidad de los pies y dedos. Lo mismo podemos decir respecto a los calcetines. Durante el período escolar, el calzado más adecuado es el ligero, con suelas flexibles.

En principio, puede afirmarse que es conveniente que los niños pequeños caminen descalzos, ya que está demostrado que los grupos infantiles que jamás usaron zapatos tienen unos pies considerablemente mejores que la población infantil calzada (Lam-Sim-Fook, 1958). También los ortopedas recomiendan que los niños vayan descalzos, aunque nosotros somos partidarios de limitar esta indicación establecida un poco a la ligera, pues, como decía muy acertadamente Pitzen, los «pies humanos están diseñados para caminar y no para detenerse en bipedestación» y si en lugar de caminar descalzos los niños se limitan a estar en pie esto puede ocasionarles molestias. Según Thomsen, el caminar descalzo es un medio curativo para los niños con pies débiles que debe dosificarse con la misma exactitud que un medicamento, y en ello es de gran importancia la naturaleza de los suelos.

Ya en 1937 Schede hablaba de la «fatiga del empedrado» refiriéndose a los pies. El suelo artificialmente endurecido y alisado representa una sobrecarga persistente y monótona que provoca una fatiga del pie. Los suelos de baldosa y parquet, arena dura y seca o tierra aplanada y apisonada, pueden provocar molestias en lugar de

mejorías. También el suelo de linóleo delgado, sin alfombra adicional, debe considerarse como duro, carente de elasticidad.

Igualmente, puede ser desventajoso un suelo demasiado blando. La arena suelta, profunda o húmeda es muy buena para estar de pie, pero caminar por ella resulta muy difícil para niños con pies delicados y posible debilidad ligamentosa, lo que no representa ventaja alguna. El pie infantil, especialmente el débil, precisa un suelo natural, no aplanado (arena, gravilla, hierba), que exija funciones diferentes en cada momento. Precisamente este cambio funcional retrasa la fatiga del miembro y favorece el fortalecimiento de la musculatura.

3. Con frecuencia vemos, en la práctica, que el diagnóstico de pie plano infantil provoca automáticamente la **prescripción de plantillas**, tratamiento que no puede considerarse como óptimo, sobre todo si se inicia antes de comenzar la gimnasia del miembro. Se presentan en la consulta niños que ya han tenido diversas plantillas, pese a que sólo ahora comienzan a caminar, sin que se perciba mejoría alguna en el defecto. Hay que añadir, además, que a estas edades las plantillas se quedan pequeñas cada dos meses. Los pies son todavía tan diminutos y delicados que resulta muy difícil modelar la plantilla sobre el cojinete adiposo, y además es remarcable que casi todos los modelos empleados a estas edades tienen un borde interno elevado y apoyo para

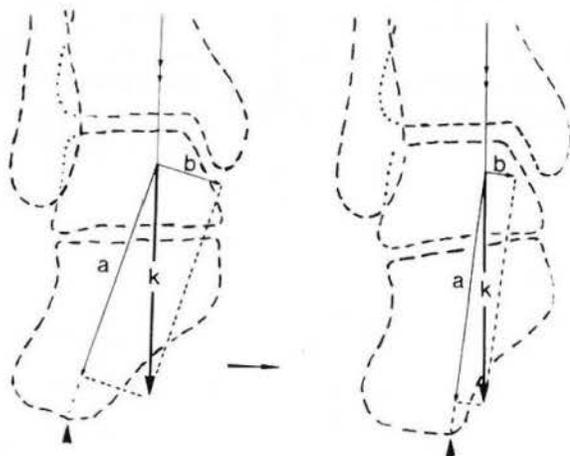


Fig. 2. Condiciones de la sobrecarga a nivel de los maléolos. Izquierda: En el pie valgo refuerzo del componente de fuerzas dirigido contra el lado interno del pie b. Derecha: Condiciones normales de carga que pueden conseguirse también con medios auxiliares (véase texto). Disminución del componente de sobrecarga b en el borde interno. K = eje de fuerza del peso corporal, a = componente de fuerza captado por el calcáneo, b = componente de fuerza contra el borde interno del pie.

el talón. La consecuencia lógica es un zapato relativamente grande, en que pueda introducirse una plantilla algo mayor que el pie. Por ello, en los niños con pie plano-zambo no se deben prescribir plantillas antes de los tres años completos, a no ser que existan otras indicaciones obligatorias (parálisis, astrágalo vertical, estado posoperatorio, etc.). Por otra parte, coincidimos con Schede en afirmar que la prescripción de plantillas no depende solamente de la edad, sino también del estado del pie. Cuando al andar de puntillas se presenta la corrección espontánea del componente valgo, y las bóvedas longitudinal y transversal muestran una elevación de su altura, no es necesario recurrir a las plantillas.

¿Qué hay que hacer con el pie plano-zambo antes de cumplir los tres años? Sin tener en cuenta la anatomía del defecto, podemos decir con seguridad que el acomodamiento del talón provoca un desplazamiento de la carga hacia dentro. La Fig. 2 muestra con claridad que una leve valgización de los talones puede provocar una considerable sobrecarga de las radiaciones internas del pie; parece lógico suponer que si se elimina esta angulación se consigue una descarga relativa del borde interno del miembro. En la mayoría de los casos, un **tacón** (nada de suela) **supinador** conduce al éxito. Puede conseguirse una actitud normal del talón con una cuña de base interna, y se logra la misma corrección si se acopla esta cuña al tacón del calzado. El zapato abarca el talón y lo mantiene en la actitud deseada. Si la suela es elástica y flexible, la parte anterior del pie se utiliza en su totalidad durante la bidepestandación y la marcha, y la cuña en el tacón evita que el pie quede acodado. Se consigue con ello la deseada «retroflexión» interna y el desarrollo de la bóveda longitudinal. Estos cambios son muy visibles en el calzado, ya que la parte anterior del pie establece un contacto pleno con el suelo. En muchos casos de pie plano-zambo, este simple tratamiento consigue la formación de una bóveda plantar normal. Naturalmente, el proceso debe apoyarse con los correspondientes ejercicios gimnásticos. Con regularidad hemos observado también la regresión de una eventual rodilla en valgo.

4. Cuando la gimnasia y la cuña de supinación permiten alcanzar la estática deseada para el pie, **debemos suprimir, siempre que sea posible, cualquier tratamiento con cuñas o plantillas**. Pitzén recomienda como medida de control fotografiar los pies a intervalos de 4 a 6 meses. También consideramos las fotografías como la mejor documentación para visualizar los cambios en el pie. Si el tratamiento no conduce al éxito esperado, consideramos como decisiva la observación y no la edad del niño. La indicación y

modo de acción de las diversas plantillas, cuñas, etc., no puede estudiarse en este artículo, pero indicamos la bibliografía adecuada: Hohmann, 1953; Rütt, 1953; Pitzen, 1954; Kaiser, 1955; Helfet, 1956; Becker, 1971; etc. En la literatura moderna se destaca la tendencia a evitar la colocación de plantillas fijas y rígidas, cuya prescripción puede tener desagradables consecuencias para los pequeños pacientes, y a veces para toda la vida. La plantilla crea otra zona de sobrecarga fisiológica en la planta del pie, pero sin este apoyo se hunde la bóveda plantar de creación pasiva y, a igual que un drogadicto no puede vivir sin el estupefaciente habitual, el niño queda ya condenado de por vida a la utilización de plantillas (Helfet). Helfet recomienda una plantilla corta que sólo abarque el talón para corregir el valgo y quede libre dentro del calzado el resto de la extremidad (heel-seat; heel-cup); con este apoyo pretende conservar la actividad de la musculatura del pie y conseguir una bóveda plantar mediante la fuerza activa de los músculos. La ventaja de este tipo de plantillas es que no provocan sobrecargas adicionales para la planta del pie y, por consiguiente, tampoco precisa mucho tiempo para acostumbrarse a ellas. Este autor informa de muy buenos resultados en 500 niños, al cabo de 7 años. Rose publicó (1958) experiencias similares.

En 1971, Becker describió un **nuevo modelo de plantilla** que deja libres el talón y la parte anterior del pie; apoya solamente su área media y sostiene en forma pasiva la bóveda plantar, aproximadamente a la altura del navicular, lo que permite la desangulación libre del pie al caminar. Tampoco obstaculiza el rendimiento fisiológico de la musculatura de la planta del pie.

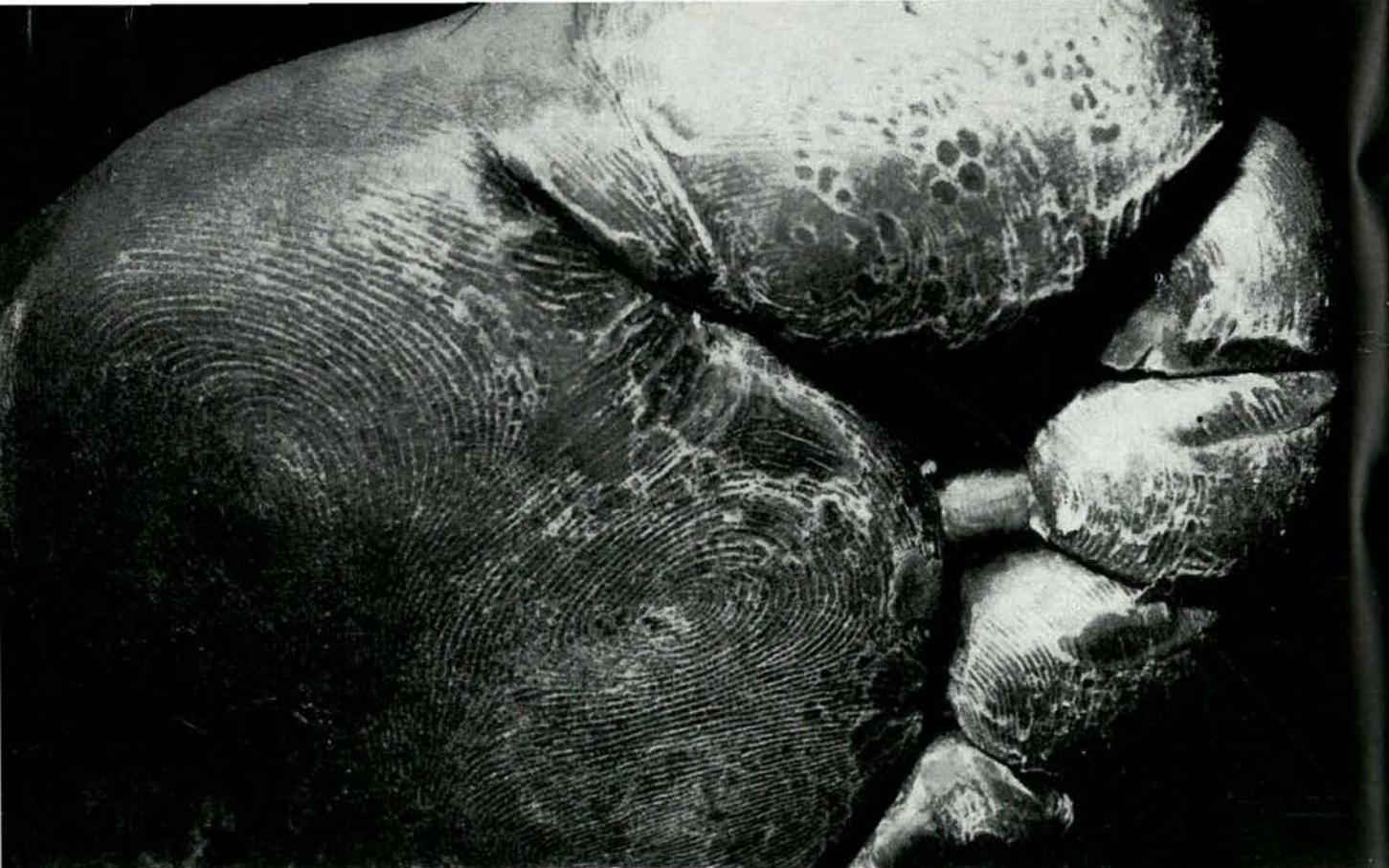
Rütt llama la atención sobre la colocación de plantillas blandas y flexibles.

Estos métodos no están todavía «consolidados», pero muestran con claridad la tendencia a prescribir plantillas rígidas sólo después de cuidadosas reflexiones, prefiriendo en lo posible las medidas terapéuticas de tipo activo.

5. Finalmente, mencionaremos la exploración radiológica del pie plano infantil, que es especialmente necesaria en los casos en que, junto a la debilidad general del tejido conjuntivo, existe alguna articulación del pie con limitación de movimientos. Las malformaciones congénitas, como el talón vertical, soldadura talonavicular, hueso tibial externo o hueso navicular cornutum sólo pueden diagnosticarse mediante la exploración radiológica.

Cuando las medidas conservadoras no conducen al objetivo deseado, generalmente obtenemos resultados adicionales con los **métodos quirúrgicos**. En muchas ocasiones se realizan operaciones en los tendones, sobre todo el del tibial anterior, posterior, extensor largo de los dedos del pie, etc. En los casos en que predomina el acodamiento, podemos injertar una trabécula ósea (por ejemplo, Grice) en el sinus tarsi para asegurar la posición correctora (artrodesis temporal extraarticular). No podemos estudiar aquí todas las posibilidades quirúrgicas del pie plano infantil, pero debemos indicar que estas correcciones sólo deben realizarse durante la infancia, la mayoría de las veces únicamente en la edad preescolar. En este campo apenas hay operaciones de rutina y en cada caso particular hay que contrastar cuidadosamente la técnica quirúrgica con el hallazgo clínico. El consejo especializado a los padres sólo es posible mediante la colaboración entre el pediatra y el ortopeda.

Ponemos en conocimiento de todos los Agrupados que el próximo mes de febrero (del 17-20 inclusive) se celebrará en la Escuela de Podólogos de Barcelona un Curso de Perfeccionamiento, al que asistirá el eminente Podólogo inglés, Mr. Coats, Miembro de la Escuela de Chelsea. La firma Piedro presta una vez más su valiosa cooperación para la presencia entre nosotros de tan eminente profesional para desarrollar conjuntamente con los colegas españoles que participarán, un tema de candente actualidad.



FUNGISDIN

antimicótico de alcance total

FUNGISDIN

posee un amplio campo de acción antimicótica y antibacteriana, por ser activo frente a dermatofitos, levaduras y también frente a bacterias gram positivas.

Composición

Nitrato de 1-(glioxalinil)-(2,4-cloro- α -hidroxitolil)-2-(2,4-clorobenceno).

Indicado en

Dermatomycosis:

Tinea pedis. Tinea cruris. Tinea corporis. Tinea unguium. Tinea manuum. Tinea barbae.

Afecciones por levaduras:

Candidiasis cutáneas, anal, escrotal y vulvar, vulvovaginitis candidiásica postantibiótica. Lesiones de los pliegues cutáneos. Lesiones perianales. Onixis y perionixis. Estomatitis angular. Balanopostitis.

Micosis provocadas por hongos diversos.

Pitiriasis versicolor.
Infecciones y sobreinfecciones por bacterias gram positivas.

Modo de administración

En general, 2 ó 3 aplicaciones al día de gel o aerosol sobre la zona afecta.

Contraindicaciones

No se le conocen.

Efectos secundarios

No se han registrado irritaciones, molestias o sensibilizaciones dérmicas.

Presentación y P.V.P.

FUNGISDIN ofrece por su presentación en gel y en aerosol una extraordinaria facilidad de administración,

permitiendo la elección de la forma más idónea en cada paciente para asegurar el acceso del preparado a todas las zonas de la piel.

FUNGISDIN AEROSOL GRANDE:

Frasco de 125 ml. P.V.P.: 487, — Ptas.

FUNGISDIN AEROSOL: Frasco de 50 ml. P.V.P.: 231, — Ptas.

FUNGISDIN GEL:

Tubo de 30 gr. P.V.P.: 262, — Ptas.



Avda. Generalísimo Franco, 520
Barcelona-11

ISDIN

Técnica e investigación en dermatología

Salamanca, 9-12 de octubre de 1976

Catedrático-Director: Profesor
Doctor R. Arandes Adán
Subdirector: Don Leonardo Escachs Clariana

Metatarsalgias: Nuestro concepto actual

por el

Dr. ENRIQUE-JOSE RASO RODRIGUEZ

Profesor de Teoría Médica de la Escuela
Médico-Cirujano-Asistente de la I Cátedra y
Clínica Universitaria de Patología Quirúrgica

Al Profesor Doctor Ramón Arandes Adán, mi estimado Maestro y dilecto amigo, quien, entre otros innumerables méritos, ha sido el pionero de la moderna Podología científica en España, y del que he recibido, siempre, fundamentales enseñanzas, estímulo vocacional y cordial sinceridad.

Al señor Leonardo Escachs, consciente impulsor de su profesión y en él, a todos los Podólogos que, con su dedicación y estudio, colaboran para que nuestra sociedad «no ande de cabeza, caminando, con los pies».

El vocablo metatarsalgia que, en terminología médica es sinónimo de dolor del metatarso, fue empleado por primera vez, por T. G. MORTON de Pensilvania (U.S.A.), en 1875, al describir un síndrome clínico que, desde entonces lleva su nombre. Evidentemente, no se trata pues, en principio, de una entidad clínica nosológica única y bien definida, sino de un amplio síndrome, esto es: de un conjunto de signos y síntomas; objetivos los primeros, subjetivos los segundos que, cobran realidad en el pie por una parte y en la personalidad del paciente por otra.

No es infrecuente que, en un mismo pie, coexistan varias afecciones causales de metatarsalgias. Entre los diversos factores que provocan metatarsalgias y que después, analizaremos, el fallo del apoyo interno del pie (escafoides, 1.^a, 2.^a y 3.^a cuña y 1.^o y 2.^o metatarsiano): síndrome de insuficiencia del primer metatarsiano, es el más frecuente.

Las cabezas de los cinco metatarsianos, normalmente, deben soportar una serie de presiones fisiológicas, coordinadamente repartidas. En todos y cada uno de los casos, cuando, los metatarsianos no cumplen su misión, bien por el uso de un calzado antifisiológico, o por anomalías de tipo congénito y/o adquirido, las presiones no se reparten a tenor de las normas naturales, siendo el motivo de la instauración de diversos síndromes etiológicos o causales de las metatarsalgias.

El arco transversal anterior que, está formado por las cabezas de los cinco metatarsianos y que a modo de muelle, está sostenido por músculos y ligamentos (peroné o lateral largo, interóseos, etc.), tienen la responsable función, de mantener la concavidad anterior plantar, complementándolo, en su cometido, las cinco diáfisis metatarsianas, a manera de columnas. Aún y cuando, en bipedestación, el pié edescansa en tres puntos de apoyo directos o esenciales

(calcáneo, 1.^a y 5.^a cabezas metatarsianas), existen otros tres puntos de apoyo accesorios o menores, descritos por ARANVES (cabezas del 2.^o, 3.^o y 4.^o metatarsianos). Entre este balanceo armónico: esencial y accesorio, es por donde equitativamente se transmiten las presiones a la planta del pie, a través del almohadillado plantar.

Se conocen tres teorías, sobre el apoyo del pie:

- 1.^a) Clásica o anatómica (1.^o y 5.^o metatarsiano y calcáneo).
- 2.^a) Teoría del apoyo de los metatarsianos centrales (2.^o y 3.^o).
- 3.^a) Teoría del apoyo total: de todos los metatarsianos.

Han sido estudiados fotoestadiograma —GRAEPPER—, estadiómetro —MORTON—, radiológicamente —MULLER—, podográficamente —VILADOT—, fotopodográficamente —VILADOT—, podograbograma —BARBERÁ— y radiofotopodograma y electromiográficamente —VILADOT, MASÓ y GÓMEZ-LLANOS.

También sobre el arco hay diversidad de pareceres: figura geométrica del arco, bóveda del arco, existencia del arco, clínica, contraprueba clínica, etc.

El estado actual del problema está, en que, el pie es un amortiguador en permanente movimiento y el antepié, un conjunto arquitectónico relativamente fijo por su centro y con paletas estabilizadoras laterales, en la que no existe ninguna posición de absoluto reposo, ni en la forma estética del pie. Asimismo el apoyo, anterior del pie, está íntimamente relacionado con las tres articulaciones de LISFRANC: interna (1.^a cuña-1.^{er} metatarsiano), media (2.^a y 3.^a cuña, con 2.^o y 3.^{er} metatarsiano) y externa (cuboides y 4.^o y 5.^o metatarsiano). (VILADOT).

Al deambular, la carga se aplica sobre el antepié y como consecuencia, los cinco metatarsianos divergen en forma de abanico y el arco transversal anterior se extiende y distiende. La cabeza del 5.^o metatarsiano se desplaza sobre la 4.^a y después sobre la 3.^a.

Conclusión y corolario de todo lo anteriormente expuesto es que, cuando el pie se eleva sobre la punta, el arco anterior se distiende, conservándose sin embargo, siempre, una ligera concavidad plantar, a condición de que, la potencia muscular, sea lo suficientemente tónica y que la estabilidad de cada uno de los cinco metatarsianos, tanto individualmente como en su conjunto, sea eficaz. Una de las características de la contracción muscular es que, impide que los puntos extremos del pilar de apoyo (cabezas del 1.^o y 5.^o metatarsianos) diverjan

excesivamente y otra que, aplica la cara plantar de los dedos al plano del suelo.

En la patogenia de las metatarsalgias deberán pues ser consideradas y tenidas en cuenta, las siguientes circunstancias:

- 1.^a) Factores condicionales y/o desencadenantes de hiperlaxitud muscular y/o ligamentosa.
- 2.^a) Hiperpresiones considerables tanto extrínsecamente (el sujeto que lleve habitualmente carga), como intrínsecas (obesidad).
- 3.^a) Anomalías anatómicas y/o fisiológicas metatarsianas de causa congénita y/o adquirida.
- 4.^a) Mala distribución de la carga (uso de calzado antifisiológico). Recordemos que, el zapato de salón, con su punta estrecha, rechaza el quinto dedo, en varus y el primero en valgus, mientras que los dedos medios, se despliegan en garra.

Para que el módulo de presiones sea fisiológico, es necesario que, la cabeza del 1.^{er} metatarsiano forme el apoyo anterior esencial y que la línea de unión entre las articulaciones metatarsofalángicas sea parabólica, inflexionándose en los sentidos de: dentro a fuera y de delante atrás.

La marcha se caracteriza por:

- a) ser de carácter plantigrado.
- b) unos pies en supinación y otros en pronación, según sus zonas dolorosas.
- c) por un aumento del tiempo de apoyo, de ambos lados.
- d) la rodilla queda un poco flexionada —no en extensión completa— al despegarse al antepié.

Nosotros pues, encuadramos como metatarsalgias a los siguientes síndromes:

1. SÍNDROME DE INSUFICIENCIA DEL PRIMER METATARSIANO
2. SÍNDROME DE INSUFICIENCIA DE UN METATARSIANO MEDIO.
3. SÍNDROME DE HIPERPRESION DEL PRIMER METATARSIANO.
4. SÍNDROME DE OBLICUIDAD DE LOS METATARSIANOS.
5. SÍNDROME DEL PIE ANCESTRAL DE MORTON.
6. SÍNDROME DEL PIE PLANO ANTERIOR O ANTEPIE PLANO.
7. SÍNDROME DE LAS LUXACIONES PATOLÓGICAS DE LOS DEDOS.
8. SÍNDROME DE THOMAS MORTON.

En todos los casos y circunstancias en que, la cabeza del 1.^{er} metatarsiano y la cara plantar del dedo gordo no pueden asegurar el apoyo

esencial anterior del pie, las presiones, se aplicarán los tres metatarsianos medios (2.º, 3.º y 4.º) que, de puntos de apoyo accesorios se transformarán en esenciales, dando causa al síndrome de insuficiencia del primer eje o del primer metatarsiano, estudiado por ARANDES. En este síndrome reconocemos numerosas causas etiológicas, siendo las más importantes las siguientes:

- 1.º) La brevedad osteogeométrica de la primera cabeza metatarsiana.
- 2.º) El metatarsus varus.
- 3.º) La brevedad o acortamiento del 1.º metatarsiano (pie ancestral de DUDLEY MORTON, llamado también metatarsiano atávico).
- 4.º) La debilidad muscular y/o ligamentosa del dedo gordo (falta de adaptación para adherirse al suelo, en el segundo doble apoyo).
- 5.º) Retrosituación o ausencia de los sesamoideos.
- 6.º) Brevedad quirúrgica de la 1.ª cabeza metatarsiana (resección por intervención de hallux valgus).
- 7.º) Una forma aguda: Fractura de la marcha de ARANDES, por sobrecarga o insuficiencia del antepié, en su primer eje radio.

El metatarsus varus, también se le denomina «orientación vara del 1.º metatarsiano o metatarso aductus».

El tratamiento médico del síndrome del 1.º metatarsiano abarcará:

- a — extirpación de callosidades
- b — calzado fisiológico
- c — plantilla ortopédica
- d — ejercicios de recuperación
- e — antiálgicos.

Cuando pese al tratamiento médico, no se observaran resultados positivos, estará indicado el tratamiento quirúrgico. DICKSON amputa todo el 1.º metatarsiano bajo el que asienta la callosidad rebelde, operación muy discutible, según el criterio de ARANDES. Mc ELVENNY reseca el tercio plantar de las cabezas metatarsianas. HOHMANN y KRIVA efectúan el cerclaje de aquéllas. LELIEVRE alarga el 1.º metatarsiano, mediante injerto fijado a su extremidad anterior. GIANNISTRAS acorta los metatarsianos medios, haciendo una osteotomía diafisaria en Z. En 1963, LELIEVRE describió una intervención con el nombre de «alineación articular metatarsofalángica». En una estadística de 1.000 casos obtuvo un 90 % de resultados muy buenos.

En las insuficiencias de un metatarsiano medio, la carga que debía soportar la cabeza re-

traída, se reparte sobre las vecinas apareciendo una callosidad plantar, en la zona de mayor sobrecarga.

Una forma aguda que, afecta a los radios centrales, es la fractura espontánea, pie forzado, pie recluta, fractura de la marcha o enfermedad de DEUTSCHLANVER (fractura del 2.º metatarsiano, a veces del 3.º y más rara del 4.º). Acostumbra a ser unilateral.

No debe ser confundido con la enfermedad de KÖHLER II o de FREINBERG-KÖHLER (osteomalicia del 2.º metatarsiano). Aquí la lesión asienta en la cabeza y en la enfermedad de DEUTCHSLANDER, en la diáfisis.

La brevedad congénita del 2.º metatarsiano es excepcional, la del 3.º bastante rara, siendo la del 4.º la más frecuente. En el último caso, se observa una callosidad bajo la 3.ª y 5.ª cabezas metatarsianas.

La forma más evidente congénita, es el pie hendido o en pinza de cangrejo, en el que no existe la porción central del antepié.

La insuficiencia de los metatarsianos medios se observa también en los casos de pie cavo de origen neurológico y yatrogénicamente tras resecciones de las cabezas centrales mal condicionadas o efectuadas.

La plantilla ortopédica, de descarga de los metatarsianos medios, representa un paliativo y a veces la curación; si ésta no se lograra, se practicará la intervención de «alineación articular» de LELIVRE, calculándose la extensión de las resecciones, en función del metatarso de más cortedad.

La hiperpresión de todo el apoyo anterior será también la causa de metatarsalgia. V.gr.: el pie equino por llevar tacón alto, la retracción del tendón de Aquiles, el pie cavo de origen neurológico (poliomielitis, enfermedad de FRIEDREICH y en el pie cavo valgo «el pie que quiere aplanarse pero no puede» según LELIEVRE, debido a haber usado durante tiempo, calzado de tacón alto.

Según FICK, el ángulo que forman los ejes de los metatarsianos con el plano del suelo, es de 20.º para el 1.º, y de 15.º, 10.º, 8.º y 5.º para los siguientes. El aumento de este ángulo caracteriza el pie cavo y su disminución, en especial, del 1.º metatarsiano, al pie plano.

Cuando la cabeza del 1.º metatarsiano, está visiblemente por delante de la 2.ª, sufre aquélla una presión más acentuada que la normal, apareciendo en su cara plantar una callosidad y/o un higrroma de los sesamoideos, dando lugar al síndrome de hiperpresión del 1.º metatarsiano. También aparece este mismo síndrome, cuando existe un aumento longitudinal de los dos pri-

flexor

Presenta
los nuevos modelos
de plantillas
ortopédicas



SERIE CABALLERO

(modelo ancho)

Ref. 5621 - 5622 - 5623

CARACTERISTICAS:

- **Cazoleta** para contención del calcáneo.
- **Arco longitudinal** suave para apoyo del escafoides.
- **Arco Transverso** blando para descarga de los metatarsianos.
- **Admite** todo tipo de correcciones mediante nuestros suplementos.

FLEXOR, S.A.

VALENCIA, 345 (ESQUINA BAILEN)
TELEFONO 258 14 15 - BARCELONA-9

meros metatarsianos o hay, recíprocamente, brevedad longitudinal, de los tres últimos metatarsianos. Su tratamiento consiste en restablecer la alineación articular, primero con métodos conservadores y en caso negativo quirúrgicamente.

En el pie normotivo, los cinco metatarsianos presentan una ligera oblicuidad hacia delante y abajo. Una oblicuidad de más de diez milímetros determina una hiperpresión anterior. Este síndrome puede resultar como consecuencia de un pie cavo, de la amputación de un dedo o de una simple garra. En el pie cavo, la oblicuidad de los metatarsianos es el hecho inicial. El desequilibrio muscular determina un desnivel de importancia variable y la aparición de callosidades plantares que, están en función del desnivel y de la morfología del arco transversal anterior.

Para tratarlo deberá practicarse una elevación del 1.^{er} metatarsiano.

En la garra de los dedos, la 1.^a falange ejerce una hiperpresión sobre la cabeza metatarsiana correspondiente, por estar elevada al máximo. Paulatinamente, la garra se va fijando y la cápsula metatarsofalángica en retrae. Consecuencia de ello, hay una mayor oblicuidad metatarsiana y hundimiento del arco transversal anterior.

Todos estos síndromes que hemos analizado, se encuentran en un tanto por ciento muy elevado de casi todas las metatarsalgias, pero en la práctica podológica diaria, nos encontraremos con cuatro metatarsalgias que por su índole requieren una normativa conceptual. Nos referimos a: el pie ancestral, el antepié plano, las luxaciones patológicas de los dedos y el síndrome de THOMAS MORTON.

En el año de 1927, DUDLEY MORTON, describió una disposición anatómica llamada también, pie atávico o metatarsus varus, primus brevis o pie de Neanderthal. El 1.^{er} metatarsiano es más corto que el 2.^o y a la par está muy separado de él. Los dos sesamoideos están situados posteriormente (retrosituación). Este varus metatarsiano, condicionará la mayoría de hallux valgus. El 2.^o es más largo que el 1.^o; que apoyo accesorio, se transformará en punto de apoyo principal y en su consecuencia se hipertrofia y soporta una mayor sobrecarga. Como resultado de un paso en falso, puede sobrevenir una fractura de la marcha, del primer eje-radio (ARANDESJ. En los casos crónicos, el nervio plantar interno se encuentra traumatizado, existe hiper movilidad de las articulaciones posteriores del 2.^o metatarsiano e hiperlaxitud. A la presión se instaurará un dolor a nivel de la 2.^a articula-

ción metatarsocuneana. El cuarto espacio está ensanchado apareciendo consecuentemente una bursitis, una exóstosis (juanete de sastrero) por desviación del dedo pequeño en varus. Esta lesión es similar, pero opuesta simétricamente al hallux valgus. Su tratamiento consiste en: calzado ortopédico, colocando una lámina incluida en la suela que eleva el primer metatarsiano.

Puede asimismo efectuarse una elevación de las cabezas metatarsianas medias, con un apoyo retrocapital.

El antepié plano o pie plano anterior, sólo, o asociado a pie cavo, es una afección también muy frecuente y es la resultante de la desaparición total o parcial de la concavidad plantar anterior. Sus causas pueden ser:

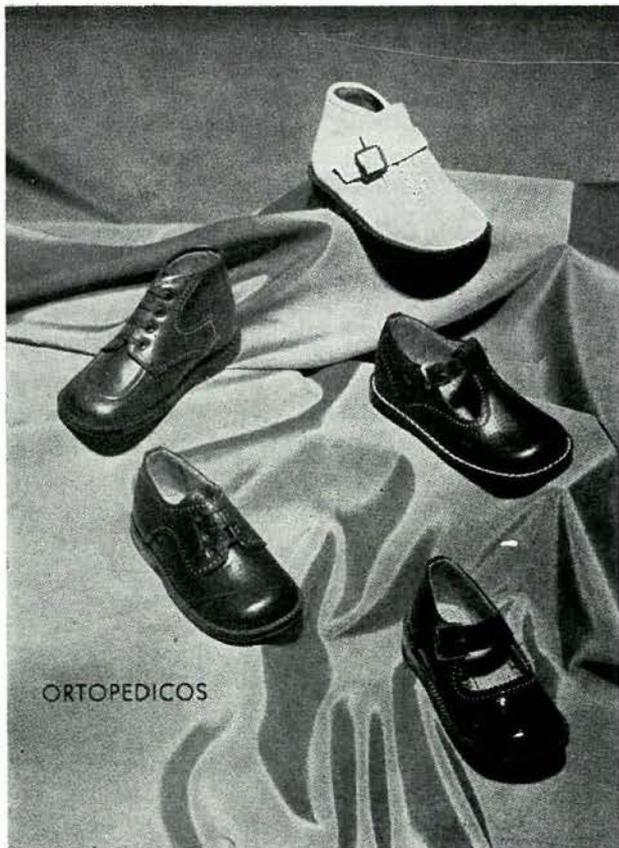
- 1.^o) Hiperlaxitud constitucional y/o adquirida.
- 2.^o) Trastornos endocrinos.
- 3.^o) Menopausia.
- 4.^o) Obesidad.
- 6.^o) El síndrome de la insuficiencia del 1.^{er} metatarsiano.
- 7.^o) La amputación de un dedo.
- 8.^o) El uso continuado de zapatos de tacón alto (más frecuentemente en el sexo femenino) máxime si se deambula con carga.
- 9.^o) Yatrogénica: Por aplicación de un vendaje de yeso incorrecto, al no moldear, durante su fraguado, la concavidad plantar anterior.

La cabeza más descendida, es a menudo la 2.^a, pocas veces la 3.^a y excepcionalmente la 4.^a. Las partes más blandas del pie, están comprimidas y aparece una callosidad, como signo patognomónico que, con el tiempo aumenta considerablemente, tanto en extensión como en profundidad. No existe tejido celular subcutáneo y se instauran higromas profundamente. El dolor se aguja bajo las cabezas metatarsianas y es de tipo urente, con sensación de quemazón y de gran intensidad.

El tratamiento debe consistir en:

- 1.^o) Uso de calzado fisiológico.
- 2.^o) Excavar el arco anterior utilizando los siguientes procedimientos:
 - a — uso temporal de la cincha metatarsal de FORESTIER,
 - b — apoyo retrocapital blando,
 - c — plantillas ortopédicas con o sin cuñas supinadora-posterior y pronadora-anterior,
 - d — extirpación de callosidades.

De persistir las algias, pese al anterior tratamiento médico, se requerirá una intervención



**calidad,
comodidad y
materiales
adecuados**

**Todos los modelos
tienen su importancia y
han sido estudiados
para colaborar en los
tratamientos de los
señores Podólogos y
ajustándose a sus
prescripciones**

Mendivil

ESPECIALIDAD EN ORTOPEDICOS



RAMON SAEZ GARCIA

AGUAOR, JOSE MENOR HERNANDEZ, SIN
TELEFONO 801377 - PREFIJO 965
VILLENNA (ALICANTE)

quirúrgica, excavando el arco anterior o bien elevar el 1.º metatarsiano asociándolo a una «alineación articular» (LELIEVRE).

Las luxaciones patológicas de los dedos, fueron descritas ya por DUDATD y JEAN en 1922, por MONDOR en 1929, DE LUCCHI en 1950, LELIEVRE en 1940 trató de ellas, pero fueron ARANDES y VILADOT en 1954 quienes estudiaron esta temática con mayor conocimiento anatomofisiopatológico, llegando a la conclusión que, la luxación patológica de los dedos, es una lesión por sobrecarga que, tiene como causa principal la insuficiencia del 1.º metatarsiano. En la biomecánica del paso, los dedos medios, tienen las cabezas delgadas y sin sesamoideos, por lo que la cabeza metatarsiana se desplaza hacia delante y el dedo se repliega; la 1.ª falange tiende a luxarse, sobre la cabeza del metatarsiano (ARANDES), la cápsula se opone inicialmente a ello, pero como no es muy sólida en la cara plantar, se distiende, luego cede y se produce finalmente la luxación. Otras veces, por artritis inflamatorias, complementadas con dislocaciones articulares, osteolisis de las cabezas metatarsianas, destrucción de la cápsula y ligamentos, se produce también la luxación. La causa etiológica más frecuente es la pliartritis crónica evolutiva.

ARANDES, ha insistido sobre el mecanismo de luxación de los dedos, debido a lesiones tróficas en las articulaciones, por causa de la tabes, lepra osteotrófica, siringomielia y algunas hemiplejías.

Resulta pues, que las dos causas más frecuentes en la etiología de las luxaciones de los dedos son: el desequilibrio entre los tractores del pie y la pliartritis crónica evolutiva.

El diagnóstico es sencillo: bajo la piel dorsal, se observará la prominencia del dedo luxado. La radiografía evidenciará la imagen de certeza diagnóstica. En todas y en cada una de las placas que se efectúen, deberán evitarse las superposiciones de elementos contrastados radiológicamente.

El tratamiento médico será de una cincha metatarsal, con almohadillado plantar.

El tratamiento quirúrgico, en caso de que fracase el anterior, vendrá condicionado a: 1.º) restablecer la curva metatarsofalángica, sinónimo de «alineación articular». 2.º) comprimir el metatarso, liberándolo de los sesamoideos y 3.º) restablecer la promoción digital.

En la patología del espacio intermetatarsiano, debe ser incluida la metatarsalgia de MORTON. T. G. MORTON, en 1875, describió por primera vez, un síndrome clínico caracterizado por algias intensísimas en la región metatarsiana, a nivel de la planta y en la vecindad del

4.º metatarsiano, ocasionalmente en el 3.º y 2.º, pero nunca en el 1.º. Esta afectación es muy rara en la infancia y cuando se presenta se la relaciona con la presencia concomitante de una osteocondritis de la cabeza del 2.º o 3.º metatarsiano, denominada enfermedad de KÖHLER II o de FREINBERG-KÖHLER. Esta última enfermedad, descrita por dichos autores en 1914, es de predominio femenino, unilateral, padeciéndose entre los 10 a los 18 años y en cuya patogenia existen los siguientes factores:

- a) mecánicos
- b) engrosamiento de la diáfisis metafisaria
- c) cortedad del 3.º metatarsiano y
- d) uso de calzado antifisiológico.

En el síndrome de MORTON, el proceso es más frecuente en el adulto, en proporción de 4 a 1 a favor del sexo femenino y va condicionado a alteraciones estructurales y consecutivas a: un pie plano, a un pie insuficiente o a un pie excavado.

DICKSON y D. MORTON, correlacionaron su patogenia con la frecuencia del primer segmento metatarsiano corto, un metatarsus varus primus y un metatarsiano hipermóvil. Por la anormalidad de estos condicionamientos, fracasa la función de apoyo y soporte del 1.º metatarsiano, provocando una insuficiencia del antepié. Ello produciría una irritación del nervio plantar, por microtraumatismos y una artritis traumática con derrame más o menos intenso tarsometatarsiano del 2.º segmento. ROBERTS y ROYLE, refirieron que, en algunos casos podrían inflamarse también las bolsas serosas regionales. ROBERT JONES se inclina por que la presión directa sobre el nervio digital, entre la planta y el ligamento transversal del metatarso, sea la causa fundamental y lo trata extirpando la cabeza del 4.º metatarsiano. T. G. MORTON, orienta la patogenia por la compresión de las ramas del nervio plantar externo, y como terapéutica preconizaba la extirpación de la 4.ª articulación metatarsofalángica. BETTS, en 1940 considera que un neuroma dorsal, era la causa de la metatarsalgia. NISSEN, en 1946 dice, que la lesión primitiva es una arteritis. La 3.ª arteria plantar digital alcanza oblicuamente el nervio; esta arteria se adhiere íntimamente al ligamento intermetatarsiano transversal y se encuentra comprimida por el tercer tendón del flexor común, ocasionando una isquemia.

Anatómicamente el espacio entre el 3.º y 4.º dedos, está inervado por la rama procedente del nervio plantar interno (nervio principal) que a veces recibe una pequeña rama anastomótica del nervio plantar externo (nervio secundario o accesorio), refuerzo a menudo ausente, pero

infalina

pomada



en las infecciones
cutáneas más
diversas:
bacterianas y/o
micóticas, con o
sin reacción
alérgica



CONTRAINDICACIONES: No existen.

INFALINA CORTISONA

| Fórmula por gramo | |
|---|-----------|
| Sulfato de Neomicina (equivalente a 3,5 mg. Neomicina base) | 5 mg. |
| Bacitracina de zinc | 300 U. l. |
| Tirotricina | 2 mg. |
| Hemi succinato de Hidrocortisona | 10 mg. |
| Para oxibenzoato de metilo | 10 mg. |
| Oxido de zinc | 50 mg. |
| Excipientes grasos c. s. para | 1 gr. |

Tubo 6 gr. 56'60 Ptas..

INFALINA

| Fórmula por gramo | |
|---|-----------|
| Sulfato de Neomicina (equivalente a 3,5 mg. Neomicina base) | 5 mg. |
| Bacitracina de zinc | 300 U. l. |
| Tirotricina | 2 mg. |
| Ac. undecilénico | 10 mg. |
| Undecilinato de zinc | 50 mg. |
| Oxido de zinc | 50 mg. |
| Excipientes grasos c. s. para | 1 gr. |

Tubo 24 gr. 68'15 Ptas

que cuando existe, puede tener el mismo calibre que la rama principal, con la que se une, por encima del ligamento transverso del metatarso. El nervio (rama principal y secundaria o accesoria), pasa por un conducto sin adherirse, formado por las vainas de los flexores comunes, bien protegido por la grasa lobulada de la planta del pie y en el suelo por el ligamento transverso. Una vez atravesado este último ligamento, el nervio se divide en una rama para el 3.º dedo y otra para el 4.º dedo.

Anatomopatológicamente pues, se trata de un proceso de reacción fibroblástica perineural e intraneural en cuya etiopatogenia hallamos: a) neuritis, b) neuroma, c) angeitis, d) neuroangeitis y e) angioneuroma.

Clínicamente, deben valorarse por el podólogo una serie de síntomas subjetivos y de signos objetivos.

Síntomas clínicos (subjetivos):

- 1.º Dolor en la cabeza de los metatarsianos, sobre todo alrededor de la 4.ª y a veces de la 3.ª.
- 2.º El dolor aumenta en relación con mayor carga y cede habitualmente con el reposo.
- 3.º El dolor puede aparecer, en forma de crisis de repetición.
- 4.º El dolor es de tipo neurálgico: en forma de calambres o urente (quemazón).
- 5.º Las algias, obligan a detenerse durante la marcha. El paciente se descalza, se amasa los dedos imprimiéndoles movimientos. Vuelve a calzarse y reanuda la marcha. (Lo descrito en este apartado no debe llevar a confundirlo con la marcha de la claudicación intermitente).
- 6.º Las algias se irradian hacia la superficie plantar del 4.º y 3.º dedos.
- 7.º Excepcionalmente, en algunos casos no existe propiamente metatarsalgias, siendo el dolor puramente digital y concretamente del 4.º dedo.
- 8.º El dolor se exagera caminando sobre terreno duro y más en las mujeres, cuando calzan zapatos de tacón alto.
- 9.º En los casos graves, persiste la metatarsalgia durante la noche, reposando en cama, produciendo insomnio.

Signos clínicos (objetivos):

- 1.º Desaparición de la convexidad dorsal del arco metatarsiano,

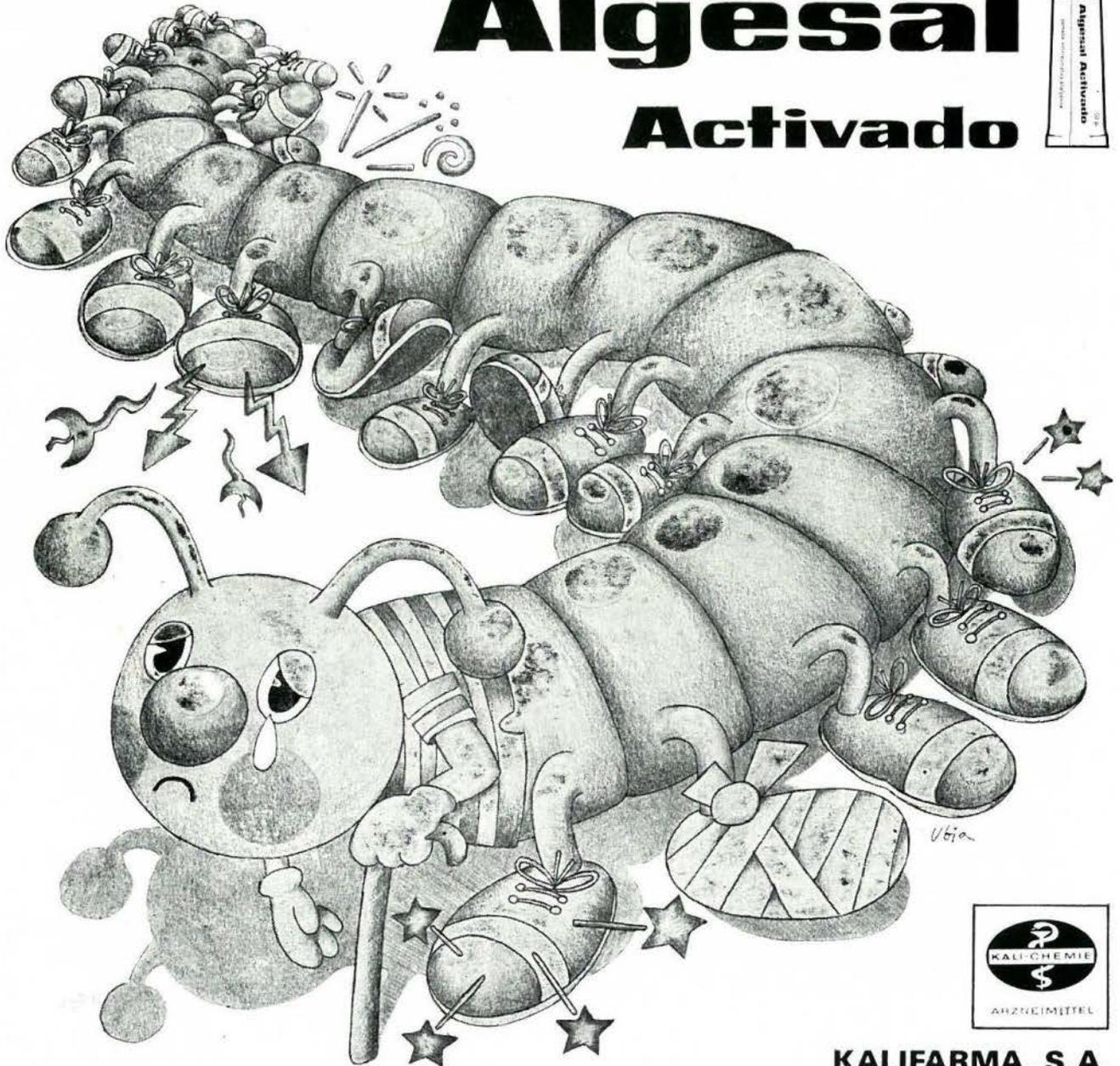
- 2.º Presencia de dedos retraídos, dorsalmente, como de tipo martillo, con más o menos acentuación.
- 3.º La presión sobre la cabeza del 5.º, 4.º y 3.º a veces sobre el 2.º metatarsiano, es muy dolorosa. Nunca sobre el 1.º.
- 4.º La compresión lateral metatarsiana, es asimismo dolorosa.
- 5.º La existencia de callosidades en las zonas de compresión.
- 6.º Coexistencia de pie plano, pie insuficiente, pie cavo y hallux valgus.
- 7.º A rayos X, se visualiza un ensanchamiento transversal del antepié. En la radiografía de perfil, la cabeza del 3.º metatarsiano, está más baja que las demás, las primeras falanges están luxadas hacia arriba, casi verticales a excepción de las del dedo gordo (MINCHOTTE).
- 8.º Cuando previamente existían «viejas» callosidades, el paciente manifiesta y describe «un nuevo dolor» situado más distalmente de ellas.
- 9.º La tumefacción nerviosa, no suele palparse.
- 10.º Existencia de una zona de hipoestesia al pinchazo en el área dolorosa.
- 11.º Dolor provocado en la planta del pie, por presión hacia arriba y atrás, distalmente respecto a la 3.ª y 4.ª articulaciones metatarsofalángicas.

El tratamiento médico tendrá en cuenta los apartados siguientes:

- 1.º Combatir los factores etiológicos.
- 2.º Lograr una perfecta distribución de la carga bipedestración.
- 3.º Restablecer el tono muscular y ligamentoso.
- 4.º Reposo, en principio riguroso.
- 5.º Uso de calzado fisiológico.
- 6.º Uso de vendaje compresivo adherente por los lados.
- 7.º Almohadillado retrocapital metatarsiano, con el fin y efecto de lograr una elevación del arco plantar.
- 8.º Plantillas ortopédicas, para inmovilizar los metatarsianos. (En caso de dermatitis alérgicas, pomadas del tipo Mena-derm, etc.).
- 9.º Colocación de un soporte complementario en forma de barra transversal, bien en la suela del zapato o en la misma plantilla ortopédica.
- 10.º Corrientes eléctricas (antiálgicas y anti-inflamatorias).
- 11.º Antineuríticos (tipo Menalgil B6, etc.).

CUANDO APRIETA EL DOLOR...

Algesal® Activado



KALIFARMA, S.A.



- Calma el dolor al instante, por su gran poder de penetración
- No mancha ni engrasa
- Posee un olor agradable

Indicaciones

Terapia percutánea del dolor local, dolores reumáticos, articulares y musculares.

Composición

Cada gramo contiene 10 mg. de Nopoxamina y 100 mg. de Salicilato de diatilamina.

Incompatibilidades

y efectos secundarios

Hasta el momento no se han observado.

Contraindicaciones

No se aplicará sobre heridas abiertas ni mucosas.

Presentación y P.V.P.

Tubo con 50 gr. de pomada 132,90 ptas.

- 12.º) Antiálgicos (tipo Dolomega ,etc.).
- 13.º) Eutróficos vasculares.
- 14.º) Infiltraciones locales del nervio afecto, con novocaína al 2 % sin adrenalina.

En los casos rebeldes, se deberá recurrir al tratamiento quirúrgico: intervenciones de OTTOLENGHI, NISSEN y LELIEVRE, extirpando la zona patológica del nervio, resolviendo cualquier alteración ósea concomitante.

Finalmente, quiero manifestar de una manera explícita que, en nuestro trabajo, conscientemente, no se han citado la totalidad de tratamientos conservadores y en cuanto a una serie de intervenciones quirúrgicas afines al tema, v.gr.: las operaciones de JONES, JAPA:, SCHERBGIUTINI, MAC KEEVER, BRANDES-KELLER, etc., no han sido mencionadas, por la determinante razón de, considerar que, los tratamientos quirúrgicos de las metatarsalgias, merecen un amplio estudio aparte (no efectuado ahora), a la par de que la temática expuesta, sólo tiene un alcance conceptual.

ARANDES, ESCACHS, ALONSO, ARENAS, FARRERAS, LLIRINOS, MAÑÉ, RODRÍGUEZ, RUEDA, SOLÉ y VILATÓ conmigo, en nuestro criterio, respectivamente, como Director, Subdirector y Profesores, de la ESCUELA OFICIAL DE PODOLOGIA, DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE BARCELONA, llegamos en cuanto al concepto actual de las metatarsalgias, a las siguientes

CONCLUSIONES

1.º) Bajo la denominación de metatarsalgias, no se engloba a una entidad clínica única y bien definida, sino por el contrario, a una serie de síndromes, caracterizados, todos ellos, por producir dolor de los metatarsianos.

2.º) La metatarsalgia, es la localización más frecuente del dolor del pie.

3.º) La mayoría de las causas etiológicas, corresponden al grupo de las alteraciones biomecánicas y dos tercios de éstas, tienen como causa, el síndrome de la insuficiencia del 1º metatarsiano.

4.º) En las metatarsalgias, existe un evidente predominio femenino (85 %), notándose la influencia nociva, por el uso de calzado de tacón alto, que produce una insuficiencia, por sobrecarga, como hecho real.

5.º) Hallamos con mucha frecuencia, una correlación entre metatarsalgia y hallux valgus.

6.º) En la clínica, las metatarsalgias se traducen por:

- a) — dolor
- b) — hiperqueratosis
- c) — bursitis
- d) — higroma
- e) — alteraciones osteoarticulares, en forma de: fracturas, periostitis, luxaciones capsulares y modificaciones en el eje de la dirección de los tendones.

7.º) Existe, normalmente, una alteración de la deambulación más o menos acentuada, en relación con la intensidad de la metatarsalgia.

8.º) El desequilibrio biomecánico de las fuerzas entre los cinco metatarsianos, acarrea en todos los casos metatarsalgias.

9.º) En la etiopatogenia de las metatarsalgias, sistematizamos como principales causas:

- a) — las alteraciones producidas, por anomalías mecánicas del antepié.
- b) — entidades nosológicas, localizadas en la región anterior del pie, pero sin relación con el aparato anterior.
- c) — las enfermedades generalizadas o de otra localización que, provocan dolor del antepié, tanto como un síndrome de éstas, como siendo síndrome inicial.

10.º) No es infrecuente que, en un mismo pie, coexistan varias afecciones causales, de metatarsalgias.

11.º) Exceptuando los casos que tengan una indicación quirúrgica, por estar totalmente condicionada, proponemos siempre de entrada, los procedimientos médico-conservadores, para el tratamiento de las metatarsalgias.

Particularmente, ante estas conclusiones, creemos sería necesario, que la moderna Podología, se replanteara la conveniencia, de seguir empleando la denominación tan concreta, para una entidad que se ha mostrado tan ambigua. Evidentemente para MORTON representó un avance en la construcción de los pilares fundamentales de la ciencia Podológica, pero tal vez, hoy día, intentar conservarlo puede representar un peligro de que, no aguante el complejo edificio, sobre el que se ha construido al basarse en una terminología que data de hace cien años y que en la actualidad ha cambiado su concepto por los estudios posteriormente efectuados.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — ARANDES y VILADOT, con la colaboración de X. VILANOVA. Clínica y tratamiento de las enfermedades del pie. Editorial Científico-Médica. Barcelona, 1956.
- 2 — BETTS, Morton's Metatarsalgia Neuritis

- of Fourth Digital Nerve Med. J. Austral, 514 - 1940.
- 3 — DUBOIS-DURAFORG, Physiologie et ré-éducation fonctionnelle du pied. Ed. Masson. Paris, 1972.
 - 4 — GAMBLE-YALE, Clinical Foot Roentgenology. Robert Krieger Publishing Company Inc. Huntington. New York, 1973.
 - 5 — GIANNISTRAS, Foot disorders (Medical and Surgical Management). Ed. Lea & Febiger. Philadelphia, 1973.
 - 6 — HANBY-WALKER, Fundamentos y prácticas de Podología. Editorial Elicen-Jims. Barcelona, 1963.
 - 7 — HOHMANN, Pie y pierna. Editorial Labor. Barcelona, 1949.
 - 8 — KAPANDJI, Cuadernos de fisiología articular. Ed. Toray-Masson. Barcelona, 1970.
 - 9 — LAVIGNE-NOVIEL, Nouvelles therapeutiques en podologie. Editorial Morgan. Paris, 1973.
 - 10 — LELIEVRE, Patología del pie. Ed. Toray-Masson. Barcelona, 1970.
 - 11 — NISSEN, Metatarsalgia de Morton, J. of Bone and Joint Surg. 1948.
 - 12 — PIULACHS, Lecciones de Patología Quirúrgica. Editorial Toray, 1970.
 - 13 — RINGERTZ-UNANDER, Maladie de Morton, etude clinique et anatomopathologie. Acta Orth. Scan. 1950.
 - 14 — ROOT, ORRIEN, WEED, HUGHES, Biomechanical examination of the foot. Vol. 1. Edit. Clinical Biomechanics Corporation, Publishers. Los Angeles, 1971.
 - 15 — VILADOT, Patología del antepié. Ed. Toray. Barcelona, 1974.
 - 16 — WALLET, Maladies du pied. Ed. Maloine. Paris, 1961.
 - 17 — WALLET, Maladies et affections douloureuses du pied. Ed. Maloine. Paris, 1942.
 - 18 — WEINSTEIN, Principles Practice of Podiatry. Ed. Lea & Febiger. Philadelphia, 1968.

PLANTILLA ORTOPEDICA ELASTICA «FERRIZ»

Medalla de Plata en el X Salón Internacional de Bruselas

JAEN

Fábrica y oficinas:

Arrastradero, 8 - Teléfono 22 33 92

Fabricación de toda clase de plantillas ortopédicas en conglomerado de caucho y corcho, y extensa gama de piezas accesorias para confeccionar y adaptar a las mismas. Arcos internos o longitudinales. Arcos transversos. Cuñas pronadoras y supinadoras. Herraduras.

Las plantillas y piezas accesorias, se fabrican en tres consistencias:

BLANDAS, DURAS Y SEMIDURAS

MAFRE*Instruments***ORTOPEDIA-MATERIAL CLINICO****PRODUCTOS PARA PODOLOGIA**

Espronceda, 304-306, entlo. 4.ª - Tel. 351 53 03 - BARCELONA-13

En nuestra firma podrá encontrar todo lo necesario para su gabinete, como:

Siliconas { SILONE
 STA-SEAL
 IMPRESIL
 Aceite suavizante

FIELTROS ADHESIVOS, duros y semiduros
 » de algodón

LANA PEINADA

VIOLETA DE GENCIANA
 ACIDO NITRICO
 PERCLORURO FERRICO

TUBITON

TUBIGRIP

TUBOS DE TUBIFOAM

TUBOPROT

TUBOCLIN

APLICADORES TUBITON, TUBOCLIN, etc.

INSTRUMENTAL

HOJAS DE BISTURI

MANGOS DE BISTURI

BISTURIS

AGUJAS Y JERINGAS un solo uso

ESTUCHES para INSTRUMENTAL

FONENDOSCOPIOS

APARATOS PRESION

(Esfigmomanómetros)

VITRINAS

BOMBONAS METALICAS

CAJAS METALICAS

Motores con eje flexible

LECHE DE LATEX

SERRIN PARA PODIASIN

MASCARILLAS

EQUIPO PODOLOGIA - Metálicos y de madera forrada

FRESAS DIAMANTADAS

... y todo lo que Ud. desee puede encontrarlo con solo hacer la consulta



