REVISTA
ESPAÑOLA
DE
PODOLOGIA

1ª EPOCA

1977

1979

IV

INDICE
1ª EPOCA. NUMEROS DEL 55 AL 72
AÑO 1977 AL 1979

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

Nº 55

3 JUNTA DE GOBIERNO
5 EDITORIAL
7 PRIMER SIMPOSIO NACIONAL SOBRE EL CALZADO INFANTIL
13 ALGUNOS ASPECTOS DE LA QUIROPODOLOGIA INFANTIL por F. Farreras Morcillo
23 LUXACIONES Y FACTURAS DEL PIE (I) por F. Muñoz Campos
29 PROTAGONISTA: EL PODOLOGO
33 LABOR DOCENTE
37 LA PODOLOGIA EN EL MUNDO

Nº 56

3 JUNTA DE GOBIERNO
5 EDITORIAL
9 TRASTORNOS VASCULARES PERIFERICOS por M. Gavin Barceló
15 INTRODUCCION A LA FILMACION EN PODOLOGIA por J. Masip Juan
17 ONICOGRIFOSIS por P. Galardi Echegaray
19 UN SELLO DE CALLISTA ROMANO,PROCEDENTE DE AMPURIAS por M. Oliva Prat
22 PROTAGONISTA: EL PODOLOGO
25 LA PODOLOGIA EN EL MUNDO
29 X CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA
31 LABOR DOCENTE

Nº 57

3 JUNTA DE GOBIERNO
5 EDITORIAL
7 X CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA
13 LABOR DOCENTE
17 PROTAGONISTA: EL PODOLOGO
21 LA ORTONIXIA por J. Verleysen. Precis de Pédicure-Podologo
35 ETICA-MORAL-VANIDAD-CIENCIA FICCION
36 PODOLOGIA Y DOLORES DE CRECIMIENTO por M. Hernández

Nº 58

3 JUNTA DE GOBIERNO
5 EDITORIAL
9 OBTENCION DE MOLDES PARA PIE VALGO por E. Rodríguez Valverde
13 LUXACIONES Y FRACTURAS DEL PIE (II) por F. Múñoz Campos
19 BURSITIS por M. Gavín Barcelló
25 LABOR DE LAS DELEGACIONES
32 PENSAMIENTOS AL ESTILO GREGUERIANO por F. Múñoz Campos
33 ¿Qué es Medicus Mundi?

Nº 59

3 JUNTA DE GOBIERNO
5 EDITORIAL

7 TORSION TIBIOASTRAGALIANA por L. Pascua San Miguel
23 LA OSTEOTOMIA DEL ESPOLON CALCANEO por L. Aycart Vijuesca
27 HISTORIADO EL CALZADO por M. J. Mato; J. A. Touron Gudin
37 LABOR DOCENTE
40 LA PODOLOGIA EN EL MUNDO

Nº 60

3 JUNTA DE GOBIERNO
7 EDITORIAL
9 PIE VALGO INFANTIL POR LAXITUD LIGAMENTOSA por J. Alonso; F. Farreras; E. Rodriguez; M. Rueda
15 DIABETES MELLITUS por M. Gavin
21 EL PODOLOGO EUROPEO por I. del Moral
23 LABOR DOCENTE
27 EFICACIA DE LAS MODIFICACIONES DEL ZAPATO PARA LA ROTACION INTERNA DEL PIE por L. Pascua San Miguel
33 LUXACIONES Y FRACTURAS DEL PIE (III) por F. Múñoz Campos
39 LABOR DE LAS DELEGACIONES

Nº 61

3 JUNTA DE GOBIERNO
5 EDITORIAL
7 LA PODOLOGIA EN EL CALZADO por F. Farrera Morcillo
25 JUNTA GENERAL DE DELEGADOS EN MADRID
27 NUEVOS HORIZONTES EN LA CIRUGIA PODOLOGICA
31 LABOR DOCENTE
33 LABOR DE LAS DELEGACIONES
37 HISTORIA DE UNA PAR DE ZAPATOS POR E. Abadie

Nº 62

3 JUNTA DE GOBIERNO
5 EDITORIAL
9 TECNICA DEL FENOL EN LAS ONICOPATIAS por J. Alonso Guillamón
13 ARTROPATIA HEMOFILICA DEL PIE Y TOBILLO por L. Pascua San Miguel
21 CUESTIONARIO DE LA EVALUCACION MUSCULAR DEL PIE por F. Múñoz Campos
23 LOS EJERCICIOS FISIOTERAPEUTICOS EN LA REEDUCACION FUNCIONAL DEL PIE por D. Bejiga Garriga
25 DIAGNOSTICO DELL PIE VALGO EN EL NIÑO por P. M. Galardi Echegaray
35 LABOR DE LAS DELEGACIONES
39 MADRID, ABRIL 1978
40 EL DECALOGO DE LA MUERTE DE UNA ASOCIACION

Nº 63

3 JUNTA DE GOBIERNO
5 EDITORIAL
7 CONFERENCIA SOABRE TECNICAS DE EXPLORA por F. Farreras Morcillo
18 BALANCE MUSCULAR Y RECUPERACION DEL PIE VALGO por M. Rueda Sánchez
27 EJERCICIOS MUSCULARES ACTIVOS CONTRA RESISTENCIAS DE LOS MUSCULOS TIBIAL ANTERIOR Y TIBIAL POSTERIOR por D. Bejiga Garriaga
31 TEORIA DEL DOLOR por F. Múñoz Campos
33 OBTENCION DE MOLDES PARA PIE VALGO por E. Rodríguez Valverde
37 HISTORIA NATURAL DEL PIE HUMANO por P. Vilató
43 LABOR DE LAS DELEGACIONES

Nº 64

3 JUNTA DE GOBIERNO
5 EDITORIAL
7 XI CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA
11 LUXACIONES Y FRACTURAS DEL PIE por F. Múñoz Campos
15 ULTIMA TECNICA DE CORRECCION DE LA UÑA INCARNADA por J. Sanjuan
17 CURSO PARA POSTGRADUADOS SOBRE TECNICAS PODOLOGICAS
19 RECUERDO ANATOMICO Y FUNCIONAL por D. Bejiga Garriga
21 CHARLA PODOLOGICA por M. Rueda
30 TRANSTORNOS SUDORALES DEL PIE por M. Gavin Barcelo
35 AVANCES EN PODOLOGIA por T. P. Bradley, F.CH.S., S.R.CH.

Nº 65

3 JUNTA DE GOBIERNO
5 EDITORIAL
7 EL PIE GOTOSO
23 LA BLEOMICINA INTRALESIONAL EN EL TRATAMIENTO DE LAS ERRRUGAS por D. Bejiga Garriga
27 LAS HERIDAS DE LOS PIES por F. Múñoz Campos
31 LABOR DE LAS DELEGACIONES: BARCELONA
33 LABOR DE LAS DELEGACIONES: VIZCAYA
37 LABOR DE LAS DELEGACIONES: VALENCIA
39 ONICOPROTESIS por J. M. Navés

Nº 66

3 JUNTA DE GOBIERNO
7 EDITORIAL
9 XXII CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA
10 ESTUDIO ESTADISTICO DE LOS PROBLEMAS PODOLOGICOS EN LAS DIFERENTES EDADES Y SEXO por E. González Gómez
25 ANESTESIA LOCAL EN PODOLOGIA por J. Alonso Guillamón
41 REFLEXIONES por S. Bonamusa Mont
42 LABOR DE LAS DELEGACIONES
44 MADRID, OCTUBRE 1978

Nº 67

3 JUNTA DE GOBIERNO
5 EDITORIAL
9 XII CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA
11 IX CONGRESO INTERNACIONAL EN LONDRES
13 NUEVO TRATAMIENTO DE LOS PAPILOMAS PLANTARES por J. Crespo Arriola
17 TECNICA OPERATORIA DE RODETES UNGUEALES POR MEDIO DE GALVANOTECNIA NEGATIVA por L. Aycart Vijuesca
27 RECUPERACION MUSCULAR DEL TRICEPS SURAL por D. Bejiga Garriga
33 FEBRERO 1979
35 LABOR DE LAS DELEGACIONES

Nº 68

3 JUNTA DE GOBIERNO
5 EDITORIAL
9 IX CONGRESO INTERNACIONAL EN LONDRES
19 EL I.N.P. Y LOS PODOLOGOS por M. Rueda Sánchez
21 LUXACIONES Y FRACTURAS DEL PIE por F. Múñoz Campos
25 LA PODOLOGIA Y EL DEPORTE por M. Rueda Sánchez
35 TRATAMIENTO DE LAS QUERATOSIS POR INYECCION por F. J. Rica Sanjuan

Nº 69

3 JUNTA DE GOBIERNO
5 EDITORIAL
9 SOFROLOGIA: PRESENTE Y FUTURO EN LA PODOLOGIA MODERNA por A. Villalba
17 CUESTIONARIO DE LA EVALUACION MUSCULAR DEL PIE por F. Múñoz Campos
19 ASPECTOS DE LA PATOLOGIA SESAMOIDEA DEL PRIMER METATARSIANO por J. Crespo Arriola
29 LABOR DE LAS DELEGACIONES
38 VALLADOLID, 1979

Nº 70

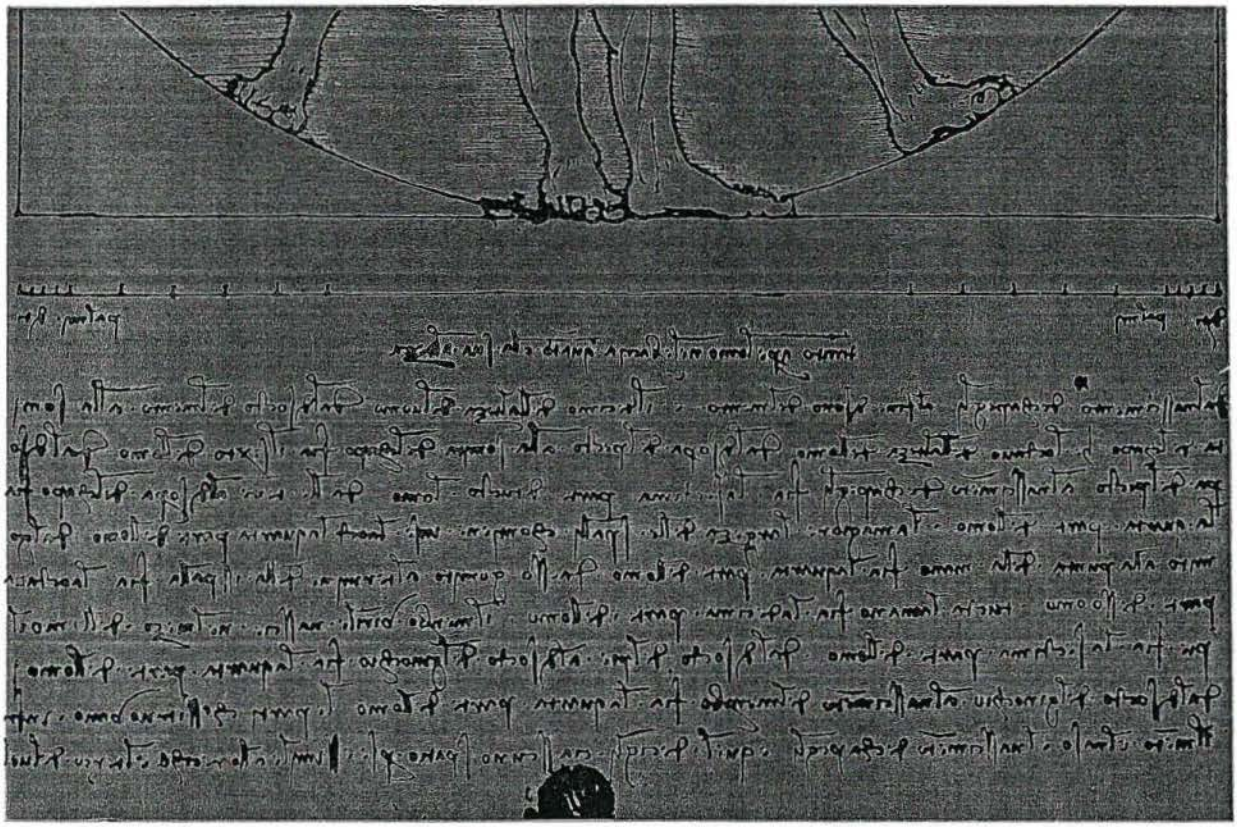
3 JUNTA DE GOBIERNO
5 EDITORIAL
9 PAPILOMATOSIS por M. Hernández de Lorenzo Muñoz
25 PROBLEMAS DE LA SUDORACION DEL PIE por M. Gavín Barceló
31 LOS PIES PRIMERO
33 CUÑAS EXTERNAS E INTERNAS por F. Maure Ternia
37 LA EXPLORACION VASCULAR EN PODOLOGIA por L. Pascua San Miguel
43 LABOR DE LAS DELEGACIONES

Nº 71

3 JUNTA DE GOBIERNO
5 EDITORIAL
9 RECORDANDO por M. Rueda Sánchez
13 ESGUINCE AGUDO DEL TOBILLO por Dr. Orduña Serra; Dr. A. Blanquet Benedicto
21 TRATAMIENTO DE ALGUNAS HIPERQUERATOSIS Y OTRAS DERMOPATIAS por J. Crespo Arriola
23 PRESIONES PLANTARES por L. Pascua San Miguel
25 LOS PIES DE LOS ESPAÑOLES por M. Rueda Sánchez
27 COROLARIO A UN VIAJE por E. Cabane
29 ELABORACION DE UN RECIPIENTE TERMICO DE AGUA PARA LA SALA DE MOLDES DE ESCAYOLA J. Sanjuan
31 LA PODOLOGIA EN EL MUNDO

Nº 72

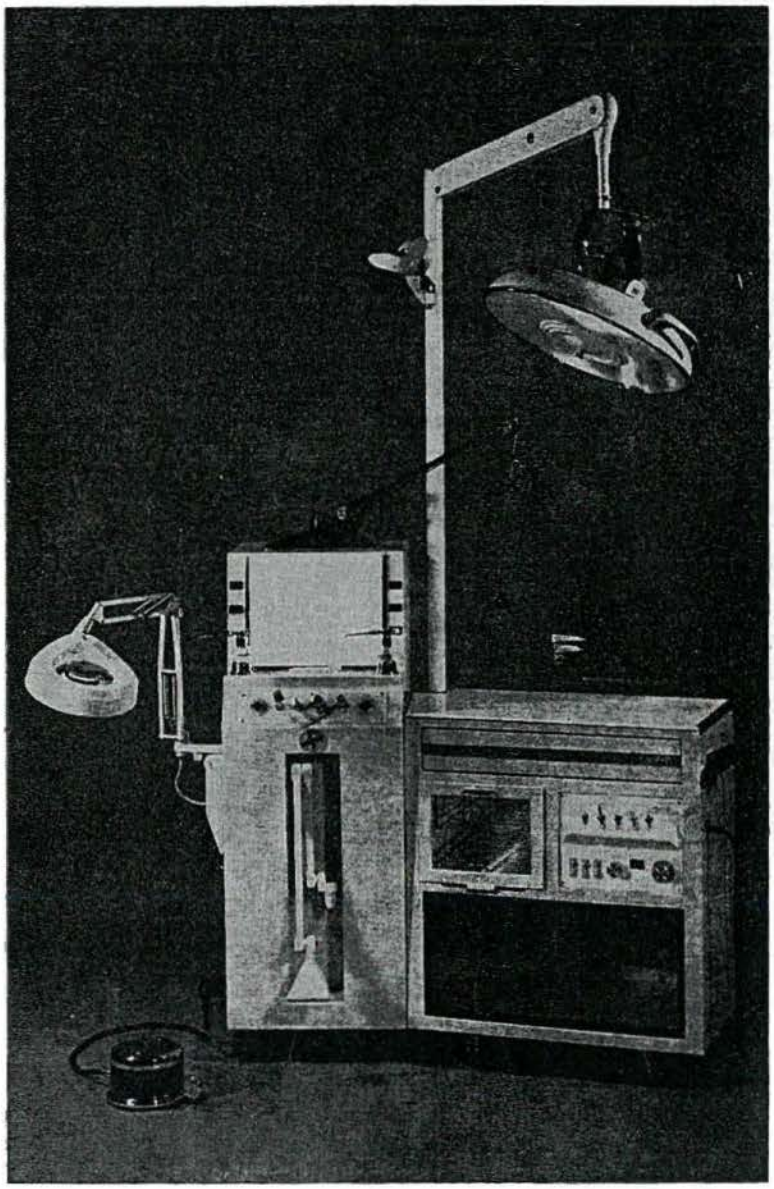
3 JUNTA DE GOBIERNO
7 EDITORIAL
9 EL PIE Y SU BIOMECANICA por M. Rueda Sánchez
15 VENDAJES CON CINTA DE GOMA por M. Montes Vicente
19 ORDEN DEL 14-XI-79 DEL MINISTERIO DE SANIDAD
23 XII CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA
23 NAVIDAD, 1979
25 LABOR DE LAS DELEGACIONES
37 PARAMETROS PODOLOGICOS por F. Maure
39 ¿QUINES CUIDAN NUESTROS PIES? por J. Carmona



REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

A.P.E. Enero - Febrero

n.° 55 1977



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.°, 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.°, 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

3	Junta de Gobierno
5	Editorial
7	Primer Simposio Nacional sobre el calzado infantil
13	Algunos aspectos de la Quiropodología actual
23	Luxaciones y facturas del pie (I)
29	Protagonista: El Podólogo
33	Labor docente
37	La Podología en el mundo

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 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.°	D. ZACARIAS GARCIA ANDRES	Madrid
Vice-Presidente 2.°	D. ISAIAS DEL MORAL CEJALVO	Valencia
Secretario General	D. JOSE A. CALVO GARCIA	Zaragoza
Vice-Secretario	D. FRANCISCO 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	Málaga
Vocal	D. ANTONIO GUTIERREZ VELASCO	Barcelona
Vocal	D. JOSE OLCINA MORALES	Alicante

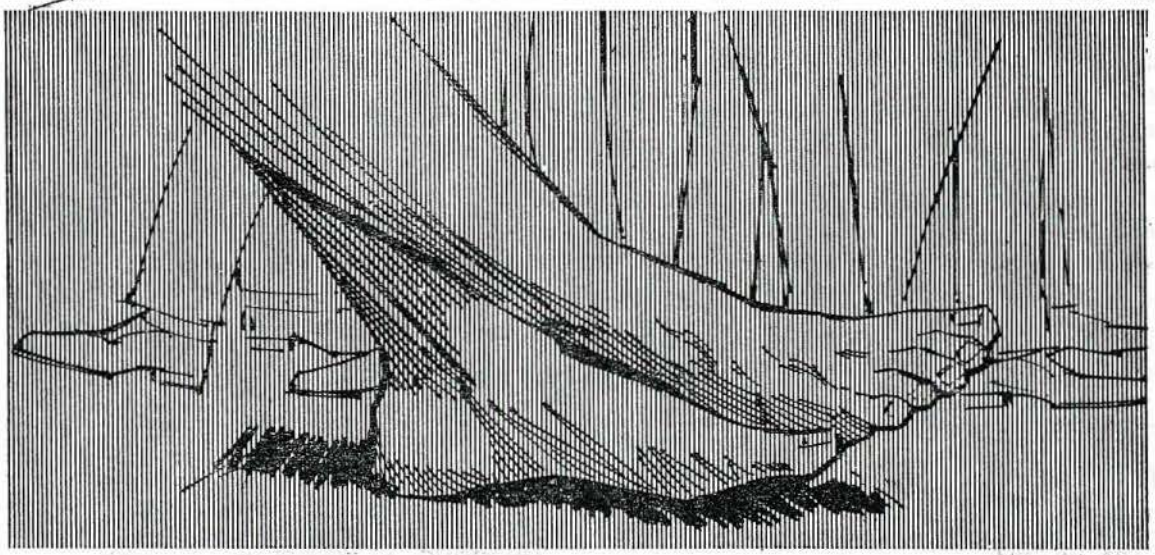
DELEGADO DE ZONA

D. José M.ª Báez Basauri. Mayor, 27, 6.°. Las Arenas. BILBAO.
D. José Luis Inchaurrondo. Paseo de Colón, 65. IRUN.
D. Juan Vidán Torres. Preguntoiro, 10. SANTIAGO DE COMPOSTELA.
D. Zacarías García Andrés. S. Madrona, 36. MADRID.
D. José Antonio Calvo García. Coso, 77, 5.°. ZARAGOZA.
D. Jaime Sala Pich. Muntaner, 142. BARCELONA-11.
D. Isaías del Moral Cejalvo. Castellón, 8. VALENCIA-4.
D. Francisco Morán Ventura. León y Castillo, 8. LAS PALMAS DE GRAN CANARIA.
D. Antonio Gutiérrez Velasco. Plaza de las Flores, Edificio Jazmín, 1.°. MALAGA.

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.
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: Su Delegado Provincial.
SAN SEBASTIAN: **Sebastián Tenés Iturriza.**
STA. CRUZ DE TENERIFE: **D. Armenio Méndez.**
SEGOVIA: **D. Francisco García.**
SEVILLA: **José Cañero Ramos** (accionista).
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

MADAUS CERAFARM, S.A.

Pujol, 22 - Tel. 211 91 12 - Barcelona-6. Cristóbal Bordiu, 35 - Tel. 254 64 44 - Madrid-3. Perez Galdós, 95 - Tel.326 33 76 Valencia-8.

EDITORIAL

Con gran expectación se ha desarrollado en Barcelona, durante los días 26 de diciembre al 5 de enero, inclusive, el XV Salón de la Infancia y la Juventud. En él, conjuntamente con la Comisión Española pro Suela de Cuero, la AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA ha mantenido abierto un Gabinete de Podología, donde ininterrumpidamente compañeros pertenecientes a la Delegación de Barcelona han pasado visita a cuantos niños discurrieron por el Stand, en total unos 4.000. Los datos resultantes de la exploración, cuidadosamente registrados en fichas, en cuyo reverso figuraban unos consejos o medidas profilácticas relativos al pie infantil, las cuales se entregaron a los niños quedando copia de las mismas, serán escrupulosamente clasificados y nos darán el porcentaje de niños con trastornos susceptibles de tratamiento podológico, que a lo largo de once días han sido objeto de revisión.

A juzgar por el desarrollo de los acontecimientos creo podemos sentirnos contentos, pues hemos contribuido en la medida de nuestras posibilidades en busca de fomentar la salud del pie, y al decir contentos, me refiero al sentido estricto de la palabra, pues no podemos estar satisfechos, ya que el conformismo siempre es destructivo, y esto se puede y se debe mejorar en la próxima ocasión.

Esta primera vez ha sido la puesta a punto o la toma de contacto, en la próxima habrá un conocimiento de causa mucho más amplio, y no sólo se podrá detectar la alteración podológica, sino también los factores que coexistan con ella, tales como incidencia del calzado, nivel social, predisposiciones o factores hereditarios, etc. Entonces tendremos unas tablas estadísticas actualizadas que nos permitan no sólo asegurar categóricamente que el 85 % de la población sufre de los pies, sino desglosar ese 85 % en su contenido porcentual de forma matemática.

En honor a la verdad, podemos afirmar que el niño actual está todavía muy necesitado de cuidados podológicos preventivos, ya que es grande el número tributario de tratamientos sin llevarlos. También se puede decir lo mismo de muchos otros ya tratándose, pero inadecuadamente, unas veces por la aplicación de correcciones estandarizadas, patognomónicas de una falta de profesionalidad y una elevada incidencia económica por parte de los

muchos que aplican plantillas llevados por fines comerciales y tan graves como pueden ser las condenadas dicotomías, muchos que en la mayoría de veces, por no decir todas, no pertenecen a la Especialidad de Podólogo.

Existe también un tercer grupo, que a pesar de llevar plantillas u ortosis correctas, calzan inadecuadamente, viéndose con mucha frecuencia pies longilíneos que llevan zapato corto, pies egipcios con zapato de punta cuadrada, otros con materiales nocivos... y así podríamos enumerar casos y casos, de lo que se desprende la mala orientación sanitaria podológica, propia de la campaña nociva de los «admiradores» de la podología, que aprovechándose de unos fallos en la estructura de divulgación sanitaria y en el bajo índice de asimilación del paciente, ponen en marcha los mecanismos inaceptables para hacer dinero, aunque sea a base de jugar con la salud de los pies de los demás.

Así, a priori, podemos decir todo esto y más, no sin entonar también el «mea culpa», pues desgraciadamente, como en todas las profesiones, también tenemos algún compañero que simpatiza con estas circunstancias antiprofesionales. De todo ello se desprende la necesidad imperiosa de poner en marcha la cacareada comisión Pro la Salud del Pie, en la que deben entrar formando parte todas aquellas personas o entidades que en su quehacer cotidiano tengan relación con el pie, como traumatólogos, podólogos, fabricantes de zapatos, medias, etc., quienes homologarían todo producto destinado a los pies.

Para finalizar esta pequeña información, sólo nos resta comunicar que han sido varios los medios informativos que han difundido la noticia, entre ellos varios periódicos, revistas, radio y TVE, quien filmó dos reportajes que ya tuvimos ocasión de ver, uno en la emisión del mediodía MIRAMAR, y otro incluido en el programa de Escuela de Salud, el pasado día 22 de enero.

Todo ello ha sido posible gracias a la colaboración entre dos entidades, cuales son LA AGRUPACION ESPAÑOLA DE PODOLOGIA y la COMISION ESPAÑOLA PRO SUELA DE CUERO, y la ayuda de compañeros pertenecientes a la Delegación de Podología de Barcelona, cuyos nombres son: Sr. Capellas, Sr. Arenas, Sr. Vilató, Sr. J. Alonso, Sr. Antolín, Sr. E. Rodríguez, Sr. E. Farreras, Sr. M. Rueda, Sra. R. Mercadé, Sr. Bononat, Sr. P. Valdez, Sr. J. Sala, Srta. V. Novel, Sr. E. Violan, Sr. J. Alemany, Sr. J. L. Martínez, Sr. Gavín, a los que damos las más expresivas gracias.

MARTÍN RUEDA

Primer Simposio Nacional sobre el calzado infantil

Alicante, 7 diciembre 1976

Por Martín RUEDA
Podólogo
BARCELONA

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Organizado por la Comisión Española pro Suela de Cuero, en colaboración con la Agrupación de Podólogos de España, se ha celebrado en Alicante el Primer Simposio sobre Calzado Infantil, el día 7 de diciembre de 1976. Con tal objeto se han dado cita en la ciudad levantina gran número de fabricantes de calzado infantil de toda España, lo que ha dado a esta primera manifestación un éxito insuperable en todos los aspectos, abriendo asimismo unos horizontes amplios de comunicación entre estos profesionales y la parte científica a cargo de la Agrupación, representada allí por dos conferenciantes, D. Leonardo Escachs y D. Máximo González, y tres Agrupados más: el Sr. Olcina, Delegado de la Agrupación en Alicante, el compañero San Martín de Madrid, y Martín Rueda, como enviado especial de la Revista.

Hemos de felicitar honradamente a los organizadores de este Simposio, pues son conocidas las dificultades que en todo acto de esta envergadura se presentan, dificultades que fueron ampliamente superadas hasta pasar inadvertidas.

A las diez de la mañana se desplazó al lugar de las conferencias, Parotel Meliá, un equipo especial de T.V. con el objeto de realizar una entrevista a los conferenciantes. Lógicamente esta ocasión fue aprovechada para a través de las cámaras de T.V. difundir a todo el país ciertas irregularidades con las que habitualmente nos encontramos en el desarrollo diario de nuestra profesión, esta profesión que salió un día a la luz con unos fines honestos y científicos, y con el solo propósito de aliviar en lo posible los pies de los ciudadanos, esos sufridos pies, que unas veces por trastornos estáticos, otras congénitos y otras provocados por calzados nocivos por su forma o calidad, están condenados a sufrir. Por una serie de circunstancias nos encontramos hoy con el fenómeno de que otras personas han visto el negocio en nuestra Especialidad, y así, llevados de fines puramente materiales, patognomónicos de una falta de profesionalidad y carentes de ética, aprovechan la maravillosa idea y fin de la Agrupación para hacer dinero perjudicando con su actuación a los españoles, y perjudicando económicamente a las entidades que muchas veces subvencionan con prestaciones graciables las prescripciones de ortopedia del pie, en muchas ocasiones hechas por personal no cualificado. Como es lógico no estamos dispuestos a seguir en esta situación. Hoy se venden plantillas en farmacias, ortopedias, zapaterías y hasta en quioscos; las hay de todos tipos y hasta hacen milagros, pues según la propaganda hasta curan el ácido úrico. Yo pregunto, ¿hasta dónde vamos a llegar? No podemos seguir callando, pues si así lo hacemos, con nuestro silencio permitimos una serie de acciones deshonestas que atentan contra la economía y la salud del pie del ciudadano, que muchas veces por falta de una buena orientación sanitaria cae en estos desaprensivos ardides publicitarios, y cuando se dan cuenta de que lo están engañando ya es demasiado tarde. Tenemos que salir a la calle y gritar a los cuatro vientos cuál es nuestra situación aquí, y en lugar de callar y comentar estas actuaciones, tenemos que educar podológicamente al pueblo, para que ese público nos empuje adelante, pues ha llegado el momento en que la sociedad no puede prescindir del podólogo. Y esto justamente es lo que se ha hecho y dado a conocer a través de la pequeña

SUDENTA, S.A.

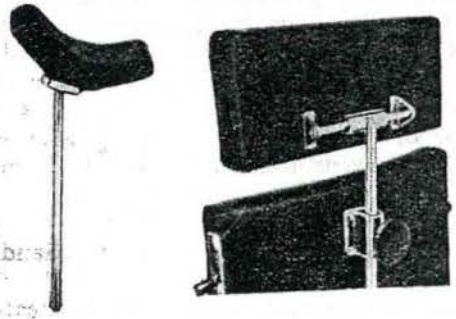
Podología

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:

VERSION ELECTRO-HIDRAULICA

sudenta, s. a.

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

pantalla y de las cadenas de radio Nacional, a cuya Redacción de Alicante acudimos el mismo día, una vez finalizado el rodaje televisivo. Igualmente ante los micrófonos de la radio tomaron la palabra los conferenciantes para hacer una divulgación semejante. Esquematizando podemos resumir así el contenido de estas declaraciones: Primeramente tomó la palabra nuestro Presidente, Sr. Escachs, quien tras dilucidar nuestra posición, analizó la situación actual del Podólogo ante la sociedad, y la actuación no ética de ciertos profesionales, en relación con el pie. Posteriormente tocó turno al compañero Máximo González que dio unos consejos sobre normas o profilaxis a seguir en el desarrollo del pie infantil, para evitar en lo posible ciertos trastornos posturales, que posteriormente, al crecer el niño, si no son tratados, pueden resultar irreversibles. Continuó Martín Rueda con una breve intervención sobre orientación Podológica. Esta grabación será puesta en antena el sábado día 15 de enero por la tarde, en el programa televisivo ESCUELA DE SALUD; esperamos así dar principio a una serie de sucesivas intervenciones a través de distintos medios de difusión, para general conocimiento de las mismas.

Creemos pues que es una buena forma de enrtar en 1977, tanto para el Podólogo como para el bienestar y salud de ese 85 % de españoles que sufren de los pies. Pero también es interesante recordar que hemos de estar unidos, ahora más que nunca para defender esta posición y dar ayuda a los pioneros que cuesta arriba llevan las riendas de la Podología. Arrimemos pues el hombro y demos fe de una vez para siempre de ese nombre escrito con tanta ilusión que identifica nuestra profesión y es el distintivo de un conjunto de hombres con unas ideas y unas metas comunes, unidos en una sola entidad: La AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA.

Finalizada esta primera etapa de la estancia en Alicante, se procedió a renglón seguido al inicio de las conferencias, que ya de antemano prometían ser interesantes dado el programa preliminar, la asistencia masiva de fabricantes y la categoría profesional de los que en ese momento se iniciarían en el locutorio.

Corrió a cargo del Sr. Orgilés la apertura de la sesión, apuntando con breves palabras la importancia y fines de este Primer Simposio, cediendo acto seguido la palabra al primer conferenciante, Sr. L. Escachs, quien a lo largo de su actuación fue tocando los puntos que él creía interesantes, tales como la reunión en una sola Asociación de todas aquellas entidades que de una u otra forma tienen en su quehacer una relación con el pie, entre las que podemos incluir Podólogos, Traumatólogos, fabricantes de calzado, fabricantes de medias, calcetines, desodorantes, etc., cuyos fines serían velar por la salud del pie, mediante un asesoramiento y estudio, y posterior homologación de los distintos productos. Para ello cree interesante una cooperación abierta y sincera entre todos, y una continuidad de estos simposios, para llegar al entendimiento común a través de un diálogo de simpatía, de cuyo resultado saldría beneficiado no sólo el fabricante, sino el consumidor en general.

Seguidamente, el segundo conferenciante de la tarde, Sr. Máximo González, se dirigió a los asistentes a través de una magistral y densa conferencia, versando sobre orientaciones podológicas en el calzado infantil; según el desarrollo de esta comunicación pudimos ver unos conceptos claros en cuanto al desarrollo del pie en el niño, y la forma en que mediante un zapato se puede favorecer o evitar una anomalía postural o estática. Insistió en unos puntos claves del calzado, como pueden ser la necesidad de fabricarlos con materiales nobles, como suela de cuero y pieles, para evitar posibles interreacciones que materiales no adecuados pueden causar en la piel, dado que el pie está sometido a un trabajo muscular intenso, que se desenvuelve en unas condiciones de poca ventilación y mucha humedad, que al debilitar la piel alterando su acidez, la hace más vulnerable a infecciones externas, como las micosis y las dermatitis. Al final de estas conferencias se entabló un coloquio, con la intervención de varios fabricantes pidiendo aclaraciones de conceptos, en las cuales se desprendía un afán de iniciar una nueva etapa en busca de la fabricación de un calzado racional y fisiológico. En este apartado se tocaron puntos tales como el tacón de Thomas, del cual hay en el mercado muchas variedades que no se ajustan a unas medidas técnicas. Se establece igualmente una polémica en cuanto a la utilización de la entreplanta de material microporoso, el cual tiene unas ventajas sobre la piel en cuanto al pegado, pero en cambio puede interferir las cualidades de la suela de cuero. Otro punto tocado fue la forma y fin del contrafuerte en el calzado destinado a la aplicación de plantillas ortopédicas.

Tras un receso de media hora, que ya se hacía necesario, se inició nuevamente la sesión a cargo del tercer conferenciante, Sr. Andreu, químico, quien versó acerca del curtido vegetal y sus técnicas y características, introduciéndose en el estudio histológico de la piel, para a partir de ahí desarrollar los diversos procesos de cur-

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

tición, a que están sometidas las pieles, que deben reunir unas cualidades, según unas tablas dadas por él al final de la intervención. Hubo igualmente muchas preguntas al respecto, que mantuvieron un ambiente de expectación hasta el final.

Por fin, tras un retraso de dos horas, lo que ya por sí solo indica el interés despertado en esta reunión, se llega al momento final, momento de apuntar unas conclusiones para a partir de ellas iniciar la puesta en marcha de esta nueva etapa, en la que a través de una estrecha colaboración entre fabricantes de calzado, Comisión Española pro Suela de Cuero y la parte técnica a cargo de la Agrupación se pretende prestar un servicio al consumidor, que en última instancia es sobre el que revierten todas las consecuencias, a base de la fabricación de un zapato más racional y fisiológico, con capacidad para colocar la prótesis, hecho con materiales nobles, así como otros distintos modelos con materiales diversos, que cumplan unos índices mínimos de calidad, cuyo objeto sea cumplir fines no habituales en el zapato normal, como puede ser montañismo, deportes, etc., que no por ello dejarán de ser fisiológicos y anatómicos.

Podemos resumir las conclusiones de este simposio en los siguientes puntos:

1.º Se insiste en la necesidad de crear una Asociación que agrupe a Podólogos, Traumatólogos, fabricantes de calzado, y en general todos los profesionales que tienen una relación directa con el pie, para homologar los distintos productos y evitar de esta forma ciertas propagandas comerciales poco científicas, que en muchas ocasiones atentan contra la salud del pie.

2.º La nomenclatura de zapato ortopédico debe reservarse única y exclusivamente para aquellos casos que por características especiales en la anatomopatología del pie del enfermo, deban ser fabricados a medida.

3.º Para la fabricación del calzado deben emplearse materiales nobles, como suela de cuero y pieles, que deben tener unas condiciones mínimas de calidad, según las normas en curtidos, dadas por el tercer conferenciante, Sr. Andreu.

4.º El zapato destinado a la aplicación de plantillas ortopédicas, debe reunir unas condiciones distintas al normal, que podemos resumir en:

a) Anchura y altura suficientes en la pala, que permita la libre moción de los dedos y la aplicación de ortosis.

b) Altura suficiente en el contrafuerte, de al menos 2 mm. más, para poder colocar la plantilla sin que el zapato salga al caminar.

c) Buena sujeción en el empeine que asegure una hermandad zapato-pie-plantilla.

d) Altura distinta de zapato a suela y buen equilibrio, lo cual puede asegurarse mediante el empleo de una suela dura y flexible, a ser posible de cuero; una vez el zapato en posición horizontal, deben contactar con el suelo tacón y suela.

e) Homologar las medidas, ya que los números muchas veces no coinciden entre zapatos de distinto fabricante.

f) Evitar tintes que con el uso pierdan, y puedan provocar trastornos a la piel.

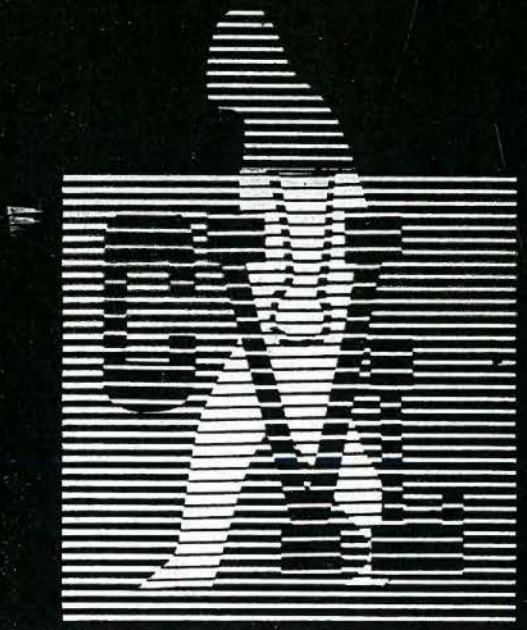
constantino velasco laínz

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.

UNIVERSIDAD DE BARCELONA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA OFICIAL DE PODOLOGIA
Catedrático-Director: Profesor
Doctor R. Arandes Adán
Subdirector: Don Leonardo Escachs Clariana

PONENCIA PRESENTADA AL IX CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA
Salamanca, 9-12 octubre 1976

ALGUNOS ASPECTOS DE LA QUIROPODOLOGIA ACTUAL

por

D. FRANCISCO FARRERAS

Profesor de la Escuela de Podólogos

No pretendo decirles nada nuevo ni nada que ya no conozcan. Simplemente mi intención es exponer con claridad el concepto actual que yo tengo de la QUIROPODOLOGIA, recordando a los más jóvenes que, a mi entender, el paciente juzga al podólogo no por el caudal de sus conocimientos sino por la habilidad que tenga en realizar su cometido con el mínimo dolor y con la máxima eficacia y acierto.

La Podología moderna centra su atención en los grandes avances logrados en el campo de la ORTOPLASTIA, de las siliconas y de la gran Cirugía Podológica tendiendo una trampa al flamante podólogo recién salido de la escuela que hace que se olvide con frecuencia de la enorme importancia que tiene el heloma y la quiropodia dentro del contexto global de la PODOLOGIA que, si bien es verdad que el campo que ofrece es deslumbrante, no es menos verdad que, es en el terreno de la QUIROPODOLOGIA, donde el podólogo, dentro de su total legalidad, se moverá con mayor soltura y seguridad, en todos los órdenes, frente al paciente.

La Podología actual, quiérase o no, tiene un seductor itinerario marcado, que lo inicia con el heloma y con el que se da la mano durante todo el trayecto hasta el final. Si se acepta así, automáticamente la QUIROPODIA se convierte en QUIROPODOLOGIA y la podremos definir como a la parte de la PODOLOGIA que exige el conocimiento y dominio de un conjunto de técnicas incruentas encaminadas a paliar o curar las onicopatías y las queratopatías ya sea su origen microtraumático, vírico o parasitario.

Pero antes de repasar someramente la clínica y tratamiento de estas afecciones describiremos brevemente cómo yo entiendo debe ser el lugar donde son tratadas, es decir, el consultorio de Podología.

Actualmente dado el auge de la especialidad y la finalidad de la misma, el consultorio del podólogo deberá semejarse a un quirófano a pequeña escala.

La habitación destinada al trabajo deberá tener unos 3 metros de ancho por 4 m. de largo y una altura proporcionada a estas dimensiones cuya ventilación deberá estar garantizada por una ancha ventana o balcón que provistos de cristales esmerilados permitan el paso de la luz diurna y no dejen verse desde el exterior.

A poco que se pueda se prescindirá de visillos y cortinajes por ser receptáculos de polvo.

PIEDRO

OFRECE AL PODOLOGO:

CUATRO DISTINTOS ANCHOS

CUATRO TIPOS DISTINTOS DE SUELA

— 100 % cuero crupón reforzado

— 100 % cuero crupón marca-royal

— palmilla entresuela cuero y bloque de composición controlada

— íd., íd., íd. y crepé superior virgen

TRES TIPOS DISTINTOS DE TACON (recto, estilo Thomas y recto con estabilización central)

DOS TIPOS DE HORMAS (normal y recta)

OCHENTA DISTINTOS MODELOS

y SIEMPRE:

Máxima sujeción de empeine y retropie
Espacio para el movimiento de dedos
Máxima calidad de materiales
Espacio para el crecimiento
Máxima indeformabilidad

PIEDRO INTERNATIONAL
En España

J. L. Vila-Plana
Conde Borrell, 211 - prta. 33
teléfono 93/239 53 06
Barcelona-15
telegramas: KIRITA-Barcelona

PIEDRO

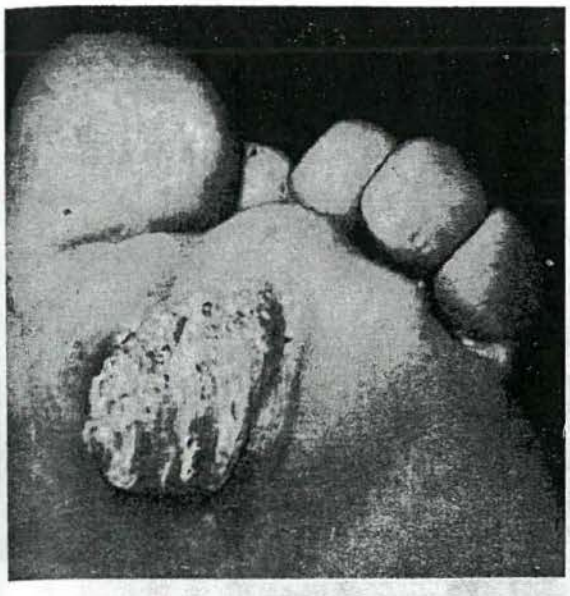


Figura 1. — Queratopatía traumática

Fig. 2. — Modelo de ortonixia

Las paredes deberán ser blancas estucadas y con zócalos de mármol y en el centro del techo, una luz fluorescente que reparta por igual.

El mobiliario y los aparatos se procurará que sean los verdaderamente necesarios, prescindiendo de los que entorpezcan o no tengan una verdadera finalidad.

De entre los elementos de necesidad absoluta destacaremos el sillón podológico destinado al enfermo que será de tipo americano, de inclinación variable y dotado de movimiento giratorio y de elevación y descenso accionados a pedal o electrónicamente.

El sillín del podólogo deberá armonizar en estilo con el del enfermo y será también graduable en altura y giratorio.

Como mesa auxiliar inmediata recomendamos el modelo TU-5 que permite el montaje global o independiente de los modernos módulos podológicos, de circuito electrónico transistorizado, de 40 x 40 cm. de superficie, provista de ruedas que permiten acercarla o retirarla a voluntad.

Como torno eléctrico, actualmente se emplean los micromotores accionados por turbinas, lo que supone un gran avance ya que se eliminan ruidos, se elimina el reostato, ocupan mucho menos espacio y la extensión y flexión de su cable no tiene limitación de movimientos ya que en vez de poleas y cordones de transmisión van provistos de un cable espiralado.

La pieza de mano va provista de una cánula que a voluntad puede emitir cualquier sustancia líquida en aerosol que humidifica las partículas córneas o si se quiere, chorro enérgico de aire que las proyecta a distancia impidiendo su inhalación.

La jeringa tiene 3 usos en la sola pieza que pueden utilizarse independiente o simultáneamente. Son: spray, chorro y aire.

El módulo que yo uso es el Varytronic en el que se halla incorporado bisturí eléctrico, micromotor y jeringa y opcionalmente puede incorporarse Ultrasonidos, todo ello en un módulo que ocupa un espacio no superior a 30 x 15 cm., de control electrónico, que permite una preselección y ajuste de velocidades que pueden oscilar entre 20 y 30.000 r.p.m., va provisto de refrigeración por aire o agua, transistorizado, a base de placas de circuito impreso lo que facilita la localización inmediata de la avería, teniendo la ventaja de que puede ser interconectado con el bisturí, la jeringa, el micromotor y ultrasonidos y que puede ser accionado mediante un único pedal de maniobra.

Onicopatía es el término que designa las enfermedades de las uñas, entre las cuales las hay que motivan conflictos dolorosos entre los bordes laterales de la placa ungueal y los surcos perinungueales, dando lugar a las Onicocriptosis; en otros casos, las uñas se hallan invadidas por lesiones micóticas y parasitarias constituyendo las Onicomicosis y un tercer grupo, para citar solamente los 3 más importantes y frecuentes de las uñas, puede presentar lesiones en su lecho ungueal dando lugar a las Onicogrifosis.

Pasando a las formaciones córneas cutáneas entendemos por Queratopatía el trastorno bio-

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 ●

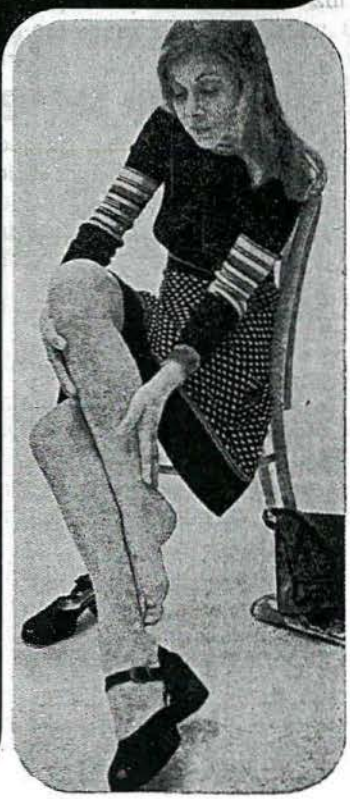
Contraindicaciones
Ulcus cruris, heridas abiertas.

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

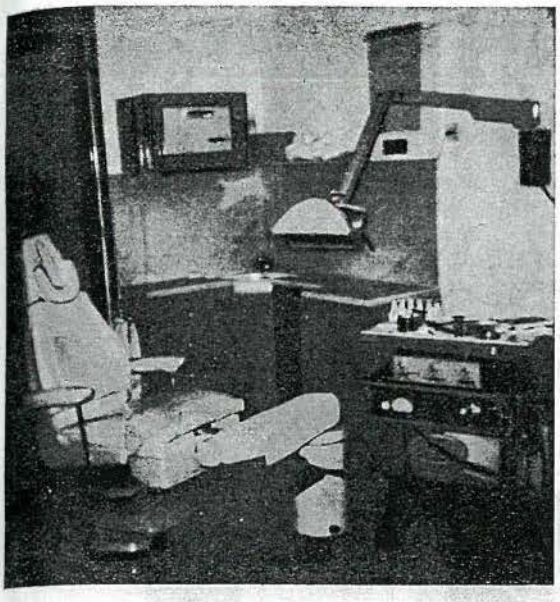


Fig. 3 — Modelo de consultorio

mecánico de la queratogénesis asociado, la mayoría de veces, a una hipertrofia papilar.

Si el origen de estas queratopatías es microtraumático los lugares más frecuentes de localización serán la cara plantar de la cabeza de los metatarsianos, la cara dorsal de los dedos en garra o a nivel de las articulaciones interfalángicas.

Si el origen de estas queratopatías es parasitario, se tratará de infecciones epidérmicas parasitarias instauradas electivamente a nivel de la piel, siendo las más frecuentes el Pie de Atleta, Intertrigo y la Epidermoficia.

Si su origen es vírico se tratará de una epiteliosis contagiosa de origen infeccioso causada por un virus epidermotropo, exógeno y específico que penetra en la piel a través de una microlesión cutánea que precede a la infección celular. Su manifestación exigirá un diagnóstico diferencial con el heloma neurovascular y con la radiodermitis.

Volviendo a las uñas, con respecto a la patogenia de estas entidades podológicas, la presencia o aparición de Onicocriptosis, se debe a tres factores fundamentales:

1.º Uñas normales que a consecuencia de un corte inapropiado dejan un garfio o espolón en el surco ungueal.
2.º Deformación hacia adentro de uno o varios bordes de la uña en doblez lateral o en teja de Provenza.
3.º Uñas normales pero con labios hipertrofiados por causas mecánicas, constituyendo este grupo el más extenso y cuyas causas con frecuencia se deben a calzado irracional, trastornos estáticos, ortostatismo profesional y a sobrecarga ponderal.

En el primer caso el tratamiento quiropodológico irá encaminado a combatir la inflamación eventual tratando de eliminar la porción incarnada de la uña y la aplicación sucesiva de pomadas calmantes, antisépticas y antiinflamatorias locales. Si la esquirla ungueal tiene difícil acceso debido a la hipertrofia del rodete un buen procedimiento será el empleo de nitrato de plomo en polvo aplicado exclusiva y directamente sobre los tejidos fungosos siendo su acción mayor que la del nitrato de plata, pues ésta ve disminuida su acción por la dilución que le impone el líquido seroso que segrega los rodetes y todo lo contrario, el nitrato de plomo destruye mejor los rodetes cuanto más húmedos y macerados.

En el segundo caso el tratamiento quiropodológico tendrá por objeto reeducar la uña utilizando los procedimientos conocidos de la gutapercha, el soucil protector y la ortonixia.

En el tercer caso se recurrirá al tratamiento quirúrgico que, desde el punto de vista quiropodológico, solamente se empleará cuando la Onicocriptosis sea recidivante, la uña irreducable y los rodetes hipertrofiados e irreductibles.

Según la etiopatogenia de cada una de las Onicocriptosis operable se empleará una técnica diferente, siendo la más empleada por resolutiva, la de la resección de rodetes o técnica de Escachs, siguiendo las técnicas de Walsh, Jones, Frost, Duvries, Grinnell, etc., etc., que si bien

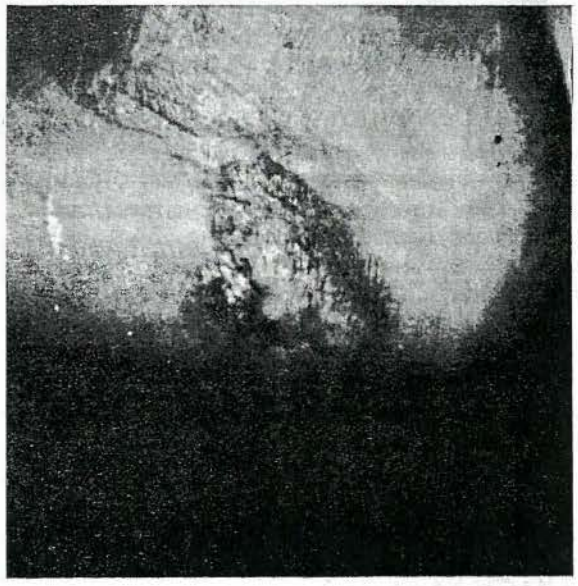
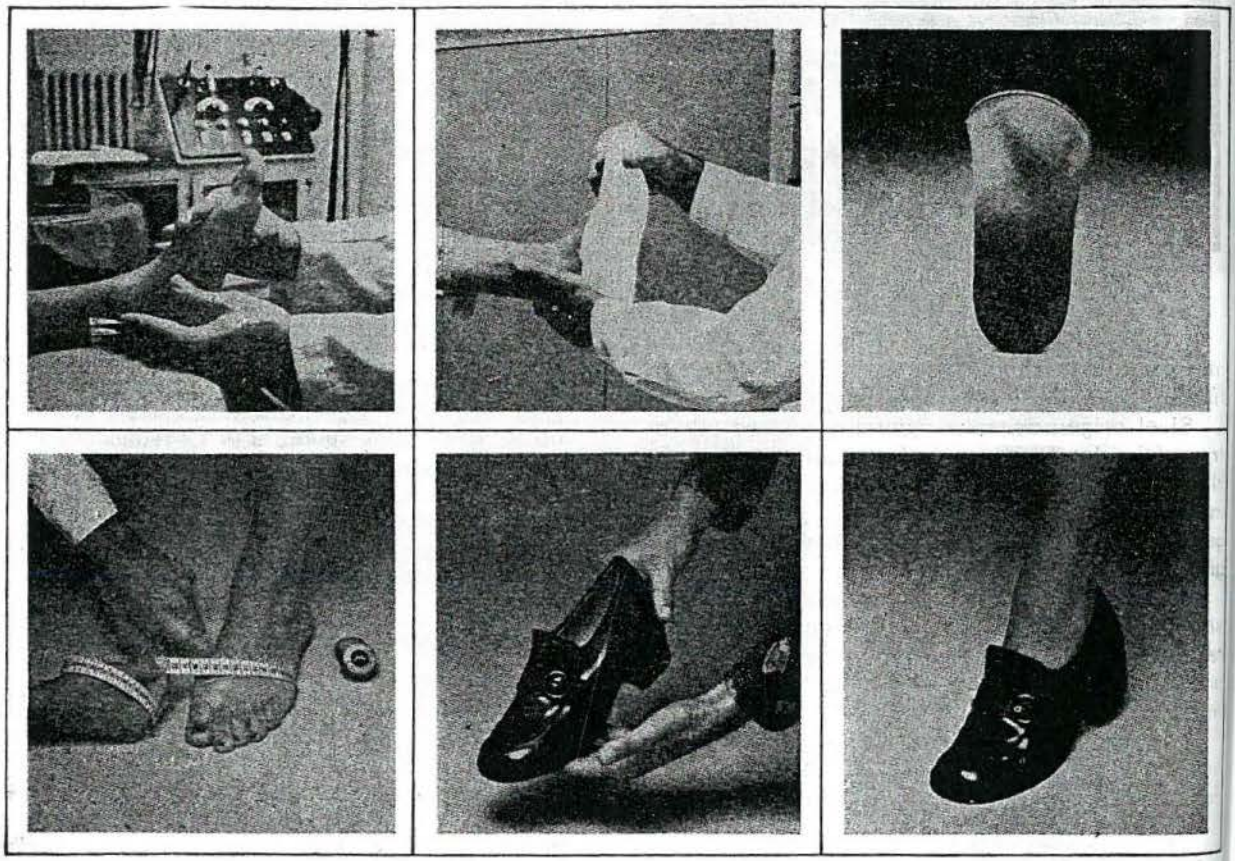


Fig. 4 — Injerto practicado en una intervención de verruga, que degeneró en Neoplastia

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

MANITOS ORTHO: TAN IMPORTANTE COMO SUS MANOS

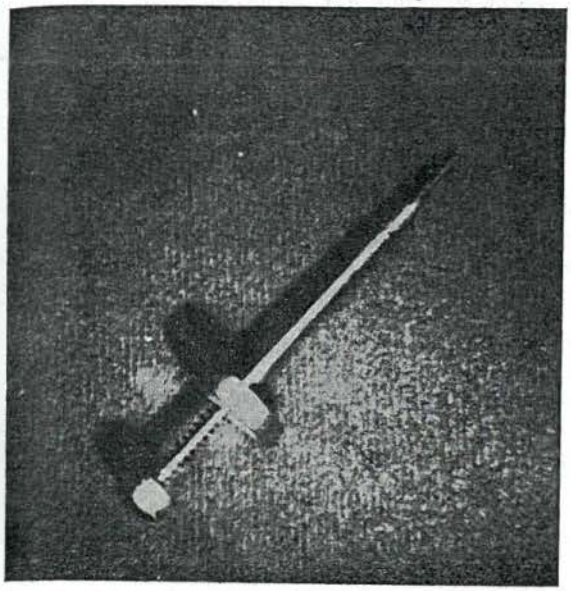


Fig. 5. — Soulcil Injector

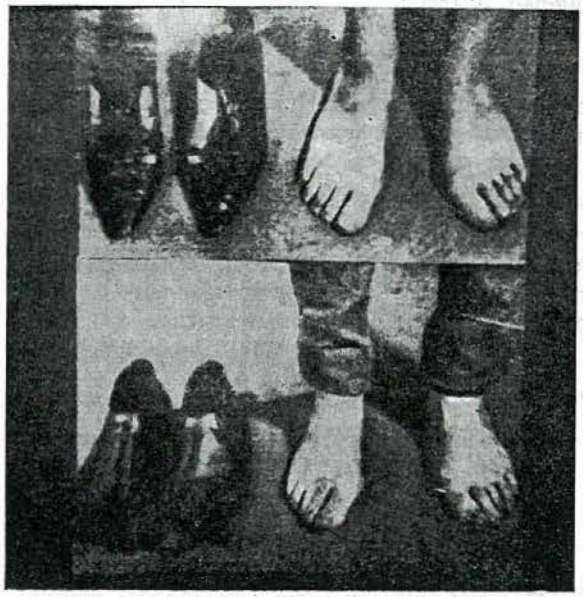


Fig. 6. — Modelos de calzado

son menos cruentas la garantía terapéutica es más dudosa.

Lo fundamental ante todo paciente que tenga que ser intervenido será lo siguiente:

- — Practicar análisis de glucosa en sangre.
- — Asepsia del campo operatorio con alcohol yodado, previa realización de las técnicas habituales de aseptización.
- — Esterilización del campo en torno a la uña.
- — Inyección anestésica en anillo o directa con novocaína o escandicaín al 1 o 2 % sin adrenalina.
- — Elegir la técnica quirúrgica que según los casos, tendrá por finalidad:
  - — Resecar los bordes laterales ungueales.
  - — Resección de los bordes o rodetes hipertrofiados.
  - — Extirpación total de la uña si procede.
  - — Resección total o parcial de la matriz.
  - — Extirpación del surco ungueal.

Porteriormente:

- — Aplicación de un hemostásico sobre la herida y violeta de genciana.
- — Aplicación de pomada antibiótica la 1.ª y 2.ª cura.
- — Vendaje semicompresivo.
- — Calmantes.
- — Renovación de la cura a las 48 h. de la intervención y después, a días alternos durante unos 45 días.

Las Onicogrifosis sabemos que representan la patología del lecho ungueal en cuyo proceso la capa de la uña se engrosa a base de capas superpuestas adoptando la forma de garra rugosa. Por lo general, esta afección es indolora, siendo el problema que ocasiona simplemente de espacio, hallándose raramente inflamación o infección. Clínicamente debemos considerar 4 tipos de Onicogrifosis:

- — Simple.
- — Con heloma periférico y ulceración.
- — Con cavidad interna.
- — Con onicomicosis.

El tratamiento en el primer caso consistirá en rebajar el grosor de la uña a su estado normal cortando el borde libre previo fresado e insinuación con la fresa de disco; en el 2.º caso, cortaremos la uña, enuclearemos el heloma y protegeremos la ulceración con pomadas antisépticas que faciliten la cicatrización; en el 3er. caso se fresa y corta la uña descubriendo la cavidad interna que algunas veces aparecerá seca y otras, llena de líquido hemático seroso o piógeno y se taponará con algodón impregnado de pomada antibiótica. En el 4.º caso, cuando exista Onicomicosis, el olor fétido que desprenda facilitará el diagnóstico y su tratamiento será el propio de las Onicomicosis.

La Onicomicosis consiste en la invasión parasitaria del aparato ungueal causada principalmente por el género tricofiton.

La infección aparece generalmente en los adultos y suelen estar afectadas una o varias uñas, iniciándose la lesión por el borde libre o por un borde lateral, en forma de mancha amarilla que se extiende lentamente por debajo de la uña. La lesión suele ser indolora aunque algunas veces

pueden aparecer síntomas inflamatorios periungueales —perionixis—.

Son lesiones muy rebeldes a los tratamientos por la dificultad que supone llegar al foco de la infección.

A corto plazo el parásito emigra hacia la matriz y a largo plazo se produce una infección generalizada que llega a modificar las propiedades mecánicas del aparato ungueal, en cuanto a elasticidad, deslaminación, y amputación de las uñas por destrucción total de la matriz.

El tratamiento Quiropodológico en las Onicomicosis irá encaminado a:

- Recuperar la morfología ungueal.
- Hacer regresar el volumen de los rodetes.
- Prevenir la infección parasitaria y la autoinfección.

lo que se podrá lograr en parte, infiltrando antifúngicos en solución o gel en la misma uña a través de una jeringa o mediante la excisión del limbo ungueal después de un raspado y con la sucesiva aplicación de la medicación antifúngica elegida.

Volviendo a las Queratopatías microtraumáticas son el sinónimo de la compleja y variada patología de las lesiones córneas cuya etiología es condicionada por los siguientes factores:

- Hiperpresión.
- Frotamiento.
- Exposición dérmica al roce.
- Avascularización.
- Degeneración.
- Hipertrofia papilar.

El tratamiento Quiropodológico consistirá en:

- Establecer el diagnóstico diferencial con el hemoloma neurovascular, la radiodermitis y el papiloma vírico.
- Asepsia local.
- Ablación de la capa superficial de la hiperqueratosis.
- Enuclear el centro siguiendo las técnicas habituales ya sea mediante excisión completa, parcial o parcelada.
- Cauterización papilar mediante nitrato de plata o electrocauterio.
- Colocación de padding protectores.

Las Queratopatías parasitarias se deben a champiñones, hongos o levaduras siendo los factores desencadenantes de la infección:

- La modificación del pH cutáneo.
- La humedad.
- Calor local.
- La oscuridad.

Se instaura preferentemente en los espacios interdigitales, uñas, cara plantar y cara dorsal de los dedos y cursan con un primer estado de descamación liberando residuos epiteliales, 2.º estado de fisuración y un tercer estado de vesiculación.

El tratamiento Quiropodológico consistirá en primer lugar en la higiene del pie a base de:

- Supresión de jabones alcalinos.
- Limitar las inmersiones prolongadas.
- Secar cuidadosamente los espacios interdigitales.
- Facilitar la aireación mediante calzado y calcetines adecuados.
- Aplicar medicación utilizando jabones ácidos que restablezcan el pH cutáneo y disminuyan el picor.
- Aplicar medicación antiparasitaria ya sea a base de pomada, solución, polvo o gel, teniendo en cuenta que la pomada da más estabilidad al producto pero disminuye la aireación; el polvo ayuda a secar más deprisa pero la fijación del producto es más difícil; y que el gel alía las propiedades de la solución y la pomada.

Finalmente, los Papilomas víricos, que constituyen el último grupo de las llamadas Queratopatías víricas, como ya hemos dicho se trata de una epiteliosis contagiosa que suele instaurarse en la planta del pie, en las zonas de hiperapoyo o roce y su aparición se caracteriza por la presencia de una:

- Hiperqueratosis superficial.
- Halo claro periférico.
- Contorno regular.
- Separación de las estrías del dermis.
- Presencia de una colección serosa.
- Dolor a la presión lateral o pinzamiento.
- Marcha antiálgica como repercusión funcional.
- Su extensión varía de algunos milímetros a un centímetro.
- Puede aparecer aislada, diseminada o en grupos.
- Es de consistencia blanda y esponjosa.
- Su relieve es más o menos saliente.
- Su coloración blanco-amarilla.

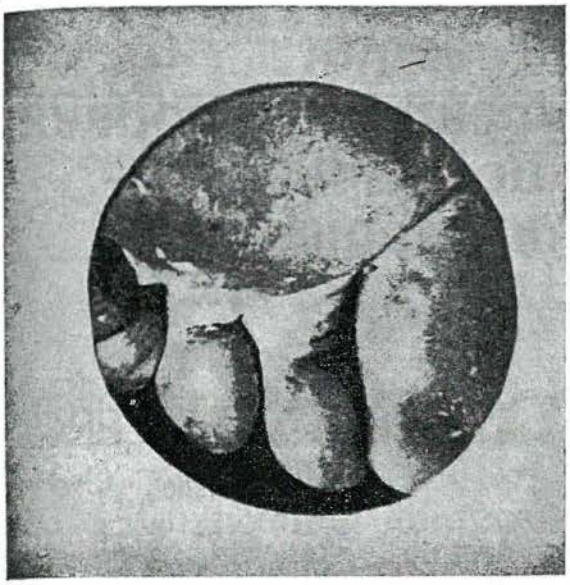


Fig. 7. — Micosis

— Y su tratamiento Quiropodológico incruento consistirá:

  — En poner al descubierto la queratina del tumor.

  — Cauterizar mediante agentes físicos como electrocauterio, galvanoterapia.

  — Químicos como (ácido nítrico, monocloroacético, nitrato plata, salicílico, etc.).

  — Tratamiento medicamentoso general mediante la aplicación de cloruro de magnesia, vitaminoterapia (Vitamina A), metionina, autohemoterapia, lisozima.

Y tratamiento quirúrgico que consistirá en enuclear el tumor viral siguiendo las técnicas conocidas. Yo empleo la técnica de Shellout o de descapsulamiento mediante un Elev-Dent o un Libertador Septo-nasal que consiste en una escarpita de doble extremo no muy afilado con lo que se arrastra el tumor sin herir la dermis, descapsulándolo y logrando con ello una más fácil cicatrización.

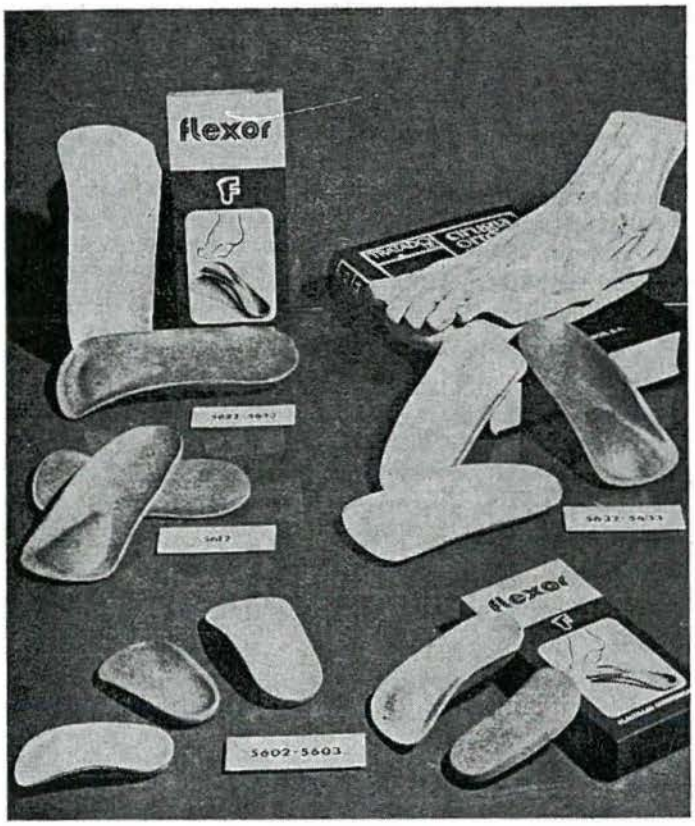
Aquí doy por terminada esta comunicación esperando no les haya aburrido ni cansado, ofreciéndome incondicionalmente a Udes. para aclararles cuantas dudas sobre el tema hayan podido surgir.

Muchas gracias.

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.

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

Luxaciones y fracturas del pie (I)

(Luxaciones tibio-tarsianas)

Por Fernando MUÑOZ CAMPOS
Podólogo
MALAGA

INTRODUCCION

Con este trabajo, inicio una serie de artículos cuyos temas comprenderán sucesivamente, todas las luxaciones y fracturas del pie.

El hecho de que el mecanismo de producción y tratamiento de tales afecciones, no haya variado esencialmente desde hace muchos siglos, me ha permitido considerar las técnicas del siglo pasado, no sólo por su eficacia de acuerdo con el criterio médico de otrora cuya evaluación es bien notoria, en este particular aspecto traumatológico, sino también por las pormenorizadas descripciones de sus procedimientos, cuya vigencia en el decurso del tiempo perdura todavía.

En este primer tema expondré todas las desviaciones de la tibia, describiendo las cuatro luxaciones que desde el punto de vista geométrico pueden producirse hacia adentro, hacia afuera, hacia adelante y hacia atrás.

a) **Hacia adentro.** Para que la tibia se luxe hacia adentro, es necesario que la articulación peroneo-tibial quede desunida o bien que el maléolo externo esté fracturado. Esta última eventualidad se produce en casi todos los casos; así pues, las fracturas del peroné situadas por encima del maléolo externo predisponen a esta variedad de desviación. Sus causas se confunden con las de las fracturas del peroné por abducción y

Fig. 1. *Luxación tibiotarsiana que por su excesiva hiperextensión y violencia al ser impulsado el cuerpo hacia atrás, estando el pie aprisionado, dio lugar a la fractura del maléolo interno y del peroné.*

cuando sus dos pies son dos problemas...

Use Pesek®

desUdorante y desOdorante
de los pies

Y AHORA TAMBIEN

NUEVO

Pesek®

ARCANDOL

SPRAY

para pies *ARdientes*
CANsados
DOLoridos

DOS PRODUCTOS PARA...
DOS PROBLEMAS QUE SON...
DOS SOLUCIONES.

rotación de la punta del pie hacia afuera. Las causas más comunes de este tipo de luxación son: caídas desde un punto elevado con inclinación del pie hacia afuera, como asimismo, golpes o fuertes presiones directamente en la región externa de la pierna.

SINTOMATOLOGIA

La deformación de la extremidad es característica; el pie colocado en abducción y rotación hacia afuera se desplaza hacia ese lado del eje de la pierna; su borde interno está más bajo, el externo levantado y la planta mira hacia afuera y abajo. Además es evidente el aumento del diámetro transversal de la garganta del pie. El maléolo interno forma un relieve fácilmente apreciable en la superficie de la piel, existiendo incluso el riesgo de perforarla. En cambio por fuera, existe una fosa muy marcada como resultado de la fractura del peroné situada por encima de la punta del maléolo externo (Fractura de Dupuytren). Si la tumefacción no es muy pronunciada, es posible percibir la polea astragalina, unas veces desviada de su eje, lo mismo que el pie, otras transportada en su totalidad hacia la parte externa de la garganta del pie. El maléolo no conserva siempre su integridad; si los ligamentos resisten, es arrancado. Además, en muchos casos se ha observado una línea de fractura oblicua en la tibia. Esta lesión compromete todos los movimientos activos y se acompaña de hematomas y profundos dolores. Por ello, toda profana tentativa para enderezar el pie e imprimirle movimientos, debe evitarse. El diagnóstico diferencial no ofrece dificultad alguna; el relieve del maléolo interno alterando el plano normal de la región a nivel de la interlínea articular, permite eliminar la sospecha de una fractura supra-maleolar.

TRATAMIENTO

La indicación consiste en colocar el pie en adducción, reducir la fractura e inmovilizar el miembro en correcta posición. Por otra parte, la reducción de la luxación, muy fácil en ciertos casos, resulta excesivamente laboriosa en otros. A fin de suprimir en el procedimiento la acción contráctil de los músculos de la pantorrilla, se aconseja flexionar la pierna sobre el muslo. Mientras que un auxiliar hace la contraextensión sobre la pierna, el experto sostiene el pie colocado en una posición media y ejerce tracciones combinadas y compresiones laterales sobre el hueso prominente; algunos ligeros movimientos de circunducción favorecerán en muchos casos la reducción. Berard, Laugier, Lavacherie, Valentin y Harrison consiguieron por este procedimiento la reducción citada, sin que fuera necesario el uso de aparatos de fuerza y poleas. Conseguida la posición correcta del pie, se inmovilizará dentro de una gotiera o enyesado de tal forma que permita la vigilancia de la articulación y la aplicación de tópicos resolutivos.

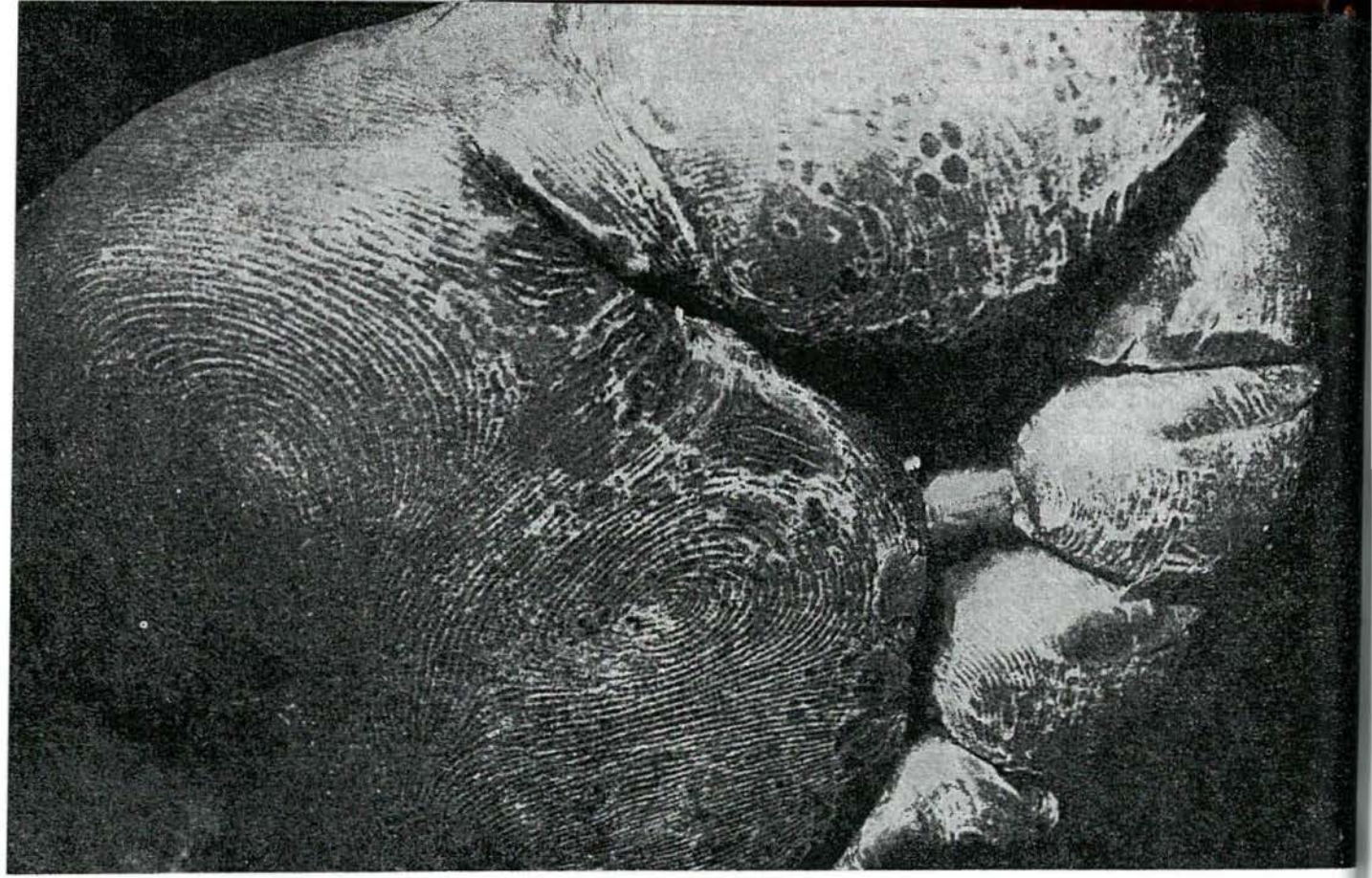
b) **Hacia afuera.** Las causas ordinarias de su producción son inversas de las referidas a la luxación hacia adentro. Generalmente, es causada por una caída sobre el borde externo del pie con adducción forzada, o de un choque directo muy violento sobre la parte inferior e interna de la tibia.

SINTOMATOLOGIA

Unas veces el pie ha sido desplazado sin desviación manifiesta a la parte interna, otras en cambio, siendo las más frecuentes, el astrágalo imprime un movimiento de torsión hacia adentro de forma que la planta mira a la pierna del lado opuesto. En lugar de ser externo como en la luxación hacia adentro, el ángulo formado por el pie y la pierna resulta interno; el maléolo externo forma un relieve muy pronunciado hacia afuera. En la mayoría de los casos, esta luxación se acompaña la fractura del peroné.

La redución no ofrece dificultad. Tras haber colocado el pie en correcta posición, se inmovilizará manteniéndolo en una ligera abducción por medio de una férula colocada en el lado externo y distal de la pierna y pie.

c) **Hacia adelante.** La variedad de producción de esta luxación es muy rara. Citemos dos circunstancias distintas. 1. — Como consecuencia



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
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 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

de una caída desde una determinada altura estando el pie en un plano oblicuo. El peso del cuerpo tiende a llevar la tibia hacia adelante luxándola. 2. — Cuando hallándose el pie fijo o sujeto en una ranura, el cuerpo tirando hacia atrás actúa de un modo análogo. En ambos casos, la hiperextensión y el peso del cuerpo intervienen para determinar la desviación. Según Hamilton, los movimientos violentos de adducción y de abducción además de causar luxación, son siempre susceptibles de producir fractura, tal era el caso de un individuo adulto, cuyo uno de sus pies, al estar aprisionado al mismo tiempo que su cuerpo era impulsado violentamente hacia atrás, desequilibró la igualdad que se ejercía entre la potencia y la resistencia, produciéndose la fractura del maléolo interno y el peroné (Fig. 1). Por otra parte, este tipo de luxación es concomitante en muchos casos de roturas de ligamentos de ambos maléolos e incluso de fractura transversal de la tibia.

SINTOMATOLOGIA

Acortamiento anteroposterior del dorso del pie; relieve anormal del talón hacia atrás, posición del pie en extensión. Tales son los signos característicos de esta luxación, a los que hay que añadir, el relieve que forma por delante de la tibia luxada; los tendones extensores aparecen muy tirantes y el tendón de Aquiles describe por detrás una curva anormal. La función del pie casi anulada por completo, manifiesta intensos dolores al menor movimiento.

En el caso de luxación incompleta, el diagnóstico no siempre es fácil. Boyer, Cooper y Hamilton citan ejemplos confusos que pueden interpretarse entre una torcedura y una fractura de peroné. Asimismo, es de suponer que la subluxación puede ser consecutiva y subordinada a la acción de los músculos gemelos.

TRATAMIENTO

De primera intención el traumatólogo flexiona la pierna sobre el muslo y acto seguido hace practicar la extensión sobre el pie mientras él rechaza en sentido inverso las extremidades desviadas; por último el pie es colocado en flexión forzada. Se aconseja el apósito enyesado pero de tal suerte, que mantengan relajados los músculos de la pantorrilla.

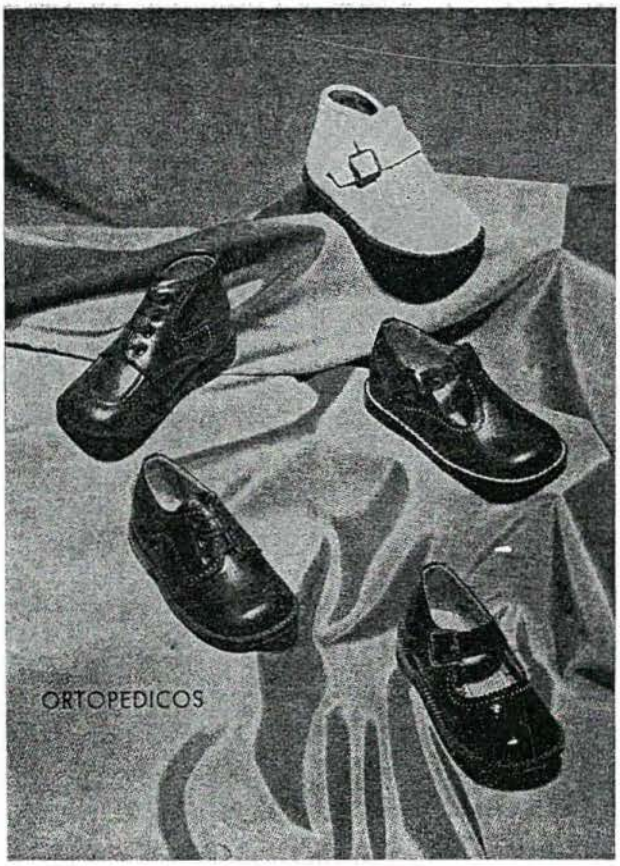
d) **Hacia atrás.** Esta desviación parece ser el resultado de un movimiento de flexión forzada. No es muy común. Hasta cierto punto, puede explicarse la rareza de esta luxación; la cara superior del astrágalo es más estrecha por detrás que por delante y los movimientos de lateralidad, resultan posibles en el momento mismo en que la mortaja deja de estar apretada. En vez de luxarse hacia adelante, el pie gira y produce una fractura de peroné y de maléolo interno.

SINTOMATOLOGIA

El acortamiento del talón, la prolongación del dorso del pie y el relieve de la polea del astrágalo hacia adelante caracterizan esta desviación. Al mismo tiempo las dos poleas calcáneas tienden a desaparecer e incluso el tendón de Aquiles, se muestra ligeramente levantado por el borde posterior de la tibia.

e) **Luxaciones complicadas.** Las luxaciones tibiotarsianas, pueden llegar a complicarse con heridas, fracturas conminutas, luxaciones tendinosas, lesiones vasculares y nerviosas. Las desviaciones laterales, por razón del relieve anormal de uno de los maléolos, predisponen en mayor grado a la perforación por los fragmentos e incluso podría decirse, que las luxaciones laterales complicadas por heridas constituyen la régla. La salida del hueso hacia afuera no es rara y entonces, se encuentran desviaciones del pie muy manifiestas. La tracción excesiva o de la presión directa que han de soportar las extremidades desviadas, da lugar a rotura de venas siendo las más afectadas la tibial posterior y la tibial anterior. Ello, explica el posible riesgo de la flebitis. Por otra parte, los fragmentos óseos hieren los nervios y en general toda la región está amenazada de inflamación de la articulación, a la osteomielitis, al flemón difuso y a las infiltraciones purulentas de las vainas tendinosas.

(Pasa a la pág. 40)



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)

Protagonista:

EL PODOLOGO

Capítulo III

Recuerdo con gran nostalgia, aquella aula rectangular, normalmente a tope y en la que los profesores nos daban sus explicaciones, introduciéndonos a este encantador mundo podológico, virgen aún para nosotros y que al intentar explorarlo, nos daba la sensación de no poder lograrlo. Ellos, con la visión más amplia, seguros del camino que habían escogido y de la meta a que pretendían llegar, nos iban esgrimiendo, visualizando y entregando todos sus conocimientos, para que esta selva, surgiera menos dificultosa para todos nosotros.

Y... 2 meses después de abrir mi gabinete podológico, puedo asegurar, que ya empieza a corroerme este gusanito intranquilo, maravilloso y agradecido que es la «Podología». Supongo que sería pecar de vanidoso, presumir de trabajo, pero... creo, que no debe estar del todo mal, el que de las tres visitas, que solamente tuve en mi primera semana, se hayan convertido en diez semanales. Estoy contento.

¡Es curioso! Estaba pensando, que todas las visitas que he realizado hasta ahora, casi todas han sido para quiropodia y de una media de años no inferior a los 50.

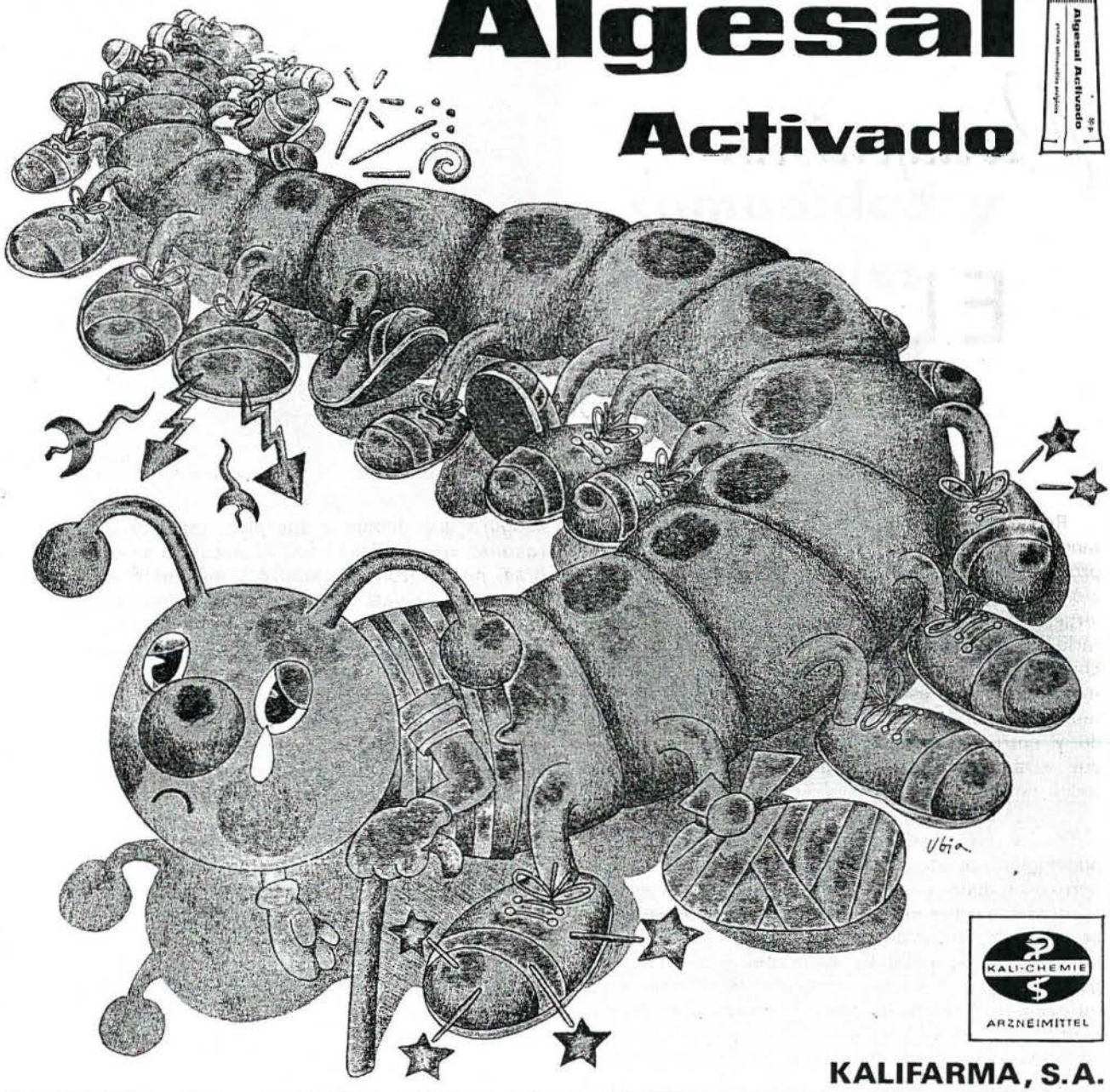
Una carcajada asoma a mi mejilla, sin poderla retener. Ha sido motivada, porque ha acudido a mi mente el caso, ahora, anecdótico de un señor, que acudiendo a la consulta por primera vez, me aseguró que debido a sus pies, tenía problemas respiratorios y digestivos. Al escuchar tales palabras, mi corazón se paralizó y mi mente voló en busca de nuevas altitudes, quizá pensando, que iba a encontrar la solución al problema que planteaba aquel buen señor. Cincuenta mil preguntas, en milésimas de segundo, acudieron en mi mente. ¿Cuál sería la enfermedad que padecía aquel señor? ¿Tendría que consultar algún libro? ¿Qué relación tenía el aparato digestivo y respiratorio con los pies? ¿Qué le haría yo?... Entonces, escuché unas palabras, que me hicieron volver a la realidad:

—«Me molestan tanto estas callosidades, que sólo encuentro alivio descalzándome y poniendo los pies en contacto con el frío del suelo»—.

La calma y la serenidad que tan rápidamente se habían evaporado, se asentaron de nuevo en su lugar, pues como una fuente mágica, empezaron a brotar de mi boca, una infinidad de preguntas, muy bien encaminadas, por cierto, que fueron las que me dieron la fuerza y la seguridad, para esclarecer aquel gravísimo problema. En conclusión resultó que el señor en cuestión, afecto de una bronquitis crónica, se le complicó con una bronconeumonía, que el paciente atribuía a la frialdad de su mosaico. En consecuencia tuvieron que inyectarle gran cantidad de antibióticos que alteraron la flora intestinal, motivando una Enteritis, de la cual estaba en tratamiento.

CUANDO APRIETA EL DOLOR...

Algesal®
Activado



KALI-CHEMIE
ARZNEIMITTEL

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.

¡Qué mal rato pasé! ¡Qué paciente más original! Ahora recordándolo, me río felizmente. Pero... pienso, que de aquí, tengo una lección que aprender. Podría ser muy bien, que nunca debo establecer diagnósticos prematuros. Es importante escuchar y preguntar y posteriormente explorar. Claro, que según el caso requerirá más o menos tiempo. Y, si alguna vez tengo dudas, creo que lo mejor será consultar. Delante mío, hay personas más capacitadas, con más tiempo en la profesión que me podrán orientar. Creo, que la esencia, puede ser, que no debo actuar a la ligera.

¡Ah!... Pienso que puedo presumir un poco de vanidoso y apuntarme mi primer éxito profesional consumado. En estos instantes, acabo de hablar telefónicamente con una señora, que le confeccioné, una ortosis de silicona y me ha manifestado con gran alegría, sus resultados satisfactorios. Recuerdo perfectamente el caso. Se trataba de un heloma interdigital, que según ella, tenía ya de bastante tiempo. ¡Ah!, por cierto, que me salió a la primera, pues anteriormente había intentado confeccionar uno similar y no me salió bien. Deduzco que fue debido, a carencia de catalizador, pues no me fraguaba. Lo intenté por segunda vez, y me quedó demasiado grueso; quise rebajarlo con el torno eléctrico y se rompió. Total, que como por suerte, era para un familiar la cité para otro día.

La llamada telefónica de esta señora, me ha puesto de muy buen humor. Además, me ha pedido hora para un nietecito suyo. Estoy contento, feliz. Seguro. ¡Ya empieza a corroerme el gusanillo! Estoy satisfecho, empiezo a sentirme, de verdad, 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

Taberner®

CALZADO FISIOLOGICO INFANTIL

Características anatómicas:

- Confeccionado con materias naturales de primera calidad.
- Horma racional para un correcto desarrollo del pie.
- Contrafuerte consistente que asegura una adecuada sujeción.
- Palmilla interior de legítimo cuero.
- Enfranque resistente.

OSCAR 1975 AL MEJOR DISEÑO DE CALZADO INFANTIL

OSCAR 1976 AL DISEÑO MAS ANATOMICO EN CALZADO INFANTIL

patrocinado por la
Comisión Española Pro Suela de Cuero

Calidad garantizada por

GREGORIO TABERNER, S. L.

Llucmajor (Mallorca)

Weyler, 53

Teléfono (971) 66 01 56

Labor Docente

por J. ALONSO GUILLAMON
Podólogo del Hospital Clínico
Barcelona

EXOSTOSIS SUBUNGUEAL

Denominamos así, a una neoformación osteocartilaginosa, fibrocartilaginosa o puramente ósea, circunscrita a la superficie de las falanges distales de los dedos.

Sus localizaciones más frecuentes, suelen ser en el borde anterior, en la superficie dorsal o bien en los bordes interno o externo de las falanges.

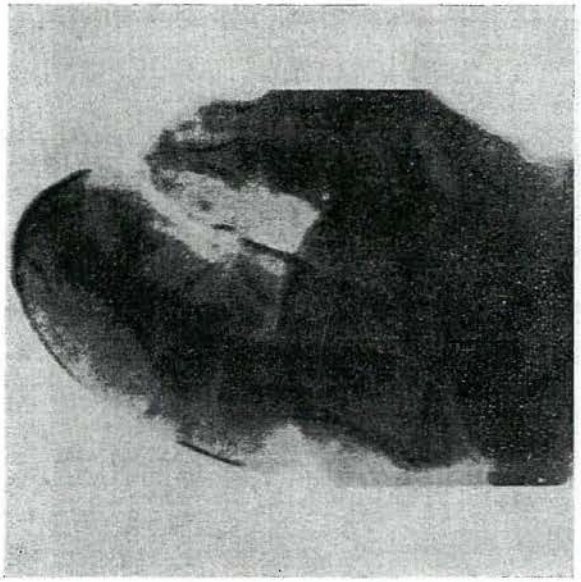
Su tamaño suele ser variable, desde un grano de arroz al de un garbanzo. Es más frecuente en jóvenes que en adultos y suele ser privativo del primer dedo, aunque puedan aparecer en los demás.

CAUSAS: Hay que destacar las traumáticas, las microtraumáticas, especialmente en los dedos con incurvación en flexión dorsal, que motivan roces continuados con la puntera del zapato, irritando al periostio. Pueden aparecer en los procesos supurativos de los dedos y en los artrósicos.

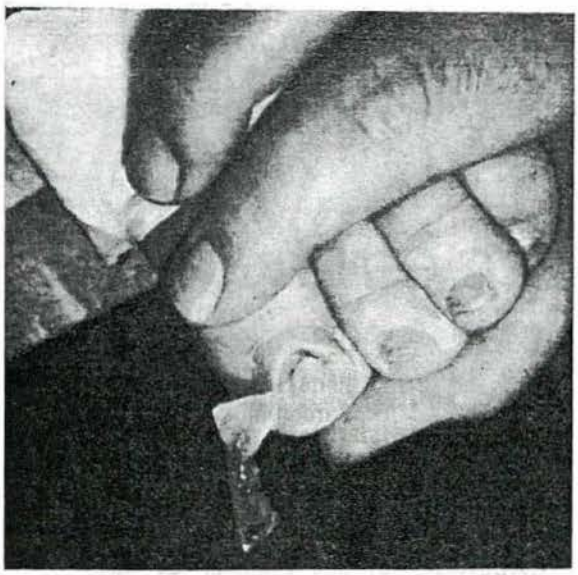
SINTOMAS: El primer síntoma suele ser el dolor, al llevar calzado cerrado y deambular; dicho dolor puede prolongarse durante el reposo y suele proyectarse a todo el dedo. Aparece una prominencia redondeada y resistente que despega la uña de su lecho y posteriormente la desplaza si su localización es subungueal.

Cuando desborda la cara anterior, aparece la piel con rojibundez e inflamación. En ambos casos

Exostosis subungueal



Confirmación radiográfica



Extirpación parcial de la uña

se puede ulcerar y presenta una infección secundaria con granulación. Suelen ser en estas ocasiones cuando los vemos en nuestras consultas, en este estado de evolución, manifestando el paciente que le sale pus de la uña.

La radiografía confirmará el diagnóstico, aunque las formas cartilaginosas y pequeñas pueden pasar desapercibidas.

Los tipos más frecuentes son: En forma de pico y de un tamaño muy pequeño o bien más voluminosas y más densas, y con diferentes configuraciones algunas de ellas muy caprichosas.

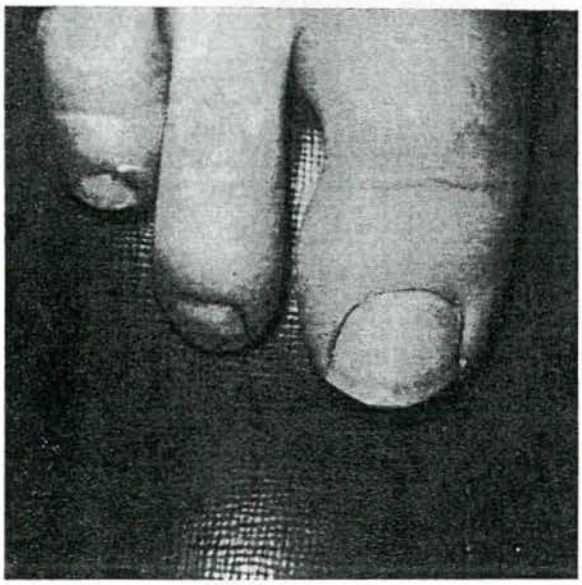
Extirpación quirúrgica de la exostosis

Pueden confundirse en el diagnóstico con los helomas subungueales, fibromas y angiomas.

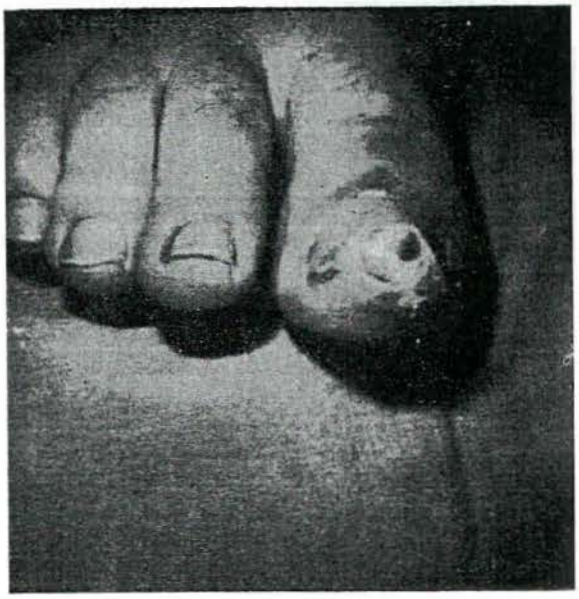
TRATAMIENTO: En las exóstosis dorsales de las falanges distales, es aconsejable abatirlas por el lecho subungueal y para ello realizaremos la siguiente técnica:

1.° ANESTESIA TRONCULAR, efectuada en la base del dedo afecto.

2.° HEMOSTASIA PREVENTIVA, con cinta de penrose, efectuando el vaciado sanguíneo de todo el dedo y sujetándolo con una pinza en la base del mismo.



Proceso curado



Proceso séptico ungueal por exostosis

3.º CORTAR EL TROZO DE UÑA QUE RECUBRE LA EXOSTOSIS, si ésta es muy voluminosa y cubre gran parte del cuerpo de la uña, se practicará la onicoexéresis.

4.º INCISION LONGITUDINAL DEL LECHO SUBUNGUEAL y separación de los bordes de la herida o también puede realizarse circunscribiendo la tumuración prominente.

5.º DISECCION DE LOS TEJIDOS CIRCUNDANTES a la tumuración, para permitir que ésta quede al descubierto.

6.º EXTIRPACION A NIVEL DE LA BASE DE LA EXOSTOSIS, mediante una pinza gubia.

7.º LEGRADO DE LA INSERCION de la exóstosis con una cucharilla de volkmann.

8.º ROCIAR A PRESION suero fisiológico, o bien agua destilada estéril, sobre la superficie cruenta, para arrastrar pequeños fragmentos que pudieran haber quedado libres.

9.º APROXIMACION DE LOS BORDES DE LA HERIDA, bien con cintas de aproximación o hilo de seda muy fino y con una aguja muy fina (000); en los casos que la herida sea muy pequeña, se deja que ésta cicatrice por segunda intención.

10.º VENDAJE ALGODONADO, que se mantendrá en el antepié, permitiendo la deambulación a las 24 horas, mediante zapatilla especial que permita dejar libre de todo roce el dedo.

Normalmente el proceso cicatriza a las tres semanas aproximadamente, efectuando curas secas cada tres días. En el proceso de cicatrización pueden aparecer unas capas queratinosas que debemos eliminar. Una vez ha crecido la uña, hasta la extensión libre, es frecuente que presente una leuconiquia por el traumatismo quirúrgico, que no planteará ningún problema.

En los casos en que el dedo se halle desviado en flexión dorsal, tendremos que confeccionar una ortosis que permita alinear el dedo, ya que al existir la misma causa predisponente, es fácil la recidiva.

En los procesos supurativos, habrá que cortar la uña, hasta que se pueda visualizar la úlcera, aconsejando pedilubios con sustancias antisépticas y curas tópicas con pomadas antibióticas, hasta que desaparezca el proceso inflamatorio; instaurando posteriormente el tratamiento quirúrgico.

En la mayoría de los casos, consideramos como muy cruenta y en algunos casos con complicaciones posteriores por cicatrices dolorosas, la técnica que consiste en realizar la incisión en U a nivel de los labios ungueales y pulpejo, para levantar en forma de colgajo el aparato ungueal, para dejar al descubierto la exóstosis y poder extirparla.

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

Humor

—¡Por favor enfermera! No nos haga esperar: No ha sido fácil convencerle para que la visite el Podólogo.

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

La Podología en el Mundo

X Congreso Nacional de la Agrupación de Podólogos de España

San Sebastián, 19 al 22 de mayo de 1977

Con verdadero cariño y mimo, los podólogos guipuzcoanos estamos enfrascados en la preparación del próximo congreso.

Deseamos que en los pocos días en que vamos a teneros entre nosotros, podáis conocernos un poco más. Nuestras costumbres, nuestro folklore, nuestros rincones del litoral e interior, y cómo no, nuestra cocina. También está previsto un desplazamiento a la parte vasco-francesa (Biarritz).

Deseamos que la parte formativa profesional nos sea lo más provechosa posible. Estamos convencidos que los podólogos que acudís a los Congresos año tras año lleváis un afán de superación e interés por conocer los últimos conceptos y descubrimientos que sobre la patología de nuestro entrañable pie han conseguido los estudiosos del momento. Por lo tanto acentuaremos nuestra atención para que las sesiones transcurran dentro de un estricto sentido de orden y eficacia.

El tema escogido mereció la aprobación de la Junta de Gobierno:

«Diagnóstico, valoración y tratamiento del pie valgo en el niño».

Los podólogos somos conscientes de la diversidad de criterios para establecer y valorar el pie valgo en el niño. Creemos que estamos obligados a hacer todo lo posible para conseguir una metódica válida para todos que unifique y valore objetivamente los componentes y tipos del pie valgo en el niño y su posterior tratamiento. Agradeceríamos que todos los que pudieran aportar algo en este sentido se apresuren en preparar sus comunicaciones.

El Salón de sesiones del Ayuntamiento donostiarra (antiguo Casino), nos servirá de lugar de reuniones.

En la completa seguridad de que no nos ha de faltar vuestra participación os saluda afectuosamente,

Secretaría General del X Congreso de la Agrupación de Podólogos. SAN SEBASTIAN.

LABOR DE LAS DELEGACIONES

BARCELONA

Como viene siendo habitual desde la fundación de la nueva y actual Sede Social, la Delegación de Podología de Barcelona, organizó el pasado día 4 de diciembre de 1976, una Cena de Hermandad, conmemorando así el III aniversario de su fundación. Estuvo presidida por el Sr. Presidente de la Agrupación, Sr. Escachs, y por las

infalina

pomada

en las infecciones cutáneas más diversas: bacterianas y/o micóticas, con o sin reacción alérgica

Infale

CONTRAINDICACIONES: No existen.

INFALINA CORTISONA		INFALINA	
Fórmula por gramo			
Sulfato de Neomicina (equivalente a 3,5 mg. Neomicina base)	5 mg.	Sulfato de Neomicina (equivalente a 3,5 mg. Neomicina base)	5 mg.
Bacitracina de zinc	300 U. I.	Bacitracina de zinc	300 U. I.
Tirotricina	2 mg.	Tirotricina	2 mg.
Hemi succinato de Hidrocortisona	10 mg.	Ac. undecilénico	10 mg.
Para oxibenzoato de metilo	10 mg.	Undecilinato de zinc	50 mg.
Oxido de zinc	50 mg.	Oxido de zinc	50 mg.
Excipientes grasos c. s. para	1 gr.	Excipientes grasos c. s. para	1 gr.
Tubo 6 gr. 56'60 Ptas.		Tubo 24 gr. 68'15 Ptas	

siguientes autoridades: Dr. Pumarola, Jefe de los Servicios Sanitarios Provinciales de Barcelona, Dr. Vega, Director-Jefe del hospital de Ntra. Sra. del Mar, Sr. Rogelio Mir, Podólogo y Concejal del Excmo. Ayuntamiento de Barcelona.

En el transcurso de la misma hubo momentos emotivos, de gran amistad y compañerismo, pues habiendo anunciado el Sr. Sala su irrevocable dimisión como Delegado Provincial, no quiso hacerlo sin antes vivir unos momentos entre los agrupados, momentos que aprovechó para ofrecer a los miembros de la Junta Saliente un obsequio en recuerdo de su amistad y ayuda durante el tiempo que han desempeñado sus cargos, especialmente a la persona del Secretario Provincial, Sr. J. Alemany Bayés, por su actuación al frente de la Secretaría, desde 1968 hasta la fecha. Igualmente ellos quisieron testimoniar al Sr. Sala su más sincero agradecimiento, haciéndole entrega de una maravillosa placa conmemorativa.

La Agrupación quiso estar presente en este emotivo acto, haciendo entrega al Sr. Sala de la Medalla al Mérito Profesional, como testimonio de los muchos méritos que concurren en este compañero.

Acto seguido tomaron la palabra los distintos miembros de la Presidencia, resaltando en sus intervenciones la gran labor científica y de divulgación Podológica llevada a cabo por la Delegación de Barcelona, cerrando el acto el Director Provincial de Sanidad, con semejantes términos.

Acto seguido se celebró un animado baile, como continuación de la fiesta, que finalizó a altas horas de la madrugada.

NOTA: Con el ruego de que sea publicado en la Revista, nos comunican de la Secretaría General del IX Congreso Nacional de Podología, celebrado en Salamanca, que los compañeros:

M.ª Carmen Martínez Martínez
José M.ª Altonada Eguren
Juan García Unanue
José Fernández de Valderrama

se pongan en contacto con el Delegado de la Agrupación en dicha ciudad y Secretario del Congreso, Sr. Basas Encinas, Pje. José Antonio, 12 3.º, 8. Salamanca.

DELEGACION DE PODOLOGIA DE BARCELONA
CURSO ACADEMICO 1976-77

PROGRAMA DE ACTOS. — Ciclo de conferencias que se celebrarán en la Sala de Actos de la Delegación.

P R O G R A M A

11 diciembre, a las 22.30, Sr. D. Leonardo Escachs, Presidente Nacional de la Agrupación de Podólogos de España. Subdirector de la Escuela de Podólogos de Barcelona.

14 enero, a las 22.30, Dr. D. Enrique Raso Rodríguez, Profesor de la Escuela de Podólogos de Barcelona del Servicio de Patología Quirúrgica A del Hospital Clínico. Tema: Metatarsalgia, nuestro concepto actual.

18 febrero, a las 22.30, Sr. D. Martín Rueda, Podólogo, Profesor de la Escuela de Podólogos de Barcelona. Tema: Valoración Eléctrica del Músculo. (film).

11 marzo, a las 22.30, Sr. D. Julio Alonso Guillamón, Podólogo, Profesor de la Escuela de Podología de Barcelona. Tema: Extirpación Quirúrgica del Ganglión Ungueal.

22 abril, a las 22,30: Dr. D. Antonio Alier Ochoa, Jefe del Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del Hospital Nuestra Señora del Mar. Tema: Concepto y tratamiento de las Metatarsalgias.

27 mayo, a las 22.30: Sr. D. José Villafaina de la Cruz, Podólogo, Delegado de Badajoz de la Agrupación de Podólogos de España. Tema: Ortesis en general, con pase de film.

17 julio, 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.

Luxaciones y fracturas del pie (I)

(viene de la pág. 23)

TRATAMIENTO

Son tres las normas a seguir en los casos de luxaciones complicadas; 1.º — La conservación después de la simple reducción. 2.º — La conservación después de la resección. 3.º — La amputación. En otro tiempo, toda luxación de la garganta del pie complicada de infección, indicaba la necesidad de amputar la pierna. En nuestros días, merced a los muchos medios que existen para combatir las infecciones, trátase de conservar el pie con o sin resección reservándose la amputación para los casos irreversibles. Si fracasan las tentativas de reducción, se impone la necesidad de una resección parcial como tratamiento aplicable en tales casos realizándose la curación por anquilosis. Delorme, reuniendo diversas estadísticas, halla en 78 resecciones 65 curaciones.

Es interesante señalar que en los casos de lesiones óseas exentas de complicaciones infectivas y luego de su correcta reducción, el mecanismo de curación se realiza normal y espontáneamente de la forma siguiente; en primer lugar a causa de las lesiones vasculares en el punto de fractura, se produce un hematoma al que sucede un coágulo. A los pocos días, se desarrolla en el espesor de éste, una red fibrosa de tejido conectivo que sostiene los fragmentos de la fractura. Al mismo tiempo, coadyuva a la consecución de dicho mecanismo, una sustancia viscosa en cuyo interior se encuentra el osteoblasto como principal generador celular del tejido óseo, y cuya función, es la de mineralizar y calcificar los extremos de la fractura, con lo cual, se completa así la neoformación o callo consolidando la autoreparación del hueso.

Sin embargo, pese a la disquisición citada del mecanismo preciso de la mineralización y calcificación ósea regenerativa, se desconoce aún con exactitud en nuestro avanzado siglo XX, pero las comprensivas teorías propuestas, parecen llegarán a la conclusión de la naturaleza de este laborioso fisiologismo óseo reparador.

(Continuará)

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.

MAFRE
Instruments

ORTOPEDIA-MATERIAL CLINICO

FRESCO®

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)

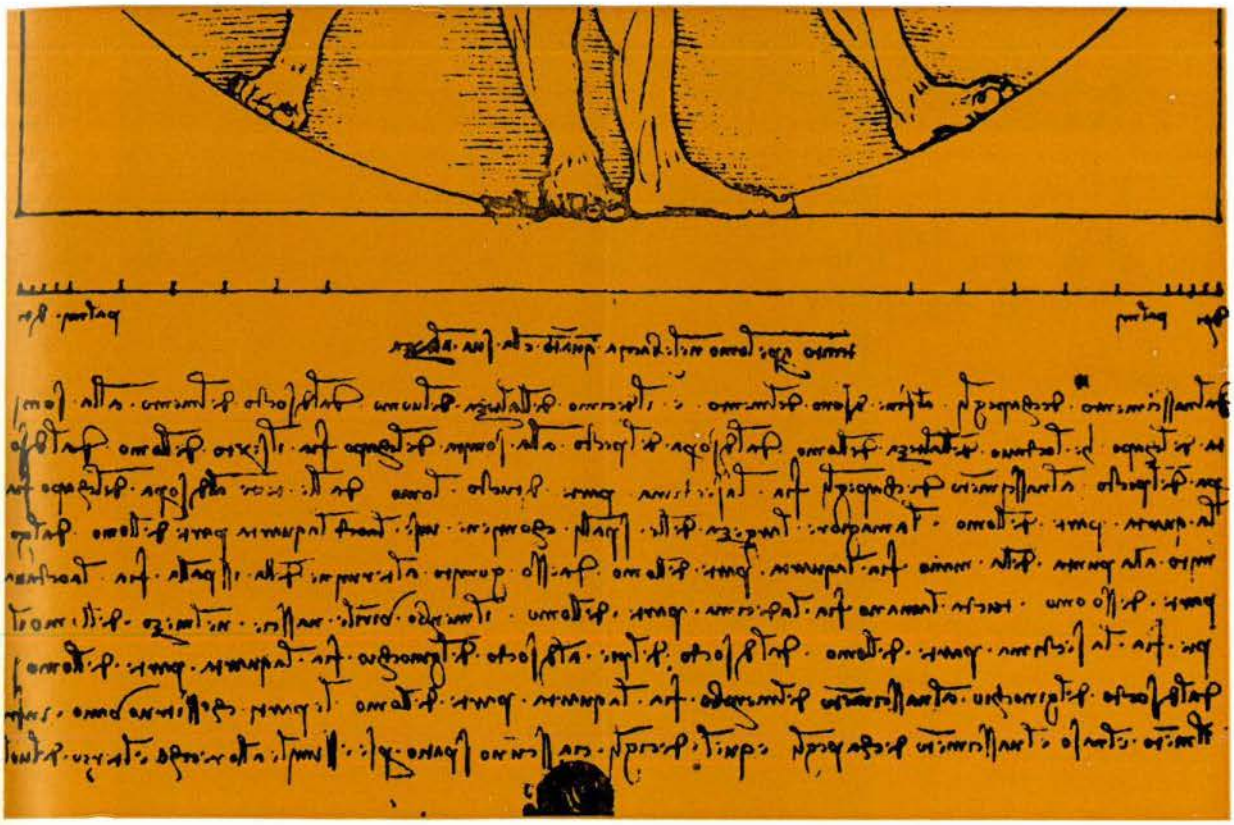
VITRINAS

BOMBONAS METALICAS

CAJAS METALICAS

Motores con eje flexible
LECHE DE LATEX
SERRIN PARA PODIASIN
MASCARILLAS
EQUIPO PODOLOGIA - Metálicos y de madera forrada
FRESAS DIAMANTADAS

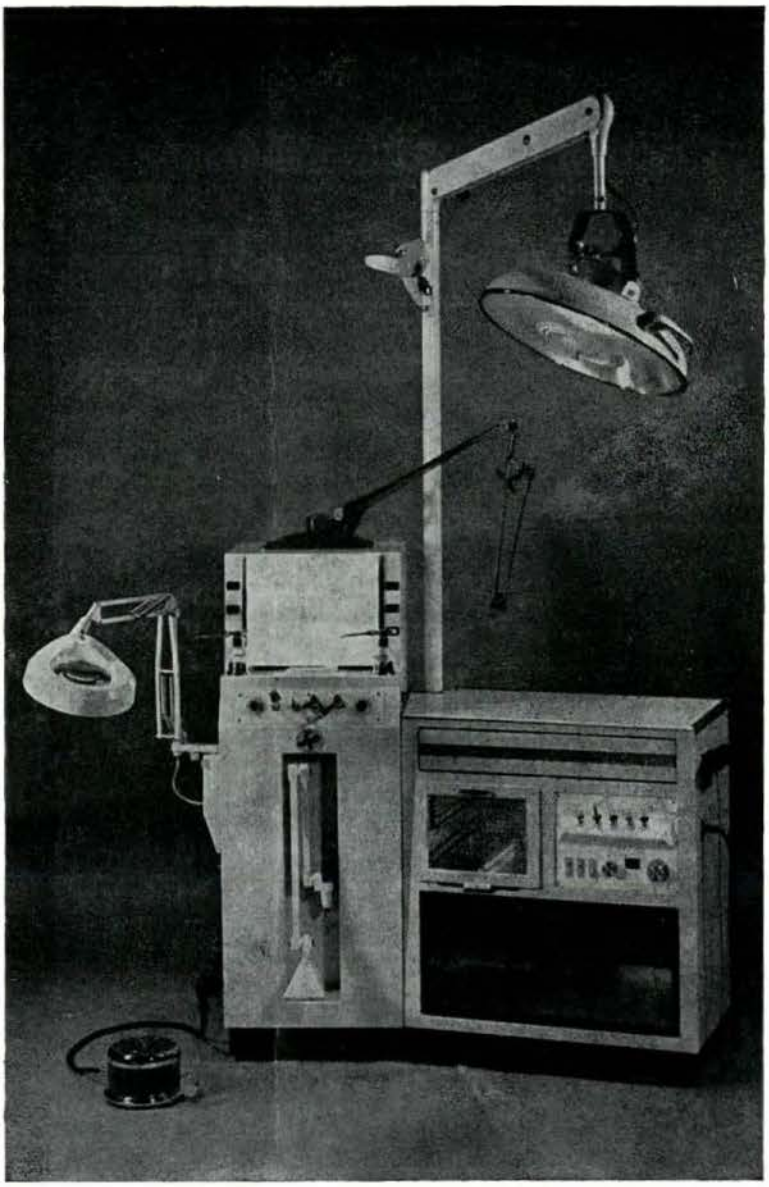
... y todo lo que Ud. desee puede encontrarlo con solo hacer la consulta



REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

A.P.E. Marzo - Abril

n.° 56 1977



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.°, 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.°, 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

3	Junta de Gobierno
5	Editorial
9	Trastornos vasculares periféricos
15	Introducción a la filmación en Podología
17	Onicogrifosis
19	Un sello de callista romano, procedente de Ampurias
22	Protagonista: El Podólogo
25	La Podología en el mundo
29	X Congreso Nacional de Podología
31	Labor docente

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 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.°	D. ZACARIAS GARCIA ANDRES	Madrid
Vice-Presidente 2.°	D. ISAIAS DEL MORAL CEJALVO	Valencia
Secretario General	D. JOSE A. CALVO GARCIA	Zaragoza
Vice-Secretario	D. FRANCISCO 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	Málaga
Vocal	D. ANTONIO GUTIERREZ VELASCO	Barcelona
Vocal	D. JOSE OLCINA MORALES	Alicante

DELEGADO DE ZONA

D. José M.ª Báez Basauri. Mayor, 27, 6.°. Las Arenas. BILBAO.
D. José Luis Inchaurrondo. Paseo de Colón, 65. IRUN.
D. Juan Vidán Torres. Preguntoiro, 10. SANTIAGO DE COMPOSTELA.
D. Zacarías García Andrés. S. Madrona, 36. MADRID.
D. José Antonio Calvo García. Coso, 77, 5.°. ZARAGOZA.
D. Jaime Sala Pich. Muntaner, 142. BARCELONA-11.
D. Isaías del Moral Cejalvo. Castellón, 8. VALENCIA-4.
D. Francisco Morán Ventura. León y Castillo, 8. LAS PALMAS DE GRAN CANARIA.
D. Antonio Gutiérrez Velasco. Plaza de las Flores, Edificio Jazmín, 1.°. MALAGA.

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.
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: Su Delegado Provincial.
SAN SEBASTIAN: **Sebastián Tenés Iturriza.**
STA. CRUZ DE TENERIFE: **D. Armenio Méndez.**
SEGOVIA: **D. Francisco García.**
SEVILLA: **José Cañero Ramos.**
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

MADAUS CERAFARM, S.A.

Barcelona-6. Cristóbal Bordiu, 35 - Tel. 254 64 44 - Madrid-3. Perez Galdós, 95 - Tel. 326 33 76 Valencia-8.

EDITORIAL

Estamos siendo protagonistas de un momento histórico, pues el país está acusando en su totalidad las consecuencias lógicas de los cambios estructurales que conllevan ineludiblemente todo proceso de democratización. O marchamos a la par de los acontecimientos o quedamos descolgados y por más tiempo del que a simple vista podemos imaginar. Estos cambios se notan, se palpan en todas las esferas y en todas las estructuras, entre ellas, cómo no, la de Sanidad.

Tenemos más médicos que en EE.UU., menos dentistas que en el Congo Belga, faltan hospitales, faltan camas, la función del A.T.S. se ha visto invadida por la del Auxiliar de Clínica y se verá más por los Técnicos Superiores Especialistas que procederán del tercer ciclo de Formación Profesional. Esto quiere decir que hay que ajustar muchas teclas, reestructurar a fondo estas carreras. Un ejemplo nos lo están dando las Facultades de la Información, y antes nos lo dieron los Ingenieros Técnicos. Hay profesiones que ya no tienen sentido y otras que se hacen insustituibles y necesitan una nueva reglamentación más acorde con las exigencias y necesidades del momento actual. Entre éstas tenemos la nuestra, y en cambio seguimos arrastrando una situación injusta e improcedente a pesar de nuestras múltiples y no escuchadas peticiones. Seguimos teniendo una carrera base que no nos sirve para nada, cosa que se demuestra perfectamente en las Escuelas, donde el alumnado ha de emplear un tiempo exagerado en recepción de materia, consecuente al nivel mínimo necesario para el ejercicio de la profesión, tiempo que no es posible cubrir con dos años, y menos aún viniendo de una carrera base donde las materias referentes al pie, como es lógico, se tocan muy suscintamente. Esto quiere decir que faltan horas para estudio, y sobre todo para prácticas, lo cual hace necesario al alumno tener que recurrir a consultorios privados para ampliar sus conocimientos, o a tener que permanecer un año más en la Escuela para completar su formación. Como consecuencia, quien pagará los «platos rotos», si el profesional sale mal preparado será el enfermo, y no por culpa de las Escuelas ni de los alumnos, que se multiplican en sus posibilidades, pero no pueden hacer el milagro de en dos años cumplir

sus objetivos, sino por culpa de la absurda situación que ocupamos dentro de la estructura Sanitaria nacional.

Somos especialistas del pie, y nuestro campo no interfiere con ningún otro profesional. Cuando se inició nuestra profesión (podemos demostrar que cuando todavía no existía la carrera de médico, ya existía la nuestra, en aquellos tiempos denominada Callista), nadie se fijó en nosotros, pero hoy es el «desmadre». Todo el mundo está haciendo dinero a base de los pies de los demás, todo el mundo, menos nosotros, y esto no es el mal peor, pues si lo hicieran honradamente no sería tan grave ya que la pena sólo sería usurpación de funciones (castigada por la ley), pero es que para colmo, se hace a la descarada, comerciando con los demás, jugando con la salud del futuro del pie. Cualquiera vende plantillas, sólo tiene que darle comisión al traumatólogo, y como paga la Seguridad Social..., además carecen de ética profesional (puesto que no son Podólogos), y cuando los enfermos sufren, como a ellos no les duele... Así es que en vista de las circunstancias, tendremos nosotros que hacer lo mismo, pues al menos tenemos más derecho, y entonces llegará el día en que habrá que entonar «a río revuelto...». Pero eso sería una pena, una VERGÜENZA, de la que sólo se puede acusar a una situación injusta, y no será porque no se han entregado kilos de papel en los Ministerios explicando nuestras peticiones... menos mal que somos profesionales pacíficos... Se ha constituido la Coordinadora de Podología, integrada por profesionales, profesores de las Escuelas, y alumnos, que unidos y encaminados todos por el mismo sendero, codo a codo, no cejarán hasta que sean escuchandos, y no cejarán no sólo porque la petición es justa, sino porque además para muchos de ellos la Podología significa el pan de sus hijos, y eso es sagrado.

Ellos necesitan nuestra ayuda, y nosotros no podemos hacernos sordos a la voz de la conciencia y a la llamada de la profesión, pues si así fuera, no seríamos dignos merecedores de llamarnos PODOLOGOS. Las Delegaciones están todas informadas, las Escuelas unidas, los profesionales deseando que sean llamados, y este movimiento será continuado, porque se pide algo justo: una carrera de Podólogo, una carrera de vocación. No queremos ver nuestras Escuelas llenas de estudiantes que sólo quieren tres puntos para concursar en estamentos oficiales, que por tanto lo que menos les interesa es estudiar, sino tener el título, y cuyas miras son crear el desconcierto, estorbar y entorpecer el normal desenvolvimiento de la labor, docente, pues como yo llamo, son de «vocación tardía», es decir, que ya tienen su pan asegurado por otro sitio y ahora lo que buscan es aparte de los puntos, un título que les permita al amparo de la Ley «jugar a Podólogo», puesto que jamás sentirán la vocación, ya que además, no viven de la profesión.

Nosotros podemos ofrecer al Gobierno un plan de trabajo y estudio, con cara y ojos, podemos presentar una profesión que además de tener atractivo (recordemos que hay 57.000 estudiantes matriculados en las Facultades de Medicina), con su conocimiento y reglamentación se prestaría un gran servicio igualmente a la Seguridad Social: el Podólogo cada día trata enfermos,

entre ellos con onicocriptosis, a los que se les ha extraído quirúrgicamente la uña hasta siete veces en la Seguridad Social, y en cambio, con una o dos visitas él lo soluciona. Igualmente ocurre con férulas, plantillas, verrugas, etc., no porque sea más inteligente, sino porque se mueve en un campo que domina perfectamente, como especialista dedicado única y exclusivamente a una función.

Ya sabes pues cuál es el momento de la profesión. No nigues tu colaboración y tu calor a quienes están luchando por defender algo que también a ti te beneficia. ¡COLABORA!

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.

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

Trastornos vasculares periféricos

Por **MANUEL GAVIN BARCELO** · **Podólogo**

Si nos fijamos en los temas tratados en esta revista, en Congresos, Simposiums, etc., veremos que pocas veces son tratados los problemas vasculares periféricos de las extremidades inferiores. No sé el porqué, pues dentro del ejercicio de la podología creo que lo mismo que me ocurre a mí, quién más o quién menos estoy seguro que con más o menos frecuencia se encuentra con pacientes afectados y quizás alguno de ellos en grado avanzado por esta clase de trastornos.

Aunque estoy seguro que todos mis compañeros españoles están muy bien informados sobre este tema, no obstante, he querido, no en plan de enseñanza, sino únicamente como recordatorio esbozar los principales síntomas de la enfermedad para que si alguno los había olvidado, con la lectura de estas líneas pueda refrescar su memoria.

Debemos de tener en cuenta que las extremidades la mayoría de las veces se prestan por sí solas a la exploración, manifestándose con bastante claridad las alteraciones que, generalmente, son detectadas por el observador algo experimentado con el uso simplemente de los ojos y sus manos y ya no digamos con el empleo del oscilómetro, aparato que dicho sea de paso, en ninguna de nuestras consultas debería faltar si es que queremos valorar con toda exactitud el verdadero alcance de algunas dolencias vasculares.

Sin duda alguna los pacientes con esta clase de trastornos que acuden a nuestras consultas, son de tipo arterial o capilar, aunque no hay que despreciar los otros que en muchos de los casos también tienen su capital importancia.

Por nuestra especialidad las arterias que debemos prestar más atención son: La Ilíaca externa y la Ilíaca interna.

La ilíaca externa, tal como todos sabemos se divide en femoral superficial y femoral profunda. Arteria de gran importancia, puesto que a través de ella llega la sangre a las partes más distales de la extremidad cuando hay una obstrucción de la femoral superficial.

Tenemos además arteria poplítea, troncos tibio-peroneos, tibial anterior, tibial posterior. Cada una de estas arterias se puede detectar perfectamente por la pulsación en el lugar correspondiente, de manera que con sólo palpar el pulso en las extremidades inferiores, en todo momento podremos saber cuál es la arteria que está obstruida.

Supongamos que hay una obliteración arterial. Si se toca el pulso en la ingle derecha y en la izquierda y en ninguno de los dos hay pulso patente, indiscutiblemente la obstrucción es de bifurcación aórtica.

Si por ejemplo, en el lado derecho el pulso es patente y negativo en el izquierdo, la obliteración estará a nivel de la vena ilíaca.

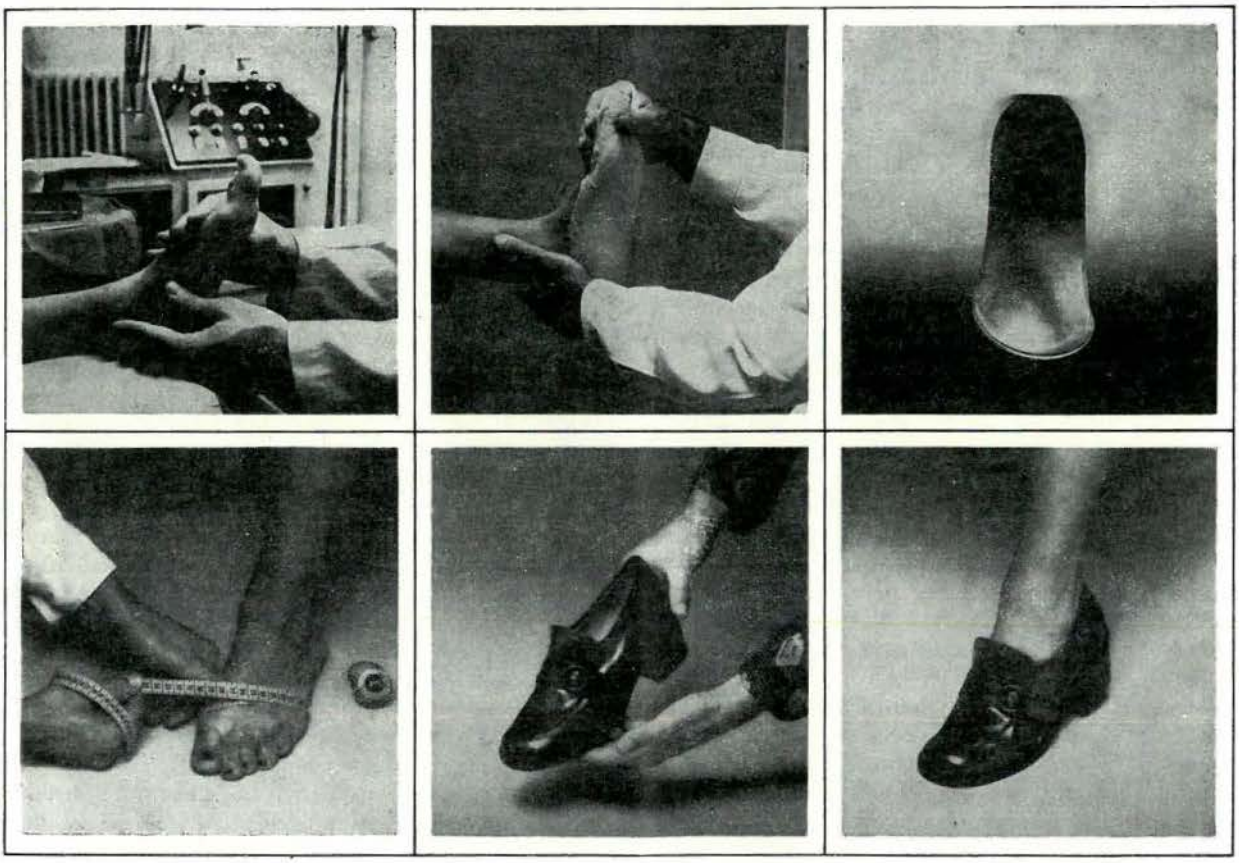
Si el pulso es patente en la femoral pero es negativo en la poplítea (en el hueco poplíteo) la obliteración estará en la femoral.

Si el pulso es patente en poplítea y negativo en la tibial posterior y positivo en la pedia, la obliteración es de la arteria tibial posterior. Por lo contrario, si la pedia es negativa y positiva la tibial posterior, la obliteración será de tibial anterior.

Por lo tanto, sólo con detectar, con tomar el pulso en aquellos lugares donde se hace superficial la arteria, en todo momento sabremos dónde está la obliteración. De todas formas, siempre que uno de los dos sea positivo, pedia o tibial posterior, normalmente no habrá ningún problema importante de insuficiencia circulatoria arterial en el pie que pueda comprometer o ser origen de complicaciones secundarias.

Las obstrucciones arteriales habitualmente son por dos causas: Embolia y trombosis. La obstrucción embólica se da siempre en enfermos cardíacos, donde por falta de una normal

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

circulación en el corazón (arritmia completa, enfermedad mitral, etc.) la sangre al no circular bien, forma remolinos en su interior, se coagula y el coágulo (émbolo) sale por la arteria aorta y va a detenerse en aquella bifurcación importante, donde el calibre de la arteria es menor que el diámetro del émbolo. Esto puede suceder a nivel de carótidas, arterias de los brazos, renales, mesentérica, la propia bifurcación aórtica y las arterias de las extremidades inferiores, que es el caso que a nosotros nos interesa.

En estos casos no hay enfermedad arterial, únicamente hay obstrucción arterial. En esto se diferencia fundamentalmente de la trombosis, donde la enfermedad radica en la propia pared de la arteria y la sangre del coágulo «in situ».

La arteria, por arteriosclerosis, o sea por la formación de placas de ateroma en su interior, se va estrechando cada vez más, pero a medida que se estrecha se va formando una circulación lateral, de forma que cuando se ha cerrado del todo la circulación lateral es suficiente para que la pierna viva.

El hombre tiene dificultad para andar y en función de esta dificultad, que, como antecedente siempre se tiene que indagar, será la insuficiencia circulatoria que padece.

A esta dificultad en la marcha, más bien podríamos llamar peculiaridad de la marcha, se le conoce con el nombre de CLAUDICACION INTERMITENTE.

Si el enfermo dice: Cada 500 metros me tengo que parar, descanso medio minuto y puedo andar otros 500 metros, es síntoma de que existe una obstrucción arterial bastante bien compensada. Si dice que cada 200 metros tiene que parar, descansar un poco en tiempo parecido para reanudar la marcha, la circulación es menor. Si dice que anda escasamente veinte metros, la circulación está muy comprometida. Si además de esto dice: Cuando estoy de pie no tengo dolor, pero me aumenta considerablemente al estar en la cama y me tengo que levantar, pongámonos alerta porque nos encontramos ante un paciente cuya circulación se encuentra muy comprometida.

Así pues, con la simple palpación de los pulsos periféricos y el antecedente que acabo de explicar, sabremos siempre a dónde está la obliteración arterial y en qué grado de insuficiencia se encuentra nuestro paciente.

Como complemento y de absoluta necesidad es el empleo del oscilómetro. Con ello podremos saber exactamente el índice de circulación troncular en los tres puntos más importantes de la extremidad inferior. Esto es: Tercio inferior de la misma.

Los índices oscilométricos varían algo según el grosor de la extremidad, la edad y la elasticidad de las arterias.

Para nuestro control podemos añadir además a los índices oscilométricos: la palidez del pie, el dolor de los dedos y frialdad de los mismos que aparecen en períodos avanzados. De todos modos como dato muy importante, hay que tener en cuenta que siempre que el índice oscilométrico en tercio inferior de la pierna, sea por debajo de 1/4 de la unidad del oscilómetro hay que tener mucho cuidado, ya que nos encontramos ante un enfermo arterial importante, su antecedente de claudicación nos lo confirmará enseguida, no andará más de 100 metros seguidos sin parar, notando sensación intensa de agarrotamiento en la pantorrilla. Yo ante un paciente que presenta estos síntomas no dudo ni un instante en dirigirlos urgentemente a un angiólogo en el caso de que el paciente no haya sido visitado todavía por el mismo.

Si se trata de un enfermo arterial veremos que se queja de tener los pies fríos y habitualmente pálidos y con un poco más se tornan cianóticos, con una cianosis permanente que la presión digital no la hace del todo desaparecer. Esto normalmente coincide con un índice oscilométrico de cero y con dolor nocturno. El enfermo dice que en la cama no puede dormir porque los pies le duelen de una manera espantosa; sin embargo si pone los pies colgando el dolor se le quita, pero también se le hincha el pie. En estos momentos estamos ante un caso muy grave y de un compromiso muy serio de circulación arterial. Habitualmente existen ya pequeñas zonas de necrosis subungueales o en la punta de un dedo. Con frecuencia acuden a nosotros los podólogos creyendo que se trata de una uña encarnada muy dolorosa o de un callo infectado.

No se puede dejar de señalar, hablando de este tema, la gran importancia con que la diabetes viene a complicar los procesos de trombosis arterial. No es que de por sí la diabetes sea una enfermedad que origina la trombosis arterial, no. Lo que hace es acelerar su evolución o sea la de la arterioesclerosis, de forma que un arterioescleroso diabético que no ha tratado bien su diabetes tiene un grado de arterioesclerosis mucho mayor del que le correspondería por su edad.

Otra circunstancia que los podólogos conocemos sobre la diabetes es la facilidad con que la infección prende en estos enfermos. Es fácil

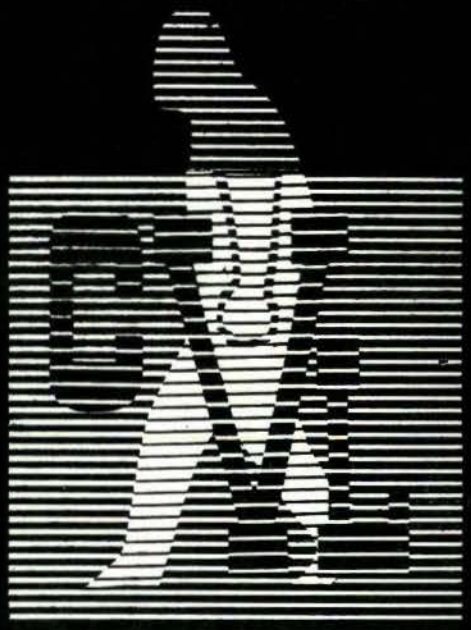
constantino velasco laínz

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.

comprender que una infección que radica en un pie isquémico de un diabético, la circunstancia es óptima para la necrosis y gangrena de los tejidos.

No nos debemos de engañar puesto que muchas veces el calor es excesivo en el pie siendo interpretado como consecuencia de una buena circulación cuando en realidad es debido única y exclusivamente a la infección que padece. Por ello nunca deberemos olvidar en la exploración rutinaria de estos enfermos, palpar los pulsos periféricos y tomar el índice oscilométrico.

Tampoco debemos de olvidar que además hay otra enfermedad aparentemente con el mismo cuadro clínico de obliteración arterial, que aparece en la mediana edad entre los 30 y 50 años, generalmente enfermos hipotensos y que es de tipo inflamatorio y no degenerativo. Es la TROMBOANGEITIS OBLITERANTE o enfermedad de BEÜRGER.

Si el grueso de la sintomatología es igual para nosotros los podólogos, yo le encuentro algunos signos que la diferencian y son: Que las lesiones iniciales que hace acudan al podólogo, asientan en las uñas de los dedos de los pies o en forma de pequeñas úlceras coincidentes con un callo, papiloma, o lugar de roce con el zapato. Estas lesiones que con frecuencia son confundidas con una uña encarnada o una herida infectada, son de tipo necrótico o gangrena incipiente de la extremidad.

Su diagnóstico diferencial se basa en los signos de exploración antes mencionados y en que son muy dolorosos al tacto incluso en simple roce con el calcetín o la sábana.

En este caso no nos dejaremos tentar por la determinación de extirparle la uña ya que su extirpación bajo anestesia local podría ser de consecuencias muy graves.

MANUEL GAVIN BARCELO

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

PIEDRO

OFRECE AL PODOLOGO:

cuatro distintos anchos
cuatro tipos distintos de suela

- **100 % cuero crupón marca-royal**
- **palmilla entresuela cuero y bloque de composición controlada**
- **íd., íd., íd. y crepé superior virgen**
- **100 % cuero crupón reforzado**

tres tipos distintos de tacón **(recto, estilo Thomas y recto con estabilización central)**

dos tipos de hormas (normal y recta)
ochenta distintos modelos y siempre:

Máxima sujeción de empeine y retropié
Espacio para el movimiento de dedos
Máxima calidad de materiales
Espacio para el crecimiento
Máxima indeformabilidad

PIEDRO INTERNATIONAL
En España

J. L. Vila-Plana
Conde Borrell, 211 - prta. 33
teléfono 93/239 53 06
Barcelona-15
telegramas: KIRITA-Barcelona
exposición: Conde Borrell, 87
(rogamos hagan cita)

PIEDRO

Introducción a la filmación en Podología

Queridos colegas: Es la primera vez que me asomo a mi Revista, y lo hago con la esperanza de poderos servir en algo, y si no lo lograra, poder alcanzar vuestro perdón por haberos hecho perder el tiempo.

Una gran cantidad de compañeros han intentado y muchos lo han logrado, trasladar al celuloide sus éxitos en nuestra profesión de Podólogos.

El motivo de esta comunicación es dar a los que no lo han logrado o bien no se han atrevido a hacerlo, unas normas elementales para conseguirlo.

1.º *Material necesario*:

— Máquina fotográfica, a ser posible con dispositivo para poder realizar sobreimpresiones, y anexos para macro-fotografía.
— Trípode, tipo por ejem.: Velbon A G 2.
— Flash y Antorcha de 1.000 W.
— Tomavistas, a ser posible con dispositivo de macro-cinematografía, Super 8.
— Moviola para el montaje de la película.
— Empalmadora, aconsejo la AGFA N8S.
— Cinecol y pincel fino (de cosmética).
— Película Kodacrome 40 Tipo A.
— Proyector sonoro, sonido magnético. Super 8.

2.º *Normas para lograr un film interesante:*

a) Guión: saber exactamente lo que se va a hacer: ESCRIBIRLO.

— 1.º TITULO. Existen muchas formas de titular, una de las más ortodoxas consiste en escribir con letras adhesivas sobre fondo negro mate si tienen el dispositivo de sobreimpresión y fotografiar en el mismo clixé las letras y la primera secuencia de la película a realizar. Si no se posee el dispositivo de sobreimpresión estas mismas letras se pueden colocar en la fotografía una vez conseguida ésta. Siempre resaltan más las letras de color blanco. Trabajar siempre con TRIPODE.

— 2.º Colocar el tomavistas en el trípode, calcular la distancia del objeto a filmar a la película, enfocar y filmar sin usar el Zomm. Empezar las secuencias con fundido abierto y seguir filmando con diafragma manual según la luz que os haya indicado el fotómetro, filmar sólo los momentos importantes para no desperdiciar material, así por ejem.: en la secuencia de una sutura filmaremos el primer punto, el central y el último; durante un vendaje sólo filmaremos al principio y al final. Y por último antes de cerrar el objetivo con un fundido cerrado colocaremos la palabra FIN, o bien: «ES UN FILM DE FULANO DE TAL. PODOLOGO» con la misma técnica que hemos hecho el título.

b) Consejos importantes:

Normalmente es mejor hacer películas de 45 ó 60 m., que películas de 120 m. «Lo bueno, si breve, dos veces bueno».

Con la moviola lograremos con exactitud el fotograma que hay que cortar. Sin ninguna piedad eliminaremos todos los fotogramas y secuencias desenfocados. Un palmo de película mala estropea una película de 30 m. Y el espectador se da cuenta enseguida aunque no lo manifieste, y se merece un respeto.

Use siempre Trípode, con él podrá lograr imágenes perfectas aunque esté filmando a todo tele. ¿Verdad que no se os ocurrirá proyectar con el proyector en la mano?

Una vez tengamos la película montada, la enviaremos a que le incluyan la banda sonora, y a continuación le grabaremos una música adecuada a la imagen. Si deseamos hacer comentarios, procuraremos que la música quede lo más atenuada posible y que la voz sea clara y los comentarios técnicos en el momento de aparecer en imagen.

Os desea muchos éxitos,

JAIME MASIP JUAN - Podólogo
Técnico de Audiovisuales de la Escuela de Podólogos de la Facultad de Medicina de Barcelona

SUDENTA, S.A.

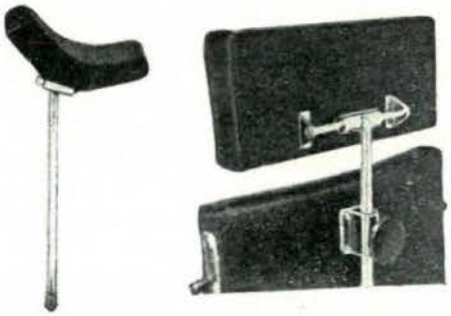
Podología

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:

VERSION ELECTRO-HIDRAULICA

sudenta, s. a.

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

Onicogrifosis

Por **PEDRO M.ª GALARDI ECHEGARAY**
Podólogo (Vizcaya)

Hace unos días, en un rato libre, me puse a ojear las revistas de podología, y en una de ellas leí una carta abierta de mi gran amigo y compañero Rueda, que es el redactor jefe de la revista y en la que decía la poca colaboración que todos los profesionales Podólogos tenemos para que la revista sea más científica, más amena y que sirva de unión entre la gran familia podológica.

Entonces pensé que también yo tenía que aportar mi parte, y aunque pensé en hacer otros trabajos que más adelante enviaré a la revista, aunque no soy de los miembros más preclaros ni inteligentes de esta gran familia.

Por lo tanto, haré un breve comentario sobre el encabezamiento de este escrito, o sea sobre la onicogrifosis, sabiendo de antemano que no voy a descubrir nada nuevo para nadie, ni tampoco enseñar nada, pero sí mostrar esta malformación, que vino a mi consulta y que fotografié como cosa curiosa pues yo nunca había visto una tan bien formada ni tan grande.

Según todos los textos de podología que he leído, dicen que, la onicogrifosis es una hipertrofia de la uña y que se incurva en forma de garra rugosa hacia la cara plantar del dedo, pero en el caso presente esta uña se fue primero hacia arriba y después hacia atrás, posiblemente al chocar contra la punta del zapato, al llegar por el dorso del dedo primero o gordo a la articulación metatarsofalángica, se incurva hacia fuera aplastado literalmente a la primera falange del dedo segundo y produciendo una ulceración sobre la misma.

La uña era de color cobrizo sucio y su formación idéntica a la de un cuerno de carnero, como se puede apreciar en la fotografía que se adjunta.

La etiología, según J. Lelivre, es de una congestión en la parte matriz con hipertrofia de las papilas, produciendo un crecimiento anárquico de la uña.

Puede ser debido también a traumatismo o microtraumatismos repetidos en la matriz de la uña, pudiendo ser debido también a la vejez, reumatismos crónicos, insuficiencias tiroideas o hipofisarias, así como a arterioesclerosis, etc.

En el caso presente me inclino más a pensar que sea de origen congénito, ya que los cuatro dedos restantes, así como los del otro pie, presentaban uñas onicogrifósicas, siendo su forma la de un cono truncado.

Dentro de los tratamientos que hay para estas afecciones ungueales, están el podológico, que se basa en el rebaje de la uña con el torno y la fresa apropiada, dejando una fina hoja de uña con los cuidados que ya todos de sobra conocemos. Pues este fue el tratamiento que dí a las uñas de los dos pies con excepción de la de la fotografía, pues en ella opte por la extirpación y reparación en lo posible del lecho de la misma, así como tratar de la forma debida la úlcera que había producido en el segundo dedo como antes ya se ha citado.

Visto el paciente tres semanas después, estaba muy contento, pues le habían desaparecido las molestias y el lecho se veía aparentemente muy bien y la ulceración totalmente curada.

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

UN SELLO DE CALLISTA ROMANO, EN BRONCE, PROCEDENTE DE AMPURIAS

Por **MIGUEL OLIVA PRAT**

Entre el numeroso acopio de objetos procedentes de la antigua Emporion, que ingresaron en el Museo de Gerona con anterioridad al año de 1906 —fecha en que dan somienzo las excavaciones oficiales por parte de la Junta de Museos de Barcelona, en ruinas de la ciudad grecoromana, y se pone fin aunque no totalmente a la expoliación de aquel codicioso solar del golfo de Rosas—, destacan en cantidad los útiles de bronce, en gran parte inéditos todavía; y algunos los pocos, publicados. Entre éstos están los instrumentos de cirugía (1), un *strigilis* (2), y poca cosa más.

Paralelamente a este utillaje de cirugía compuesto por *volsellae* o *forceps, specillum, scalpellus, auriscalpium* y *corvus*, posee un remarcado interés una pieza suelta, íntimamente ligada a éstas que acabamos de enumerar. Se trata de un sello de un callista romano, de bronce.

Sobre este sello no tenemos otra referencia que su ingreso en el museo en 1901, por compra, formando parte de un lote de objetos ampuritanos, cuya adquisición aparece consignada en el antiguo Registro del Museo, que dice así: «Comprado a varios en la Escala y Ampurias, por 183'10 pesetas, los objetos siguientes: 1.º Sello matriz de bronce con la inscripción en relieve en su parte plana. LSEXTILI-CALLISTI, y en la parte superior de la asa en hueco L. S. C.», (siguen detallándose otros objetos) (3). Y además la cita de Botet y Sisó cuando trata de las notas históricas de la Escala, al hablar de Ampurias en su Geografía (4).

Se trata pues de un sello o marca de un especialista (*signum callisti*) de forma rectangular, en la plancha que ostenta la inscripción. Va provisto de asa circular, fundido todo en la misma pieza de bronce. Mide el rectángulo una longitud de 59 mm. y 26 de anchura, con una altura total de la pieza, comprendida el asa, de 28 mm. Altura de las letras, 8 mm. Pesa 75 gramos. Conservación perfecta. (Inventario General del Museo, núm. 1.283, figura 1).

La inscripción está grabada en relieve, en negativo, y las letras invertidas, por tratarse de una matriz, muy claras y perfectamente legibles. La forman dos líneas de palabras limitadas por un filete, roto en un costado. Dice, la primera línea: LSEXTILI y la segunda CALLISTI o sea: *LVCIVS SEXTILI CALLISTI*. En la parte superior del asa alisada, se lee L. S. C. siglas que aparecen marcadas incisas, y son las iniciales de las tres palabras del contenido que aparece inscrito la cara correspondiente.

Conocidos son los sellos en piedra, de forma triangular con inscripción en los cantos, y otros piramidales, de cuerpo truncado y base cuadrangular. Los hay así mismo circulares, y la menos frecuente los de forma triangular.

Un caso raro lo constituye la loseta exagonal, de pizarra, perteneciente a un oftalmólogo, hallado en los campos de Cáceres y publicado por Floriano Cumbreño (5).

Pero estos sellos que anotamos difieren bastante del que nos ocupa, son tallados en piedra y se refieren a médicos oculistas, de los cuales se han encontrado muchos ejemplares en el mundo romano, sellos que se utilizaban para cerrar los frascos de los colorios. El nuestro de Ampurias, en bronce, se aparta de los anterio-

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.

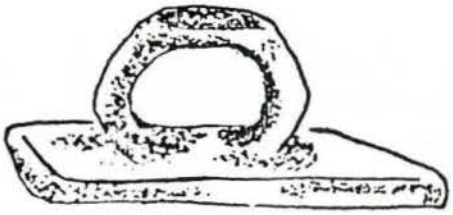
FLEXOR, S.A.

VALENCIA, 345 (ESQUINA BAILEN)
TELEFONO 258 14 15 - BARCELONA-9

res en cuanto a su forma, material y manera de usarse. Es un sello probablemente para grabar sobre tablillas de cera o de barro.

Por lo que se refiere a su cronología, no tenemos en primer lugar, referencia alguna sobre las condiciones de su hallazgo, ambiente arqueológico en que apareció, y lugar, dentro el área de extensión de Ampurias. Si tenemos en cuenta primeramente que la profesión del médico en Roma era desconocida, ya que una experiencia transmitida por tradición de padres a hijos, admitía virtudes curativas a ciertas hierbas, lo que constituía la *scientia herbarum*, con mezcla de hechicería. Que la medicina científica no se introduce en el pueblo romano sinó hacia fines del siglo III, con la aparición de facultativos procedentes de Grecia y del mundo oriental. Estas influencias llegarían a nuestra patria por tanto, en época más retrasada, y la difusión de estos conocimientos en España, partiría posiblemente de *Emporion*, donde se nos muestra un culto a *Asklepios* muy arraigado.

Por otra parte, sí es cierto que el nombre *Sextili* no se emplea en Roma hasta la época de Marcial, de manera que es posterior al siglo II esta denominación. Y si nos fijamos en el tipo de letra capital cuadrada, de forma elegantísima (aunque no perfecta en el original) de los tiempos de Augusto, por lo que respecta al epígrafe grabado en nuestro sello; y atendiéndonos a la cronología que proporciona el material quirúrgico, abundantísimo en Ampurias, y de gran semejanza al que se halla en Mérida por ejemplo, en sepulturas del siglo I, lo que prueba un desarrollo evidente de la ciencia médica en ese momento, creemos que este sello de bronce, romano, puede muy bien situarse en un tiempo análogo, en torno al siglo primero de nuestra Era.



NOTAS

(1) *Oliva Prat, Miguel, Los instrumentos de cirugía, de bronce, procedentes de Ampurias. Memorias de los Museos Arqueológicos Provinciales de 1945, vol. VI, Madrid.*

(2) *Un «strigitis», en el Museo Arqueológico de Gerona, en Memorias de los Museos Arqueológicos Provinciales de 1944, vol. V, Madrid 1945, pág. 107.*

(3) *Registro de entradas del Museo Provincial de Antigüedades y Bellas Artes de Gerona (1896 a 1927), folio 88; 25 marzo 1901.*

(4) *Botet y Sisó, Joaquín, Volumen de Gerona, de la Geografía General de Catalunya, dirigida por Francesc Carreras y Candi, Barcelona (1911), pág. 339.*

(5) *Floriano, Antonio C., Aportaciones arqueológicas a la historia de la medicina romana, en Archivo Español de Arqueología, n.º 44, Madrid 1945, pág. 415.*

Protagonista:

EL PODOLOGO

Capítulo IV

Durante unos días, me preocupó la carencia de trabajo. ¡Tan ilusionado que estaba últimamente! Desde la apertura de mi gabinete podológico, la gráfica de trabajo, siempre fue ascendente. Pero... han transcurrido unos días... Todas mis ilusiones, se han desparramado. ¡Oh! Tengo nostalgia del rin...tilleo telefónico. Resultaba simpático cada vez que a través del hilo telefónico escuchaba: «Soy Fulatina de Tal, ¿me podría dar hora?»

Cuántos y cuántos ratitos, por la noche y una vez terminada la consulta, me sentaba detrás de mi mesa de despacho y repasaba intensamente las fichas podológicas, memorizando y reviviendo el caso, para comprobar y corroborar la eficacia del tratamiento o de la actuación efectuada.

Pasé unos días malos. Muy malos... Tuve la suerte de hablar con un compañero con más años de profesión, y me calmaron sus palabras:

—«Normalmente en estas fechas de Navidad, ya ocurre, que se paraliza algo el trabajo. La gente, en general, tiene otro tipo de preocupaciones. Compras que efectuar. Y, si no surge el problema evidente en sus pies, no se preocupa de ellos».

Aquellas palabras, me sonaron a coro celestial. Me parecía lógico. Lo comprendí. ¿Por qué no lo pensé yo?... La verdad, es que creo interesante, mejor dicho, hasta diría imprescindible, estar en contacto con un profesional más antiguo.

Dejando aparte los problemas gordos que puedan surgir, hay pequeñas cosas que uno va hilando el ovillo con tal rapidez que se convierten en verdaderas fortalezas indestructibles, sin pensar que con la simplicidad de unas palabras en su justo tiempo, puede degenerar en un castillo de naipes.

Efectivamente, ha sucedido tal como lo comentamos con el compañero. El río ha vuelto a su cauce. Las llamadas se van normalizando. ¡Me siento más optimista!

Como hay un refrán que dice: «No hay mal que por bien no venga», estos días de carencia de trabajo, los he aprovechado, para realizar compras podológicas, ampliando así, mi material. He visitado varias casas comerciales y he visto una gran variedad de material. ¡Qué alegría, disponer de un sillón podológico eléctrico! Me parecía un juguete maravilloso. Estuve un buen rato, pulsando el pedal y maniobrando el sillón: ¡Arriba! ¡Abajo!

Entre otras cositas, las compras han estado orientadas principalmente en una rama podológica concreta: Las plantillas. Actualmente cuando tenía necesidad de ellas, recurría a un compañero, una vez obtenido en mi consulta los moldeos de yeso y el fotopodograma y él me las confeccionaba. Ahora ya no tendré necesidad. ¡Bueno!... He comprado un motor de 1/2 C.V. y además unas planchas de plexidur.

He pasado unos días enormemente ilusionado. Parecía un niño que espera, sueña y ansía, que llegue el día señalado, porque sabe seguro que le traerán su juguete mecánico.

Y pensando que deberé ser un buen esgrimidor y poder atender todos los casos que se presenten, he comprado también: Plastazote, Evozote y Tepefoam. También cornaylon y corcho.

Pienso, que dispondré de una buena baraja orto-podológica. ¡Ah! Me hará falta el material y la cola si tuviera de confeccionar alguna del tipo estático. Bueno, a lo mejor si se presentara el caso, lo podría solucionar con unas de plexidur bien logradas y con aleta interna.

De momento pocas han sido las plantillas que he puesto en mi consulta. Algunas han sido para

corregir, mayormente pies planos valgos infantiles y otras para paliar metatarsalgias.

Pienso, que la base para lograr el éxito en la confección de las plantillas es en la obtención de los moldes. Teniendo en cuenta: La edad, el grado de algía, el diagnóstico y los problemas estrínsecos de los pies.

En la actualidad, tengo el caso del Sr. que acudió a mi consulta, con la única idea, de que le solucionase o mejor dicho, le extirpara una hiperqueratosis bilateral en el dorso del 5.º dedo. Entramos en una amena conversación, mientras yo realizaba mi trabajo. Como cosa complementaria y pensando que el problema era anexo a mi función como podólogo, me comentó que tenía desde hacía 2 años un Espolón Calcáneo; diagnosticado radiológicamente por un Traumatólogo y que acudía periódicamente a un masajista, que le daba unos masajes manuales, que le iban bien.

Quizás en aquellos momentos, fue algo de mi amor propio, el que me hizo sentirme como un príncipe legendario delante del dragón. Y adornando mis palabras, quizá con un poco de «cachondeo», le dije:

—«Hombre, si quiere yo sé de otro sistema, que puede solucionarle tanto o mejor el problema del espolón calcáneo, y no es necesario que acuda tan a menudo para que le alivien el dolor. Al contrario, automáticamente desaparecerá.»

La cara de asombro de aquel paciente, aún la tengo grabada en mi mente. Frunció el ceño. Me miró fijamente y con acento algo más grave, me contestó:

—«No creo que sea guasa. Si es verdad lo que dice, mis pies son suyos.»

¡Madre mía! Después pensándolo fríamente me arrepentí. ¿Hubiese sido mejor, no habérselo dicho? Ya estaba hecho, no podía retroceder. Pero... ¡Qué responsabilidad había cargado a mis espaldas! Posteriormente le expliqué las causas del dolor que motivaba el espolón. Qué es lo que se lograría con unas plantillas, etc. Redonda, se ve, que me salió la disertación, el Sr. cuando salió de mi consulta, estaba satisfecho, convencido. Le pareció muy bien el que le confeccionara unas plantillas, si ello podía ser la solución para aliviarle el dolor, pues hasta la fecha, sólo le habían dado como resultados satisfactorios la intervención quirúrgica o lo que él hacía y nadie le había hablado de plantillas para solucionar el problema. Ahora, estoy satisfecho. Pero en realidad lo que me enorgullece, es el pensar que a partir de éste entonces, aquel buen Sr. sabrá cuál es la función del PODOLOGO.

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 Pusek®

desUdorante y desOdorante
de los pies

Y AHORA TAMBIEN

NUEVO

Pusek®

ARCANDOL

SPRAY

para pies *ARdientes CANsados DOLoridos*

DOS PRODUCTOS PARA...
DOS PROBLEMAS QUE SON...
DOS SOLUCIONES.

La Podología en el Mundo

Por **MARTIN RUEDA**
Podólogo (Barcelona)

Si pretendemos la elevación y mantenimiento del nivel científico y profesional, es necesario que todas las naciones estén representadas en un solo Organismo a nivel Internacional, responsabilizando a cada una y creando conciencia de la base-objetivo de la Podología Mundial: similar reglamentación de la carrera de Podólogo en todos los países del mundo.

Como todos sabemos, el Organismo antes encargado de esta función fue la FIP, pero en honor a la verdad, lo único que se consiguió desde su puesta en funcionamiento fue el encuentro anual de unos cuantos amigos, limitándose en sus actuaciones a «tomar café». Ello hizo necesaria la creación de una nueva entidad con ganas de trabajar y elevar la profesión, es decir, de cumplir los objetivos que la FIP nunca consiguió. Así nació la CMP (Confederación Mundial de podólogos), cuya Presidencia, por elecciones, estuvo ocupada por el también Presidente de la Agrupación de Podólogos de España, Sr. Escachs. En esta situación, en Europa había dos organizaciones con niveles distintos, ya que el de los países que integraron la segunda era netamente superior a los componentes de la primera. Si como antes hemos dicho, el objeto de crear estas Asociaciones es buscar una misma reglamentación de cara a conseguir «el ciudadano Podólogo del Mundo», este no es el camino, al ser los objetivos de ambas sustancialmente distintos, y así se vuelve al pensamiento y necesidad de que exista una sola, en la que se fusionarán las dos, cuyo nivel científico será lo más amplio posible, favoreciendo así los intercambios entre compañeros de distintas naciones de cara a unificar criterios y tratamientos, obligando así a las científicamente más bajas a solicitar de sus respectivos gobiernos una reglamentación similar y uniforme.

Se llega pues a la conclusión de que es necesario, y también lo más aconsejable, unir la FIP y la CMP. Para esta misión se encarga a M. Beauvalé, quien ya había sido Secretario General de la antigua FIP. Una vez cumplimentadas las gestiones pertinentes, se llega al momento de celebrar una Asamblea donde estarán representadas todas las naciones interesadas, para dar ya forma a la nueva Organización, y con este objeto se dan cita en Düsseldorf (Alemania), los días 19 y 20 del mes de marzo del año en curso, los representantes de la Podología Europea. España estuvo presente en las personas de los Sres. Escachs y Rueda, Presidente de la Agrupación y Redactor Jefe de Revista Española de Podología, respectivamente, estando el último en calidad de observador. También España ostentó la representación oficial de Italia. El nombre elegido para esta nueva entidad es el de FIP (Federación Internacional de Podólogos), por tratarse ya de un nombre conocido y registrado, aunque esta vez se partirán de nuevas ideas, nuevos estatutos y nueva Junta de Gobierno, no teniendo por tanto nada que ver de su homónima anterior. De esta forma volvemos a estar todos en un mismo barco, cuya capitanía se quiso dar al Sr. Escachs, pero ante su rotunda negativa para ocupar ningún tipo de cargo, se acuerda nombrar a M. Beauvalé, hombre ya conocido y conocedor de la Podología actual, y que además había sido el encargado de reorganizar este encuentro. Para el puesto de Vicepresidente, se nombra a M. Van Lithg, recayendo el de Secretario en la también Secretaria de la otra organización belga. Como Tesorero se elige también por unanimidad a M. Moureau. Estos cargos serán por dos años. Como objetivo inmediato tienen la confección de los nuevos estatutos, basándose para ello en los presen-

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
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.
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 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. Generalisimo Franco, 520
Barcelona-11

ISDIN

tados en esta reunión por M. Arendt, representante de Alemania, de los cuales deberán enviar copia de todos los países, para que sean estudiados, pudiendo hacer las objecciones pertinentes sobre los mismos, y si proceden, dar su definitiva aprobación en la próxima reunión, programada para los días 7 y 8 de noviembre próximo en París. Esperemos pues los mayores éxitos a esta Organización que nace sobre los fundamentos de las dos anteriores y con verdaderas ganas de trabajar, por el bien de la Podología mundial.

* * *

En pro de la unidad podológica mundial

Tal como dimos a conocer a través de las páginas de «Revista Española de Podología», Mr. Bates, Presidente de Pensylvania College of Podiatric Medicine, hizo una visita a la Escuela de Podólogos de Barcelona, en el transcurso de la cual se tocaron temas de candente actualidad podológica, entre ellos la propuesta del Sr. Escachs de llegar a formar una sola Organización Internacional que albergue a Podólogos de todo el mundo unidos bajo un mismo estandarte, idea que encantó a Mr. Bates, quien dijo exponerla en su país y luchar en pro de su puesta en funcionamiento, pues de esta forma se podrían mantener intercambios constantes entre distintos países. Asimismo quedó impresionado por el nivel del Podólogo español, que él mismo catalogó como el mejor preparado de Europa, motivo éste por el que le agradaría aumentar los lazos entablados entre las dos Escuelas, Pensylvania y Barcelona, iniciados ya hace años y renovados con la visita que hicimos a aquélla un grupo de Podólogos españoles.

De regreso a su país, Mr. Bates, tuvo la gentileza de escribir a Barcelona, dando las gracias por las atenciones de que fue objeto, y expresándose en los siguientes términos:

Philadelphia, 17 noviembre 1976

Querido amigo Escachs:

Creo imposible sobrepasar la hospitalidad que Vd. y sus colegas nos dispensaron a la Sra. Bates y a mí en nuestra reciente visita: Vd., su facultad y especialmente su «joven gente», Elena y José nos hicieron sentir como una parte de su escuela. Ha sido una visita que nunca olvidaremos... Y su país... Y luego para culminarlo el «muchacho con una espina» y el cordero español. Willa le da las más expresivas gracias: duerme con él cada noche. Yo espero que volverán Vdes. pronto a nuestro país, donde trataremos, aunque no podremos conseguirlo, de devolver su excelente hospitalidad.

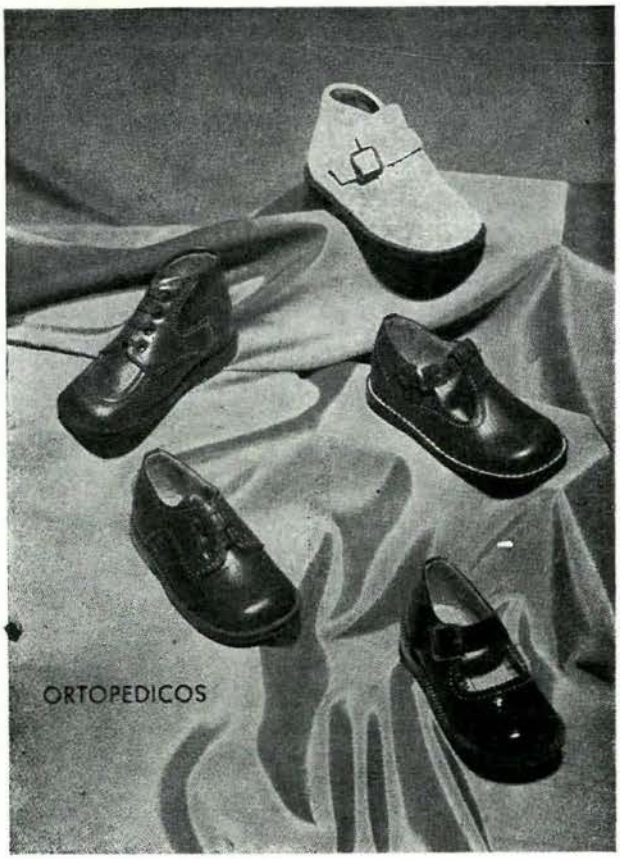
Estoy impresionado con su Escuela, con su ejecutoria, con sus planes para el futuro y especialmente con su dedicada facultad. Estoy seguro de que tendrá éxito en sus negociaciones con su Gobierno. Su tasa de crecimiento es más rápida que la nuestra y tendremos que trabajar en firme para adaptarnos a su andadura. Está fuera de toda duda que Vdes. van muy por delante del resto de Europa.

Desde nuestro regreso empecé a hablar con los directores nacionales sobre nuestra participación en una organización Mundial. Continuaré «trabajándolos» aunque no será muy fácil: no pueden ver mucho más allá de la arena de nuestras playas...

Bajo sobre separado le envío el último reporte del College de Pod. Med. de Penssylvania así como algún otro folleto informativo que le resultará útil.

Una vez más mil gracias por acogernos en tan inolvidable visita a Barcelona. Con saludos a todos los amigos españoles,

sinceramente «JIM»
(James E. Bates - Presidente de la Escuela)



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)

X Congreso Nacional de Podología

Agrupación de Podólogos de España

San Sebastián, 19 al 22 de Mayo de 1977

Estimado compañero:

Con la presente tenemos a bien presentarte el avance del PROGRAMA DE ACTOS de este X CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA

Esperamos que el programa sea de tu total agrado y eso, unido a los indiscutibles atractivos de esta tierra, que te espera con los brazos abiertos, nos hace animarte a que te inscribas al mismo, pero, por favor, hazlo ANTES DEL DIA 8 DE MAYO, ya que las inscripciones posteriores a esa fecha la oficina organizadora las recargará con un 25 %.

Sin más, te presentamos el

PROGRAMA

Día 19, jueves

9,00 a 11,00 horas Recogida de documentaciones.
11,30 horas Inauguración del Congreso.
13,00 horas Vino de honor ofrecido por el Excmo. Ayuntamiento de San Sebastián.
16,30 horas Excursión a la provincia y Afari - merienda (merienda - cena) al estilo típico en una sidrería.

Día 20, viernes

10,00 a 13,00 horas Sesiones científicas.
14,00 horas Comida en las típicas sociedades gastronómicas.
16,30 a 20,00 horas Sesiones científicas.

Día 21, sábado

10,00 a 13,00 horas Sesiones científicas y conclusiones.
16,30 horas Excursión al País Vasco Francés (San Juan de Luz, Anglet, Biarritz...).
21,00 horas Cena y espectáculo en el Chateau Brindos.

Día 22, domingo

10,00 horas Asamblea de la Agrupación.
14,30 horas Comida de Clausura.

Esperando saludarte personalmente en el Congreso, te saluda atentamente

El Secretario General del Congreso
S. TENES ITURRIZA

Secretaría General: Cofex - C.A.T. Reina Regente, s/n. Tels. (943) 42 89 89 - 42 10 02. San Sebastián

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

Taberner®

CALZADO FISIOLOGICO INFANTIL

Características anatómicas:

- Confeccionado con materias naturales de primera calidad.
- Horma racional para un correcto desarrollo del pie.
- Contrafuerte consistente que asegura una adecuada sujeción.
- Palmilla interior de legítimo cuero.
- Enfranque resistente.

OSCAR 1975 AL MEJOR DISEÑO DE CALZADO INFANTIL

OSCAR 1976 AL DISEÑO MAS ANATOMICO EN CALZADO INFANTIL

patrocinado por la
Comisión Española Pro Suela de Cuero

Calidad garantizada por

GREGORIO TABERNER, S. L.

Llucmajor (Mallorca)

Weyler, 53

Teléfono (971) 66 01 56

Labor Docente

Por **JULIO ALONSO GUILLAMON**
Podólogo del Hospital Clínico
Barcelona

En la Escuela de Podólogos de Barcelona, tuvo lugar un curso de Formación Continuada, para profesionales en ejercicio, durante los días del 17 al 20 de este pasado mes de febrero.

El curso, se realizó según el siguiente programa:

Jueves día 17
Mañana: EXPLORACION PODOLOGICA Y MEDIOS COMPLEMENTARIOS PARA LA MISMA, a cargo de D. FRANCISCO FARRERAS.

Jueves día 17
Tarde: PODOLOGIA FISICA Y REHABILITACION, por D. MARTIN RUEDA.

Viernes día 18
Mañana: NUEVOS CONCEPTOS PARA LA OBTENCION DE MOLDES PARA LA CONFECCION DE PLANTILLAS TERMOPLASTICAS, que desarrolló D. EVARISTO RODRIGUEZ.

Viernes día 18
Tarde: UTILIZACION DEL FENOL EN LAS ONICOPATIAS - EXOSTOSIS SUBUNGUEAL - VERRUGAS EN MOSAICO, por D. JULIO ALONSO.

Sábado día 19
Tarde: ORTOSIS CON SILICONAS - DIFERENTES FORMAS DE UTILIZACION, por el compañero inglés Mr. COATS.

El domingo por la mañana, se desarrolló la mesa redonda. Un gran contenido de preguntas y respuestas, la hicieron muy amena e interesante, contribuyendo a aumentar el caudal podológico.

Posteriormente, se realizó la clausura del curso a cargo de D. LEONARDO ESCACHS. Agradeció primeramente, la asistencia tan masiva de compañeros y el interés que habían demostrado todos en el transcurso de las sesiones científicas.

Con palabras de cariño y afecto, se dirigió luego al Sr. VILAPLANA, por su constante y desinteresada colaboración, en especial en aquella ocasión por la participación en la traducción simultánea.

Terminó dirigiéndose a Mr. COATS. Agradeció su presencia y resaltó la brillantez de su conferencia e interés en demostrar a todos los asistentes, de una manera práctica, todo cuanto había expuesto. Le suplicó que como persona importante dentro de la Podología europea y partícipe en conferencias y cursos por toda Europa, expusiera e influenciara en el deseo de España de unirnos todos en una Asociación, a fin de elevar más nuestra querida profesión.

Como viene siendo habitual en este espacio de la revista, entrevistamos a nuestro invitado Mr. COATS, brindándose cordialmente, aún disponiendo de poco tiempo, pues estaba preparado para trasladarse ya al aeropuerto de regreso a Londres.

—*¿Cuántos profesionales pertenecen a la Sociedad de Chiropodist en Inglaterra, Mr. COATS?*

—Sobrepasan a los cuatro mil.

—*¿Cuáles son los lugares de trabajo de estos cuatro mil podólogos?*

—Aproximadamente el 20 % trabajan a «Full time», jornada completa para el Servicio de Salud Nacional (equivalente a la Seguridad Social en España), como verá, esta cantidad está aún muy lejos de cubrir nuestras aspiraciones.

Más del 50 % trabajan en consulta privada.

No debemos olvidar, que aproximadamente el 10 %, están registrados en la Sociedad de Podólogos, pero no ejercen.

El resto, están ocupados: Parte de la jornada al Servicio Oficial (Seguridad Social), parte en sesiones convenidas y aisladas y el resto en la Medicina Laboral (como es mi caso).

Podólogos:

Calzados Blasi les ofrece su establecimiento especializado en zapatos para señora y niño que precisen plantillas ortopédicas.
Siempre a su disposición con las mejores marcas.

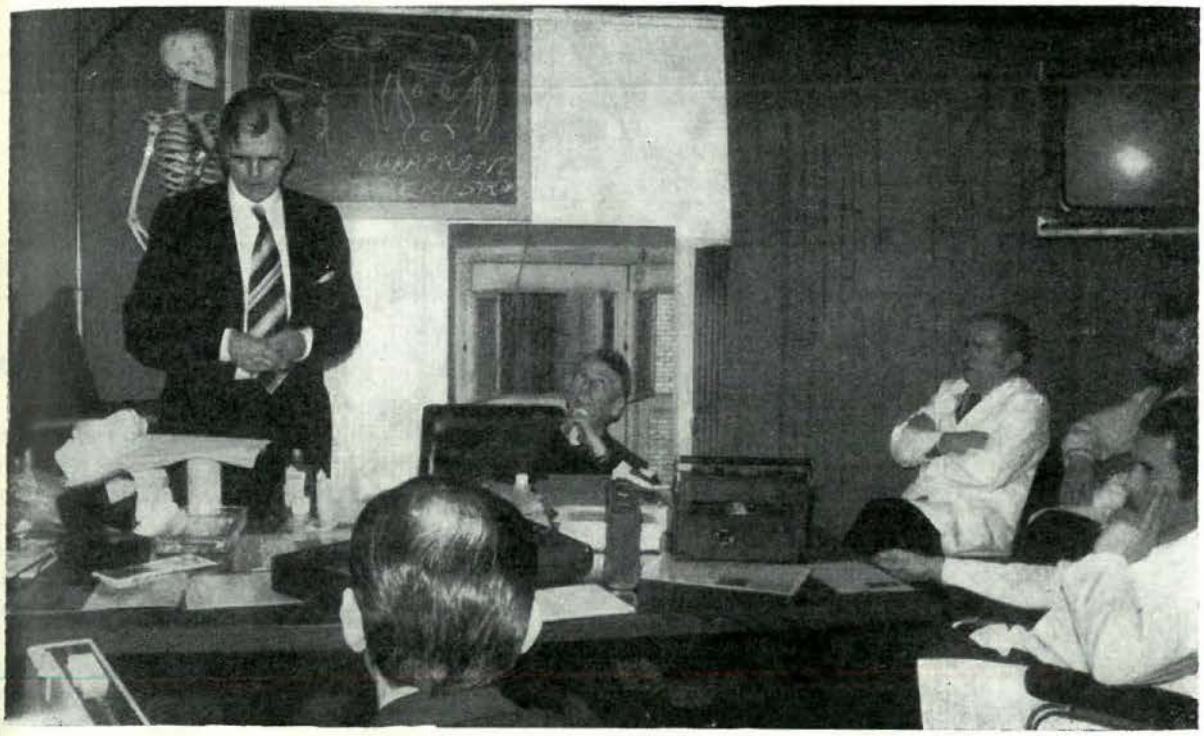
MANITOS ORTHO

PIEDRO

Taberner

Blasi

Calzados Blasi
Mariano Cubi, 2 Tel. 218 54 9
Barcelona-6



Mr. Coats, desarrollando su conferencia, eminentemente práctica

O sea que 800 Chiropodist, están trabajando a jornada completa para la Seguridad Social. 2.000 a base de convenios y 2.000 aceptan pacientes libremente, percibiendo honorarios por su tratamiento.

—¿Son muchos los Chiropodist que trabajan en centros hospitalarios?

—No es que sean muchos, pero sí, existen varios inscritos en servicios de Reumatología, de Traumatología y en centros Geriátricos, todos ellos, trabajan en equipo con otro facultativos.

—¿Qué relación tienen en los equipos facultativos?

—Creo, que se ha llegado a conseguir, el respeto de nuestra profesión, en la clase médica y en la independencia en el trabajo. Aún así, no estamos satisfechos todavía. Existen profesionales, que intentan luchar para conseguir niveles más altos en nuestra formación.

—Una pregunta casi de rigor después de apreciar su buen trabajo con las siliconas ¿valoran bien las ortosis?

—En mi caso, el trabajo es retribuido, por la empresa en la que ejerzo como Podólogo. Igualmente los que trabajan por la Seguridad Social. El Servicio de Salud Nacional, dispone de un baremo con tarifas muy bajas, que son aumentadas por un Consejo de cuotas, que se reúnen para revisar estas valoraciones.

En la Podología privada, cada uno aplica las tarifas según su juicio.

—¿Tienen sensibilizaciones alérgicas las siliconas que utiliza?

—No, no he tenido ninguna.

—Hay una cosa que quisiera que nos aclarase Mr. COATS, hemos visto en la Revista que su Asociación edita solicitudes de profesionales para trabajos, en distintos lugares con diferentes categorías, como por ejemplo: Señor... Grado I y II. ¿A qué obedece?

—En Inglaterra existe una escala profesional según los años de ejercicio y otras causas, que le hacen disponer a uno de una categoría, y estar en relación con el trabajo que se solicita. Por ejemplo: Si se requiere de un profesional en una gran área, se solicita un podólogo con mayor experiencia.

—Finalmente Mr. COATS, y ante la premura de tiempo que disponemos, ¿qué clima tienen en Inglaterra?

—Por lo general frío y lluvioso.

—Thank you, very much Mr. COATS. ¡Buen viaje!

infalina

pomada

en las infecciones cutáneas más diversas: bacterianas y/o micóticas, con o sin reacción alérgica

Infale

CONTRAINDICACIONES: No existen.

INFALINA CORTISONA		INFALINA	
Fórmula por gramo			
Sulfato de Neomicina (equivalente a 3,5 mg. Neomicina base)	5 mg.	Sulfato de Neomicina (equivalente a 3,5 mg. Neomicina base)	5 mg.
Bacitracina de zinc	300 U. I.	Bacitracina de zinc	300 U. I.
Tirotricina	2 mg.	Tirotricina	2 mg.
Hemi succinato de Hidrocortisona	10 mg.	Ac. undecilénico	10 mg.
Para oxibenzoato de metilo	10 mg.	Undecilinato de zinc	50 mg.
Oxido de zinc	50 mg.	Oxido de zinc	50 mg.
Excipientes grasos c. s. para	1 gr.	Excipientes grasos c. s. para	1 gr.
Tubo 6 gr. 56'60 Ptas.		Tubo 24 gr. 68'15 Ptas	

LABOR DE DELEGACIONES

MADRID

El pasado mes de septiembre y siguiendo el programa de «reactivación» de nuestras actividades podológicas que nos hemos impuesto en esta Delegación, tuvo lugar una Mesa redonda a cargo del podólogo de esta capital D. Demetrio Monsalvo García, sobre el tema: «Medicamentos y Productos químicos utilizados en las diferentes afecciones podológicas». El tema fue seguido por los numerosos asistentes, al final se entabló un animado coloquio sobre el tema y se efectuaron numerosas preguntas sobre la utilización de los citados productos.

* * *

El 29 de octubre tuvo lugar, como continuación del programa antes relatado, la actuación en Mesa redonda, del conocido podólogo de Madrid, D. Ricardo Becerro de Bengoa y Callau, sobre el excitante tema: «Tiloma papilomatoso, diferentes técnicas para su extirpación». En esta ocasión el conferenciante hizo gala de su profundo conocimiento del tema, e ilustró su charla con diapositivas seriadas con fecha de curación récord, especialmente en el sistema que personalmente domina, del tratamiento de papilomas por medio de cauterizaciones con formol comercial al 30 %. En el transcurso de esta Mesa redonda se tocaron todos los sistemas de cauterizaciones químicas que actualmente se manejan, para llegar a la conclusión de que cada uno utiliza aquel en el que siente más fe, que los resultados son buenos en todos los casos, si bien el tiempo de curación es más o menos prolongado, de acuerdo con la prisa, la impaciencia o la sensibilidad del paciente. Siendo menos dolorosos cuanto más superficialmente actúan los citados productos.

* * *

Durante el mes de noviembre (el 19) nos invitó el podólogo de Madrid y actual Secretario de nuestra Delegación D. Nicolás Gómez Sánchez, esta vez la Mesa Redonda, actuó con el tema «Bursitis, su etiología y tratamiento». La conferencia fue seguida con marcado interés por todos los asistentes. Al final de la misma se cruzaron preguntas muy relevantes de la atención prestada al tema, que sirvieron para arrojar más luz al tema que tan magistralmente trabó nuestro compañero en las tareas de la Delegación.

* * *

El 3 de diciembre, le tocó el turno al que hace esta crónica; con la consabida Mesa redonda sobre los temas «Minicirugía de las exóstosis» y «Primera fase práctica de las ortosis podológicas». Comenzamos el primer tema, con bastante expectación, pues es éste un terreno algo resbaladizo, se explicaron verbalmente y auxiliado por medio de diapositivas de radiografías, las diferentes exóstosis con posibilidades de intervención, entre ellas podríamos citar: las interdigitales del 5.º y del 1.º dedos, las subungueales entre otras. Por no tener película sobre estas operaciones de miniexóstosis y disponer de un trabajo filmado (ya descrito en el n.º 27 de nuestra Revista) algo más profundo, pero que en el fondo trataba el mismo tema, se exhibió con el título de «Osteotomía del espolón calcáneo», trabajo modesto, sin pretensiones, con ánimo solamente de que la Podología tenga unos cauces más amplios a los que todos debemos de contribuir en la medida de nuestras fuerzas, cultivando y ampliando nuestros conocimientos, para que ese árbol —ya frondoso— se convierta en un bosque que abrace con sus ramas a toda España. En la segunda parte de este acto, se efectuó, prácticamente, ante los compañeros asistentes y con los materiales de silicona (al uso), la ortosis Polokof para la protección del hallux valgus, asimismo y como primitivamente el antedicho autor lo había practicado, se efectuó prácticamente una ortosis para la protección del juanete, con gasatub, látex y fieltro adhesivo, utilizando calor seco para acelerar el secado. Al final se entregó a cada asistente unas hojas —apuntes coleccionables— con literatura sobre estas ortosis y dibujos explicativos de las diferentes fases, las cuales fueron adquiridas mediante un donativo, incluido en éste, los materiales uti-

lizados en las demostraciones así como en otras posteriores que tendrán lugar en nuestra Delegación.

* * *

El mes de enero puso un paréntesis en las actividades de la Delegación para reanudarlas el 18 de febrero, fecha en que volvimos a reunirnos en m.r. alrededor de nuestro compañero D. José Aranzueque López, quien tocó el tema de la «Historia clínica podológica», nos hizo en esa ocasión una exhaustiva exposición de lo que es una anamnesis bien llevada, y de cuantos fallos tenemos los que la practicamos en nuestros gabinetes diariamente, casi siempre por faltar tiempo, pero que de hecho enturbian la visión de los síntomas para un real y efectivo tratamiento de las afecciones de nuestros pacientes.

L. Aycart

CONFERENCIAS CIENTIFICAS

Estimado amigo y compañero:

Siguiendo el programa que esta Delegación de Madrid se ha trazado en cuanto a la divulgación de nuestra profesión en actos culturales y científicos, tengo mucho gusto en comunicarte que, hemos tenido la oportunidad de contar con la presencia en nuestro país del profesor Mr. L. J. LEFLER ex-presidente de la Asociación de Podólogos de Norteamérica y autoridad de la Podología en el mundo por sus conocidos y divulgados trabajos.

El Sr. LEFLER accedió gentilmente a darnos una conferencia que sin duda fue de gran valor científico para nosotros.

Así mismo acompañaron a Mr. LEFLER nuestros compañeros de la Delegación de Madrid y reconocidos conferenciantes D. LUIS AYCART, D. RAFAEL SAN MARTIN y D. CARLOS SAN MARTIN.

PROGRAMA DE ACTOS

Día 2 de abril 1977

Hora 9,30 Conferenciante Mr. L. J. LEFLER ex-Presidente de la Asociación de Podólogos de Norteamérica.
TEMA:
EXOSTECTOMIA POR EL USO DE FRESAS Y CORRECCION QUIRURGICA DE LOS TRASTORNOS UNGUEALES POR MEDIO DEL GALVANISMO NEGATIVO.

» 12,30 Conferenciante D. LUIS AYCART VIJUESCA. Contador Nacional A. P. E.
TEMA:
ORTESIS PALIATIVAS DIGITALES

» 14,30 COMIDA DE TRABAJO

» 17,00 Conferenciante D. RAFAEL SAN MARTIN ESPINEL. Delegado Regional A. P. E.
TEMA:
ATROFIA DE LOS SESAMOIDEOS

» 18,00 Conferenciante D. CARLOS SAN MARTIN ESPINEL. Delegado Provincial del Colegio de Madrid.
TEMA:
ESTUDIO CIENTIFICO DEL DISEÑO DE LA PLANTILLA ORTOPEDICA

Dada la reducida capacidad de nuestra Sede Social y teniendo en cuenta la gran cantidad de inscripciones, los actos se celebraron en el salón de actos del hotel ARAMO, Paseo Sta. M.ª de la Cabeza n.º 73. Teléfono 473 91 11.

BARCELONA

Os supongo enterados de que el pasado 28 de enero, hubo en la DELEGACION DE BARCELONA, una asamblea, en la que entre otras cosas, se eligió, y por supuesto de forma democrática, nuevo delegado. Resultando elegido por unanimidad el compañero EVARISTO RODRIGUEZ VALVERDE. QUEDANDO CONSTITUIDA la nueva junta de la siguiente forma:

DELEGADO: E. RODRIGUEZ VALVERDE
SECRETARIO: S. BONAMUSA MONT
TESORERO: E. MEDIAVILLA ABEDILLO

Esperamos, con la colaboración de todos, igualar y si cabe superar, la labor llevada a cabo por los compañeros que formaron la anterior junta de gobierno.

Como actualmente está en boga, por todos los partidos políticos la confección de programas de actuación, también nosotros hemos confeccionado el nuestro, y esperamos que éste sí sea una realidad desde este mismo instante. Es por ello que ya están en vías de formación las comisiones que seguidamente detallamos,

COMISION:

— ASUNTOS EXTRANJEROS
— S.O.E., HOGARES PENSIONISTAS Y SEGURO LIBRE
— RELACIONES PUBLICAS
— BIBLIOTECA
— ACTOS CIENTIFICOS
— REVISTA
— ORIENTACION PODOLOGICA
— PREMIO INVESTIGACION PODOLOGIA

— ESCUELA
— FILMOTECA PROFESIONAL
— DIVULGACION SOCIAL PODOLOGIA
— NOVEDADES TERAPEUTICAS

Siendo como creemos que esto será un nuevo aliciente, no ya para todos los agrupados, si no incluso para los que no lo están. Sirvan estas líneas para que cada uno de nosotros que conozca a otros compañeros no agrupados, le haga sabedor de todas nuestras actividades, puesto que en definitiva, es una forma de perfeccionarnos profesionalmente en conjunto y en definitiva una manera de revalorizar la PODOLOGIA.

También se han cursado notificaciones a todos los organismos oficiales, universitarios, así como a los distintos medios de difusión, para dejar constancia del movimiento desarrollado en nuestra AGRUPACION.

Como todos sabéis, el programa de T.V.E. (Escuela de Salud), ha sido un medio de difusión enorme para el conocimiento de nuestra especialidad, por lo tanto, tenemos obligación de dar a nuestros pacientes nuestro máximo saber, ponernos al día profesionalmente. Por todo lo cual, es por lo que hemos pensado orientar nuestros pasos hacia un entente con todos.

Estaba ya programado el CURSO ACADEMICO 76-77, que como todos sabéis se desarrolla con una lección magistral cada mes.

Hemos pensado que al margen de ello, igualmente, cada mes, con objeto de encontrarnos con todos vosotros cada 15 días, realizar unos seminarios puramente profesionales y tratando en cada uno de ellos el tema que vosotros mismos elijáis.

No pensamos desanimarnos y os esperamos de verdad a todos con los brazos abiertos.

LA JUNTA
Barcelona, 11 de febrero de 1977

COORDINADORA DE PODOLOGOS Y ESTUDIANTES DE CATALUÑA Y BALEARES

En ASAMBLEA GENERAL EXTRAORDINARIA celebrada el día 19 de abril de 1977 a las 22,30 h. en el local de la DELEGACION PROVINCIAL de la AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA, sita en calle Ortigosa 14-16, Barcelona; convocada directa y personalmente, así como a través de la prensa, los Podólogos en ejercicio agrupados, no agrupados y estudiantes de la ESCUELA DE PODOLOGOS DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE BARCELONA, tras votación democrática de todos los asistentes, acuerdan los siguientes puntos:

1.º Creación y puesta en marcha de la COORDINADORA DE PODOLOGOS Y ESTUDIANTES DE CATALUÑA Y BALEARES.

2.º Elección de representantes de esta COORDINADORA para defender el nivel que proceda los acuerdos adoptados en esta ASAMBLEA.

3.º Siendo elegidos por votación para constituir esta COORDINADORA los siguientes miembros:

— MARTIN RUEDA SANCHEZ, Podólogo agrupado (Sta. Coloma de Gramanet).

— J. M. NAVES ORTEGA, Podólogo agrupado (Barcelona).

— ASUNCION BONET PRAT, Podólogo agrupado (Gerona).

— BERNARDO VAZQUEZ MALDONADO, Podólogo no agrupado (Gavá).

— JOSE M.ª BERNADO BONDIA, Podólogo agrupado (S. Feliu de Llobregat).

— LLIBERT CAPELLAS BORRELL, Podólogo agrupado (Rubí).

— Comisiones de ALUMNOS de 1.º y 2.º CURSO DE LA ESCUELA DE PODOLOGOS (Barcelona).

4.º Difundir los acuerdos adoptados en esta ASAMBLEA con objeto de formar la COORDINADORA NACIONAL.

5.º Se declaran principios Fundamentales:

a) Creación del COLEGIO PROFESIONAL DE PODOLOGOS.

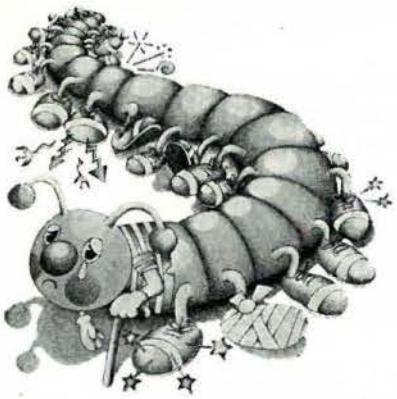
b) La reestructuración de estudios, dándole carácter universitario independiente.

ARAGON, LOGROÑO Y SORIA

Reunión de compañeros de la provincia
5 noviembre 1976

A las 10 de la noche y en los locales del Colegio Oficial de A.T.S., y con la asistencia de 18 compañeros, abre la sesión el Delegado provincial D. José A. Calvo, el que después de saludar a los presentes, fue desglosando las incidencias más importantes de la última Asamblea de nuestra Agrupación celebrada en Salamanca, como son entre otras, la actualización de las cuotas mensuales, reestructuración de zonas, nombramientos de nuevos delegados de zona etc., recayendo el de nuestra Zona en el compañero D. José Sánchez Luna.

Este después de agradecer el cargo y ofrecerse personal e incondicionalmente a todos los compañeros, pidió presencia física en todas las reuniones así como colaboración por parte de todos, para así crear criterios unitarios y poder hacer una zona podológica en auge y actualizada.



cuando aprieta el dolor...

Algesal®
Espuma

espuma antirreumática, analgésica, antiinflamatoria

nuevo

COMPOSICION: Laurilsulfato de nopoxa mina, 10 mg.; Salicilato de dietilamina, 10 mg.; Excipiente c.s.p. 1 gr. de emulsión.

INDICACIONES: Terapia percutánea de dolor local, dolores reumáticos, articulare y musculares, torceduras, tortícolis, lumba go y otros de parecida naturaleza.

POSOLOGIA Y MODO DE EMPLEO Aplíquese varias veces al día una cantida suficiente de espuma según la extensión d la zona dolorosa, practicando una suave fric ción hasta su completa absorción.

EFECTOS SECUNDARIOS: Hasta el mo mento no se han observado.

CONTRAINDICACIONES: No se aplica rá sobre heridas abiertas ni mucosas.

PRESENTACION Y P.V.P.: Envase co

KALI-CHEMIE ARZNEIMITTEL

KALIFARMA, S.A.
Apartado 12.068 - BARCELONA - Tel. 239 29 07
Madrid. Tel. 276 92 76 - Sevilla. Tel. 21 39 22

Seguidamente hizo un esbozo de los ciclos de Conferencias y Cursos de perfeccionamiento que se podían hacer, forma y posibilidades de hacerlos. Asimismo los posibles compañeros de provincias o profesores de la Escuela que consideraran idóneos para el momento de invitarlos a nuestras conferencias, pero que pedía se pronunciaran y eligieran democráticamente los compañeros que consideraran idóneos para el momento actual. Por unanimidad se acordó que fueran los compañeros D. Luis Aycart y D. Pablo Vilató los conferenciantes para este primer curso, citándose nombres de otros para el próximo año.

El Sr. J. Sánchez Luna explicó la forma de financiar el curso, bien; haciendo una determinada aportación económica según gastos, o también solicitando de algunas casas comerciales, laboratorios etc., proveedores más íntimos, su colaboración.

También informó a los asistentes cómo funcionan otras Delegaciones como Madrid, Barcelona, Málaga etc., con locales propios donde en alguna de éstas se instalan útiles y productos para la confección de prótesis y ortosis durante sus conferencias. Este sería mi sueño, dijo, está muy lejos pero con la ayuda de todos se podría tener ese local. Seguidamente se dio por terminada la reunión sobre las 12 de la noche.

———— < > ————

Ante la buena acogida y mejores deseos de superación demostrados por los asistentes a la última reunión se procedió a la confección del avance de Programa de actos, comunicando el contenido de esta al delegado provincial Sr. Calvo, y previas consultas con nuestro presidente Nacional Sr. Escachs, éste aconsejó que el Curso se llamara: CURSO ACADEMICO 1976-77.

Tras comunicar a todos los compañeros de la zona el avance de programa de actos a realizar se han inscrito hasta el momento los 23 siguientes:

Dña. Pilar Ara Esbec
Dña. Nieves Iglesias Romera
Dña. Natividad Gonzalvo Calvete
Dña. Maria Pilar Gonzalvo Calvete
Dña. María Pilar Sauras de la Torre
Dña. Natividad Serrano Grimal
Don Balbino Serrano Lumbreras
Don Julio Bara del Molino
Don Víctor Bara del Molino
Don Félix Asensio Muro
Don José A. Calvo García
Don Miguel Garcés Martín
Don Jesús Gregorio Sanz
Don Francisco Moncayo Sarto
Don Pedro Murillo Sánchez
Don José Pueyo García
Don Francisco Rodríguez Martínez
Don Francisco Javier Sala Rodrigo
Don Adolfo Urgel Pablo
Don José Luis del Caho Irache
Don Antonio Sánchez Luna
Don José Sánchez Luna
Don José Luis Izuel

Hay que hacer patente nuestro agradecimiento al Presidente del Colegio Oficial de A.T.S. Sr. Rodríguez Cortés por la cesión incondicional de los locales del Colegio para la celebración de nuestros actos.

PROGRAMA DE ACTOS

Día 29 de noviembre 10 noche

MESA REDONDA sobre QUIROPODIA, diversas formas y tratamiento.

Tuvieron una destacada actuación D. Antonio Sánchez Luna, quien hizo una demostración práctica como después de nuclear los helomas tanto plantares como dorsales, protege con discos de fieltro, tensoplast, tubifoan etc. Fue muy interesante y se comentó con satisfacción la importancia de estos protectores. Doña Nieves Iglesias comentó su técnica y forma de nuclear los helomas y sus diversas formas de protección. Se elogió su técnica y detalle, propia de una gran profesional siempre en evolución con perseverancia y plena dedicación y siempre dispuesta a incrementar conocimientos.

Se hizo un animado coloquio entre todos los asistentes, destacando entre sus aportaciones personales las de los Sres. Murillo Sánchez quien explicó un tratamiento de las queratodermias de los talones con fisuras dolorosas y profundas con el que tiene grandes resultados. Asimismo el Sr. Urgen Pablo comentó otro tratamiento para el mismo caso con buenos resultados. También este compañero ha ideado un nuevo mango de bisturí para hojas cambiables de gran utilidad. El Sr. Calvo García presentó un separadedos, comentando precio y la casa comercial donde podrían comprarlo. El Sr. J. Sánchez Luna explicó un nuevo separadedos de idea propia que puede utilizarse solo o de forma fija y que será motivo de su próxima conferencia.

Participantes activos en este coloquio fueron Dña. Natividad Gonzalvo, Dña. Pilar Sauras, Dña. Natividad Serrano, Sr. J. L. del Cacho, Sr. Izuel, Sr. J. Bara y Sr. Asensio Muro.

Hizo de secretario D. Víctor Bara, quien confeccionó las copias de las conclusiones de esta «mesa redonda».

Día 17 de diciembre 10 horas noche

MESA REDONDA SOBRE VERRUGAS; DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTOS.

Se inició esta «mesa redonda» con la intervención de Dña. Pilar Ara quien explicó su técnica, heredada por tradición familiar que le inculcó su padre, destacado podólogo de esta ciudad durante muchos años, q.e.p.d. Continuó el Sr. Pueyo García, quien comentó las ventajas de sus tratamientos con el que tiene grandes éxitos y que no precisa mucho tiempo para su curación total. Este mismo tratamiento también lo hacen los Sres. Garcés Martín, Sr. A. Sánchez Luna y Sr. Calvo García, este último también hace uso quirúrgico, con el mismo éxito.

Dado lo amplio del tema el coloquio fue muy animado y todos los asistentes explicaron su propio sistema, coincidiendo con el tratamiento de cauterizaciones o queratolíticos los compañeros Dña. Pilar Sauras, Dña. Natividad Serrano, Dña. Natividad Gonzalvo, Dña. Nieves Iglesias, Sr. J. Bara del Molino, Sr. V. Bara del Molino, Sr. J. L. del Cacho, Sr. Urgel Pablo. Los Sres. Sala Rodrigo, J. L. Izuel y el Sr. J. Sánchez Luna comentaron sus sistemas de tratamiento de forma quirúrgica.

Actuó de secretario de forma muy activa y eficiente D. Julio Bara, quien confeccionó las copias de los comentarios de esta reunión.

Día 23 de enero 5 tarde

Abre la sesión el Delegado de Zona Sr. J. Sánchez Luna, quien agradeció la presencia de nuestro Presidente Nacional Sr. Escachs, así como de la mayoría de los componentes de la Junta de Gobierno de nuestra Agrupación, que momentos antes habían terminado su reunión en Zaragoza, y que tuvieron la gentileza de llegar a los locales del Colegio, solamente para saludarnos. El profesor de la Escuela D. Evaristo Rodríguez, por facilidad de desplazamiento, pudo acompañarnos hasta muy entrada la conferencia, por lo que le agradecemos su gesto.

Seguidamente el Sr. J. Sánchez Luna hace la presentación del conferenciante, el podólogo madrileño D. Luis Aycart Vijuesa, resaltando sus virtudes humanas, su hospitalidad para todos los podólogos que llegan a su casa, y el gran valor que le da a la amistad. «Es amigo de los amigos, y de la amistad hace un culto», dijeron de él.

Comentó su magnífica labor en la Agrupación, donde es contador desde su fundación, y donde este hombre está siempre dispuesto a dar la colaboración en pro de nuestra especialidad. Asimismo destacó su delicada y meticulosa forma de trabajo, sus positivas experiencias, sus nuevas ideas podológicas y su constante evolución profesional.

El Sr. Aycart después de agradecer la invitación para venir como conferenciante a este Curso de Perfeccionamiento, comentó sus esperanzas de no defraudar a los compañeros y amigos que allí se encontraban. Dijo que los adjetivos de su persona había hecho el presentador eran inmerecidos, y que la hospitalidad demostrada, la heredó de compañeros catalanes, ya que cuando él se inició profesionalmente, éstos le dieron toda clase de facilidades y afecto.

Seguidamente inició la primera parte de su conferencia sobre «NUEVOS CONCEPTOS DE LA PLANTILLA DE DESCARGA».

En principio confeccionó un yeso, donde con toda clase de detalles explicó cómo hacía la corrección para su mejor adaptación y para que posteriormente en el positivo excavado y lijado, descargar perfectamente las zonas de hiper apoyo. Comentó que esta clase de plantillas le dan mucho trabajo, puesto que tiene que hacer varias visitas, pero que está muy satisfecho por los éxitos conseguidos.

La segunda parte de su conferencia versó sobre POSIBILIDADES PODOLOGICAS EN DIVERSAS CLASES DE EXOSTOSIS.

Pasó diversas diapositivas sobre distintas clases de Exóstosis en el talón e interdigitale. Explicando ampliamente cómo en estas últimas cómo con una pequeña incisión lateral introduciendo unas limas especiales para el uso, y haciendo un persistente legrado, se puede suprimir definitivamente las exóstosis interdigitales.

Seguidamente pasó una película muy demostrativa de cómo hace la intervención en la «OSTEOTOMIA DEL ESPOLON CALCANEO». No me entiendo en la descripción de éste puesto que por su interés mando una copia íntegra para su publicación en la REVISTA.

Los asistentes quedaron muy satisfechos por la disertación del Sr. Aycart, quien fue muy felicitado y aplaudido.

Al finalizar el acto el delegado de Zona Sr. J. Sánchez Luna hizo entrega al conferenciante de una artística placa conmemorativa al acto, quien agradeció muy emocionado.

MAFRE
Instruments

FRESCO®

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)

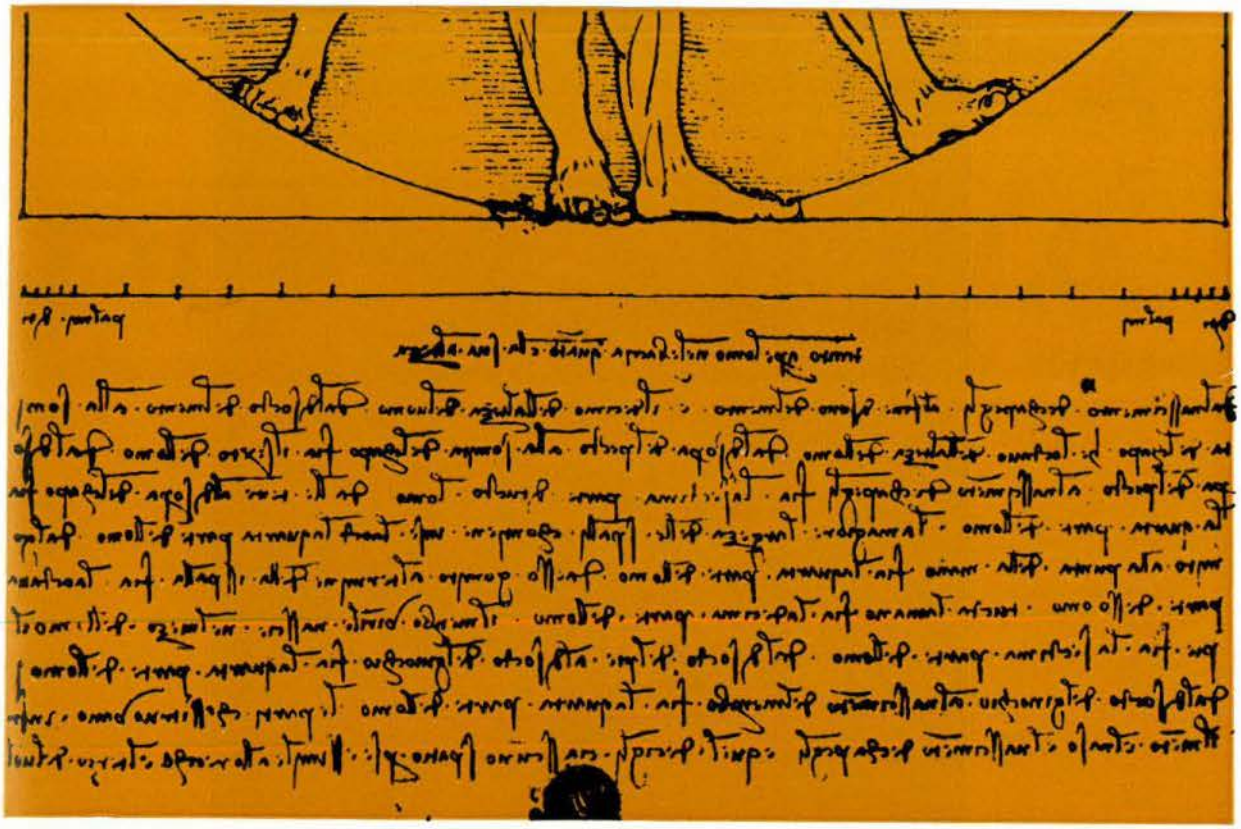
VITRINAS

BOMBONAS METALICAS

CAJAS METALICAS

Motores con eje flexible
LECHE DE LATEX
SERRIN PARA PODIASIN
MASCARILLAS
EQUIPO PODOLOGIA - Metálicos y de madera forrada
FRESAS DIAMANTADAS

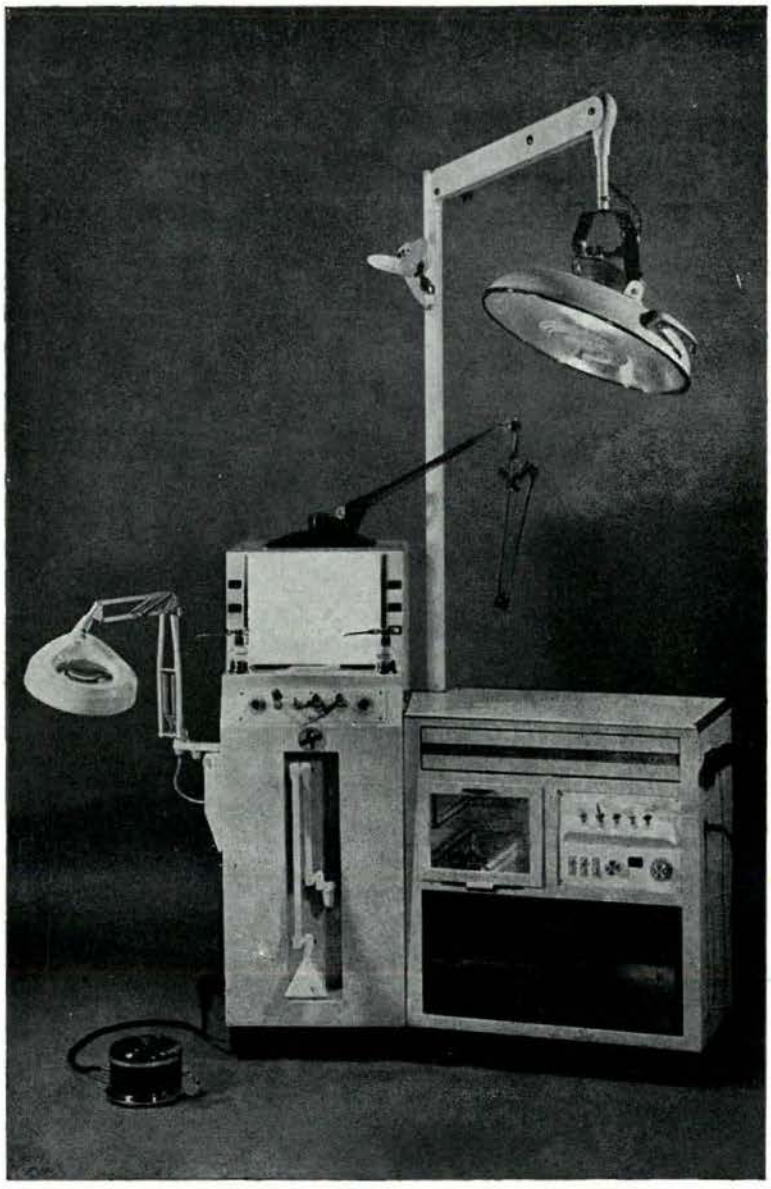
... y todo lo que Ud. desee puede encontrarlo con solo hacer la consulta



REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

A.P.E. Mayo - Junio

n.° 57 1977



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.°, 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.°, 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

3	Junta de Gobierno
5	Editorial
7	X Congreso Nacional de Podología
13	Labor docente
17	Protagonista: El Podólogo
21	La Ortonixia
35	Etica-Moral-Vanidad-Ciencia Ficción
36	Podología y dolores de crecimiento

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 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.°	D. ZACARIAS GARCIA ANDRES	Madrid
Vice-Presidente 2.°	D. ISAIAS DEL MORAL CEJALVO	Valencia
Secretario General	D. JOSE A. CALVO GARCIA	Zaragoza
Vice-Secretario	D. FRANCISCO 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	Málaga
Vocal	D. ANTONIO GUTIERREZ VELASCO	Barcelona
Vocal	D. JOSE OLCINA MORALES	Alicante

DELEGADO DE ZONA

D. José M.ª Báez Basauri. Mayor, 27, 6.°. Las Arenas. BILBAO.
D. José Luis Inchaurrondo. Paseo de Colón, 65. IRUN.
D. Juan Vidán Torres. Preguntoiro, 10. SANTIAGO DE COMPOSTELA.
D. Zacarías García Andrés. S. Madrona, 36. MADRID.
D. José Antonio Calvo García. Coso, 77, 5.°. ZARAGOZA.
D. Evaristo Rodríguez Valverde. Córcega, 505. BARCELONA.
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.°. MALAGA.

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. Evaristo Rodríguez Valverde.**
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.
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: Su Delegado Provincial.
SAN SEBASTIAN: **Sebastián Tenés Iturriza.**
STA. CRUZ DE TENERIFE: **D. Armenio Méndez.**
SEGOVIA: **D. Francisco García.**
SEVILLA: **José Cañero Ramos.**
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.**

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

EDITORIAL

Con gran éxito se ha celebrado en San Sebastián los días 18 al 21 de mayo el X CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA, dándose con este motivo cita en la bella ciudad norteña gran número de compañeros podólogos, que guiados por una ilusión puramente profesional, al margen por tanto de cualquier otra actividad, no han tenido miedo a las circunstancias especiales por la que en aquellos días pasaba el País Vasco, y han hecho su presencia en los actos que constituyeron la manifestación podológica más importante del año, no sólo por su condición de Congreso Nacional, sino por las especiales circunstancias en que se desarrollaría, entre las que podemos indicar por una parte la presencia en la inauguración del Presidente del Consejo Nacional, Sr. Riudavets, así como la del Sr. González, Delegado Nacional, en la Asamblea General de la Agrupación de Podólogos de España, donde se tocaron temas de importancia capital para el futuro de nuestra profesión, siendo expuestos distintos planes de estudios que serán sometidos a la aprobación general de todos los Podólogos, para en consecuencia, de una forma clara y democrática, presentar la petición elegida de los Organismos Oficiales pertinentes con el objeto de que nos sean ya reconocidas de una vez nuestras justas peticiones profesionales que nos pertenecen de hecho y de derecho, ya que actualmente estamos pasando unos momentos difíciles en los que se hace necesario reestructurar la carrera, dándole la categoría y el nivel de estudios que el Podólogo necesita para el normal desarrollo de la Podología, rama de la Medicina que podemos equiparar por su importancia a cualquier otra especialidad, ya que es bien sabida y reconocida la importancia del pie como parte integral de una compleja estructura orgánica minuciosamente interrelacionada.

O nos unimos todos en bloque o estamos perdidos. Creo que ya es hora de hablar claro. No queremos disidentes dentro de nuestra profesión. No los debemos aceptar, porque está bien claro cuáles son sus miras, puramente personales. Aquí se trata de dar la cara, no de ir por detrás. A veces pienso que no merecemos el desvelo que unos hombres se están tomando por la profesión, pero luego recapacito y veo clara la cuestión. No es que tengamos disidentes, lo que ocurre es que, como en todas las profesiones, hay quien no conoce exactamente su función, hay quien tiene delirios de grandeza, hay quien los tiene de inferioridad, y quien los tiene simplemente de profesional íntegro, pero muchos no saben exactamente el significado de la palabra Podólogo. Las cosas se valoran por lo que cuestan. El Podólogo tiene un claro puesto dentro de la estructura de Sanidad Nacional, y vamos a por él. Ha de estar incluido en todos los planes nacionales de acción sanitaria, y no como un especialista con certificado, sino como un profesional con nombre propio. Quien no es capaz de ver esto es porque desgraciadamente su caudal podológico no llega más allá, no le da más que para desbridar hiperqueratosis o

para vender zapatos. No es necesario, meternos en el terreno de nadie para ganarnos el sustento, y muy bien ganado, si tenemos un campo virgen delante de nosotros que como no nos espabilemos nos lo van a quitar. ¿De qué somos? ¿Acaso el dinero ha cegado ya todas nuestras aspiraciones y no somos capaces de pensar un poco en la profesión digna y honesta a la que pueden pertenecer nuestros hijos el día de mañana? ¿Cómo algunos hemos caído tan bajo, hemos vendido nuestra ética, por cuatro miserables pesetas?

Compañeros, no contempléis lo que tenéis ahora. Pensad que España cambia, pensad que todos los profesionales se están reestructurando, pensad que la profesión no es lo que hacen muchos, no confundáis nunca una doctrina con las acciones individuales de sus militantes. En ese rato de ocio piensa un poco en el mañana, piensa en tus hijos, piensa en tu dignidad, en tu ética, no te vendas a nadie por ningún precio, que no hay nada más hermoso que dormir tranquilo, que ir por la calle viendo cómo todo el mundo te admira y te aprecia, te saluda. No es lo mismo que te digan Podólogo a que te digan el Practicante que arregla los pies, que además vende zapatos, que además trabaja en una clínica como Fisioterapeuta, en otra como especialista Radiólogo (sólo para trabajar e irradiarse, no para cobrar), y que de 7 a 8 pone inyecciones en un «chiringuito», que además tiene la misma categoría profesional que la enfermera del médico, o que el que tira del carrito en el hospital, o del que hace la cama de los enfermos, y no es que estas profesionales no sean dignas, que lo son, y más que la nuestra, pues lo importante es hacer algo bien hecho, no un poco de cada cosa y todo a medias. ¿Y eso cómo se consigue? Sólo hay una forma, constituyendo la carrera de Podólogo, incluyendo sus servicios en Empresas, Seguridad Social, Colegios, etc. Miremos a los ingleses, tienen menos años que nosotros, no hacen la cirugía que hacemos nosotros, y en cambio están incluidos en los servicios médicos de empresa y en la seguridad social, y no como enfermeros, sino como Podólogos. Si aquí no lo hacemos ahora, no lo haremos nunca, y acabaremos por hundirnos.

Entre el médico por arriba (que ya hace de Podólogo), el Auxiliar de Clínica por abajo (que nos quita el sitio en Hospitales porque hace la misma función con menos sueldo), el farmacéutico (que ya visita y vende plantillas), o el zapatero, o el peluquero, o el ortopédico, o el diplomado por un centro X que da diplomas de Pedicuro por correspondencia, nos están comiendo. Y cómo vamos a defendernos nosotros cuando digamos: mire, yo soy enfermero, pero tengo también un consultorio donde pongo inyecciones, trabajo en una clínica, y hago plantillas y vendo zapatos, pero eso sí, mis plantillas son distintas a las de los demás, porque yo las hago científicamente...».

Pensad una cosa: ¿Cómo se va a crear ahora una plaza de Podólogo en ningún sitio, sin haber conseguido antes reestructurar nuestra profesión? ¿Por qué tenemos tantos intrusos? ¿Quién nos defiende? Cada cual hace lo que le da la gana. Primero hay que crear una carrera con nombre propio, y entonces tendremos nuestro colegio profesional, y cuando alguien invada nuestro campo lo llevaremos al Juzgado de Guardia, y cuando pidamos algo, lo hará el COLEGIO DE PODOLOGOS, y tendrá una fuerza, la fuerza que le confiere ser un colegio profesional; y el que ahora sea A.T.S., luego tendrá dos carreras, como si quiere además licenciarse en Filosofía o en Ingeniería, pero no estará jamás «revuelto» ni supeditado a ningún otro profesional, porque no será una especialidad de otra carrera, sino una carrera propia.

X Congreso Nacional de Podología

San Sebastián: mayo 1977

UNIVERSIDAD DE BARCELONA FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA OFICIAL DE PODOLOGIA
Director: Prof. Dr. Ramón Arandes Adán
Sub-Director: Dr. Leonardo Escachs Clariana

PONENCIA PRESENTADA AL X CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA
San Sebastián, 19 al 22 de mayo de 1977
por el

DR. ENRIQUE-JOSE RASO RODRIGUEZ
Profesor de Teoría Médica de la Escuela
Médico-Cirujano-Asistente de la I Cátedra y
Clínica de Patología Quirúrgica Universitaria

PIE PLANO-VALGO INFANTIL: Etiopatogenia y orientaciones diagnóstico-terapéuticas

Una de las características de la especie humana, es el que tiene la propiedad de ser orto-estático-dinámica-bípeda, esto es: el que pueda sostenerse y trasladarse —ambas fisiológicamente— en posición erecta, todo ello gracias a sus extraordinarias —únicas— conformaciones estructurales de su aparato locomotor.

Las funciones fundamentales del pie: soporte y locomoción, coordinadamente efectuadas, por los huesos del tarso, metatarso, falange, músculos, ligamentos, sistema nervioso, aparato circulatorio, etc., etc., están condicionadas en toda la economía y por ello también a nivel podológico, para que anatómica y fisiológicamente, en armónica conjunción cumplan con su cometido funcional.

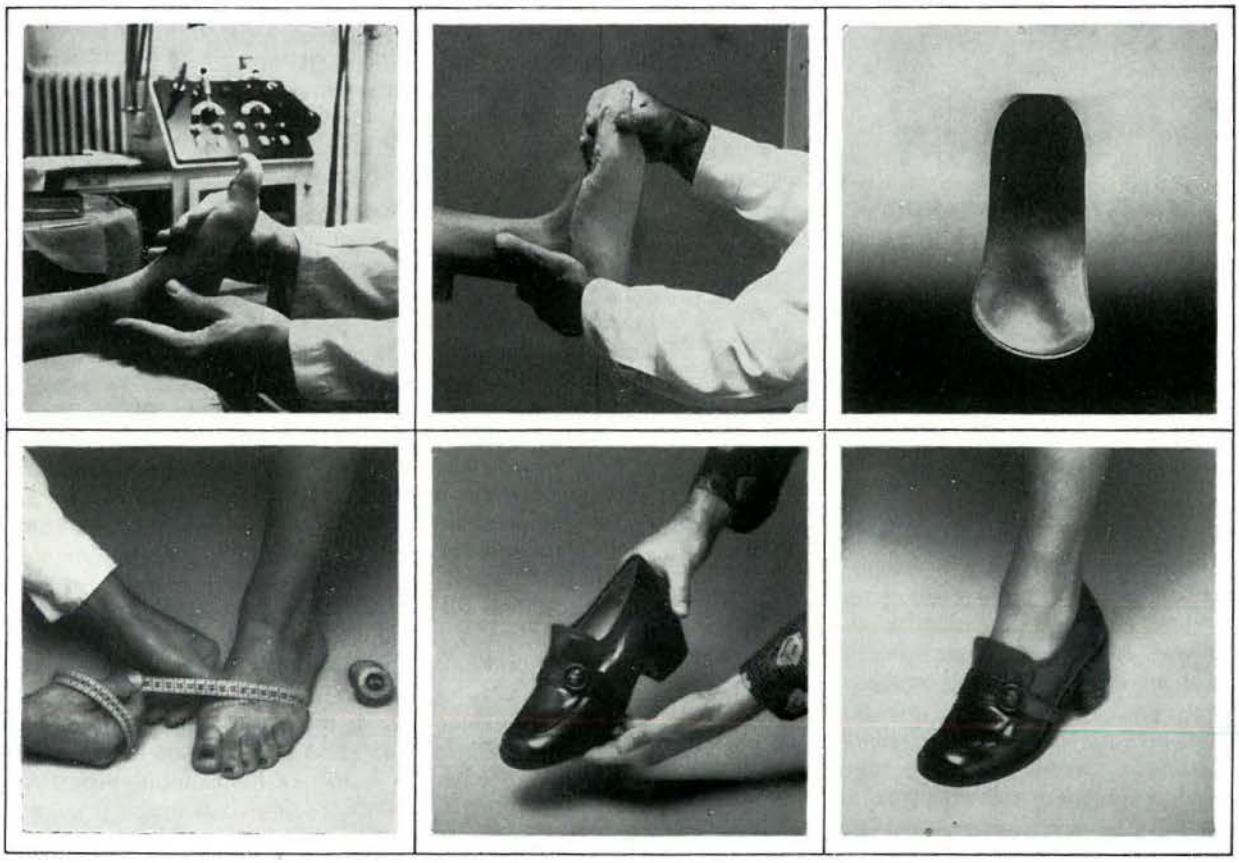
En nuestro concepto pie plano-valgo infantil es: «una anomalía viciosa y permanente en la que el pie (uno o ambos) presenta una disminución de la bóveda plantar fisiológica —cualquiera que sea su grado y/o intensidad— o bien la desaparición total de la misma y en el que coexisten, inicialmente una sobrecarga de su arco externo, modificándose los puntos normales de apoyo-sustentación (calcáneo-valgo) siendo causa de dolor y alterando las funciones de la biomecánica fisiológica de la marcha. Todos estos condicionamientos deben evidenciarse a partir del nacimiento y/o cronológicamente durante la infancia».

A mi juicio, en principio, la aparición del pie plano-valgo infantil, va ligado a los diversos factores que, la civilización conlleva, sobremanera en los últimos siglos; habida cuenta que ni en las artes (escultura, pintura, dibujo, cerámica, etc., etc.,) ni en las letras, ha sido factible el hallazgo de indicios racionales sobre este particular, hasta después de bien pasada la Edada Media. ¿No se expresó esta anomalía en la variadísima gama de medios humanos de intercomunicación por qué no existía, o bien no fue debidamente valorada en épocas anteriores? Cabe el responder, a esta concreta pregunta que, si las muy diversas culturas, en ninguna de sus múltiples y variadas facetas durante milenios, no hacen ningún hincapié sobre este extremo y conociendo la acción de factores antifisiológicos —con repercusión genética— que la civilización ha conllevado y aún conlleva respecto al pie (calzado, terreno, permanencia prolongada en bipedestración, etc., etc.,) sean necesariamente estos últimos factores condicionantes, los verdaderos desencadenantes de una situación, en la que si alguien pudiere argüir que en el pie del hombre de Neandethal existía un calcáneo en supinación —lo que es cierto— no se podría demostrar la coexistencia con un pie plano. Con un amplio margen de seguridad, se puede afirmar que el pie plano-valgo infantil, es la resultante de una serie de procesos cuya causa es la disociación entre la bioecología primitiva y el ambiente sociobioecológico actual, y que se traduce por una hiperlaxitud del tejido conectivo.

Científicamente este tema, muy problemático aún hoy en día, pese a los modernos avances de la actual ciencia podológica, no fue estudiado, ni investigado críticamente hasta 1930. Son trabajos fundamentales y pioneros sobre esta temática los de: Krukenberg (1935), Basler (1938), Thomsen (1942), Hohmann (1955), Mac Kenbroch (1961) y Basmajian (1963). Todos y cada uno de estos anteriormente citados autores, coinciden en considerar como factor etiológico o causal de importancia capital o primaria a la laxitud o debilidad del tejido conjuntivo, desencadenada asimismo, por una serie de situaciones ambientales nuevas, con repercusión para nuestra economía y por ello también podológica.

Becker en 1971, reconoce y valora el factor muscular, como aparato coadyuvante de sostén de la bóveda plantar. Spitzy en 1930 ya demostró

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 linea 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

la diferencia entre el «aparente» pie plano del recién nacido e infante o pie plano «simulado» por la presencia de una masa de panículo adiposo bajo la bóveda plantar y el realmente pie plano infantil.

En el pie del recién nacido y del infante y cuando más temprana es su edad más lo denota, da la sensación de no tener bóveda (Arandes). Bohm, estudia el desarrollo y evolución de la bóveda plantar durante la infancia llegando a la conclusión de que, ésta aumenta en altura durante los primeros años de vida y que una verticalización del astrálago, conjuntamente con una supinación del calcáneo eran las características propias del esqueleto del pie infantil, pero que pese a todo ello, el niño «continúa teniendo su bóveda plantar». En el pie del lactante y del niño de corta edad, «sólo» se presenta pues una «simulación» de pie plano, siendo el «gran simulador» el tejido adiposo de relleno, situado bajo la bóveda plantar, fisiológicamente como amortiguador-protector en la fase de goteo y durante el aprendizaje de la deambulación.

Por una de las múltiples ironías de la civilización, cuando a través del transcurso de los siglos, el pie tiene tendencia a ensancharse, los fabricantes de calzado tienden a estrecharlos. Los calzados de niño, en un tanto por ciento bastante elevado de sus modelos, son «como verdaderas armaduras»; rígidos, con suela muy dura y no flexible, impidiendo el normal desarrollo de la función y actividad músculo-ligamentosa. Un zapato ligero, relativamente maleable y con suela de cuero flexible, sería el modelo ideal. El pie puede y debe ser protegido, contenido, pero no comprimido; sin embargo generación tras generación, reiterándose, calzan sus pies anormalmente.

Por principio anatómico y fisiológico normoevolutivo, el niño debe gatear y andar descalzo, hasta que adquiera el hábito de la deambulación y una vez la experiencia realizada y llevada a cabo, calzarse. Durante los primeros meses de la vida el calzado debiera ser «expuesto» no llevarlo «puesto».

El número de casos de pie plano-valgo infantil con el transcurso de los años aumenta considerablemente. Schede decía que: «una enfermedad, sigue siendo tal enfermedad aunque afecte al cien por cien de la población humana». Esta anomalía es un claro ejemplo de su corolario.

Es importante el conocer que, ante el andar (la marcha) de un niño con carácter patoso, acompañado o no, de genu-valgo, con un ritmo lentificado y una marcada rotación externa de ambos pies, en que en la fase de apoyo de la marcha, descansa toda la planta, estando más o menos dificultada la fase de despegue, porque el niño no puede flexionar bien sus pies, con lo que se obstaculiza el esfuerzo de las cabezas metatarsianas y de los dedos, «debemos pensar siempre» que nos hallamos ante un caso de pie plano-valgo infantil. Otros niños pueden presentar también una desviación en varo del dedo gordo, desviación a la que Lelievre, atribuye una finalidad compensadora. Tanto unos como otros se cansan al deambular y pueden presentar además más o menos importante. A la exploración, hallaremos un punto doloroso localizado a nivel de la articulación astrágaloescafoidea.

Los ligamentos en el pie, están condicionados para el mantenimiento de una acción anti-diastásica y para soportar fuerzas bruscas, pero en este último caso, de corta duración. En el pie plano, la laxitud ligamentosa es evidente.

En el pie plano-valgo los ligamentos peroneoastragalinos y peroneocalcáneos son insuficientes, por hiperlaxitud, existiendo una diástasis maleolar que induce al calcáneo a pronarse y abducirse. Esta pronación y abducción del calcáneo arrastra consigo a los demás huesos del tarso, con el consecuente y consiguiente hundimiento de la bóveda plantar fisiológica. La debilidad de los medios naturales de la bóveda plantar (músculos y ligamentos) acorta la altura de la bóveda hasta anularla. Inicialmente la hiperlaxitud, sobre todo ligamentosa —causa primaria— no acarrea el aplanamiento de la bóveda plantar, pero tras un corto período de tiempo, los soportes musculares —causa secundaria— sometidos a mayor esfuerzo se debilitan y entonces es cuando se hunde definitivamente la bóveda. En el pie plano, existirá una insuficiencia muscular del tibial posterior y con mayor frecuencia del peroneo lateral largo. El pie gira en valgus como consecuencia de una extensión del antepié, sobre su eje longitudinal, de tal manera que la planta del pie, toma contacto con el suelo en toda su anchura, a la vez que la parte anterior (el antepié) se incurva hacia afuera. Al girar el calcáneo en pronación sobre su eje longitudinal, tiende a apoyarse sobre su cara interna. Este valgus, evidenciable por el ángulo que forma el eje del talón con el tendón de Aquiles, sobrepasa su angulación fisiológica, hasta alcanzar el cuádruple de la angulación normal, en algunos casos. Para algunos autores y entre ellos Kapadji, sería debido a una malformación de la superficie subastragalina y a una hiperlaxitud del ligamento interóseo, mientras que, para otros estas lesiones serían secundarias.

Consecuencia de todo lo anteriormente expuesto es que la causa fundamental y primaria del pie plano-valgo infantil, es la laxitud y la debilidad músculo-ligamentosa. Como causas coadyuvantes pueden enumerarse las siguientes:

a) Alteraciones estructurales óseas

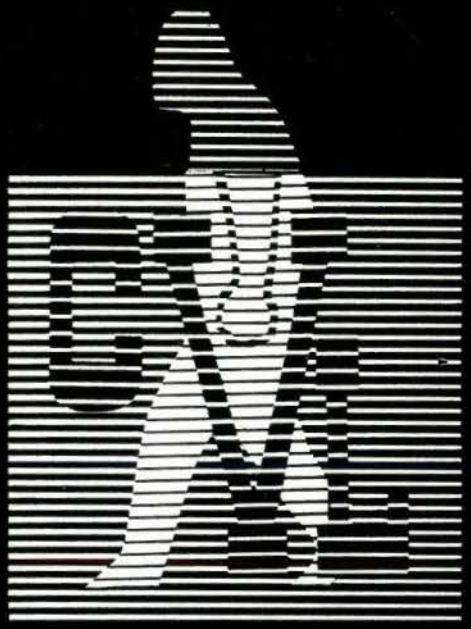
constantino velasco laínz

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.

b) endocrinopatías hipogenitales
c) primer metatarsiano corto
d) sesamoideos retrasados
e) hipermovilidad dorsal del primer segmento
f) engrosamiento del segundo metatarsiano
g) primer metatarsiano en varo
h) existencia de un escafoides tarsiano accesorio o hueso pre-hallux.

Existen formas asintomáticas y formas sintomáticas; los síntomas de estas últimas son: dolor en la cara plantar (intermitente o crónico), mialgia por hiperfunción, contracturas musculares, además maleolares y complicaciones tardías a distancia.

Se debe valorar el diagnóstico y el pronóstico, según el grado y/o intensidad de las alteraciones anatómicas y fisiológicas, la evolución de las manifestaciones clínicas (signos y síntomas), la fase de reductibilidad (laxa) o irreductibilidad (espástica) y por último los resultados obtenidos por medios de tipo conservador (plantillas ortopédicas, calzado fisiológico, fisioterapia, electroterapia, etc.).

Anatómicos, Clínicos, Cirujanos y Podólogos se han afanado por aclarar el proceso por el cual la debilidad general del tejido conjuntivo condiciona esta anomalía, pero pese a sus esfuerzos, el problema sigue en pie. Langhagel (1967), Helf (1958), en sus respectivas experiencias llegaron a esta conclusión: «un pie insuficiente sin carga, es un pie plano manifiesto en bipedestración». A título de orientación la exploración en bipedestración y cargando la planta denotará la desaparición o disminución del arco interno. Las líneas de Feiss (desde el maleolo interno al borde inferior de la cabeza del 1 metatarsiano), pasan por debajo de la tuberosidad del escafoides. La línea de Helbing (perpendicular trazada desde el centro del hueco poplíteo al suelo) que, normalmente divide al calcáneo en dos mitades deja, a casi todo el talón por fuera de la misma. El estudio de las huellas plantares y el diagrama de la presión manifiestan cambios en el apoyo de la planta y la desigual distribución de las presiones. Cuando todo ello, tienda pues a normalizarse, la evolución clínica del pie plano-valgo infantil, será la correcta.

El tratamiento deberá ser siempre causal (Arandes) y distinguir y emplear unas terapéuticas, bien definidas en fase de contracturas. En principio la colocación de unas plantillas ortopédicas —no standard— sino construidas ex profeso para el pie, previa elaboración de un molde de yeso, pueden conseguir una corrección perfecta o aceptable, por sí solas, bien acompañado de ejercicios con rodillos, bordes salientes, flexión de dedos, marcha educativa, ejercicios gimnásticos sistematizados (Lippicunt), etc., etc.

El tratamiento quirúrgico (que puede ser de dos tipos: sobre las partes blandas u operaciones óseas) se efectuará cuando el tratamiento conservador sea realmente ineficaz. V.Gr.: T.P. tipo Muller-Albanese, intervención de Grice Green, Judet, etc.

Finalmente, debe conocerse y no ser olvidado que el pie valgo paralítico en la infancia, es una de las secuelas más frecuentes de la poliomielitis. Con la vacunación antipoliomielítica, en masa por la población infantil, se ha relegado mucho esta secuela y la aparición de esta enfermedad; sin embargo los mielomeningóceles y las enfermedades motrices cerebrales inciden de nuevo sobre este problema de etiología neurológica. De todos es conocido el aforismo de Duchenne de Boulogne: «Es preferible perder todos los músculos motores del pie sobre la pierna, que conservar tan sólo un cierto número».

BIBLIOGRAFIA

1) ARANDES, R. VILADOT y VILANOVA. — Clínica y tratamiento de las enfermedades del pie. Editorial Científico-Médica. Barcelona, 1956.
2) ARANDES, R. y VILADOT. — Biomecánica del calcáneo. Med. Clín. 21, 1, 25, 1953.
3) BARCELO, P. — Anatomofisiología y biomecánica del pie. Monografías de la Rev. Españ. de Reum. 6, 480, 1950.
4) BASMAJIAN, J.V. y STECKO. — The Role of Muscles in Arch Support of the Foot. An Electromyographic Study. J. Bone Jt. Surgery, 45 A, 1184, 1963.
5) CONFERENCE D'ENSEIGNEMENT SOFCOT. — Editorial Expansión Scientifiques. París, 1971-73.
6) DUBOIS, J. Ph. DURAFOURG. — Physiologie et reeducation fonctionnelle du pied. Masson et Cie. París, 1972.
7) HOHMANN, G. — Pie y pierna. Editorial Labor. Barcelona, 1948.
8) KAPADJI, A. — Cuadernos de fisiología articular. Toray Masson. Barcelona, 1970.
9) RASO RODRIGUEZ, E.J. — Metatarsalgias: Nuestro concepto actual. Revista Española de Podología (A.P.E.) N.º 54, 29-40. 1976. Ponencia al IX Congreso Nacional de Podología.
10) TORTO U del. — Bóveda del antepié y alteración de la acción muscular que la realiza. Podologie VI, 120, 1971.
11) WEINSTEIN, F. — Principles and practice of Podiatry. Les & Febiger. Filadelfia, 1968.

PIEDRO

OFRECE AL PODOLOGO:

cuatro distintos anchos
cuatro tipos distintos de suela

- **100 % cuero crupón marca-royal**
- **palmilla entresuela cuero y bloque de composición controlada**
- **íd., íd., íd. y crepé superior virgen**
- **100 % cuero crupón reforzado**

tres tipos distintos de tacón **(recto, estilo Thomas y recto con estabilización central)**

dos tipos de hormas (normal y recta)

ochenta distintos modelos y siempre:

Máxima sujeción de empeine y retropié
Espacio para el movimiento de dedos
Máxima calidad de materiales
Espacio para el crecimiento
Máxima indeformabilidad

PIEDRO INTERNATIONAL
En España

J. L. Vila-Plana
Conde Borrell, 211 - prta. 33
teléfono 93/239 53 06
Barcelona-15
telegramas: KIRITA-Barcelona
exposición: Conde Borrell, 87
(rogamos hagan cita)

PIEDRO

Labor Docente

Por **JULIO ALONSO GUILLAMON**
Podólogo del Hospital Clínico
Barcelona

GANGLION

El ganglión es un tumor quístico benigno, que se presenta principalmente alrededor de las articulaciones (sin que exista comunicación con ellas) y en las vainas tendinosas. Aparecen principalmente en personas de edades comprendidas entre los 20 y los 30 años.

Algunos autores consideran que el ganglión es un quiste genuinamente tumoral, mientras que otros, interpretan que los traumatismos o microtraumatismos tienen un gran papel en su constitución.

Los gangliones, son sacos fibrosos, que contienen líquido de color claro, viscoso y denso. Pueden encontrarse una o varias cavidades quísticas en el interior de la cápsula.

Las localizaciones más frecuentes del ganglión suele ser: en la **muñeca,** en su cara dorsal. En la rodilla, en su cara externa. En el **pie,** en el borde interno de la articulación metatarso falángica del 1er. dedo; en las articulaciones de Lisfranc y de Chopart y en los dedos.

Ganglión a nivel de la articulación cúneo-cuboidea

En el pie, los gangliones son indoloros, tan sólo pueden plantear problemas, por el roce del calzado según su localización, o por compresiones nerviosas vecinales. Como por ejemplo podríamos citar, el caso de los pies con aumento de la bóveda longitudinal, que presentan un ganglión en la cara dorsal, a nivel de la 2.ª cuña, con la utilización de un calzado tipo «mocasín», será probable incordiar al ganglión. También podemos aplicarlo, en el caso de estar localizado en el extensor propio del 1er. dedo y con el uso del zapato tipo «salón».

El ganglión, se presenta en forma de una tumuración redondeada, firme y con elevaciones cutáneas, que se desarrollan gradualmente.

Los que se presentan en los tendones, se desplazan con la movilidad del mismo, siendo su tamaño más reducido en relación con los que se presentan alrededor de las articulaciones.

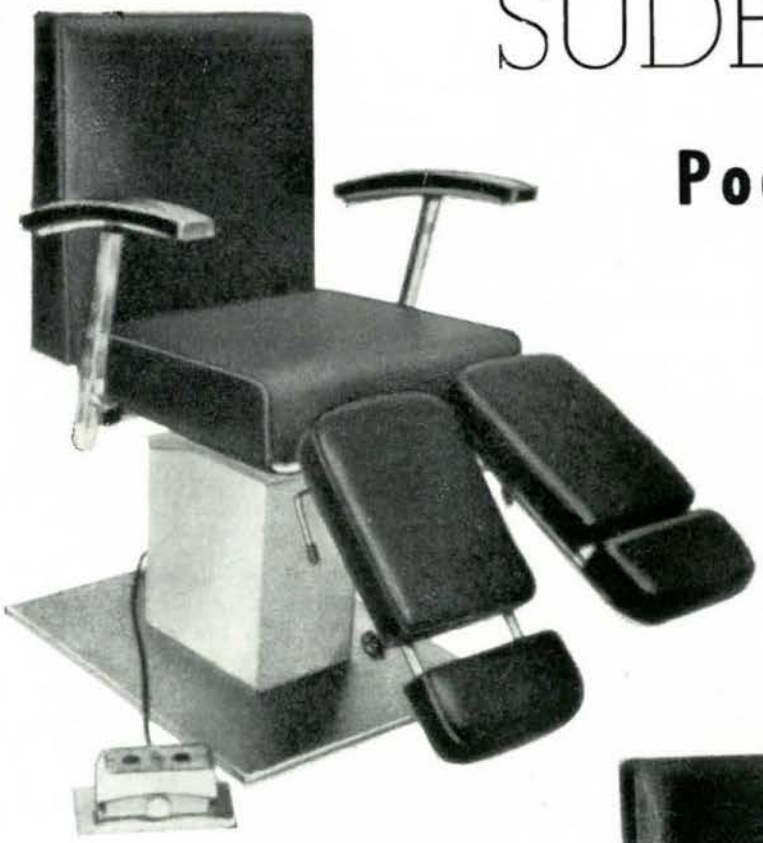
En la radiografía, apreciaremos, una imagen circular, en las partes blandas, cercanas a la articulación.

Resultará importante establecer un diagnóstico diferencial entre el ganglión, el fibroma, y el quiste sebáceo. El fibroma y el quiste sebáceo son sólidos y movibles. El ganglión es más fijo y su dureza, se puede perder vaciando la bolsa, mediante punción. Si cabe, la dificultad en el diagnóstico resultará más difícil entre el fibroma y el quiste sebáceo. El ganglión aparece con mayor frecuencia en el dorso del pie, mientras que el fibroma aparece mayormente en la planta. Los tres tienen en común, que no son dolorosos, si no existe compresión.

En ocasiones el ganglión puede desaparecer espontáneamente, pudiendo recurrir a tres tipos de tratamiento, si no fuera así:

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:

VERSION ELECTRO-HIDRAULICA

sudenta, s. a.

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

Ganglión de articulación interfalángica

Líquido viscoso

A. — RUPTURA DE LA CAPSULA FIBROSA MEDIANTE PRESION DIGITAL. — Teniendo en cuenta que el ganglión presenta una pared muy delgada, se puede recurrir a la ruptura de la cápsula, mediante presión digital. A continuación se realiza un ligero masaje, para esparcir el contenido y posteriormente un vendaje compresivo, que inmoviliza la articulación durante 15 días.

B. — MEDIANTE ASPIRACION DEL CONTENIDO. — Para ello realizaremos una anestesia hipodérmica con aguja fina y corta. La acción anestésica, es inmediata, pudiendo puncionar a continuación sobre la zona anestesiada con un trocar de gran calibre, introduciendo su extremo en la base del ganglión para poder extraer con más facilidad el líquido. Si aplicamos asimismo otra aguja de calibre menor en otra parte del ganglión, nos ayudará la entrada de aire y colaborará en la operación.

También podremos lograr el vaciamiento del ganglión, realizando una presión sobre el mismo.

Posteriormente aplicamos una dosis de corticoesteroides en el interior de la cavidad y aplicamos un vendaje inmovilizador, durante 15 días.

Ambas actuaciones, suelen dar buenos resultados, pero si estos procedimientos nos fallaran, podemos recurrir aún al tratamiento quirúrgico.

C. — EXTIRPACION QUIRURGICA DE LA BOLSA. — Previa anestesia local regional, se practica una incisión sobre la tumoración. Posteriormente disección del quiste hasta su base y extirpación en bloque del mismo. Puede ser, que en las maniobras quirúrgicas se rompa la bolsa. Cuando esto ocurra, habrá que fijar la bolsa con una pinza de hocher y se seguirá el trayecto del mismo. Se sutura, en dos planos: Primeramente la hipodermis con catgut y posteriormente la piel con material irreabsorbible. Luego apósito y vendaje compresivo.

De quedar algún resto de cápsula, es muy probable la recidiva.

Algunos autores han aconsejado el empleo de radioterapia, pero hoy en día se tiende a la idea global de no usar la acción de los rayos X en procesos benignos y en personas cuya edad sea inferior a los 40 años.

Vaciado

A los 6 meses de la operación

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

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

Protagonista:

EL PODOLOGO

Capítulo V

¿Tendré que pensar que estoy atravesando una época negra, en el campo profesional?

Resulta que asistió a mi consulta, hará ya unos días, una paciente aquejada de onicocriptosis en uña hipertrófica. Tenía 38 años de edad y prácticamente, según manifestó ella, desde los 18 años, sufría este problema, acentuándose cada vez más. En dos ocasiones y con ganas de solucionarlo definitivamente, fue asistida por dos médicos, distintos, que se limitaron al tratamiento de la ablación de la uña. Molestándole muchísimo, según comentó la señora, en el posoperatorio y en el momento de la anestesia.

Por la noche, sentado detrás de la mesa de mi despacho y memorizando el caso, se concentró mi mirada en la luz tenue de la lámpara de encima de la mesa. Aquella luz pareció ser la chispa, que encendió el fuego de mi sublevación ante aquel caso.

¡Están tratando con un ser humano! ¡Es una persona que sufre! 20 años detrás de su dichosa uña. ¡Por fuerza la gente tiene que coger complejos!

¿Por qué no lo derivarán a otro profesional, si consideran el caso de poca importancia?... ¿No conocerán otra técnica?... Pero... ¿Por qué?

Estuve unos días alterado. ¡Me molestó este caso! No sé... Hirió mi personalidad. Me quería sublevar. Pero... ¿Con quién?... ¿Ante quién?... ¿Qué podría hacer yo, frente aquel problema?

Recomendado por otro paciente acudió hace escasamente una semana, una paciente de 18 años de edad. Al hacer la ficha podológica y al preguntar el motivo de la visita, casi lloriqueando me contestó:

«Según me han dicho, tengo verrugas en el pie. ¡Pero... con las dichosas verrugas ya estoy desde hace tres meses y no me lo solucionan.

Acudí a un dermatólogo, que me recetó una pomada. La tuvieron que preparar en una farmacia determinada, y me la tenía que aplicar días alternos. Transcurridos 15 días de aplicármela volví a su consulta, pero me daba la sensación, de que en lugar de disminuir o curarse, era al revés, pues notaba más puntos dolorosos en el pie. Al verlo, me dijo que se había aumentado y que tendrían que aplicarme sesiones de Radioterapia, pero que eran muy caras. Después de este comentario me puso una placa en el pie, y me dijo que al cabo de 24 horas que fuera que me la quitaría. Así lo hice. Me quitó la placa y me aconsejó que durante unos días me aplicara alcohol que aquello ya estaba curado.

Pero desde que sucedió esto, ya han transcurrido más de 15 días y yo cada día que pasa me encuentro peor. Me molestan muchísimo, tanto que hay momentos que de verdad no puedo ni poner el pie al suelo. Me duele tanto, que sólo tengo ganas de llorar.»

Así terminó el relato aquella paciente. ¿Qué hubiera hecho, el más piadoso? No sé... pero a mí, me sirvió de fuelle para avivar aquel fuego iniciado con el otro caso, pero que con el tiempo ya había logrado casi estar en cenizas.

Pero... ¡Dios mío! ¿Cómo es posible? ¿Es que cada vez somos menos responsables?... ¿Dónde está la moral y la ética profesional?

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

De verdad, estuve unos días muy preocupado. Me costaba digerir los dos casos en tan poco tiempo. Quería encontrar al culpable. Incluso a veces llegué a sentirme yo responsable.

Pienso y esto es en general, pero nosotros los profesionales, que nuestras herramientas son las mismas personas, que deberíamos responsabilizarnos más de nuestros actos. Buscar una perfección. Ser justos, humanitarios y caritativos e intentar cada día superarnos más y más.

Al día siguiente, una nueva visita fue la que creo, sirvió de catalizador, para neutralizar los casos anteriores. El paciente había acudido al médico, para que le solucionara el problema suyo. El, le aconsejó que asistiera a la consulta de un Podólogo, pues el problema que tenía, pertenecía más a dicho profesional.

¡Buf! ¡Menos mal! No todo era negativo. Quizá la pauta que todos los profesionales deberíamos seguir fuera: la de trabajar más en grupo. No ser tan individualistas. Entre el Pediatra, el Traumatólogo, y el Podólogo, podríamos formar un buen equipo.

¡Ahora bien! Pienso también, que para que suceda ésto, es importante que nosotros nos preparemos muy concienzudamente. Si así lo hacemos y tenemos una idea clara y exacta de nuestra especialidad, defendiéndola con entusiasmo, empeño, garra y dignidad, poco a poco todos sabrán que existen unos buenos profesionales cuya función es el tratamiento de las afecciones y deformaciones del pie, y así, paulatinamente iremos entrando hasta que sean los propios médicos y los pacientes quienes pedirán que el caso sea estudiado por un profesional PODOLOGO.

SERRA-FARGAS, S. A.

BARCELONA-1 — Plaza Castilla, 3
Tel. 301 83 00

DENTALITE, S. A.

MADRID-8 — San Bernardo, 74
Tel. 232 02 88

«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.

SMITH NEPHEW IBERICA, S. A.
INFANTA CARLOTA, 61
Teléfono 250 79 25 - BARCELONA-15

SN-77001

Solicite por escrito La Edición Especial "TECNICAS GYPSONA"

Airstrip® Tensoplast	APOSITO PROTECTOR DE HERIDAS EN LOS PIES IMPERMEABLE-TRANSPIRABLE-AUTOADHESIVO ALMOHADILLADO- Medidas: 6 cm. x 9 cm.
Crepe S.N.®	VENDA ELASTICA SIN HILOS DE GOMA 100% algodón - Color crudo Medidas: 5 cms. x 4 m. /7 x 4 /10 x 4 / 10 x 10
Gypsona®	VENDA DE YESO UNICA, CON GASA DE TEXTURA ENTRELAZADA Medidas: 5 / 10 /15 y 20 cms. x 2,70 m.
Melolin®	APOSITO ABSORBENTE Y NO ADHERENTE A LAS HERIDAS - ESTERIL Medidas: 5 cm. x 5 cm. / 10 x 10 / 10 x 20.
NYLEX® Tubinylex	VENDA DE PAPEL CREPADO VENDAJE TUBULAR EXTENSIBLE — PARA APLICAR ANTES DEL ENYESADO
Op-Site®	VENDAJE DE HERIDAS - Medida: 14 cm. x 10 cm. HERIDAS - CIRUGIA MENOR - QUEMADURAS AUTOADHESIVO-IMPERMEABLE- TRANSPIRABLE TRANSPARENTE - ELASTICO
Retelast®	MALLA ELASTICA IDEAL PARA SUJETAR APOSITOS EN LOS DEDOS Y PLANTA DEL PIE n.° 0 - 1.
Stuca®	VENDA DE YESO PARA MOLDES Medidas: 5 / 10 / 15 y 20 cms. x 3 m.
Tensocrepe®	VENDA ELASTICA, NO ADHESIVA - POROSA, Color carne Medidas: 5 / 7,5 y 10 cms. x 4,5 m.
Tensoplast® venda elástica	VENDA ELASTICA, ADHESIVA - POROSA, Medidas: 5/7,5 y 10 cms. x 2,70 m.
Tensoplast® tiras	TEJIDO ELASTICO ADHESIVO-PARA PROTECCION DE HERIDAS Y ROZADURAS Tira 1 mt. - Tira 5 mt.

LA ORTONIXIA

Versión española de la obra «Précis de Pédicure-Podologie» de Jules Verleysen por la Delegación malagueña de la Agrupación de Podólogos de España (26 octubre/76)

ORTONIXIA

Por definición la ortonixia (del griego, orthos = derecho, enderezar y onychos = uña) podemos agrupar todas las prácticas que tienen por objeto enderezar y corregir las uñas.

No obstante, Ross Fraser, del Dundee (Escocia) eligió el término «ortonixia» para su método; la corrección de la lámina ungueal por enderezamiento con un arco de hilo de acero.

Desde 1956, Fraser realiza y aplica los arcos uni y bilaterales. Es considerado como el creador de esta práctica especial, aunque en 1946, en la 5.ª edición de «El pie humano» de W. M. Scholl, U.S.A. en el capítulo que trata sobre la uña incarnada habla e incluso presenta un grabado, de los clips metálicos para la corrección de las uñas incarnadas. Se trata de un corrector prefabricado, en diversas medidas, destinado como todos los productos del Dr. Scholl, a ser vendido directamente a sus clientes. El corrector se coloca por la mañana y se quita por la noche. Este artículo cayó en desuso pues una intervención tan delicada y precisa como es la corrección de una uña incarnada no puede ser efectuada por el propio paciente. Será el podólogo el que coloque y vigile la ortonixia.

En la ortonixia de Ross Fraser está el origen de una serie de métodos que tienden todos, esencialmente, a la preparación individualizada del corrector, es decir, hechos a medida de cada paciente y en cada caso en concreto. Así en Alemania, M. Josef GREPPMAYER y su hijo Gunter dan forma a los arcos bilaterales sobre un vaciado del dedo, antes de adaptarlo sobre el dedo mismo.

KITZA, colega muniqués, prefiere preparar una serie de arcos bilaterales que van de 11 a 25 mm. de envergadura. Después determina la largura, y no le resta más que adaptar el arco corrector a la curvatura de la uña.

El método WALDMAN, Holanda, utiliza una pinza especial que da forma a los arcos unilaterales. RADING, podólogo suizo, ha inventado una pinza con la que realiza un arco bilateral. Trabaja directamente sobre la uña sin molde de yeso del dedo afecto.

Robert van LITA, ha sacado una variante para las uñas frágiles: él realiza la ortonixia con un hilo de acero de 0.3 mm. que fija sobre la uña con la ayuda de un cemento acrílico.

La escuela francesa de ortonixia ha orientado sus investigaciones sobre el asa central y sobre la longitud respectiva de los brazos como acción de una palanca. Entre otros particulares, se ha podido observar que un brazo corto es más activo que un brazo largo, constatación que permite una mejor repartición de fuerzas en casos de uñas asimétricas.

En el libro NOUVELLES Therapeutiques en Podologie, nuestros eminentes colegas Alain Lavigne y Daniel Noviel (Francia) presentan entre otros, un estudio exhaustivo sobre los agrafes.

EL ARCO UNILATERAL

Las uñas incurvadas que vamos a encontrar en nuestras consultas no siempre presentan una incurvación bilateral. Puede por el efecto de un calzado inadecuado, que provoca la incurvación de su borde externo, bien la presión ejercida por el 2.º dedo que da origen a una incurvación de la lámina ungueal.

La corrección de estos defectos se puede obtener por mediación de un arco unilateral con acero inoxidable. El arco unilateral es un resorte corrector en forma de U en el que los brazos son fiiados sobre dos arcos practicados en una esterilla metálica. Existe en dos tamaños que permiten el tratamiento de todos los tipos de dedos.

cuando sus dos pies son dos problemas...

Use Peusek®

desUdorante y desOdorante
de los pies

Y AHORA TAMBIEN

NUEVO

Peusek®

ARCANDOL

SPRAY

para pies *ARdientes CANsados DOLoridos*

DOS PRODUCTOS PARA... DOS PROBLEMAS QUE SON... DOS SOLUCIONES.

APLICACION DEL ARCO UNILATERAL

Después de haber fresado y limpiado el surco lateral de la uña, se aplica la esterilla sobre la mitad opuesta de la uña que vamos a tratar. Para ello se quitará con ayuda de una fresa, las rugosidades de esta parte de la uña y se fijará la esterilla con una materia acrílica, sin cubrir los arcos fijadores y se vigilará que queden bien orientados hacia el borde a tratar. Antes de ajustar los brazos del corrector se dejará que la pasta seque (unos 15 minutos), esta demora tiene como ventaja que con ella se consigue un ajuste más perfecto del resorte sobre la uña. Por mediación de una pinza afilada se reduce la parte que sobre de los brazos del resorte.

«El anillo ajustador» corrector especial previsto a este efecto por Ross Fraser permite adaptar la curvatura del arco a la de la uña sin deformar o torcer ninguno de los dos brazos. Los brazos del arco son deslizados entre los arcos de la esterilla y fijados a ellos por mediación de una materia acrílica. Este aparato realiza una corrección del arco de 1/2 mm. Cada 3 semanas se debe ajustar el arco. Por mediación de unos alicates se desenganchan los brazos de su fijación acrílica, se imprime 1/2 mm. de corrección con el anillo ajustador y se coloca nuevamente. La esterilla queda fijada a la uña, el crecimiento de ésta la hace avanzar. En algunos casos, será conveniente despegarla y desplazarla hacia atrás.

Algunos podólogos fijan la esterilla muy cerca de la raíz de la uña y orientan el resorte en diagonal. Este método disminuye la tensión del arco y por consiguiente el efecto de la corrección. Para un rendimiento óptimo es preciso que la longitud de cada uno de los brazos del resorte sea la misma que la separación de los arcos fijadores.

La corrección obtenida, es aconsejable mantenerla, sin ajustes suplementarios del aparato corrector, a fin de consolidar el resultado.

EL ARCO BILATERAL

Después de algunos años de práctica en la ortonixia, se ha llegado al convencimiento de que los casos a tratar con un arco unilateral son bastante raros. Cierto, la deformidad es raramente simétrica, pero da mejor resultado el emplear el arco bilateral.

En razón de la diversidad de formas de uñas, no se puede disponer de un corrector bilateral prefabricado, que necesite simplemente, como en los arcos unilaterales, un ajuste final.

Para obtener una máxima corrección, el asa reguladora de tensión se debe encontrar en el punto culminante de la curvatura de la lámina ungueal. Como las deformidades son raramente simétricas, los brazos correctores serán de dimensiones diferentes. Esto excluye toda posibilidad de prefabricar los arcos bilaterales.

REALIZACION DEL ARCO BILATERAL

El hilo que se usa para realizar el arco bilateral es de tipo HART OU FEDERHART en acero inoxidable o cromo-níquel. Según consistencia de la uña se utilizan los gruesos que van desde 0,4 a 0,7 mm. Un juego de pinzas de ortodoncia facilita la confección de los correctores. Citamos como ejemplo: la pinza de doblar de picos redondos, la pinza de doblar de picos planos, la pinza de curvar, la pinza de cortar; una pinza RADING y una pinza plana pueden completar este instrumental.

Se pueden distinguir cuatro fases para realizar un arco bilateral:

1. *Toma de impresión del dedo gordo.* Esta operación permite obtener un vaciado o negativo. Se efectúa con el polvo ORTEX I, de preferencia con la ayuda de un portaimpresión especial. Se debe hacer una cierta presión sobre el portaimpresión, para que la pasta penetre lo más profundo posible dentro de los repliegues periungueales. La elasticidad de la pasta utilizada evita que ésta se rompa al momento de su despegue.
2. *Modelado del dedo gordo.* A partir del negativo obtenido, se realiza un molde del dedo gordo, con polvos ORTEX II. Antes de su endurecimiento completo y después de sacado del negativo, se suprime con una espátula los rebordes que quedan alrededor de la uña, para liberar los bordes laterales de la lámina ungueal, cuidando no estropear el molde de la uña propiamente dicho.
3. *Construcción del arco bilateral.* Después de una sucesión de ensayos y de ajustes sobre el molde positivo, se obtiene una forma precisa, pero pasiva del corrector.
4. *Colocación.* Antes de poner el corrector en su sitio, tercio anterior de la uña, los brazos serán ligeramente activados para obtener un buen grado de corrección. La importancia o el grado de activación de los brazos estará en función de la forma, de la consistencia de la uña, de la edad del paciente, pero en ningún caso podrá provocar dolor. Un

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
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.

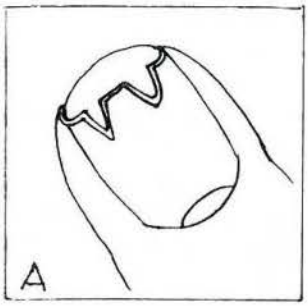
Presentación y P.V.P.
FUNGISDIN
ofrece por su presentación en gel y en aerosol una extraordinaria facilidad de administración, permitiendo la elección de la forma más idónea en cada paciente para asegurar el acceso del preparado a todas las zonas de la piel.

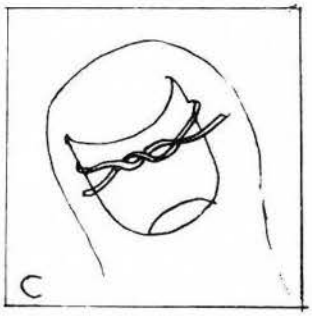
FUNGISDIN AEROSOL GRANDE:
Frasco de 125 ml. P.V.P.: 487,— Ptas.
FUNGISDIN AEROSOL: Frasco de 50 ml. P.V.P.: 231,— Ptas.
FUNGISDIN GEL:
Tubo de 30 gr. P.V.P.: 262,— Ptas.

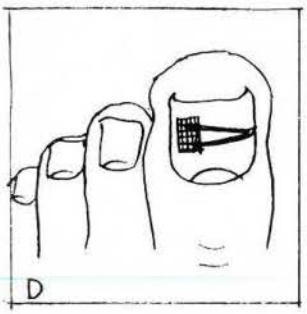
Avda. Generalísimo Franco, 520
Barcelona-11

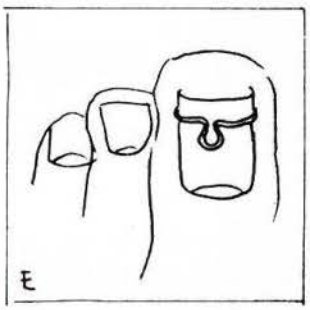
ISDIN

Técnica e investigación en dermatología

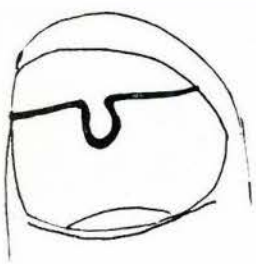




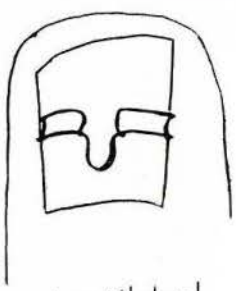




A. Corrector de uñas del dr. Scholl.
B. Arco bilateral colocado con pinza especial: Método WALDMAN.
C. Fase final, Método WALDMAN.
D. Arco unilateral de Ross Fraser.
E. Arco bilateral de Ross Fraser.



Arco bilateral simple.



Arco bilateral doble.

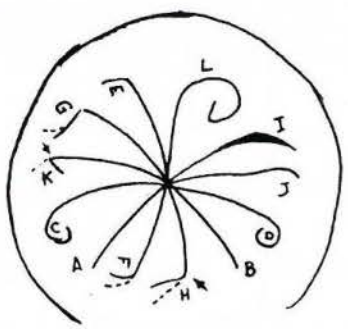


Diagrama de Ross Fraser.

corredor muy activo puede provocar el despegue de la lámina ungueal.

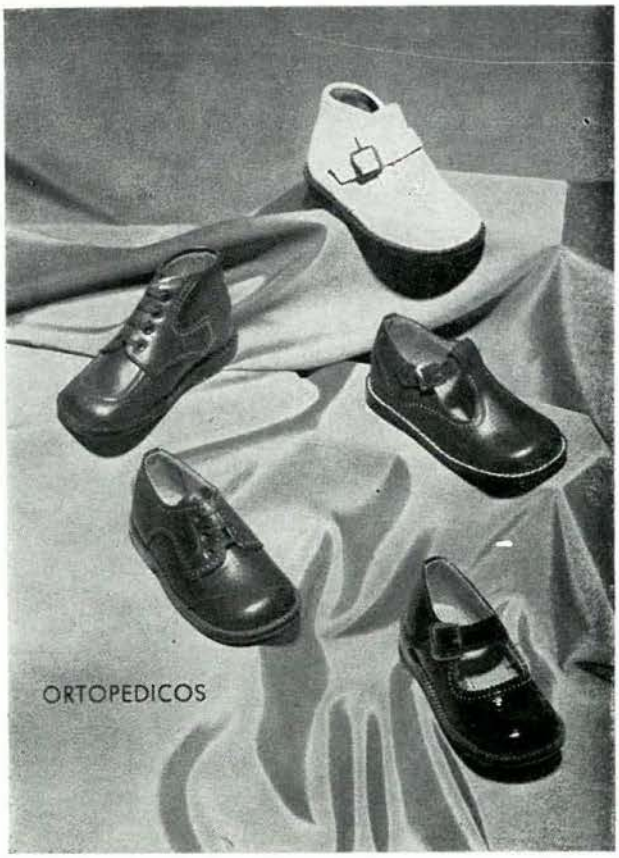
Después con la resina acrílica se fija el asa central a la lámina ungueal. Cada mes el corrector será elevado, ligeramente activado, para volver a poner después de los cuidados normales de la uña y esto, hasta que la corrección sea considerada como suficiente.

Una vez conseguida la corrección de la uña, es recomendable usar el corrector por espacio de 2-3 meses, pero sin activación de los brazos.

LA CONSTRUCCION DEL ARCO BILATERAL

Al principio hemos mostrado que las diferentes técnicas se diferencian unas de otras en la manera de realizar el arco. Veremos ahora como M. Ross Fraser, con ocasión de las 3.ª Jornadas de Podología de Bruselas (1973) expuso y enseñó la técnica del arco bilateral.

Después de haber escogido un hilo de acero de 0,5 a 0,6 mm. de sección si la uña es gruesa, lo corta con la pinza cortante. El corte es de una nitidez tal que recurrir a su limado es superfluo.



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)

M. Ross Fraser se sirve de la pinza universal de plegar de ADAM y de la pinza cónica con las que él forma un gancho aproximadamente de 2 mm. que fija el borde libre lateral de la uña.

A fin de conseguir un mejor plegado del hilo y poder adaptar el arco sobre la lámina ungueal, debemos suponer que la superficie de la uña está dividida en 26 partes iguales o radios, cada radio lleva una letra del alfabeto. El primer gancho corresponde a la letra A. Se puede ahora encorvar las partes B, C y siguientes, y comprobar si ellas encajan exactamente con la forma de la uña.

Supongamos que la parte F es muy difícil de ajustar. El operador podrá intentar ir más lejos (o pasar de largo) y continuar con intención de volver a corregir luego esta parte F. No se debe jamás proceder de esta forma porque es imposible trabajar sobre un segmento intermedio sin modificar el conjunto. Se debe actuar por consiguiente, paso a paso, sin saltar ningún obstáculo, dando su forma al arco.

Cuando se llegue a la parte media o culminante de la uña, el primer brazo estará terminado; entonces se procederá como sigue: manteniendo el 1.er brazo terminado con la pinza ADAM, como se indica en la figura A, y torcido el hilo alrededor del pico cónico de la pinza, hacia atrás, a 45º. Mantener a continuación el hilo como en la figura B y cerrar de nuevo alrededor del pico cónico de la pinza hasta que llegue a contactar con el principio del asa central; se separará un poco de esta posición. Con la ayuda de la pinza ADAM se procederá después a enderezar el hilo como indica la figura C. Hecho esto debemos comprobar si el asa se adapta a la forma de la uña.

Ciertos operadores teniendo dificultades para adaptar el asa a la forma de la uña, prefieren terminar primero el asa central, después los brazos.

Cuando el segundo brazo está formado y bien ajustado, se corta el hilo unos 3 mm. más largo que la extremidad del borde lateral de la uña y se lija la parte cortada por medio de una fresa esmeril. El segundo gancho se forma y ajusta.

Después de haber activado los brazos y el arco, se fresa ligeramente la lámina ungueal y se fija el arco con cemento acrílico (Acrytensil) para evitar cualquier desplazamiento.

¿CUANDO DEBEMOS RECURRIR A LA ORTONIXIA?

No todas las deformidades de la lámina ungueal son susceptibles de ser tratadas por mediación de la ortonixia. Una uña incurvada puede no representar ninguna molestia por el paciente y por consiguiente, no necesitar la aplicación de un corrector. Esta forma, aparentemente patológica, puede muy bien constituir la forma fisiológica de ese dedo, puesto que no provoca dolor, ni molestias.

Antes de decidirnos en favor de la ortonixia como tratamiento ideal, debemos asegurarnos de que la uña cumple estos tres requisitos:

1. La uña está sana.
2. El cuerpo ungueal está adherido al lecho en toda su extensión; sin el más mínimo despegue.
3. La rapidez de su crecimiento y la dirección del mismo no presentan ninguna anomalía.

Ross Fraser, en su serie de artículos publicados en 1967 en el The British Journal of Chiropody explicaba de la siguiente forma la ortonixia por mediación de un diagrama (figura 4).

«El centro del diagrama representa el eje de la uña. Las diferentes curvas reproducen los cortes transversales de las uñas incurvadas. La línea exterior representa un arco de círculo de 130 grados. ¿Cuándo se debe corregir una uña? La respuesta más simple puede ser: cuando la uña es la responsable de la incomodidad o dolor del paciente.

»Antes de decidirse por realizar una corrección sobre la forma de la uña, es indispensable identificar las causas que provocan el dolor en los surcos ungueales. Ciertas uñas presentan formas anómalas, pero no siempre son causa de molestias y quizá con la práctica de una quiropodia bien realizada se pueda evitar la ortonixia.

»Es aconsejable el comparar las uñas de las manos y de los pies a fin de precisar una diferencia eventual.

»Los elementos A-B del diagrama representan una uña que difiere de las otras, porque el lecho y la matriz han sido sometidos desde la infancia a una disposición contranatura, no obstante se puede admitir como natural.

»Como es raro encontrar dos uñas idénticas, yo aconsejaría, que siempre que vayamos a realizar un trabajo de ortonixia, no debemos dogmatizar, no debemos generalizar jamás. He

Taberner®

CALZADO FISIOLOGICO INFANTIL

Características anatómicas:

- Confeccionado con materias naturales de primera calidad.
- Horma racional para un correcto desarrollo del pie.
- Contrafuerte consistente que asegura una adecuada sujeción.
- Palmilla interior de legítimo cuero.
- Enfranque resistente.

OSCAR 1975 AL MEJOR DISEÑO DE CALZADO INFANTIL

OSCAR 1976 AL DISEÑO MAS ANATOMICO EN CALZADO INFANTIL

patrocinado por la
Comisión Española Pro Suela de Cuero

Calidad garantizada por

GREGORIO TABERNER, S. L.

Llucmajor (Mallorca)

Weyler, 53

Teléfono (971) 66 01 56

seleccionado y trazado tres formas de uñas C-D, E-F y G-H; ellas están lejos de la forma ideal. Por tanto, estas formas pueden ser consideradas como naturales o corrientes. A excepción de C-D las formas descritas presentan una curvatura angular.

»La curvatura natural de la uña es, sin excepción, bilateral. Esta regla no pretende evidentemente probar que toda curvatura adquirida es únicamente unilateral. Hay que tener en cuenta estos casos examinando los pies y comparando las uñas de un pie con las de otro.

»En G-H podemos considerar la curvatura cóncava como una característica natural. Algunas incurvaciones cóncavas, algunas líneas rectas y algunas curvaturas angulares son, para mí, de signo natural.

»I representa una malformación unilateral descrita como «incurvación escarpada», es una simple curvatura angular.

»La parte de la uña despegada del lecho presenta frecuentemente una tendencia a incurvarse, pero ciertamente no a formar una curvatura angular a excepción de uñas que han sufrido una intervención quirúrgica. De forma general, podemos considerar que una curvatura cóncava de la parte dorsal, de líneas derechas, de curvas angulares, toman cuerpo durante el crecimiento.

»Insisto sobre las características angulares a fin de que el podólogo no se encuentre obsesionado con los ángulos durante la corrección. En general las formas angulares desaparecen en cuanto se mejora la forma general de la uña.

»Si la mejoría buscada está dirigida a un punto determinado, por ejemplo, del corte de la uña en flecha K, habrá que efectuar la tracción más fuerte sobre ese punto.

»Un arco es un resorte de flexión de una fuerza. Se puede enderezar con sus bordes libres casi todas las uñas, pero hay que saber cuándo es el momento adecuado de terminar con la corrección.

»Si formamos una uña más plana en el tercio distal que en el tercio proximal nos llevará a una uña contranatura. La curvatura de la uña puede admitirse como natural en su parte proximal; esta misma curvatura debe mantenerse hasta el borde libre.

»Las curvaturas cóncavas no provocan generalmente trastornos, afortunadamente, porque son extremadamente difíciles de corregir; yo he tenido un fracaso con una uña de tipo J.

»Puede ser interesante transformar en cóncava una línea derecha. Por ejemplo, la parte lateral de G, puesto que esta dirección perpendicular ejerce una fuerte presión en el surco. En ocasiones prefiero modificar este ángulo siguiendo la línea punteada en H, con lo que conseguimos una mejoría general de la forma.

»Para corregir una uña del tipo C-D será necesario en ocasiones cortar un ángulo para poder introducir el arco. Según mi experiencia este tipo de uña puede, pero con dificultad, corregirse. Pero la lámina ungueal volverá a su forma primitiva cuando cese el tratamiento de ortonixia.

»El croquis L representa un caso de curvatura grave que termina en una curva angular. La corrección debe, primeramente, hacerse sobre la curva mayor, después cuando esté corregida, se concentrará la corrección sobre las curvas angulares.

»La tabla estadística que ofrecemos se refiere a las conclusiones siguientes:

»La ortonixia es el tratamiento ideal de las uñas incurvadas en el niño, pues se da más del 90 % de éxitos. No ocurre lo mismo con los adultos donde el porcentaje de éxitos dio algo más del 50 %, pero estos resultados no son debidos únicamente al arco corrector porque desde 1962 hemos asociado al tratamiento de ortonixia un tratamiento preventivo antifúngico y desde abril de 1972 utilizamos con gran éxito DAKTARIN pomada.»

Años	N.° de arcos Niños	Resultados en niños Exitos	Recidivas	N.° de arcos Adultos	Resultados en adultos Exitos	Recidivas	Arcos unilaterales	Arcos bilaterales	Totales (1)
1967	10	9	1	16	2	14	2	24	26 (2)
1968	22	21	1	23	9	14	3	42	45 (4)
1969	16	16	—	18	10	8	—	34	34 (2)
1970	26	24	2	20	10	10	—	46	46 (3)
1971	28	23	5	31	12	19	—	59	59 (4)
1972	19	18	1	33	18	15	1	51	52 (6)
Total	121	111	10	141	61	80	6	256	262 (21)
%	46 %	91 %	9 %	54 %	43 %	57 %	2 %	98 %	(8 %)

OBSERVACION

(1) Las cifras entre paréntesis representan el número de pacientes que han abandonado el tratamiento.

Podólogos:

Calzados Blasi les ofrece su establecimiento especializado en zapatos para señora y niño que precisen plantillas ortopédicas.
Siempre a su disposición con las mejores marcas.

MANITOS ORTHO

PIEDRO

Taberner

Blasi

Calzados Blasi
Mariano Cubí, 2 Tel. 218 54 9
Barcelona-6

Si en cuatro años sólo hemos aplicado un arco unilateral no es porque este método no sea positivo, sino porque la mayor parte de los casos se tratan igualmente con un arco bilateral.

MECANISMO DE CORRECCION

La uña patológica con una incurvación adquirida empieza a curvarse ligeramente a partir de su tercio medio para llegar a su deformación máxima en su tercio distal. Todo el efecto de corrección debe necesariamente recaer sobre el tercio medio con objeto de que tome la misma curvatura que el tercio proximal ya que éste es considerado como la forma con que la naturaleza ha dotado a esa uña; y aunque esta forma no nos parezca fisiológica, no podemos actuar de otra forma porque actuaríamos contra la naturaleza.

Los dos brazos del corrector aplicados al tercio distal de la uña sobre la línea de separación del tercio distal y el tercio medio, ejercen por mediación de sus ganchos una tensión constante sobre la lámina ungueal. Evitando al tercio medio, cuando sea tercio distal, de presentar la incurvación que afectaba al tercio distal precedente. Será suficiente ahora, activar ligeramente los brazos del arco para obtener la corrección del tercio medio e inmediatamente la del tercio distal consecutivo.

UTILIDAD DEL ASA CENTRAL

Algunos autores conceden una gran importancia a la forma del asa central. Si esta forma puede influir en la orientación de los brazos en el plano de la lámina ungueal, no puede de ninguna manera ejercer su acción en un plano perpendicular a la lámina ungueal. De la dimensión del asa depende la tracción ejercida por los ganchos: la dimensión del asa es inversamente proporcional a la intensidad de la tracción; cuanto más grande sea el asa, la tracción será menos fuerte. Por otro lado, permite reconocer el lado derecho del izquierdo del arco; en el curso del tratamiento hace posible, reducir o aumentar, si es necesario, la envergadura del arco corrector: en numerosos casos, será suficiente abrir el asa para aumentar la envergadura, sin necesidad de quitarlo; por último, facilita la fijación, por medio del cemento acrílico, del arco sobre la lámina ungueal.

CONCLUSIONES

La uña sana posee una suavidad, una elasticidad transversal que puede disminuir o con frecuencia, desaparecer totalmente. La edad no es siempre la principal causa.

Antes de tomar la uña un grado de alteración «visible», pasa por:

1. La pérdida parcial de la flexibilidad transversal.
2. El espesamiento casi invisible de la lámina ungueal.
3. La tendencia a incurvarse.

No obstante, entre el estado normal de la uña y la alteración «visible» creemos que existe una etapa intermedia que no siempre es posible determinar con precisión.

Las causas principales de estas alteraciones son motivadas, según nuestro criterio, por microtraumatismos ocasionados por los zapatos; estas alteraciones se encuentran muy raramente en las manos.

Las micosis pueden ser origen de estos trastornos; lo comprobamos cuando la uña presenta visiblemente modificaciones de coloración y variaciones en la forma y en el grosor.

Las recidivas son debidas, en ciertos casos, a la falta de flexibilidad de la lámina ungueal, que bajo el efecto de los microtraumatismos repetidos no le es posible volver a su posición inicial.

Para evitar estas recidivas, que según las estadísticas son más frecuentes en el adulto (57 %), que en el niño (9 %), prescribimos, a partir del año 1969 la aplicación de antifúngicos como coadyuvantes del tratamiento de ortonixia. Desde esta época las recidivas han descendido más o menos del 60 al 40 %.

La proporción éxito/recidiva sería seguramente más grande si todos los pacientes aplicaran regularmente los antifúngicos prescritos. ¡Pero...!

Dentro de las causas que pueden provocar la incurvación de la uña no hay que descartar las hipótesis siguientes: Las imposiciones antifisiológicas del calzado, tanto en su diseño irracional como en su montaje; los cuidados antinaturales y la falta de higiene, la forma de vida, el terreno, la tipología, el temperamento del individuo y la herencia.

EL ARCO BILATERAL DOBLE

Algunas uñas de adultos son muy resistentes, presentando con frecuencia dificultades y exigiendo bastantes meses de corrección. En algunos casos, para conseguir una corrección aceptable es preciso esperar un año o más.

Reducir el grosor de la uña mediante su fresado no constituye algunas veces la mejor solución y puede debilitar tanto la uña que al

infalina

pomada

en las infecciones cutáneas más diversas: bacterianas y/o micóticas, con o sin reacción alérgica

Infale

CONTRAINDICACIONES: No existen.

INFALINA CORTISONA		INFALINA	
Fórmula por gramo			
Sulfato de Neomicina (equivalente a 3,5 mg. Neomicina base)	5 mg.	Sulfato de Neomicina (equivalente a 3,5 mg. Neomicina base)	5 mg.
Bacitracina de zinc	300 U. I.	Bacitracina de zinc	300 U. I.
Tirotricina	2 mg.	Tirotricina	2 mg.
Hemi succinato de Hidrocortisona	10 mg.	Ac. undecilénico	10 mg.
Para oxibenzoato de metilo	10 mg.	Undecilinato de zinc	50 mg.
Oxido de zinc	50 mg.	Oxido de zinc	50 mg.
Excipientes grasos c. s. para	1 gr.	Excipientes grasos c. s. para	1 gr.
Tubo 6 gr. 56'60 Ptas..		Tubo 24 gr. 68'15 Ptas	

estar insuficientemente resistente no sea posible un tratamiento de ortonixia. Las constataciones siguientes nos llevan a buscar otra solución:

— En una uña de consistencia normal, aun empleando un hilo de 0,6 mm. de sección, la activación del brazo es nula, el arco al cabo de unos días perderá su acción.

— El recurrir a un hilo de mayor sección se excluye por variados motivos.

— El resultado obtenido a partir de un punto fijo por el arco unilateral doble de Ross Fraser da resultados sorprendentes aun en casos de uñas resistentes.

Teniendo en cuenta todas estas consideraciones, hemos llegado a la conclusión de que un arco bilateral doble puede constituir una solución. Por consiguiente hemos orientado nuestras investigaciones en este sentido; los primeros resultados permiten entrever varias posibilidades, pero en este período experimental es prematuro tomar conclusiones.

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

cuando aprieta el dolor...

Algesal®
Espuma

espuma antirreumática, analgésica, antiinflamatoria

nuevo

COMPOSICION: Laurilsulfato de nopoxamina, 10 mg.; Salicilato de dietilamina, 100 mg.; Excipiente c.s.p. 1 gr. de emulsión.

INDICACIONES: Terapia percutánea del dolor local, dolores reumáticos, articulares y musculares, torceduras, tortícolis, lumbago y otros de parecida naturaleza.

POSOLOGIA Y MODO DE EMPLEO: Aplíquese varias veces al día una cantidad suficiente de espuma según la extensión de la zona dolorosa, practicando una suave fricción hasta su completa absorción.

EFECTOS SECUNDARIOS: Hasta el momento no se han observado.

CONTRAINDICACIONES: No se aplicará sobre heridas abiertas ni mucosas.

PRESENTACION Y P.V.P.: Envase con 30 gr. de emulsión 257,90 Ptas.

KALI-CHEMIE ARZNEIMITTEL

KALIFARMA, S.A.
Apartado 12.068 - BARCELONA - Tel. 239 29 07
Madrid, Tel. 276 92 76 - Sevilla, Tel. 21 39 22

ETICA-MORAL-VANIDAD CIENCIA FICCION

Esta cabecera, que pretende servir para dar título a un escrito, que anhela ser sincero, está motivado para que todos recordemos «algo», que por sabido, descuidamos con demasiada frecuencia.

De la misma manera que es necesario no dejar de estudiar, en bien de la profesión y de uno mismo, tampoco deben olvidarse ciertas reglas en nuestra cotidiana labor.

Este escrito-trabajo, es un monólogo-recordatorio, de un gusanillo que todos conocemos, y que algunas veces olvidamos, pero él se encarga inexorablemente de recordar. ¡¡NUESTRA CONCIENCIA!!

Pinocho, el popular personaje que Walt Disney plasmó en imágenes, tenía su gusanillo.

¿Lo recordáis?

Se llamaba «Pepito Grillo».

Pues bien, mi «Pepito Grillo», un día cualquiera empezó a preguntarme y responderme al mismo tiempo, sin dejar que le contestara; como si supiera de antemano todo lo que el condicionamiento humano pudiera darle como respuesta.

Estoy seguro que se «pasó», palabra muy de actualidad pero...

Y empezó sus razonamientos con las siguientes preguntas.

¿Sabes el significado de la palabra «ETICA»?

Sí, claro que lo sabes.

Me contestarás que «ETICA» es «PARTE DE LA FILOSOFIA QUE TRATA DE LA MORAL», etc., etc. Definición académica que se puede leer en cualquier diccionario de la lengua.

¿Y «MORAL»? ¿Comprendes su significado?

Claro, «MORAL» es «LA CIENCIA QUE TRATA DE LA BONDAD O MALICIA DE LAS ACCIONES HUMANAS».

¡¡ESTUPENDO!!

Pero te pregunto, ¿la ejerces?

¿No te olvidas con frecuencia de ambas?

¡¡No, NO!!, seguro que no. Mi ética profesional y mi moral, están por encima de todas las miserias humanas.

Mejor. Me alegro por ti y por tu profesión.

¿Tú no has criticado jamás a ningún compañero de profesión? ¿Ni tampoco has sentido la necesidad de hacerlo?

¿ ?

Es maravillosa y envidiable tu castidad a este respecto.

Un colega te pide consejo referente a la confección de una prótesis para pie equino-varo, espolón, etc., etc. Pregunto.

¿Le contestarás sinceramente?

No se te olvidará, sin malicia, claro, aquel pequeño detalle, sin importancia, TU, sí que sabes que la tiene, repito, ¿no se te olvidará el confiárselo?

Tampoco harás comentarios a posteriori, pavoneándote de haberle solucionado el problema, ¿verdad?

¿Te molestaría que esto pudiera sucederte a ti?

Supongamos que un compañero, modesto por cierto, te hiciera partícipe de haber descubierto una técnica para paliar el dolor de las metatalargias. ¿Verdad que no te apropiarías de ello?

¿O, sí lo harías?

No olvides nunca que la ETICA Y LA MORAL abarcan todos estos aspectos y muchos más.

Pero en fin...

¿Eres vanidoso?

Sí, ya sé lo que me vas a contestar.

¡¡NO!!

¿Dos letras, una sílaba, una negación, una mentira?

¿Cómo reaccionarías, si en la consulta, un paciente te llamara, señor Doctor?

Sonreirías mefistofélicamente, sin deshacer el equívoco, o bien con amabilidad pero orgulloso le dirías: SOY PODOLOGO.

Dichas las últimas palabras, oí la suave tonadilla con que Pinocho llamaba a su «Pepito Grillo».

Quedé pensativo, pensando en sus razonamientos y llegué a la conclusión de que debo corregirme ciertos defectillos, sin importancia, claro.

(NOTA: Lamentamos no citar el autor de la presente colaboración, ya que por su propio deseo ha preferido mantenerse en anonimato.)

Desde la Isla Verde

Podología y dolores de crecimiento

Por MIGUEL HERNANDEZ - PODOLOGO
Sta. Cruz de la Palma (Canarias)

Al Dr. Morera, maestro de siempre, con quien comentamos este tema.

La reciente lectura de un magnífico trabajo en colaboración, de los Dres. Calabro, Wadtel y otros, sobre el síndrome denominado «dolores de crecimiento», me ha hecho meditar sobre la enorme responsabilidad de calificar ligeramente como tales, a muchos pequeños pacientes, que acudiendo a nuestras consultas por específicos problemas podológicos, aquejan dolores en los miembros inferiores, que en muchas ocasiones pueden ser síntomas de afecciones mucho más graves, que de no enviar a quien pueda estudiarlos y diagnosticarlos debidamente, llegarían a tener funestas consecuencias.

Los dolores de crecimiento, de naturaleza benigna, aunque de gran importancia a la hora de establecer un diagnóstico definitivo, se vienen denominando así desde hace más de ciento cincuenta años, aunque en la literatura médica se les haya prestado escasa atención. Nosotros, los Podólogos en ejercicio, oímos con cierta frecuencia a las madres de nuestros pacientes infantiles, historias de dolores en las piernas, sobre todo a nivel de la pantorrilla, que hacen quejarse al niño, dificultando en ocasiones el sueño y despertando otras veces por el dolor. Como estos niños han acudido a nuestras consultas por padecer malformaciones pédicas o alteraciones de la bóveda plantar, como pies planos o cavos, es fácil caer en la tentación de atribuir sus dolores al motivo fundamental de la consulta, es decir, suponer que éstos, son la simple consecuencia de la anomalía de la arquitectura ósea que estamos tratando de corregir, sin dar más importancia al problema ni preocuparnos de él. Este es el peligro y contra esta ligereza en la que pudiéramos fácilmente caer, es lo que trato de alertar.

Por ello, considero de gran interés para el bien del pequeño enfermo y para nuestro propio prestigio de profesionales conscientes de nuestro deber, al encontrarnos ante un caso de dolores en las piernas de las características que estamos describiendo, enviarlo rápidamente al especialista, que lo someterá a una serie de pruebas e investigaciones radiológicas y de laboratorio e incluso electrocardiograma. Si todas ellas fueran negativas, al descartarse definitivamente la posibilidad de una artritis reumatoidea infantil, una fiebre reumática, etc., e incluso una leucemia, sería entonces cuando podríamos definir con propiedad, la existencia de dolores de crecimiento.

El síndrome de que venimos ocupándonos, se manifiesta con dolores localizados en las piernas, más frecuentemente en las pantorrillas, aunque también suelen aparecer en los muslos y en los tobillos, presentándose unas veces como ataque agudo, generalmente nocturno, que hace despartar con gritos al pequeño y otras como dolor crónico, poco acentuado, como simple molestia, a lo largo del día.

Es más frecuente en las niñas que en los varones y pueden aparecer en cualquier edad durante la infancia y comienzo de la adolescencia.

Como factores desencadenantes se citan la salud deficiente, los pies planos, deformaciones de la columna vertebral y otros.

La frecuencia del episodio doloroso, puede ser desde una vez al día hasta un solo dolor en el mes. No da síntomas inflamatorios ni febriles.

La verdadera causa de esta afección, es por ahora desconocida y no faltan autores que afirman, no ser posible, la definición exacta del síndrome. Coinciden todos, eso sí, en la benignidad del mismo.

El tratamiento es sencillo y de respuesta rápida y positiva. La aspirina en dosis de 150 a 600 mgs., según edad y peso, en dosis única y diaria, tomada a la hora de acostarse durante 3 a 6 meses, se ha revelado como el más eficaz.

Si el recuerdo de estas notas, sirve para que actuemos de la forma más correcta en este síndrome, que se nos antoja algo misterioso, habré obtenido la mejor recompensa al trabajo de redactarlas.

MAFRE
Instruments

ORTOPEDIA-MATERIAL CLINICO

FRESCO®

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)

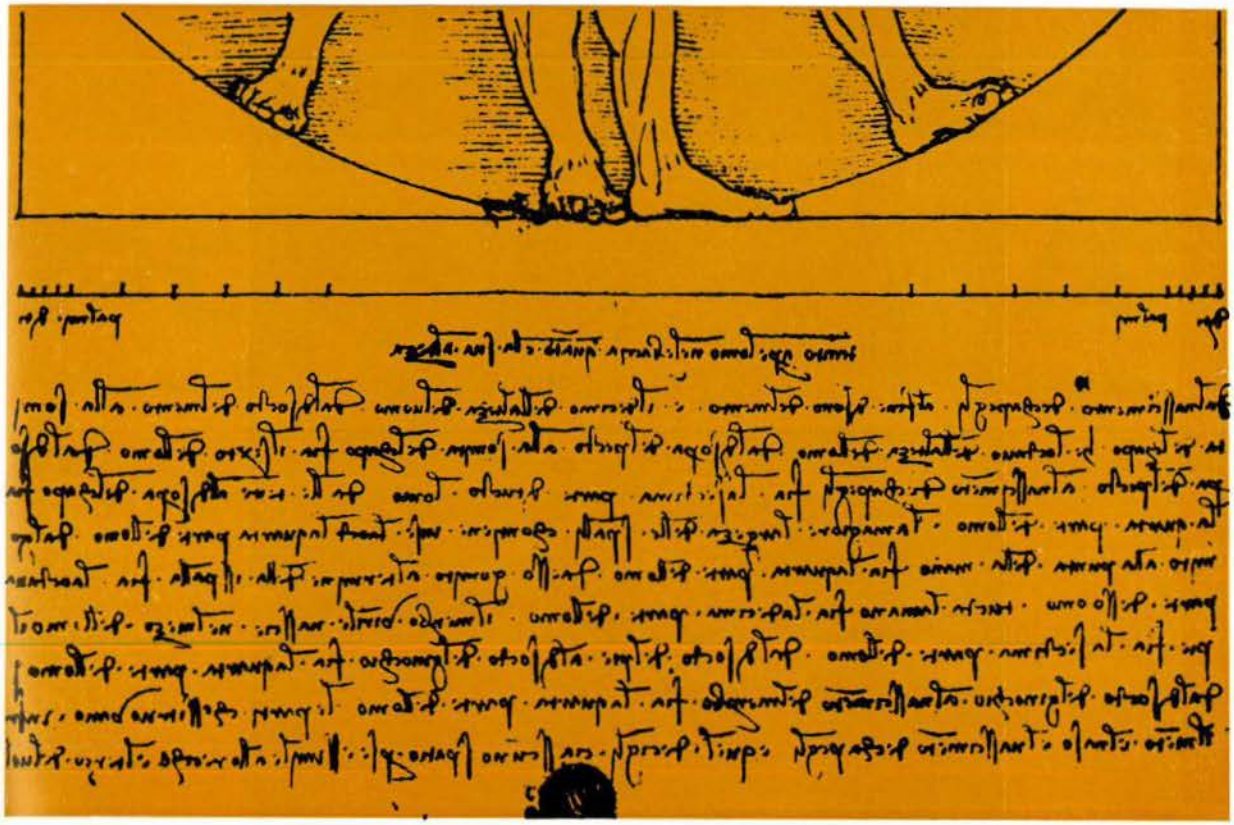
VITRINAS

BOMBONAS METALICAS

CAJAS METALICAS

Motores con eje flexible
LECHE DE LATEX
SERRIN PARA PODIASIN
MASCARILLAS
EQUIPO PODOLOGIA - Metálicos y de madera forrada
FRESAS DIAMANTADAS

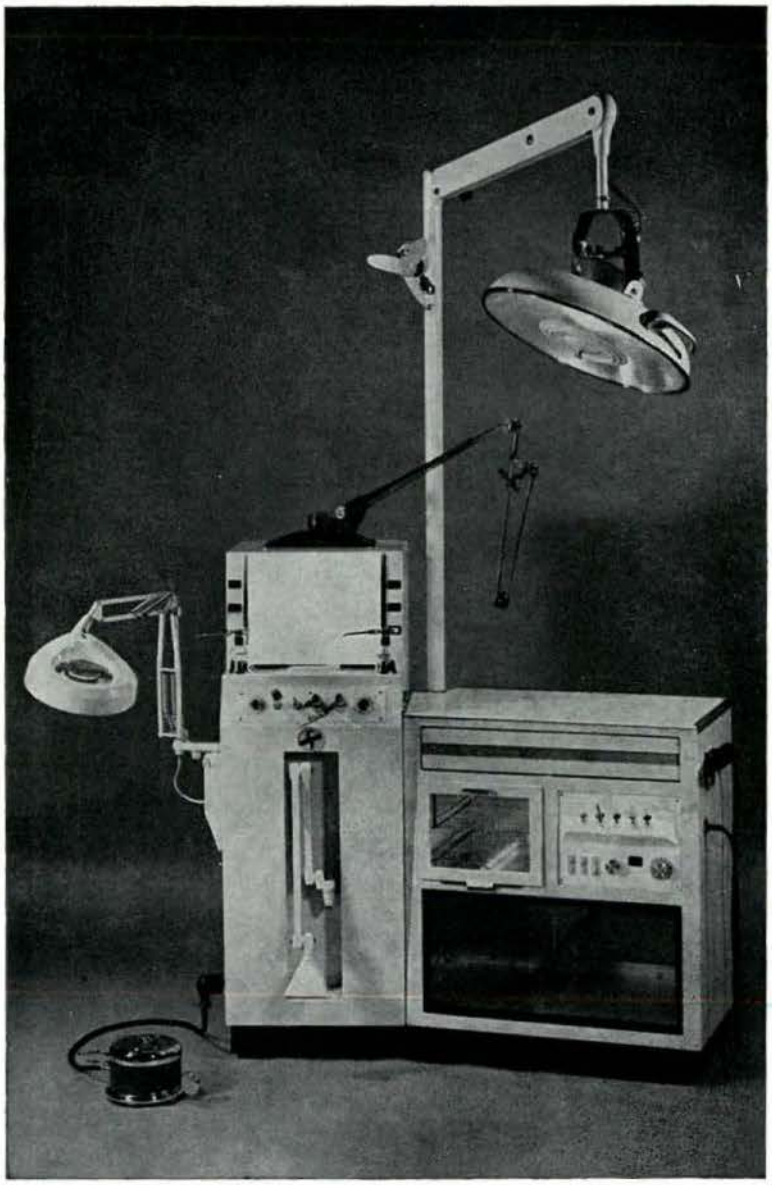
... y todo lo que Ud. desee puede encontrarlo con solo hacer la consulta



REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

A.P.E. Julio - Agosto

n.° 58 1977



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.°, 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.°, 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

3	Junta de Gobierno
5	Editorial
9	Obtención de moldes para pie valgo
13	Luxaciones y fracturas del pie (II)
19	Bursitis
25	Labor de las Delegaciones
32	Pensamientos al estilo gregueriano
33	¿Qué es Medicus Mundi?

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 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.°	D. ZACARIAS GARCIA ANDRES	Madrid
Vice-Presidente 2.°	D. ISAIAS DEL MORAL CEJALVO	Valencia
Secretario General	D. JOSE A. CALVO GARCIA	Zaragoza
Vice-Secretario	D. FRANCISCO 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	Málaga
Vocal	D. ANTONIO GUTIERREZ VELASCO	Barcelona
Vocal	D. JOSE OLCINA MORALES	Alicante

DELEGADO DE ZONA

D. José M.ª Báez Basauri. Mayor, 27, 6.°. Las Arenas. BILBAO.
D. José Luis Inchaurrondo. Paseo de Colón, 65. IRUN.
D. Juan Vidán Torres. Preguntoiro, 10. SANTIAGO DE COMPOSTELA.
D. Zacarías García Andrés. S. Madrona, 36. MADRID.
D. José Antonio Calvo García. Coso, 77, 5.°. ZARAGOZA.
D. Evaristo Rodríguez Valverde. Córcega, 505. BARCELONA.
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.°. MALAGA.

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. Evaristo Rodríguez Valverde.**
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.
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: Su Delegado Provincial.
SAN SEBASTIAN: **Sebastián Tenés Iturriza.**
STA. CRUZ DE TENERIFE: **D. Armenio Méndez.**
SEGOVIA: **D. Francisco García.**
SEVILLA: **José Cañero Ramos.**
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.**

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

EDITORIAL

Cuando esta revista llegue a tus manos, tal vez ya estés de vuelta al trabajo y hayas finalizado esas esperadas y bien merecidas vacaciones, sintiendo la nostalgia de esos días vividos sin preocupación, a pleno sol, recorriendo los maravillosos paisajes de nuestra geografía, porque este año, tal como marcha la economía, ha de ser forzosamente «nuestra geografía», ya que las vacaciones se acaban para nosotros donde justamente para otros empiezan: en los Pirineos. ¡Qué vamos a hacer!, no podemos permitirnos el lujo de repartir nuestras pesetas allende nuestras fronteras. Estamos en época de abstenciones, pues aunque «Vd. pueda, España no puede, y Vd. lo sabe». El momento económico por el que atraviesa el país requiere de la austeridad y autorresponsabilidad de todos los españoles.

Por eso, muchos hemos pasado nuestros días de ocio viviendo como extraños en esas ciudades que debido al trasiego propio de la época, se nos brindan nuevas, hasta tal extremo que incluso llega a gustar pasear un poco por esa misma calle que cada día pasamos cuatro veces sin ver más que el dichoso reloj, que inexorablemente sigue su marcha rítmica, mientras el tráfico permanece cada vez más denso privándonos una vez más del enorme deseo de ser puntual.

Ahora no, ahora paseas, miras, te fijas, porque en realidad vives en un sitio nuevo para ti.

Y así, un día cualquiera decido hacer un pequeño recorrido por una calle cualquiera de mi ciudad, observando sin preocupación el ir y venir de las gentes, su forma de caminar, sus curiosos zapatos, sobre todo en nuestras féminas, que sacrifican la salud del pie a las exigencias de la moda, o en contraposición, algún turista descalzo, mostrándonos su valguismo al desnudo sobre el duro y caliente asfalto. Sin darme cuenta, me detengo ante un escaparate, y sin querer dejo rienda suelta a mi curiosidad. Puedo contemplar artículos de cosmética y perfumería, alimentos infantiles, fármacos, óptica y ortopedia, y entre ella, ¿cómo no?, la plantilla y el letrerito de «Se hacen plantillas para la Seguridad Social». Esto es normal, se trata de una farmacia y legalmente están facultadas para ello. La curiosidad me impulsa a entrar cuando leo propaganda alusiva a la salud del pie, y con el pretexto de «que me canso mucho y me duelen los pies», me dirijo al dependiente dejándome llevar. ¡Aquí está mi sorpresa! El aludido auxiliar me hace pasar a una habitación, me sube en un podoscopio, me DIAGNOSTICA y me prescribe las

cuando aprieta el dolor...

Algesal®
Espuma

espuma antirreumática, analgésica, antiinflamatoria

nuevo

COMPOSICION: Laurilsulfato de nopoxamina, 10 mg.; Salicilato de dietilamina, 100 mg.; Excipiente c.s.p. 1 gr. de emulsión.

INDICACIONES: Terapia percutánea del dolor local, dolores reumáticos, articulares y musculares, torceduras, tortícolis, lumbago y otros de parecida naturaleza.

POSOLOGIA Y MODO DE EMPLEO: Aplíquese varias veces al día una cantidad suficiente de espumá según la extensión de la zona dolorosa, practicando una suave fricción hasta su completa absorción.

EFECTOS SECUNDARIOS: Hasta el momento no se han observado.

CONTRAINDICACIONES: No se aplicará sobre heridas abiertas ni mucosas.

PRESENTACION Y P.V.P.: Envase con 30 gr. de emulsión, 257,90 Ptas.

KALI-CHEMIE ARZNEIMITTEL

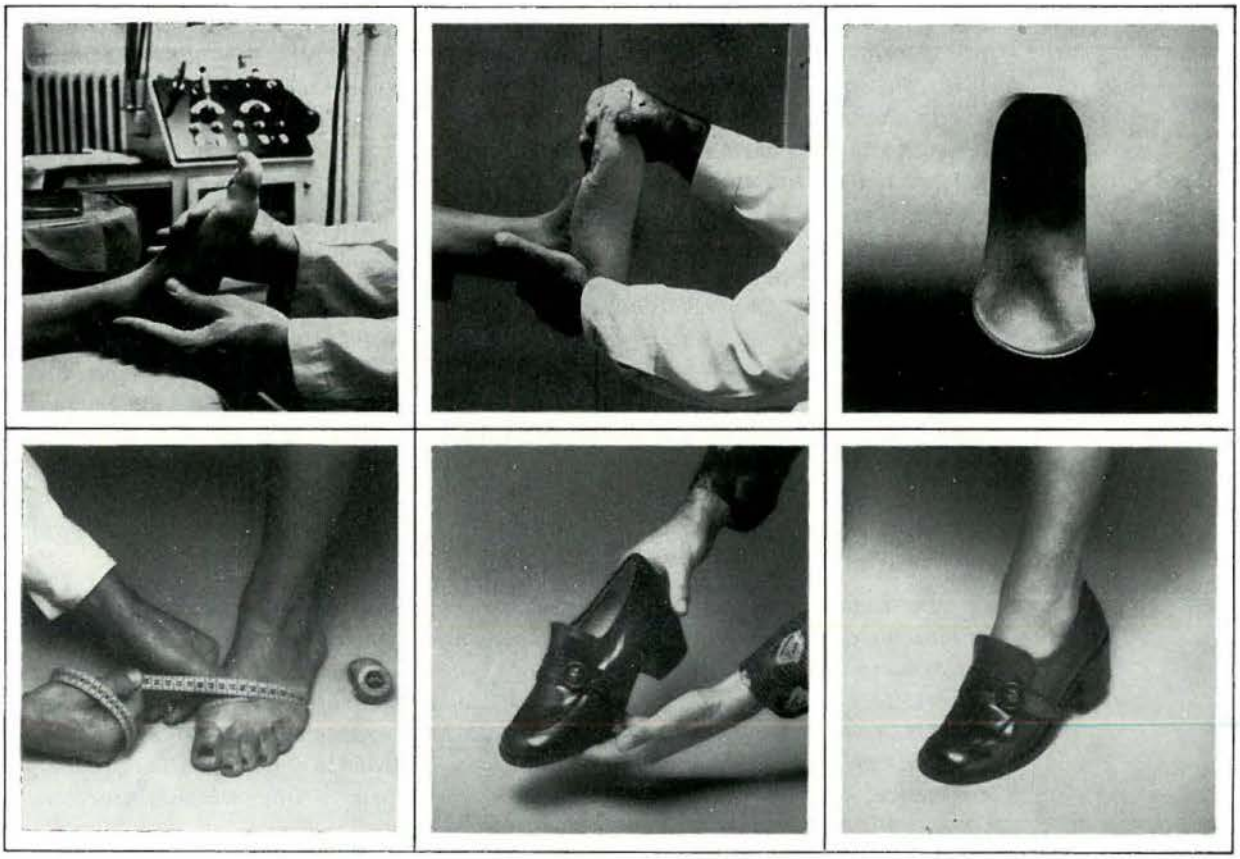
KALIFARMA, S.A.
Apartado 12.068 - BARCELONA - Tel. 239 29 07
Madrid, Tel. 276 92 76 - Sevilla, Tel. 21 39 22
Valencia, Tel. 334 63 06 - Bilbao, Tel. 441 66 54

correspondientes plantillas «a medida» para mi problema, porque, claro, «tenga Vd. presente que el pie es muy importante y Vd. ha de llevar esta plantilla, porque si no, con el tiempo sufrirá de la espalda», y no sé cuántas cosas más. ¡Vaya hombre; este buen señor me está pintando un futuro muy negro! Como puedo darme perfectamente cuenta por sus «exactas explicaciones» que el «chico sabe lo que se hace», le pregunto sobre un heloma que tengo, y también para ello me da la solución; un milagroso callicida, y si no se me quita, que pruebe a ir a un callista que hay allí cerca.

Señores, hay que descubrirse ante la poca honestidad, no del dependiente, que no deja de ser un «mandao», sino del dueño del tinglado, que tiene puesto tan apetitoso cebo al pobre enfermo que busca un remedio para sus doloridos pies. Y yo me pregunto: ¿Cuál es nuestra respuesta ante semejante acto? ¿Tenemos que permanecer con los brazos cruzados? Tal vez sea mejor levantar nuestra indignación en defensa, NO de nuestros intereses, sino de la salud del pie del ciudadano. Digo NO de nuestros intereses, porque al Podólogo le va muy bien el que tantos sientan «debilidad» por nuestra profesión, y como indudablemente no serán capaces de solucionar el problema, el enfermo, cuando ya esté harto de gastar dinero y de sufrir, acudirá a nosotros, valorando entonces de verdad nuestro trabajo. Y esto que parece malo, puede que hasta no lo sea, pues indudablemente contribuye a que la peseta corra, lo cual ayuda al resurgir económico del país y al hundimiento de la Seguridad Social, ya que como podemos demostrar por las declaraciones de los pacientes, y por el hecho de que en la mayoría de veces al salir del despacho del traumatólogo, sin querer se le engancha un papelito con el nombre de la ortopedia o farmacia donde debe ir a buscar las plantillas, siempre, claro está, con la mejor voluntad, por aquello de que «aquí tengo más confianza en cómo las hacen», es decir, éste es el mejor postor.

De todas maneras me queda un pequeño consuelo: menos mal que al antedicho dependiente le suena algo el callista. A lo mejor con un poco de información hasta llega a enterarse algún día de que existe una carrera universitaria, con cinco años de estudios, con unos profesionales que se llaman PODOLOGOS, y cuya misión ante la sociedad es tratar las afecciones y deformidades del pie. Podólogos que se dedican a su trabajo y no a vender zapatos, cosmética, perfumería, fármacos, corsés, y un largo e interminable etcétera.

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

Obtención de moldes para pie valgo

Por Evaristo Rodríguez
Profesor de la Escuela de Podólogos de Barcelona

Señalaremos con lápiz copiativo justamente por detrás de las cabezas Metatarsales, Escafoides, y los puntos que creamos necesarios retener. Aplicaremos la férula, una vez humedecida, sobre el dorso de los dedos; a continuación la iremos adaptando a lo largo de la planta del pie en sentido distal-proximal y al mismo tiempo por los laterales, una vez que se llega al talón se adaptará a éste por detrás y el pliegue lateral resultante se doblará hacia delante por debajo de maléolos, continuando el alisado hasta que quede una superficie bien fina. Al mismo tiempo iniciaremos las correcciones lógicamente antes del fraguado, para mantenerlas mientras dure éste.

Las correcciones a realizar consistirán en las siguientes maniobras: Si se trata de un pie izquierdo, colocaremos el pulgar de la mano derecha por debajo de los dedos excepto del primero, acto seguido desprenderemos la férula del dorso de los dedos, de manera que esta doblez quede en el mismo sentido que el pie (o sea hacia su borde distal); con el índice y corazón desplazados sobre el dorso del pie a nivel de las cabezas Metatarsales, presionaremos con el pulpejo de éstos sobre la cabeza del 1.º M.T.T. al mismo tiempo que colocamos el resto de los dedos en dorsiflexión. Esta maniobra tiene como objeto el acentuar el abovedado del arco longitudinal interno y corregir la supinación del antepié en caso de que ésta se manifieste.

Con la mano izquierda corregiremos la posición en valgo del retropié (talón), para ello nos valdremos de la siguiente posición: El dedo pulgar presionará sobre el Escafoides, con la palma de la mano abarcaremos por detrás del talón y con el resto de los dedos ejerceremos presión sobre el borde lateral externo de éste, por debajo de maléolos aproximándolo al eje sagital del cuerpo, de manera que queden en el mismo plano los tres puntos de apoyo o de sustentación del pie: cabeza del 1.º M.T.T., 5.º M.T.T. y talón. Al mismo tiempo la alineación pie-pierna debe quedar completamente restablecida, quedando en ángulo recto.

Una vez fraguado el molde tiraremos de la piel del dorso y laterales del pie, suavemente hasta conseguir que se desprenda éste; una vez conseguido colocaremos los dos pulgares de nuestras manos por debajo de ambos maléolos del pie y el resto de los dedos por detrás del talón, ejerciendo palanca sobre los maléolos en dirección plantar y con el resto de los dedos en dirección distal.

Una vez extraído el molde, si lo requiere, se procederá a su estabilización, si a pesar de la corrección realizada persistiese una ligera desviación en valgo de la línea de Helbing, ejerceremos la corrección de ésta colocando los dedos índice de nuestras manos, el uno sobre el borde póstero-lateral externo del talón y el otro sobre la cabeza del 1.º M.T.T., ejerciendo presión sobre el primero hasta conseguir su corrección, lo cual conseguiremos sin deformar el molde, gracias a la presión en sentido plantar que ejercemos a nivel de la cabeza del 1.º M.T.T.

En caso de observar una desviación de la línea de Helbing en varo procederemos de manera inversa a la detallada anteriormente, es

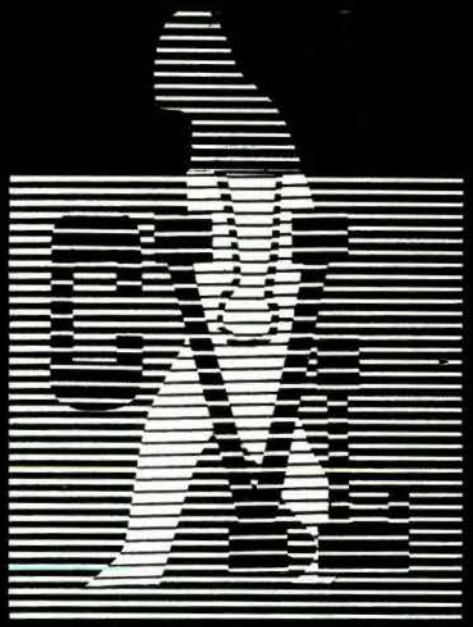
constantino velasco laínz

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. Gimo.)
Tel. 257 76 05. — BARCELONA-9

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

decir, presionando sobre el borde posterolateral interno del talón y cabeza del 5.º M.T.T.

En los casos en que nos interese asimismo realizar una descarga, la conseguiremos sujetando el molde con las dos manos de manera que por el interior del negativo nuestros pulgares sostengan y eviten la deformación que pueda derivarse de la presión que ejercerán al mismo tiempo los dedos corazón de nuestras manos externamente y por detrás de la o las cabezas Metatarsales.

En los casos en que coexistan Metatarso aducto-varo, al mismo tiempo que ejercemos las correcciones descritas anteriormente, simultanearemos la corrección de Escafoides con la de una presión-correctora que ejercemos con el mismo dedo a lo largo del 5.º M.T.T., con objeto de elevar éste, con lo cual conseguiremos al mismo tiempo la corrección del valgo y asimismo del Metatarso aducto-varo.

NOTA. — En la mayoría de los casos el Metatarso aducto-varo es consecutivo el pie valgo como compensación a éste (acercamiento al eje sagital del cuerpo).

SERRA-FARGAS, S. A.

BARCELONA-1 — Plaza Castilla, 3

Tel. 301 83 00

DENTALITE, S. A.

MADRID-8 — San Bernardo, 74

Tel. 232 02 88

«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.

PIEDRO

OFRECE AL PODOLOGO:

cuatro distintos anchos
cuatro tipos distintos de suela

- **100 % cuero crupón marca-royal**
- **palmilla entresuela cuero y bloque de composición controlada**
- **íd., íd., íd. y crepé superior virgen**
- **100 % cuero crupón reforzado**

tres tipos distintos de tacón **(recto, estilo Thomas y recto con estabilización central)**

dos tipos de hormas (normal y recta)

ochenta distintos modelos y siempre:

Máxima sujeción de empeine y retropié
Espacio para el movimiento de dedos
Máxima calidad de materiales
Espacio para el crecimiento
Máxima indeformabilidad

PIEDRO INTERNATIONAL
En España

J. L. Vila-Plana
Conde Borrell, 211 - prta. 33
teléfono 93/239 53 06
Barcelona-15
telegramas: KIRITA-Barcelona
exposición: Conde Borrell, 87
(rogamos hagan cita)

PIEDRO

Luxaciones y fracturas del pie (II)

(Luxaciones del astrágalo)
(Luxaciones subastragalinas)
(Luxaciones del calcáneo)

Por Fernando MUÑOZ CAMPOS
Podólogo
MALAGA

Las luxaciones del astrágalo han sido objeto de importantes trabajos, entre los cuales citaremos particularmente los de Broca y Malgaigne. Las variedades de estas desviaciones son muy numerosas y han sido reunidas en dos grupos principales: 1) las luxaciones dobles del astrágalo o totales; 2) las luxaciones subastragalinas.

El astrágalo, privado de sus conexiones con la mortaja tibio-tarsiana y con los demás huesos del tarso, abandona su lugar para dirigirse hacia adelante o hacia atrás. Cada una de estas desviaciones presenta variantes, según que el hueso enucleado permanezca en el eje ántero-posterior o se incline lateralmente. Además, el astrágalo luxado puede sufrir un movimiento de rotación sobre uno de sus tres ejes principales, de lo cual deduciremos la siguiente clasificación: Luxación hacia adelante, hacia atrás y las producidas por rotación, cada una de las cuales, como dijimos, puede llevar consigo ciertas variantes que analizaremos más adelante.

ETIOLOGIA

La violencia necesaria para determinar esta lesión es siempre muy considerable; por otra parte, los distintos modos de producción difieren poco unos de otros, pues casi siempre se trata de caídas combinadas con un movimiento forzado de extensión, flexión o de abducción.

SINTOMAS

Todas las luxaciones del astrágalo presentan como signos comunes la existencia de un relieve anormal formado por el hueso luxado, las desviaciones del pie y la impotencia funcional.

Seguidamente mencionaremos las variedades de este tipo de luxación.

1.º LUXACION HACIA ADELANTE

a) Directa. En esta variedad, muy rara por cierto, el astrágalo descansa encima del escafoides y forma relieve en la garganta del pie; la prominencia manifiesta cierta movilidad.

b) Hacia adelante y afuera. Es la más frecuente de todas; el astrágalo se inclina sobre el cuboides y forma un relieve muy pronunciado y evidente; la tibia se apoya en el calcáneo. El maléolo externo es tanto más prominente cuanto mayor sea el grado de abducción en que se encuentre el pie; la planta mira hacia la pierna del lado opuesto y el borde interno del pie da la impresión de ser más corto. Todos los movimientos, activos o pasivos, escasamente posibles y muy dolorosos.

c) Hacia adelante y adentro. El pie está desviado en abducción, su borde externo está levantado; el astrágalo forma un relieve por delante del maléolo interno; a veces sufre un mo-

NUEVO

Sillón eléctrico Mod. STARLINE

ELEGANCIA DE LINEA — FUNCIONALIDAD Y UTILIDAD EN EL DISEÑO — ROBUSTEZ — PERFECTO ACABADO

Mod. 4

Mod. 1

PRECIOS Y CONDICIONES EXCEPCIONALES

SERVICIO TECNICO GARANTIZADO EN TODA ESPAÑA POR EL SERVICIO POSVENTA SUDENTA, S. A.

SOLICITE AMPLIA INFORMACION SIN COMPROMISO A:

sudenta, s. a.

DEPARTAMENTO PODOLOGIA

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

vimiento de rotación sobre su eje, y su cabeza mira directamente hacia abajo. Las heridas y las fracturas del peroné sufra-maleolares, complican con mucha frecuencia esta variedad de luxación.

2.º LUXACION HACIA ATRAS

a) Directa. El astrágalo enucleado, puede inclinarse directamente hacia atrás en contacto con el tendón de Aquiles. En esta posición el tendón se encuentra levantado por el astrágalo, el cual, se invierte de tal manera que su cara inferior se halla hacia atrás y su parte posterior hacia abajo. El pie no está desviado, sino algo acortado de delante hacia atrás. Fácilmente se aprecia el vacío de la mortaja tibio-tarsiana.

b) Hacia atrás y afuera. Era el único caso conocido por Turner; el astrágalo alojado detrás del maléolo externo, había sufrido un movimiento de rotación sobre su eje.

c) Hacia atrás y adentro. El astrágalo forma prominencia en el canal maleolar interno.

3.º POR ROTACION

Desde el punto de vista de su producción, las luxaciones por rotación son muy raras. Un caso presentado por A. Guerin explica que la parte posterior del astrágalo se había colocado verticalmente, de forma que la superficie articular calcánea posterior, miraba hacia atrás y la tibia se apoyaba sobre el borde posterior del astrágalo.

COMPLICACIONES

Las complicaciones en general de las luxaciones del astrágalo, dependen en gran parte de las heridas a que puedan dar lugar, en cuyo caso, los tejidos divididos tienen una dirección ántero-posterior que se prolonga por detrás del maléolo externo. Otras complicaciones son las fracturas de los huesos de la pierna y del tarso, como asimismo, rotura de las tibiales, de la peronea e incluso herida del nervio tibial posterior.

Luxación del astrágalo hacia adelante y afuera.

PRONOSTICO

Según las estadísticas, aun cuando la reducción de la luxación del astrágalo no sea posible, el pronóstico es siempre favorable, excepción hecha de los casos complicados con fracturas abiertas de tibia y peroné. En suma, que la irreductibilidad no implica la pérdida funcional de la extremidad.

TRATAMIENTO

Las luxaciones del astrágalo, no complicadas, requieren su reducción, para lo cual, previa anestesia, un ayudante practica la contraextensión desde el muslo ligeramente doblado, y otro realiza la extensión desde el pie tomado con ambas manos, seguidamente el traumatólogo hace presiones sobre la prominencia con los pulgares o con la palma de la mano a fin de rechazar el astrágalo a su situación normal. En el caso de que el astrágalo hubiese sufrido un movimiento de rotación sobre su eje, es conveniente dar a las presiones distintas direcciones hasta conseguir su exacta reducción.

LUXACIONES SUBASTRAGALINAS

Las luxaciones en la articulación subastragalina describen cuatro variedades; hacia adelante, hacia atrás, hacia afuera y hacia adentro.

a) Hacia adelante. Los principales síntomas son: extensión del pie y ligera abducción; acortamiento del dorso del pie y relieve anormal del talón. El tendón de Aquiles, aunque más distante de la tibia, parece más arqueado. El astrágalo descansa por su cara sobre el escafoides y los cuneiformes, donde forma una prominencia.

b) Hacia atrás. La tibia, el peroné y el astrágalo, se inclinan hacia atrás en un movimiento de flexión forzada y el pie conserva esta posición. El tendón de Aquiles forma relieve por detrás de la tibia; hacia adelante existe una depresión detrás del escafoides y el dorso del pie es más largo.

c) Hacia afuera. El pie se presenta en abducción forzada y la planta del mismo vuelta hacia la pierna opuesta. La garganta del pie, forma una línea quebrada en forma de bayo-

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.

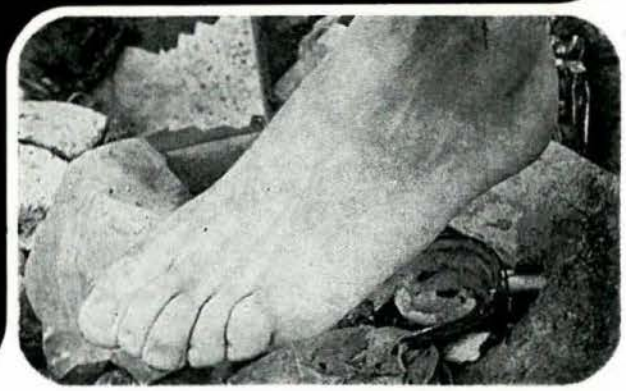
Contraindicaciones
Dermatitis bacteriana.

Incompatibilidades
No se conocen

Efectos secundarios
No se conocen

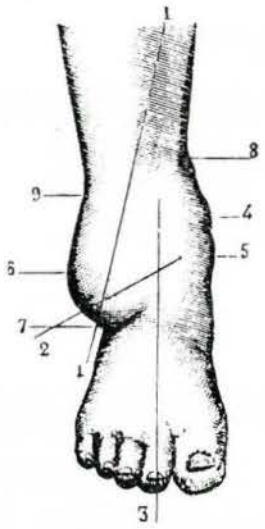
Presentación
Frasco de 30 ml.

P.V.P.
100'50 ptas.



INFAR NATTERMANN

Apartado 400 - Zaragoza Infanta Carlota, 84-88 Barcelona-15



Luxación subastragalina
1, Eje de la tibia. — 2, Dirección de la garganta del pie de arriba abajo y de fuera adentro. — 3, Eje del pie. — 4, Maléolo interno profundamente oculto. — 5, Apófisis menor del calcáneo. 6, Prominencia formada por la cabeza del astrágalo. — 7, Surco que separa dicha prominencia del borde externo del pie. — 8, Fractura de la tibia. — 9, Punto de la fractura del peroné.

neta; la parte anterior del mismo más corta y el talón prolongado. El maléolo externo es prominente y por debajo de éste, se hunden los dedos al palpar una depresión que indica la desviación del calcáneo hacia adentro. En la parte anterior la cabeza del astrágalo descansa en la parte posterior de la cara dorsal del cuboides que en cualquier incidencia pudo llegar hasta el nivel del quinto metatarsiano. El maléolo interno en este caso se halla profundamente oculto.

d) Hacia adentro. Unas veces el pie en abducción se coloca en la posición del pie zambo valgo, otras veces la desviación se produce sin rotación alguna, sólo por simple traslación. Al nivel de la garganta del pie el eje del miembro forma un codo lateral semejante al de una bayoneta. Delorme demostró con absoluta evidencia, que el eje de la tibia no viene a caer sobre el intersticio digital de los dos primeros artejos, sino más hacia adentro. El relieve del astrágalo por debajo del maléolo interno, corresponde a una depresión externa por encima del borde superior del calcáneo.

Se comprende fácilmente que en todas estas luxaciones, a consecuencia de la integridad de la articulación tibio-tarsiana, se conserven los movimientos de extensión y flexión. Dichas luxaciones, por lo común, suelen complicarse con heridas de los tejidos blandos.

Según los datos obtenidos de las estadísticas recopiladas por Poinsot sobre la gravedad de estas luxaciones, sus probabilidades y sus consecuencias, son muy variables y complejas.

LUXACIONES DEL CALCANEO

El escaso número de las luxaciones del calcáneo, nos obliga a citar tan sólo dos casos recogidos por Malgaigne. En uno se trataba de la luxación del calcáneo por fuera del astrágalo y en otro, por encima del cuboides. La reducción fue fácil en ambos casos. El mecanismo de producción fue causado por caída de un cuerpo pesado sobre el lado interno de la pierna y del pie, o bien debido a la inclinación del cuerpo del individuo sobre el pie estando sólidamente sostenido por el talón.

Es muy común que la luxación subastragalina se acompañe de desviación transversal tibio-tarsiana. Un caso recogido por A. Cooper observa una luxación subastrágalo-medio-tarsiana con herida de las partes blandas; en este caso, los dedos estaban fuertemente dirigidos hacia adentro con inclinación del pie hacia el lado opuesto, dejando ver un relieve formado por la tuberosidad del calcáneo. En otro caso, se observó la inversión completa del astrágalo, el cuboides luxado hacia abajo y el calcáneo inclinado hacia adentro.

(*Continuará*)

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

BURSITIS

Por MANUEL GAVÍN BARCELÓ
Podólogo

Todos sabemos que la bursitis es la inflamación de una bolsa, aunque esto no quiere decir que toda inflamación de una bolsa tenga que ser necesariamente una bursitis.

La verdadera bursitis es una reacción inflamatoria de grado agudo o subagudo. Una bursitis crónica, por ejemplo, aunque contenga la mayor parte de veces buena cantidad de líquido sinovial, no se la puede considerar como tal, sino simplemente como un estado post-inflamatorio.

La inflamación de la bolsa tiene su origen en el traumatismo y en la infección, aunque la mayor incidencia debe achacarse a lo primero. El traumatismo repetido o violento, aumenta la susceptibilidad de la bolsa a la invasión bacteriana.

Existen tres afecciones que pueden hacer las confundamos con la bursitis: El ganglión, la gota y la sinovitis. No obstante, cada una de estas tres afecciones tiene sus peculiaridades propias que harán las podamos distinguir, pues si nos fijamos veremos que: 1.º Los gangliones pueden aparentar bolsas inflamadas, siendo una localización frecuente el denominado «juanete». Sin embargo éstos suelen ser comunicaciones de una cápsula articular y no presentan ninguna relación con la bolsa. La posición del ganglión proporcionará una orientación ya que frecuentemente se halla situado por delante o por detrás de la prominencia ósea.

2.º La gota, muestra a menudo, una tumefacción, particularmente en la vecindad del primer dedo pero no se presenta tan localizada como el engrosamiento propio de la bolsa. La zona afecta se presenta congestionada con fluctuación discreta o nula. La región muestra un color rojo oscuro y el movimiento es extremadamente doloroso en cualquier dirección. El aspecto nodular típico de la articulación del sujeto gotoso basta generalmente para diferenciar ambas afecciones.

3.º La sinovitis aguda la distinguiremos por tratarse de un proceso muy doloroso que impide apoyar el pie en el suelo. Toda la zona de la articulación es de un color rojo brillante que produce intenso dolor al menor movimiento de la articulación y a la más ligera presión sobre la misma. Existe poca o ninguna fluctuación y una zona considerable, más allá de los límites de la bolsa, se muestra tensa y con los signos de inflamación.

Una vez cerciorados de que se trata de una bursitis, tanto si es traumática como de origen infeccioso, el objetivo principal del tratamiento debe encauzarse a restablecer el estado fisiológico de la bolsa. Por tanto, en términos generales, el tratamiento debe estar dirigido a combatir por todos los medios la inflamación y acelerar lo más posible la reabsorción del exceso de líquido contenido en el saco.

Si la bursitis se ha producido a consecuencia de un traumatismo, el tratamiento debe encaminarse a combatir las fuerzas nocivas que actúan sobre la zona con objeto de proporcionar el reposo suficiente para que la inflamación remita lo más rápidamente posible.

Esto, aunque parezca muy lógico y fácil de hacer, es mucho más difícil de conseguir, máxime si se trata de pacientes femeninos que por el uso de unos zapatos que la mayor parte de las veces son de un formato totalmente antianatómico, no obstante se ajustan perfectamente a la última moda aunque esto suponga, con tal de poderlos lucir en público, el martirizar sus propios pies y estropearlos.

Aunque un calor moderado aplicado localmente las máximas horas posibles tiende a com-

SMITH NEPHEW IBERICA, S. A.

INFANTA CARLOTA, 61
Teléfono 250 79 25 - BARCELONA-15

SN-77001

Solicite por escrito La Edición Especial "TECNICAS GYPSONA"

Airstrip® Tensoplast	APOSITO PROTECTOR DE HERIDAS EN LOS PIES IMPERMEABLE-TRANSPIRABLE-AUTOADHESIVO ALMOHADILLADO- Medidas: 6 cm. x 9 cm.
Crepe S.N.®	VENDA ELASTICA SIN HILOS DE GOMA 100% algodón - Color crudo Medidas: 5 cms. x 4 m. /7 x 4 /10 x 4 / 10 x 10
Gypsona®	VENDA DE YESO UNICA, CON GASA DE TEXTURA ENTRELAZADA Medidas: 5 / 10 /15 y 20 cms. x 2,70 m.
Melolin®	APOSITO ABSORBENTE Y NO ADHERENTE A LAS HERIDAS - ESTERIL Medidas: 5 cm. x 5 cm. / 10 x 10 / 10 x 20.
NYLEX® Tubinylex	VENDA DE PAPEL CREPADO VENDAJE TUBULAR EXTENSIBLE — PARA APLICAR ANTES DEL ENYESADO
Op-Site®	VENDAJE DE HERIDAS - Medida: 14 cm. x 10 cm. HERIDAS - CIRUGIA MENOR - QUEMADURAS AUTOADHESIVO-IMPERMEABLE- TRANSPIRABLE TRANSPARENTE - ELASTICO
Retelast®	MALLA ELASTICA IDEAL PARA SUJETAR APOSITOS EN LOS DEDOS Y PLANTA DEL PIE n.° 0 - 1.
Stuca®	VENDA DE YESO PARA MOLDES Medidas: 5 / 10 / 15 y 20 cms. x 3 m.
Tensocrepe®	VENDA ELASTICA, NO ADHESIVA - POROSA, Color carne Medidas: 5 / 7,5 y 10 cms. x 4,5 m.
Tensoplast® venda elástica	VENDA ELASTICA, ADHESIVA - POROSA, Medidas: 5/7,5 y 10 cms. x 2,70 m.
Tensoplast® tiras	TEJIDO ELASTICO ADHESIVO-PARA PROTECCION DE HERIDAS Y ROZADURAS Tira 1 mt. - Tira 5 mt.

batir eficazmente la inflamación, pocos beneficios obtendremos si no conseguimos que el paciente evite el traumatismo inicial, puntos de fricción, etc.

Por tanto, si queremos dar un tratamiento eficaz al paciente, y a pesar de esto, muchas veces cuesta mucho conseguir su normalización, aconsejaremos:

1.º Evitar ante todo el motivo de su fricción mediante cambio de calzado; abriendo si es necesario un boquete en el mismo; máximas horas de uso de zapatillas blandas, etc.

2.º Inmovilización de toda la zona de la bolsa, mediante un vendaje de esparadrapo, teniendo en cuenta que este vendaje ejerce solamente la fijación en un sentido, por consiguiente, debe aplicarse otro vendaje en sentido opuesto al anterior, con lo que se logrará la fijación de la bolsa y cierto grado de compresión sobre ella. Este vendaje debe ser fijado de tal forma que sobrepase ligeramente los tejidos adyacentes y ejerza así una cierta limitación sobre los movimientos de lateralidad. Muchos casos de bursitis han podido ser tratados con éxito mediante este solo procedimiento.

3.º Reposo adicional, mediante la colocación de una almohadilla de fieltro, ahuecándola en la parte esencial del vendaje. Aunque la bolsa se halle excesivamente inflamada o esté situada sobre un hueso muy prominente, la almohadilla protectora contribuye a evitar el movimiento excesivo. En muchos casos será conveniente practicar un agujero, con lo que conseguiremos que la almohadilla se asiente cómodamente alrededor del abultamiento, teniendo en cuenta en este caso que el objeto de la almohadilla no consiste en desviar la presión convergente sino actuar simplemente contra la acción de cizallamiento, no habiendo inconveniente en que la almohadilla protectora pueda usarse conjuntamente con el vendaje de esparadrapo, considerándose en todos los casos, prácticamente, como el vendaje típico, modificable según cada caso.

4.º Aparte del reposo local antes citado, si la bursitis que presenta el paciente es de la que podríamos denominar de primer grado deberíamos de aconsejar a ser posible unos días de reposo en general ya que éste constituye un factor muy importante en su tratamiento. El reposo, en cualquiera de sus formas, es conveniente tanto para los procesos de tipo infeccioso como para los traumáticos, pero es más urgente cuando existe infección. Si la inflamación del proceso infeccioso es de tipo agudo, es ineludible el reposo absoluto, preferiblemente en cama pero si la infección es producida por la infiltración de un germen de poca virulencia y está localizada, puede prescribirse reposo sin necesidad de guardar cama, bastando ordenar al paciente mantenga la pierna en alto y el pie sin zapato.

En los casos de origen traumático puede permitirse un cierto grado de actividad siempre y cuando se use un zapato que no comprima.

Hay pacientes que optan por hacer un corte en el zapato. Esto no es muy recomendable ya que si bien alivian la presión, prosigue la irritación en la periferia porque la zona afecta puede seguir rozando con el agujero a medida que el pie se mueve dentro del mismo. Si se hace agujero debemos recomendar que se haga siempre en forma de óvalo, lo suficiente ancho y en forma que su eje longitudinal se mueva en la dirección del deslizamiento característico de la región que afecta. En los casos de origen traumático discreto, puede ser suficiente el aconsejar el cambio de zapatos.

En el caso de que exista segregación sinovial manifiesta deberemos proceder a su drenaje con lo cual aceleraremos poderosamente su desinflamación.

5.º No debe descartarse en las bursitis la ayuda externa medicamentosa. Es muy útil el baño de pies con una solución de permanganato potásico debido a su favorable acción de liberación de oxígeno. Por regla general, la variedad traumática responde mejor a la acción de la astringencia y de la revulsión. En ciertos casos, cuando el proceso se aproxima a la fase aguda puede ser ventajosa, a veces, la aplicación del calor, pero generalmente se comprueba que su acción induce al aumento de segregación de la bolsa. Por tanto, han de usarse junto con los vendajes, sustancias absorbentes combinándolas con una astringente, de esta forma se produce una hiperemia y el saco se descarga de la segregación.

De las sustancias astringentes que pueden usarse quizá la mejor es el acetato alumínico diluido con agua a partes iguales o el agua de hammamelis en solución pura. En ocasiones, según vea la reacción del paciente, también puede usarse el subacetato de plomo diluido o la acción analgésica del opio con la acción astringente de las sales de plomo.

Estos vendajes absorbentes deben renovarse a medida que se secan hasta que disminu-

cuando sus dos pies son dos problemas...

Use Peusek®

desUdorante y desOdorante
de los pies

Y AHORA TAMBIEN

NUEVO

Peusek®

ARCANDOL

SPRAY

para pies *ARdientes*
CANsados
DOLoridos

DOS PRODUCTOS PARA...
DOS PROBLEMAS QUE SON...
DOS SOLUCIONES.

yan considerablemente el dolor y la inflamación, debiéndolos de suspender totalmente en el caso de existir un trayecto fistuloso, con lo cual existiría la posibilidad de penetración en el mismo, produciéndose entonces una inflamación en el interior de la bolsa al actuar enérgicamente sobre la membrana mucosa. Por tanto tengamos siempre presente que en el caso de existir un trayecto fistuloso está totalmente contraindicado el uso de los revulsivos.

Dejando aparte lo antes indicado, no olvidemos que uno de los mejores revulsivos para uso general es el yodo, pudiéndose aplicar una solución bien diluida una vez al día durante una semana.

Debemos de avisar a nuestros pacientes que en general la remisión total de la bursitis suele ser un proceso generalmente lento, más bien largo, no espectacular, que pueda resolverse en unas horas, por tanto, hay que mentalizarle de que su colaboración personal en el tratamiento impuesto y su constancia influirán muchísimo en favor o en contra.

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
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 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

pharma consult. sa

Labor de las Delegaciones

ZARAGOZA

Siguiendo el programa de este I Curso de perfeccionamiento que se está celebrando en esta Ciudad desde el mes de noviembre, se detallan a continuación las reuniones y conferencias correspondientes al segundo semestre.

Día 25 de febrero

POSIBILIDADES DEL RADIO-FOTOPODOGRAMA

por **José A. Calvo García**

Nuestro Delegado Provincial y Secretario General de nuestra Agrupación y prestigioso podólogo Sr. Calvo, inició su intervención recordando la carga y dinámica del antepié, explicando cómo el suelo transmite las fuerzas que le aplican por una carga determinada, y que la presión soportada por cada cabeza metatarsal es inversamente proporcional a la superficie de contacto del suelo que le corresponde. Comentó, que las prótesis que colocamos son destinadas a proporcionar una descarga de la zona afectada por hiperapoyo, mejorando las condiciones mecánicas, la estática y dinámica, proporcionando un mejor reparto de cargas en el antepié.

Explicó cómo para el diagnóstico de la patología del pie, necesitábamos un buen reconocimiento externo, las aportaciones verbales del paciente por sus consiguientes molestias, el fotopodograma por el que se ve su estática y zonas de apoyo, y mucho mejor las radiografías, que colocándolas sobre los fotopodogramas, se verán mejor las anomalías externas y las zonas óseas de presión, lo que facilitará con este RADIO-FOTOPODOGRAMA la labor de colocación con mayor exactitud de las elevaciones o apoyos correspondientes.

Comentó su personal forma de hacer los RADIO-FOTOPODOGRAMAS, que obtiene simultáneamente al hacer el fotopodograma y la radiografía, pasando a continuación una película para hacerlo más demostrativo.

Aportó numerosos casos de pacientes, demostrando la utilidad de este medio de diagnóstico de que disponemos los podólogos. El tema fue seguido con mucho interés y al final fue muy felicitado.

Día 26 de marzo

I.ª parte POSIBILIDADES EN PODOLOGIA DEL «CHUESAN»

II.ª parte ORTOSIS CON NUEVAS SILICONAS

Actuó como conferenciante el Delegado de esta Zona, José Sánchez Luna, que inició la 1.ª parte de su conferencia con el pase de una película para demostrar la utilidad de un nuevo aparato «CHUESAN», de idea propia, que tiene diversas facetas de utilización, bien como separadedos —manual o fijo—, para facilitar algunas intervenciones quirúrgicas en los dedos de los pies, o para la aplicación de siliconas en ortosis en que se precise un espacio de aplicación determinado. Terminada esta primera fase de la película, también demostró otra variante de este aparato para algunos tratamientos de las uñas. Los asistentes demostraron su interés por la utilidad de este nuevo aparato, dando el conferenciante toda clase de facilidades para el que quie-

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)

ra hacérselo, puesto que personalmente no pensaba comercializarlo.

La 2.ª parte de su conferencia versó sobre «ORTOSIS CON NUEVAS SILICONAS». La película aportó de manera demostrativa, las diversas formas y fases de manipulación de estas nuevas siliconas «al uso» —americanas e inglesas—; tienen algunas ventajas sobre las que utilizábamos anteriormente, especialmente por su fácil manejo con nuestras propias manos. Al terminar la película el conferenciante hizo dos demostraciones prácticas a dos de los asistentes, de diferentes clases de siliconas y de distinta forma de ortosis.

Día 27 de marzo

I.ª parte DIAGNOSTICO MORFOLOGICO Y ESTATICO DEL PIE POR MEDIO DEL FOTOPODOGRAMA

II.ª parte RADIOGRAFIA DEL PIE

El Delegado de Zona, José Sánchez Luna hizo la presentación del conferenciante, el prestigioso podólogo catalán D. Pablo Vilató Ruiz. Hoy nuestra Delegación —dijc— se viste de gala, puesto que tenemos la gran suerte de recibir a un ilustre podólogo, mejor diría yo, a un gran maestro de podólogos. Sería difícil hacer la semblanza de nuestro conferenciante sin aplicar toda clase de adjetivos que caben en él. Hijo de ilustre familia de intelectuales, no precisó nunca de la importancia social familiar, ya que siempre brilló con luz propia. Fue en Barcelona uno de los pioneros en planificar, estudiar y organizar nuestra profesión, a la que ha dedicado toda su vida. Profesor en nuestra Escuela, hasta este último curso, sus clases eran siempre tan didácticas como prácticas y demostrativas.

Es el hombre que en todos los Congresos o reuniones podológicas, pone su sello de cordura y ecuanimidad, ya que a él nunca le gustó la «podología política», pero sí la «podología científica».

Creo —dijo por fin— que este hombre vive «como y para» la Podología, y de esta profesión ha hecho un verbo.

El Sr. Vilató contestó al presentador sus inmerecidos elogios —aunque parezca un tópico, dijo—, pero que de verdad agradeció mucho la invitación de venir a esta Ciudad a la que tanto quería, y en la que tenía tantos compañeros ami-

El compañero Sr. Vilató recibiendo la placa Conmemorativa

Taberner®

CALZADO FISIOLOGICO INFANTIL

Características anatómicas:

- Confeccionado con materias naturales de primera calidad.
- Horma racional para un correcto desarrollo del pie.
- Contrafuerte consistente que asegura una adecuada sujeción.
- Palmilla interior de legítimo cuero.
- Enfranque resistente.

OSCAR 1975 AL MEJOR DISEÑO DE CALZADO INFANTIL

OSCAR 1976 AL DISEÑO MAS ANATOMICO EN CALZADO INFANTIL

patrocinado por la
Comisión Española Pro Suela de Cuero.

Calidad garantizada por

GREGORIO TABERNER, S. L.

Llucmajor (Mallorca)

Weyler, 53

Teléfono (971) 66 01 56

gos. Dijo que lo que él aportaba a la podología lo hacía sin esfuerzo, puesto que era su gran vocación.

A continuación inició la primera parte de su conferencia sobre «DIAGNOSTICO MORFOLOGICO Y ESTADISTICO POR MEDIO DEL FOTOPODOGRAMA».

Primeramente pasó una película preparada para este acto, que de forma muy demostrativa y con todos los detalles nos detalló la profilaxis del pie en la infancia. Seguidamente toda una serie de fotopodogramas e historias clínicas de pacientes personales en las que de forma exhaustiva nos hacía el diagnóstico, forma diferencial y patología de cada caso en particular. Fue interesantísimo, ya que como todos sabemos bien, esta faceta la domina a la perfección.

La 2.ª parte de su conferencia versó sobre «RADIOGRAFIA DEL PIE». Expuso una gran cantidad de radiografías en las que individualmente explicó las anomalías y posibles tratamientos. Asimismo comentó los grados y ángulos para perfeccionar en cada caso las radiografías.

Todos los asistentes quedaron muy complacidos por su completa disertación, siendo calurosamente felicitado.

Finalizado el acto el Sr. J. Sánchez Luna, entregó al conferenciante una artística placa de plata conmemorativa del acto, que agradeció muy emocionado.

Día 29 de abril

«MESA REDONDA SOBRE MATERIALES Y CONFECCION DE PLANTILLAS ORTOPEDICAS»

Por ser un tema tan amplio, diversos compañeros expusieron sus formas y preferencias de distintos materiales, así como de hacer el podiosín, y las diversas clases de materiales de corcho, acrílicos, metálicos, de polietilenos. Cada uno dio su opinión en cuanto a resultados de los diferentes materiales, teniendo una destacada actuación el compañero Julio Bara, quien dio una detallada descripción de la anatomía de la extremidad inferior, aportando diversos casos de patología —en gráficos y radiografías—, en los que se precisaban plantillas ortopédicas para su corrección o compensación.

Día 27 de mayo

El Delegado de Zona solicitó a los asistentes la unánime felicitación al compañero D. Pedro Murillo Sánchez, por haber terminado en estas

Momento de entrega de la placa al compañero Sr. Aycart

Podólogos:

Calzados Blasi les ofrece su establecimiento especializado en zapatos para señora y niño que precisen plantillas ortopédicas.
Siempre a su disposición con las mejores marcas.

MANITOS ORTHO

PIEDRO

Taberner

Blasi

Calzados Blasi
Mariano Cubí, 2 Tel. 218 54 95
Barcelona-6

fechas la carrera de medicina. Creo que en este Curso vamos a «perder a un compañero podólogo» y «vamos a ganar a un amigo médico» —dijo de él—. Este hombre ha demostrado ser un gran compañero, ya que siempre estuvo con nosotros en todas nuestras actividades, es gran amigo de todos y merecía lo mejor en sus estudios, ya que termina sin dejar de asistir a sus actividades podológicas y familiares.

A continuación se hizo un animado coloquio-resumen de lo que ha sido este I Curso de Perfeccionamiento, así como la forma de planificar el próximo, nombres de conferenciantes que pudieran ser más interesantes para todos, forma de financiación, etc.

Asimismo, se comentó el lugar idóneo para celebrar la cena de Clausura y los diversos temas de este acto.

Dia 4 de junio

«CENA DE CLAUSURA»

En un céntrico restaurante de la ciudad se celebró como acto final de este I Curso Académico de Podología, la cena de clausura. El Delegado de Zona, Sr. J. Sánchez Luna, se dirigió a los presentes con breves palabras explicando en principio la ausencia de nuestro Presidente Nacional, Sr. Escachs, ya que había prometido su presencia, pero que imponderables profesionales de última hora no le permitieron el desplazamiento. Siento su ausencia —dijo él— puesto que este hombre con su sola presencia da esplendor a todos los actos. Siguiendo con las ausencias, se disculparon por enfermedades familiares los compañeros Natividad Serrano, Balbino Serrano, Félix Asensio Muro y José L. Izuel.

Agradeció la presencia del compañero de Madrid, D. Luis Aycar, desplazado para este acto y por estar entre nosotros en la Clausura, asimismo, los delegados de una casa comercial que colaboró con su aportación económica. No enumero las casas comerciales que nos ayudaron, puesto que ya las conocéis —dijo—, pero si una de las virtudes de los hombres es el ser agradecidos, espero que a todos los tengáis presentes en la recepción de sus productos.

Pero mi especial agradecimiento es hacia todos vosotros, ya que vuestra presencia física ha sido mi norte para seguir hacia adelante. Hay compañeros que se han desplazado desde muchos Km., como son F. Rodríguez y J. L. Izuel, a la mayoría de nuestras reuniones, y además de noche; creo que les debemos nuestro agradecimiento por su compañerismo y solidaridad, asimismo a los ponentes, que dedicaron su tiempo a preparar su tema y gastar en películas diapositivas, etc., para enseñarnos sus vivencias. Pero no puedo silenciar la labor de compañeros como la del «cámara» siempre dispuesto de Adolfo Urgel, la de nuestro «fotógrafo» Dña. Pilar Sauras, la del cajero Julio Bara, la del siempre dispuesto a colaborar de Víctor Bara, la ayuda moral hacia mi persona de Nieves Iglesias, ya que en todo momento me animó y aconsejó con su experiencia y personalidad. Y a las aportaciones podológicas sin excepción de todos los demás. Yo de todos vosotros he aprendido, pero ante todo nos hemos acercado en amistad, y espero que vosotros hayáis sacado algo positivo, aunque sea modesto, de este Curso que hoy terminamos.

Espero que sepáis perdonar los defectos, que incumben sólo a mi persona. Para todos, mis humildes excusas.

Pensamientos al estilo gregueriano

Por Fernando Muñoz Campos
Podólogo — Málaga

El pie plano allana los caminos y por contraste obstaculiza su caminar.

* * *

Los helomas miliares son el suma y sigue de una relación.

* * *

Los juanetes quieren salirse del zapato, al igual que un preso de la cárcel.

* * *

Los sabañones de los dedos del pie, son los atascos de la circulación.

* * *

Pies doloridos, no asistidos.

* * *

La extremidad distal del dedo gordo, es el verdugo del penalty.

* * *

El Genu Valgum es la X de la palabra auxilio.

* * *

Tarso, metatarso y dedos; una lección Magistral.

* * *

La bóveda del pie es el amortiguador de la locomoción corporal.

* * *

La hiperhidrosis es el llanto del pie.

Los golpes que recibe una uña incarnada, son como puyazos dados a un toro.

* * *

El estudio requiere sus pasos. Los pasos requieren su estudio.

* * *

Quien mal anda... en el podólogo acaba.

* * *

Los «ojos de gallo», ciegan a miles de ciudadanos.

* * *

Las riendas de los dedos del pie, son los tendones.

* * *

Los dedos del pie, forman su propia familia.

* * *

Un tropezón, produce un terremoto en el cuerpo.

* * *

Los pies del muerto llegaron al cementerio poco antes.

* * *

Las sandalias —con el tiempo y la compresión—, llegarán a denominarse desandalias.

* * *

Cierro estos pensamientos con uno de don Ramón Gómez de la Serna, que dice: «Pisad un callo a alguien y le veréis su verdadero rostro de dragón».

¿Qué es MEDICUS MUNDI?

Es una ORGANIZACION INTERNACIONAL, cuyo objetivo principal es prestar ayuda SANITARIA al TERCER MUNDO para salir del estado de subdesarrollo.

Pueden ser miembros de Medicus Mundi Asociaciones y personas; actualmente se compone de nueve ramas nacionales: Alemania, Bélgica, Holanda, Francia, Irlanda, Austria, España, Argelia y Canadá.

Las personas miembros de MEDICUS MUNDI son: Los médicos, farmacéuticos, veterinarios, practicantes - A.T.S. y enfermeras y desde hace unos meses los PODOLOGOS, o por lo menos de momento, un grupo de nosotros nos hemos integrado también como miembros de esta ORGANIZACION.

ESTRUCTURA:

Un Secretariado Internacional ubicado en Bensberg (COLONIA) coordina las diferentes actividades de las ramas nacionales; las ramas nacionales se mueven con autonomía coordinándose con el Secretariado Internacional y asimismo las diversas secciones de la rama Nacional se coordinan con el Secretario de cada país, conservando su autonomía; MEDICUS MUNDI es un organismo de inspiración cristiana formado por cuantos deseen colaborar en una ayuda sanitaria al Tercer Mundo, sin distinción de lenguas, raza o religión; de ahí se desprende que el profesional que trabaja para el Tercer Mundo, ha de comprometerse simplemente, cualquiera que sea su confesión, a respetar el valor absoluto de la persona humana.

MEDICUS MUNDI ESPAÑA, eligió para tener un objetivo muy concreto que polarizara el interés de la clase sanitaria española y asegurando la coordinación de las diferentes secciones de ESPAÑA, construir un Hospital en el CAMERUN, que actualmente mantiene. Aparte de Barcelona, que se ha hecho cargo de la fundación y puesta en marcha del Hospital de NGOVAYANG, hay otras provincias y regiones españolas como: Alava, Alicante, Asturias, Baleares, Castellón, Madrid, Soria, Valladolid y Vizcaya, que se ocupan de diversos países o zonas del Tercer Mundo, sea de Africa o Sudamérica.

¿Qué pretendemos los Podólogos al interesarnos por MEDICUS MUNDI? Ante todo, quede bien claro que se trata de una obra presidida por el ALTRUISMO, y todos debemos ser conscientes de ello.

En defensa de los derechos humanos, creemos que podemos conseguir para el pie su mejor estado de salud, cualquiera que sea su raza, condición social, religión u opinión política, igual aquí, en Barcelona, Catalunya, España, como en Africa. Para conseguirlo hemos formado un equipo abierto a todos, que, con la ilusión puesta como base en la Salud del Pie, la Podología Española, y, cómo no, en los podólogos que empiezan a practicar lo que a mí me parece la más maravillosa profesión, es por lo que me atrevo a hacer este llamamiento a todos los podólogos para que se unan a esta OBRA de MEDICUS MUNDI, la cual nos permite una Autonomía del tercio del total de las cuotas satisfechas, que nos servirá para recibir

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

Infale

CONTRAINDICACIONES: No existen.

INFALINA CORTISONA		INFALINA	
Fórmula por gramo			
Sulfato de Neomicina (equivalente a 3,5 mg. Neomicina base)	5 mg.	Sulfato de Neomicina (equivalente a 3,5 mg. Neomicina base)	5 mg.
Bacitracina de zinc	300 U. I.	Bacitracina de zinc	300 U. I.
Tirotricina	2 mg.	Tirotricina	2 mg.
Hemi succinato de Hidrocortisona	10 mg.	Ac. undecilénico	10 mg.
Para oxibenzoato de metilo	10 mg.	Undecilinato de zinc	50 mg.
Oxido de zinc	50 mg.	Oxido de zinc	50 mg.
Excipientes grasos c. s. para	1 gr.	Excipientes grasos c. s. para	1 gr.
Tubo 6 gr. 56'60 Ptas..		Tubo 24 gr. 68'15 Ptas	

información de las enfermedades tropicales, conocer los distintos estadios de la Biomecánica del pie, que no ha usado nunca calzado, según la función del mismo, edad, sexo o raza. Toda esta información, la recibiremos por medio de radiografías, diapositivas y algún viaje que realizaremos al Camerún para calibrar in situ, la forma más adecuada de prestar nuestra ayuda profesional. Quede bien claro que los desplazamientos serán costeados por el interesado; ello nos obliga a hacer una especie de balance de nuestros conocimientos de materiales y técnicas que de momento conocemos y disponemos, y lo que nos falte, lo iremos a buscar donde sea: nuevos materiales o nuevas técnicas para conseguir el mejor estado de salud del pie; todos los resultados que obtengamos, los expondremos en charlas, coloquios, etc., que iremos organizando por toda España. Quizá cuando este escrito salga a la luz ya se habrá celebrado una Asamblea para el nombramiento de la Junta o Comité de podólogos de Medicus Mundi, y otros actos cuyo orden del día se mandará oportunamente.

El importe anual por pertenecer como miembro activo podólogo a Medicus Mundi es de TRES MIL pesetas; dicha cantidad puede fraccionarse a comodidad, según el boletín de suscripción que se adjunta. La dirección del Secretariado Nacional, es en calle Lauria, 104, pral. Barcelona-9.

«NO DIGAS: Esto no es cosa mía, porque tú y todos nosotros somos deudores de otro, de todo lo que gozamos; música, arte, literatura y medicina. Es un reto que nos ha sido lanzado y una responsabilidad que nosotros los hombres civilizados, debemos aceptar.»

(*Tom Dooley*)

Y ahora sólo me resta expresar nuestro agradecimiento, el de todos los componentes del COMITE de PODOLOGOS de MEDICUS MUNDI, a nuestros amigos y compañeros, DIRECTOR y EQUIPO DE REDACCION de nuestra REVISTA NACIONAL DE PODOLOGIA, que es el ORGANO más representativo de nuestra profesión por la inserción de mi artículo.

Por el Comité de Podólogos de
MEDICUS MUNDI
Joaquín Solé Cuch

BOLETIN DE INSCRIPCION

D. .....

domiciliado en ..... calle .....

de profesión ..... desea inscribirse a

MEDICUS MUNDI en España, delegación Barcelona, con la cantidad

(1) mensual
trimestral
semestral
anual

de ..... ptas.

Cobro (2) (por entidad bancaria, domicilio, reembolso .....).

Barcelona, ... de ..... de 19 .....

---

(1) Cuota mínima para médicos, farmacéuticos y podólogos . . . . 3.000 ptas. anuales.
» » » otros sanitarios . . . . . 1.500 » »
» demás socios . . . . . Voluntaria

(2) Para la máxima economía y simplificación del cobro, se ruega que el pago se efectúe a través de una entidad bancaria.

AUTORIZACION BANCARIA

..... a ..... de ..... de 19.....

Entidad Bancaria o Caja de Ahorros .....

Dirección .....

Muy Sres. míos:

Ruego a Vdes. se sirvan cargar en cuenta los recibos a mi nombre, presentados por Médicus Mundi y hasta nuevo aviso, de la cantidad de Ptas. ....., mensual, trimestral, semestral, anual (táchese lo que no proceda).

Aprovecho la oportunidad para saludarles muy atentamente.

Firma,

N.º de Cuenta ..... Titular de la cuenta.....

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.

MAFRE
Instruments

FRESCO

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

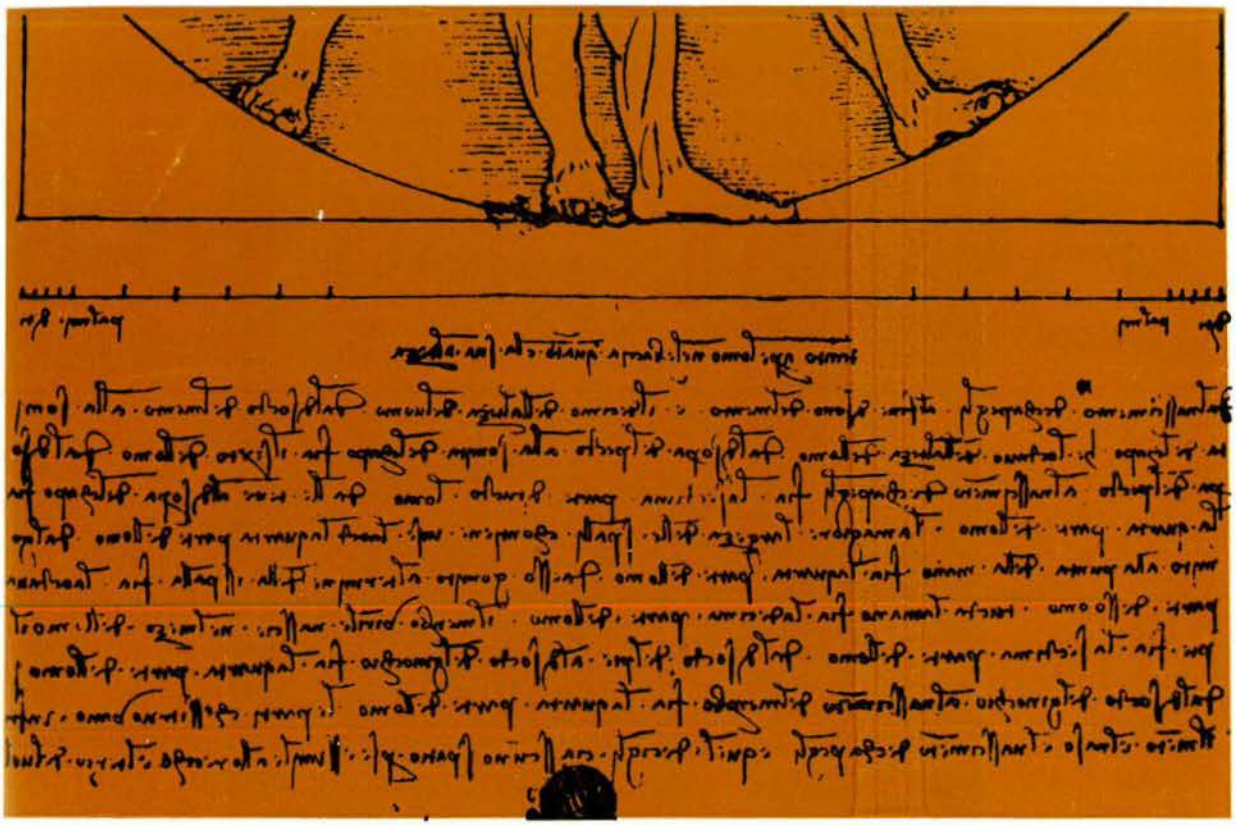
SERRIN PARA PODIASIN

MASCARILLAS

EQUIPO PODOLOGIA - Metálicos y de madera forrada

FRESAS DIAMANTADAS

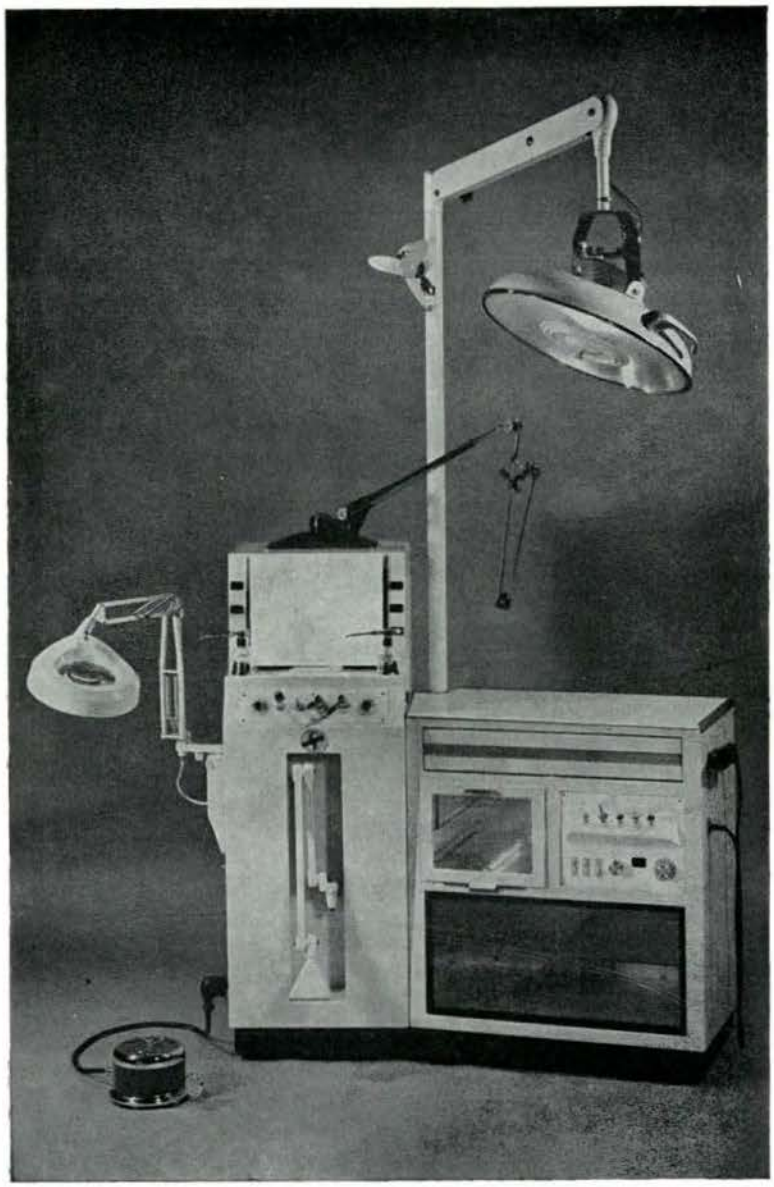
... y todo lo que Ud. desee puede encontrarlo con solo hacer la consulta



REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

A.P.E. Septiembre - Octubre

n.° 59 1977



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.°, 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.°, 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

3 Junta de Gobierno

5 Editorial

7 Torsión tibioastragaliana

23 La osteotomía del espolón calcáreo

27 Historiando el calzado

37 Labor docente

40 La Podología en el mundo

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 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.°	D. ZACARIAS GARCIA ANDRES	Madrid
Vice-Presidente 2.°	D. ISAIAS DEL MORAL CEJALVO	Valencia
Secretario General	D. JOSE A. CALVO GARCIA	Zaragoza
Vice-Secretario	D. FRANCISCO 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	Málaga
Vocal	D. ANTONIO GUTIERREZ VELASCO	Barcelona
Vocal	D. JOSE OLCINA MORALES	Alicante

DELEGADO DE ZONA

D. José M.ª Báez Basauri. Mayor, 27, 6.°. Las Arenas. BILBAO.
D. José Luis Inchaurrondo. Paseo de Colón, 65. IRUN.
D. Juan Vidán Torres. Preguntoiro, 10. SANTIAGO DE COMPOSTELA.
D. Zacarías García Andrés. S. Madrona, 36. MADRID.
D. José Antonio Calvo García. Coso, 77, 5.°. ZARAGOZA.
D. Evaristo Rodríguez Valverde. Córcega, 505. BARCELONA.
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.°. MALAGA.

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. Evaristo Rodríguez Valverde.**
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.
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: Su Delegado Provincial.
SAN SEBASTIAN: **Sebastián Tenés Iturriza.**
STA. CRUZ DE TENERIFE: **D. Armenio Méndez.**
SEGOVIA: **D. Francisco García.**
SEVILLA: **José Cañero Ramos.**
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.**

cuando aprieta el dolor...

Algesal®
espuma

espuma antirreumática, analgésica, antiinflamatoria

COMPOSICION: Laurilsulfato de nopoxamina, 10 mg.; Salicilato de dietilamina, 100 mg.; Excipiente c.s.p. 1 gr. de emulsión.

INDICACIONES: Terapia percutánea del dolor local, dolores reumáticos, articulares y musculares, torceduras, tortícolis, lumbago y otros de parecida naturaleza.

POSOLOGIA Y MODO DE EMPLEO: Aplíquese varias veces al día una cantidad suficiente de espuma según la extensión de la zona dolorosa, practicando una suave fricción hasta su completa absorción.

EFECTOS SECUNDARIOS: Hasta el momento no se han observado.

CONTRAINDICACIONES: No se aplicará sobre heridas abiertas ni mucosas.

PRESENTACION Y P.V.P.: Envase con 30 gr. de emulsión, 257,90 Ptas.

KALI-CHEMIE ARZNEIMITTEL

KALIFARMA, S.A.

Apartado 12.068 - BARCELONA - Tel. 239 29 07
Madrid, Tel. 276 92 76 - Sevilla, Tel. 21 39 22
Valencia, Tel. 324 63 06 - Bilbao, Tel. 441 66 54

EDITORIAL

La cadena cíclica del tiempo se repite, y una vez más dejamos atrás las largas y cálidas tardes veraniegas para adentrarnos en el gris invierno, a través de este paso obligado por la época otoñal. Si, el verano marchó, pero su marcha nos ha traído otra vez el trabajo, los nervios, las prisas y los problemas sociales. El ha servido a los unos para reflexionar sobre sí mismos y a través de la reflexión llegar a una actuación mejor, más humana; a los otros para aprovechando ese «letargo» de la sociedad, lanzar sus ataques, muchas veces incontrolados y sin fundamentos, para apoyándose en esa masa silenciosa, pero humana, lograr no los objetivos de una sociedad o sector, sino sus propios propósitos.

Así, si observamos, los estudiantes piden muchas cosas, pero los que de verdad quieren estudiar, sólo piden estudiar y cooperar en la medida de sus fuerzas para hacer posible esa ilusión; los trabajadores de tal o cual sector se manifiestan, pero lo único que piden es paz y trabajo, y para que esas premisas se cumplan se necesitan unos medios. ¿Por qué todo el mundo pide, unos con razón y otros sin ella? ¿Por qué vivimos en una sociedad de disconformismo? Muy fácil, porque esa sociedad está enferma, y aunque su mal sea hoy puramente funcional, la está dañando en lo más profundo de su sistema, y acabará siendo orgánico. Necesita un diagnóstico y un tratamiento. Una cura de urgencia sólo solucionará los síntomas más alarmantes, calmará el dolor o bajará la fiebre, pero con ello sólo se conseguirá empeorar el proceso, a no ser que inmediatamente establezcamos un tratamiento específico para el trastorno que nos ocupa.

La enfermedad que sufre nuestra profesión, que no deja de ser la consecuencia de la que afecta al país, no se puede tratar a base de parches. Requiere el análisis exhaustivo, y para llegar a establecer el diagnóstico y tratamiento definitivo, empezar por su historia clínica, por su anamnesis, ya que los síntomas van ligados a la evolución. Para confeccionar una historia clínica correcta que nos lleve al diagnóstico, necesitamos de la participación y orientación de quienes la conocen, de quienes han guiado sus primeros pasos, es decir de sus progenitores. Lo que ocurre es que, al igual que sucede en el seno de una gran familia, los hijos se han hecho ya mayores. Unos tienen el carácter fuerte, otros son más individualistas, los otros se han criado con exceso de mimos, y ahora no quieren perder esa posición en la que durante años han subido. Pero ahora estamos en una situación crítica ante la cual toda la familia que parecía tan desunida no tiene más solución que hacer un bloque, porque en sí las diferencias que existan entre unos y otros no eran

más que distintas formas de ver las cosas, y muchas veces la consecuencia de una libertad excesiva que los ha hecho subir con demasiado orgullo a todos. Ahora que nuestra familia está enferma, debemos unirnos si queremos salvarla y para ello es necesario que las decisiones sean tomadas en común, pero siempre guiadas por la versión del padre que es pieza insustituible a la hora de confeccionar la historia clínica. Todos debemos objetar y aportar nuestros conocimientos al respecto, pero reflexionando, intentando comprendernos, perdonar, y si es necesario rectificando un poco. Esta es la única forma de hacer correctamente un tratamiento efectivo a través de un diagnóstico exacto, consecuente de un análisis de todas las partes involucradas y apoyándonos en una anamnesis veraz y completa.

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

Torsión tibioastragalina

Por LUIS PASCUA SAN MIGUEL
Podólogo — León

El trastorno singular más común específico de la raza humana, del cual más del 40 % somos herederos en potencia, es la torsión tibioastragalina, medial. Esta deformidad consiste en: 1.º Rotación interna axial y addución del tercio distal de la diáfisis tibial. 2.º Gran desviación hacia el lado tibial de la posición del techo tibial de la mortaja tibioperonea, junto con el astrágalo «encarrillado» (talón varus). 3.º Exagerada deformidad mediotarsiana en equino. 4.º Ostensible restricción de la dorsiflexión del retropié contra la tibia y 5.º Ligera separación de la articulación tibioperonea distal.

En todos los casos este trastorno es consecuencia de una posición intrauterina viciosa por retardo de la rotación de la cadera durante el desarrollo de la configuración geométrica PELVOFEMOROTIBIAL y por la cinética de la rotación axial, con cruzamiento de las piernas a nivel del tobillo durante las semanas octava a la décima de la vida fetal, rasgo que es propio de nuestra especie.

GEOMETRIA DEL DESARROLLO DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES. — Para captar el sistema de encarrilamiento de las extremidades junto con la torsión, es menester que se posea un concepto de la rotación axial de los miembros inferiores.

En la Embriología de la quinta semana las extremidades inferiores parecen aletas. En la semana octava a la décima ocurre la declinación del cuello femoral como acontecimiento estrictamente mecánico, pues tiene lugar mientras la rodilla adapta una actitud de flexión concomitante. Mientras que esta actitud flexionada, ocurre un acortamiento biomecánico cuando el muslo flexionado rota 45º sobre su propio eje, por fuera de la espina ilíaca anterosuperior. Este acontecimiento, merced a la tracción que ejerce el psoas mayor, determina la anterotorsión del cuello del fémur (ley del torque o par motor).

Para mantener en cero la función del conseno de 90º se requiere una desrotación femoral equivalente a 45º, lo cual la mayoría de las veces se manifiesta con arqueamiento o torsión del fémur. Esta desrotación ocurre a la parte a nivel de la región supracondílea del fémur.

La tibia y el peroné corren muy juntos y en paralelo, y esto contribuye a un desarrollo geométrico exacto en copa de vino, pero, en cambio, cuando falta por completo la rotación axial, tenemos la forma geométrica rectangular de los elementos pelvofemorotibiales del hombre primitivo.

MECANICA PATOLOGICA. — En los casos de retardo unilateral de la rotación axial en la cadera flexionada y cruzamiento de las piernas después de lo normal, la superposición del tercio inferior de la tibia hace que ocurra torsión tibioastragalina en este segmento tibial, con un astrágalo encarrilado y equino o equinovaro

mediotarsiano. Cuando después de nacer desaparece la sujección que imponía la pared uterina, el psoas, que había quedado rezagado a nivel de la cadera recupera el terreno perdido y completa la rotación axial, de modo que las piernas quedan parelelas y juntas, pero en la pierna afectada el trastorno de la torsión tibioastragalina persiste.

En los casos de retardo bilateral de la rotación axial, el cruzamiento de las piernas ocurre en el tercio distal de la tibia y se instala la torsión tibioastragalina medial bilateral. Por lo tanto, en la evolución antropométrica el cruzamiento de las piernas in utero convierte a la geometría rectangular de la región pelvofemorotibial del hombre primitivo en el objeto del hombre, que es la geometría en vaso de vino del Homo sapiens. Menos del 40 % de las personas alcanzan este objetivo, el 20 % se ajustan y el 40 % se adaptan.

KINESIOLOGIA DE LA PIERNA INFERIOR; TOBILLO Y PIE. — Nueve de los 11 músculos largos del pie cruzan las articulaciones tibioastragalinas y subastragalina, y excepto el tríceps sural y el plantar delgado, también la articulación mediotarsiana. Además ninguno de estos músculos largos se insertan en el astrágalo, al que se considera la piedra angular de la unidad mecánica del tarso. Esto introduce una interdependencia dinámica en las articulaciones que giran alrededor del astrágalo, porque casi todos los músculos largos accionan sobre todas las articulaciones.

A nivel de la articulación del tobillo, la Flexión Plantar está a cargo del tríceps sural (Gastrocnemio y soleo) y el plantar delgado a través del Tendón de Aquiles, que se inserta en la superficie posterior del calcáneo, al cual los músculos elevan durante la marcha. Además, el flexor largo de los dedos, el flexor del dedo gordo, el tibial posterior y los peroneos laterales largo y corto, contribuyen a la Flexión plantar. El Tríceps sural es uno de los complejos musculares más potentes del cuerpo.

Los Flexores dorsales de la articulación del tobillo son los dos músculos más carnosos, el tibial anterior y el extensor de los dedos, y el extensor del dedo gordo y el peroneo anterior. Los esfuerzos combinados de los flexores dorsales representan una capacidad de trabajo de alrededor de la cuarta parte, en relación con los flexores plantares, esto se debe en parte al desarrollo y en parte a los factores mecánicos. El desarrollo del tríceps sural fue el prerrequisito de la postura erecta y de la elevación del centro de gravedad del cuerpo. El hecho de que la línea de la gravedad caiga por lo general delante de la articulación del tobillo, hace que el componente rotatorio de la gravedad sea un potente flexor dorsal del pie, al cual el tríceps sural se opone para mantener el equilibrio. En la torsión tibioastragalina este complejo es responsable de la hiperextensión de la rodilla (genu recurvatum).

A nivel de la articulación subastragalina el principal supinador, es el tibial posterior, que transcurre en su corredera a modo de polea detrás del maléolo interno y debajo del sustentáculo, para ir a insertarse en la tuberosidad del escafoides y las cuñas. Por lo tanto recorre las tres articulaciones (tobillo, subastragalina y mediotarsiana), siendo asistido por el Flexor largo del dedo gordo, que cruza al flexor largo de los dedos en la planta del pie y va a la base de la falange terminal del dedo gordo. El flexor común largo del dedo gordo también contribuye a la supinación. El tibial anterior puede pronar o supinar hasta la posición intermedia, convirtiéndolo en actitud de supinación en pronación y viceversa. En términos de acción dinámica, se considera a este músculo el motor principal de Flexión dorsal y desaceleración del pie.

Los pronadores esenciales a nivel de la articulación subastragalina que actúan en la corredera del maléolo peroneo, son los peroneos laterales largo y corto, a los cuales contribuyen los extensores comunes de los dedos y el peroneo anterior.

Si comparamos la capacidad de trabajo de los supinadores y pronadores, en relación con la articulación subastragalina encontramos que es de alrededor de 2 y medio a 1. La diferencia de fuerza se debe a que el peso actúa como fuerza pronadora.

La locomoción plantígrada que alcanza el hombre en el 60 % de la población, coloca al pie en ángulo recto en relación con la pierna e introduce cierto reordenamiento de la musculatura, como por ejemplo la formación de los peroneos laterales corto y largo, pues notamos que estos tendones que están detrás del eje de la articulación del tobillo, cambian de flexores dorsales en flexores plantares y adoptan una

función propulsora. El maléolo peroneo, con su redondeamiento y su surco sirve de polea para los dos músculos peroneos. Con el creciente esfuerzo aplicado en el arco anterior a causa de la locomoción plantígrada, el peroneo lateral largo emigró a través de la planta del pie y a causas de su inserción en la base del primer metatarsiano, ahora actúa como tensor, sujetando el arco del pie para que no se venza.

En el 40 % de la población en que esto no sucede, la falta de una elevación adecuada del retropié produce desviación posterior de la tibia proximal (hiperextensión de la rodilla), con reordenamiento adicional de la musculatura, en particular en las situaciones en que se altera el eje de la pierna, tobillo y articulaciones del pie en los síndromes de torsión tibioastragalina.

MOVIMIENTO Y EJES DE LAS ARTICULACIONES DEL TOBILLO Y PIE EN LA TORSION TIBIOASTRAGALINA. — El movimiento de bisagra de la flexión y extensión de la articulación del tobillo no deja lugar a dudas en el 60 % de las personas, porque el pie se mueve como una sola unidad junto a la mortaja del tobillo, pero si no se entienden la índole y extensión exacta del movimiento que tiene lugar en condiciones normales y patológicas a nivel de las articulaciones principales del pie en el 40 % de las personas que tienen una torsión tibioastragalina, se suscita cierta confusión.

En la articulación subastragalina, el retropié se prona y se supina a lo largo del eje mayor del pie. En las articulaciones mediotarsianas ocurren movimientos en tres planos: Adducción y abducción, planti y dodsiflexión, e inversión y eversión.

Al contemplar la planta del pie se aprecia una combinación de supinación (varus) del retropié y adducción y eversión del antepié. Si se comprenden los diversos planos cardinales del movimiento y del cuerpo, resulta más fácil evaluar esta acción armónica de la función locomotriz del pie. Cuando examinamos la articulación tibioastragalina en actitud de pie, el eje puede considerarse horizontal, pero los dos ejes no son paralelos. Cuando el eje de la articulación de la rodilla está estrictamente en el plano frontal, con la rótula mirando directamente hacia adelante, el eje de la articulación del tobillo es oblicuo desde afuera y atrás hacia delante y adentro concordando con la rotación externa del extremo inferior de la tibia (figura 1).

En la torsión tibioastragalina el pie está rotado hacia dentro en relación con la articulación de la rodilla. A causa de esta oblicuidad del eje de la articulación del tobillo hacia arriba y adentro en la flexión dorsal y hacia abajo y afuera en la flexión plantar.

A nivel de la articulación del tobillo, la mortaja gobierna el grado y dirección del movimiento del pie (astrágalo) en el plano sagital estableciendo la trayectoria del antepié por medio del cuello direccional del astrágalo. La articulación del tobillo satisface el ajuste de la línea gravitacional en la posición del pie y cubre las exigencias de la propulsión y la restricción de la marcha en dirección sagital. En situaciones normales, el único movimiento de la articulación del tobillo es la rotación alrededor del eje transversal o sea el movimiento de flexión y extensión.

Observando con detenimiento la porción cartilaginosa de la superficie articular al costado y poco por detrás del cuerpo del astrágalo, notamos que la troclea de este hueso es mucho más ancha por delante que por detrás, existe un

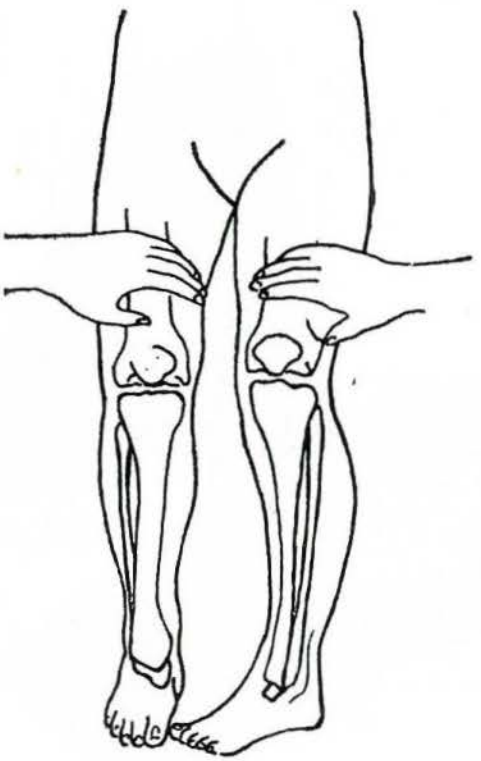


FIGURA 1. — Torsión tibioastragalina, rótula vertical.

Taberner®

CALZADO FISIOLOGICO INFANTIL

Características anatómicas:

- Confeccionado con materias naturales de primera calidad.
- Horma racional para un correcto desarrollo del pie.
- Contrafuerte consistente que asegura una adecuada sujeción.
- Palmilla interior de legítimo cuero.
- Enfranque resistente.

OSCAR 1975 AL MEJOR DISEÑO DE CALZADO INFANTIL

OSCAR 1976 AL DISEÑO MAS ANATOMICO EN CALZADO INFANTIL

patrocinado por la
Comisión Española Pro Suela de Cuero

Calidad garantizada por

GREGORIO TABERNER, S. L.

Llucmajor (Mallorca)

Weyler, 53

Teléfono (971) 66 01 56

movimiento lateral prácticamente desdeñable cuando la tibia se haya asegurado con firmeza contra el astrágalo y éste queda encarrilado. A medida que el astrágalo se mueve sobre la tibia fija, tampoco se detecta ningún movimiento en espiral o tirabuzón.

Los movimientos normales de la articulación del tobillo (la amplitud de movimientos) está comprendido entre 25 % de flexión dorsal y 40 % la flexión plantar, o sea un arco total de 65°, pero en un 40 % de personas vulnerables la flexión dorsal se limita por el contacto del astrágalo con el borde anterior de la tibia y por la tensión del tríceps sural, de la capsular posterior y del segmento posterior de la porción posterior del ligamento colateral.

La flexión plantar, a su vez, se limita por el contacto de las apófisis posteriores de astrágalo con el borde posterior de la tibia y por la tensión de la cápsula anterior, de los tendones extensores y de los segmentos anteriores de los ligamentos colaterales.

En la mayoría de los casos la única dirección de movimiento irrestrivo ocurre en torno a un eje oblicuo desde fuera, atrás y abajo hacia adentro, adelante y arriba. En virtud de esta oblicuidad, el movimiento en torno a este eje es, en términos de planos de orientación, una combinación de supinación, adducción y plantiflexión en una dirección y de pronación abducción y dosiflexion en otra.

Si el movimiento fuese en mecedora, hallaríamos que por lo menos la carilla posterior se abriría por fuera en supinación y por dentro en pronación. Como en la situación normal esto no sucede, debemos de llegar a la conclusión de que el movimiento no es deslizante sino un movimiento compuesto en torno a una sucesión de ejes instantáneos, o sea movimiento un tanto bamboleante o como dijo Fick un deslizamiento desplazado.

Esto reviste suma importancia biomecánica en el pie plano, en que se podría plantear cierta polémica sobre si el deslizamiento puede ocurrir no sólo en torno del eje sagital, sino también a un eje vertical. ¿Puede ser que exista un movimiento rotatorio del cuerpo del astrágalo, de modo que el cuello y la cabeza se desplazan a su alrededor como las manecillas de un reloj? Por supuesto hay manifestaciones suficientes de que en condiciones patológicas, como la torsión tibioastragalina medial, ocurre desliza-

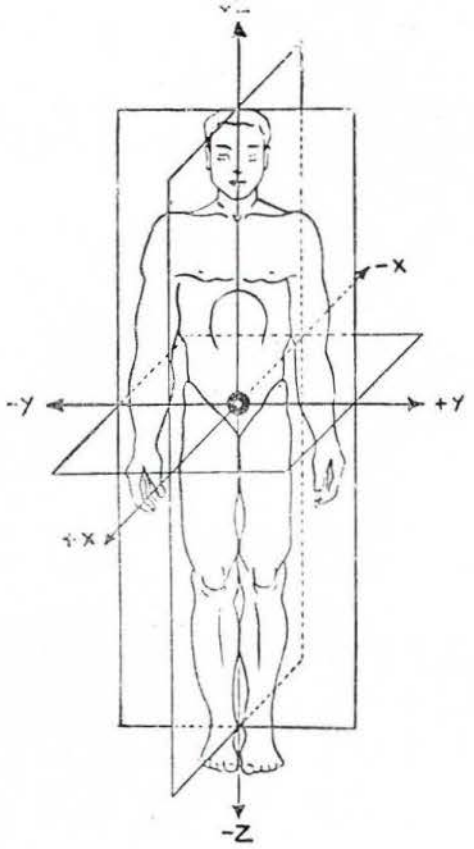


FIGURA 2. — Orientación general de los planos del cuerpo humano. YZ, plano frontal; XZ, plano sagital; XY, plano trasverso. O (origen) es el centro común de gravedad. (Steindler.)

miento rotatorio entre el astrágalo y el calcáneo a nivel de las carillas posteriores media y anterior, y que esto también conduce a la instalación del pie plano valgo.

La articulación subastragalina está entre el astrágalo, clave mecánica de la unidad y del calcáneo, que sostiene el retropié. Como permite el movimiento en el plano frontal, controla la desviación lateral de la línea de gravedad.

Esta articulación tiene tres carillas: una posterior, una media y otra anterior. En la carilla posterior, la superficie inferior del astrágalo enfrenta a la carilla cuadrangular del cuerpo del calcáneo. En la carilla media, el segmento anterior del cuerpo del astrágalo y la base del cuello de éste se hallan en aposición con la superficie articular del sustentáculo, y en la carilla anterior el lado lateral de la cabeza del astrágalo está en contacto con una área pequeña, en

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)

el extremo interno y anterior del apófisis anterior del calcáneo.

El fuerte aparato ligamentoso cubierto de cartílago que conectan el sustentáculo con la articulación astragaloescafoidea, asegura la articulación subastragalina. Este ligamento también forma la porción plantar y medial del segmento astragaloescafoideo de la articulación mediotarsiana.

La articulación mediotarsiana o de Chopart, que interrumpe la estructura del pie en el centro del tarso, satisface las demandas de propulsión en la virtud de su acción de resorte. El principal segmento del pie está más allá de esta articulación, y corrige o se adapta contra el retropié, que provee a la placa del antepié suficiente movimiento para permitir la aposición completa con el piso, no importa la posición o la actitud que adopte el segmento proximal. La articulación mediotarsiana posee dos componentes: una mitad medialastragaloescafoidea, que funciona con la articulación subastragalina (articulación subastragalina anterior), y una mitad lateral situada entre la apófisis anterior del calcáneo y cuboides. En realidad esta articulación calcaneocuboidea permite tres grados de movimiento: frontal, sagital y transverso. Sin embargo en condiciones usuales sólo tiene importancia el movimiento en el plano frontal, o sea en dirección de la eversión e inversión.

Además, tiene en cuenta los movimientos compensadores entre el antepié que está delante de la articulación y el segmento del retropié que está detrás. Aparte de esto, la articulación calcaneocuboidea permite que el segmento frontal o antepié entable un íntimo contacto con el suelo mientras el retropié cumple la función de pronación y supinación y si incluimos también a la articulación astragaloescafoidea, de movimientos de abducción y adducción. Las articulaciones tarsometartasianas permiten movimiento, a lo sumo mínimo a nivel de la base del primer metatarsiano y de la primera cuña.

En las bases de los metatarsianos segundo y tercero ocurre un grado mínimo de plantiflexión al abducir el pie y grado mínimo de dorsiflexión al abducirlo. Las articulaciones metatarsofalálgicas tiene tres planos de movimiento. El más importante es en el plano sagital, en que ocurre extensión con ajustes más finos voluntarios entre los metatarsianos y los dígitos (dedos) cuando el peso del cuerpo se proyecta hacia adelante sobre la base de la almohadilla anterior del pie durante el despliegue.

En esencia, las cuatro articulaciones se requieren para satisfacer las exigencias del mantenimiento de la línea de la gravedad dentro de los límites de las superficies de sustentación. En un 60 % de los individuos la línea gravitacional pasa justo delante del tobillo y en un 40 % por el eje escafocuneiforme. Este desplazamiento de la gravitación es necesario para permitir la postura erecta con una acción muscular balanceada, con la rodilla en hiperextensión y el ajuste secuencial del complejo psoasilíaco-semimembranoso-semitendinoso, y por último, el epifenómeno del equilibrio de las curvaduras de la columna vertebral.

SEMIOLOGIA DE LA TORSION TIBIOASTRAGALINA. — Una manera común de hacer el examen somero del lactante mayor y niño, consiste en sentar al paciente en el borde de la camilla. Con las rollas en 90° de flexión, se sostiene pasivamente el pie en 90° y se utiliza el eje del plano transcondíleo del fémur para compararlo con el eje de la articulación del tobillo. En esta exposición propongo un método exacto para reconocer y determinar la dirección y magnitud de la torsión tibioastragalina. Con estos parámetros confeccionamos una carta que nos permite diagramar una evolución exacta que comprende diagnóstico, pronóstico y tratamiento conservador o quirúrgico. En el lactante pequeño y todas las edades, el método exacto para determinar la dirección y grado de torsión y de angulación, lo cual suele existir, es:

Como punto de referencia se toma el plano, transcondíleo, trazado a lo largo de la cara posterior de los cóndilos del fémur. Con el paciente en decúbito dorsal parcial y el fémur y la pierna extendidos sobre una superficie plana, los cóndilos posteriores tocan la camilla o la mesa, y por lo tanto determinan de una extremidad distal con respecto a la angulación o torsión. Además el eje sagital de la rótula es perpendicular a la camilla. Las radiografías anteroposteriores tomadas en esta posición demuestran la índole o magnitud de toda deformidad angular coexistente en el plano frontal; se pueden tomar placas anteroposteriores del pie, con la extremidad en la misma actitud, para captar el grado y dirección de la torsión tibioastragalina y el ensanchamiento de la articulación tibiope-

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.
224,— 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.
118,— ptas.

INFAR NATTERMANN

Apartado 400 - Zaragoza Infanta Carlota, 84-88 Barcelona-15

ronea distal. Las radiografías anteroposteriores del pie también contribuyen a determinar el ángulo astragalocalcáneo. Se toman incidencias laterales de rutina para determinar el grado de arqueamiento anterior de la diáfisis tibial.

Las radiografías anteroposteriores y laterales comunes de las piernas y de los pies, con el paciente de pie, ofrecen muchos datos, como verticalidad de la diáfisis de la tibia, declinación anteroposterior del techo de la tibia, grado de arqueamiento medial de las diáfisis de la tibia y magnitud de la dorsiflexión del astrágalo sobre la tibia. Estas vistas radiográficas también acusan la índole, extensión y localización del trastorno para prescribir calzado, férulas dinámicas, yesos de destorsión u ostotomías con fines correctivos. Hay que tener en cuenta que cada sección debe medirse en forma individual para emprender el tratamiento en condiciones más apropiadas.

RASGOS CLINICOS. — Los síntomas y signos que aparecen en la torsión tibioastragalina medial dependen de si las compensaciones adaptativas ocurrieron en sitios distales o proximales con respecto a la torsión tibial.

En la torsión tibioastragalina medial, cuando el individuo apoya el talón en el piso y el pie rueda hacia dentro, hay posición varus del talón y el arco mediotarsiano adquiere un aspecto de metatarsus adductus. La presencia de la tibia valga y vara o un genu recurvatum depende del grado de torsión tibioastragalina medial y de la plantiflexión mediotarsiana y de la índole de adaptación al stress a que está sometido el Tendón de Aquiles y las estructuras capsulares. Además cuando el antepié sigue los dictados del astrágalo encarrillado la dorsiflexión del retropié es relativamente completa en el lactante (no hay sustentación) mientras que en el niño mayor la dorsiflexión del retropié está restringida en la dirección del astrágalo. Sin embargo colocando el antepié en posición neutra o aducida e invertida, el pie posterior está en varus. Cuando la articulación del tobillo está en posición neutra, son posibles la dorsiflexión a nivel de la articulación metatarsiana, la tensión del Tendón de Aquiles y de la estructura capsular del tobillo y la dorsiflexión del tobillo y del arco metatarsiano.

La torsión tibioastragalina se determina clínicamente examinando al niño en decúbito dorsal sobre la camilla. Se presiona sobre ambas rodillas sobre la camilla manteniendo una aproximación paralela de los cóndilos femorales posteriores: el eje sagital de la rótula es perpendicular. En el caso unilateral el pie está rotado con respecto al opuesto, que se halla en posición neutra. En un compromiso bilateral avanzado, aproximando bien las rodillas y cruzando las piernas justo por encima de los tobillos, se demuestra el grado de arqueamiento medial de la diáfisis tibial y el grado de torsión.

Otra prueba confiable para la torsión tibioastragalina medial es fijar también la extremidad con la rodilla en extensión. Aplíquese el pulgar sobre el calcáneo, el cuello del astrágalo y el índice y el mayor sobre la cara posterior del calcáneo, e inténtese doblar el pie hacia fuera, más allá de la línea media de la extremidad. En presencia de torsión tibiostragalina, la magnitud de la desviación del pulgar contra el cuello del astrágalo es menor de 5°.

El equino mediotarsiano se demuestra con el retropié en ángulo recto de la diáfisis tibial, ejerciendo firme presión con el pulgar contra el retropié, permitiendo que el antepié se flexione en el tarsomedio. En el niño mayor y en el adulto, colocando los talones (retropié) sobre un taco de madera de 5 a 7,5 cm. de altura o al borde de la camilla, también se demuestra el grado de equino mediotarsiano.

Se coloca al paciente de costado, con el muslo y la rodilla en 90° de flexión descansando en una elevación o en caso de lactante o niño, se puede adoptar la misma posición en la camilla sin elevación. En ambos casos el pie rota hacia dentro hasta el grado de la torsión de la tibia. Se discierne así el grado de arqueamiento de la diáfisis media. Si en esta misma posición se comprime el tobillo medial contra la mesa, se nota elasticidad de la tibia hasta la edad de dos o tres años.

TRATAMIENTO. — Para el 40 % de la población no existe calzado apropiado. Esta gente debe adaptarse al calzado que se fabrica para el 60 % restante que puede alcanzar cualquier tipo de calzado o andar descalzo.

cuando sus dos pies son dos problemas...

Use Pusek®

desUdorante y desOdorante
de los pies

Y AHORA TAMBIEN

NUEVO

Pusek®

ARCANDOL

SPRAY

para pies *ARdientes*
CANsados
DOLoridos

DOS PRODUCTOS PARA...
DOS PROBLEMAS QUE SON...
DOS SOLUCIONES.

De acuerdo con los conceptos actuales hay un calzado apropiado y aparte para lactantes, niños pequeños y grandes, adolescentes y adultos de ambos sexos. En todos los casos el pie vulnerable debe calzar en el zapato y no el zapato en el pie. Las personas vulnerables tienen problemas para adaptarse a nuestros pisos de madera y cemento. En las adaptaciones los pacientes adquieren helomas, juanetes, dedos en martillo, espolones de calcáneo y pies pronados. Los zapatos para esta gente deben de diseñarse de acuerdo con los principios de bioingeniería para que sean equilibrados y permitan el buen sostén y elevación del retropié, evitando la aparición de los síndromes de torsión tibioastragalina. En la mayoría de los casos la población general podría usar el mismo tipo de calzado. Como en la actualidad no hay calzado especial para el grupo vulnerable, se debe examinar a los lactantes y a los niños en busca de signos de adaptación a la torsión tibioastragalina. Esto se reconoce con facilidad por el dolor subjectivo en las rodillas y los pies y por signos como rodillas hiperextendidas, dedos retraídos, pies pronados y piernas arqueadas. La necesidad de tratamiento correctivo se determina identificando los diversos parámetros radiográficos de torsión tibioastragalina. Se pueden colocar yesos para destorsión hasta los 2 a 3 años de edad, pero en el calar tibial avanzado se pierde la elasticidad de la tibia. Puede que esté indicado una ostiotomía de desrotación y angulación de la tibia proximal. En la mayoría de los casos el yeso para la destorsión se puede aplicar en la mayoría de los casos sin anestesia, pero los lactantes y niños que empiezan a caminar conviene una anestesia general durante muy poco tiempo.

Se envuelve toda la extremidad inferior con varias capas de algodón, manteniendo la rodilla en 90º de flexión. Se coloca la pierna distal y el pie en una actitud natural de aducción de la tibia distal, poniendo el astrágalo en posición fisiológica. Se aplica varias capas de venda yesada. Todos los dedos deben de quedar libres. En el cuadrante posterior de la tibia distal más o menos a dos o tres traveses de dedo por encima del maléolo externo se corta una cuña elíptica posterolateral de 3,8 cm. de diámetro transverso. Los extremos del corte se extienden por delante, detrás de la línea media. Luego se corta a través siguiendo el borde central de la ventana, y estos colgajos en forma de diente se elevan para evitar la compresión de los tejidos blandos después de la corrección manipulativa del yeso.

Se coloca la extremidad con el lado medial de la rodilla flexionada en 90º hacia abajo. El examinador toma desde atrás el segmento del pie rotado hacia dentro, que queda fuera de la camilla, y mientras deprime con una mano el yeso a nivel de la rodilla, con la otra hace una abducción y rotación externa simultánea del pie contra la tibia, cerrando así la ventana. Luego se aplican varias capas de yeso para mantener la corrección.

Por lo general se corrigen todos los aspectos de la deformidad, excepto el equino mediotarsiano, que se deja como estaba.

Cuando el yeso se aplica con excesiva corrección de una sola vez, se puede atentar contra la irrigación sanguínea. Este problema suele suceder más en el niño que empieza a caminar y que puede no tener elasticidad en la tibia. El yeso se deja 4 semanas en los niños muy pequeños y 5 semanas en los más grandes. A las cinco semanas se lo vuelve a aplicar. Raras veces hace falta un tercer yeso, pero si todavía se evidencian signos de inclinación astragalina o si persiste la adducción de la tibia, se debe enyesar. Retirado el yeso, se ajusta con una horma de sostén con un suplemento de 6 mm. para elevar el talón, dentro del zapato se ponen una talonera de corcho o fieltro grueso de 9 mm. El contrafuerte del zapato debe de ser de suficiente altura para que el talón no se salga. La altura de la corrección se determina por el grado de equino mediotarsiano. Se requiere un ajuste ceñido. Se usan botas tipo Piedro. Los dos primeros ojales de la bota no se acordonan para permitir cierto movimiento del tobillo.

Estas clases de botas correctivas deben de usarse en todo momento.

PIE EQUINO VARO CONGENITO O TALIPIES EQUINO VARO CONGENITO. — El nombre usal del pie zambo es el talipiés, equinovaro. Talipiés es toda deformidad del pie centralizada en el astrágalo. El pie zambo es una deformidad compuesta; en realidad debería llamarse talipiés torsión tibioastragalina medial.

Se considera este transtorno como una forma severa de la torsión tibioastragalina medial

infalina

pomada

en las infecciones cutáneas más diversas: bacterianas y/o micóticas, con o sin reacción alérgica

Infale

CONTRAINDICACIONES: No existen.

INFALINA CORTISONA	Fórmula por gramo	INFALINA	
Sulfato de Neomicina (equivalente a 3,5 mg. Neomicina base)	5 mg.	Sulfato de Neomicina (equivalente a 3,5 mg. Neomicina base)	5 mg.
Bacitracina de zinc	300 U. I.	Bacitracina de zinc	300 U. I.
Tirotricina	2 mg.	Tirotricina	2 mg.
Hemi succinato de Hidrocortisona	10 mg.	Ac. undecilénico	10 mg.
Para oxibenzoato de metilo	10 mg.	Undecilinato de zinc	50 mg.
Oxido de zinc	50 mg.	Oxido de zinc	50 mg.
Excipientes grasos c. s. para	1 gr.	Excipientes grasos c. s. para	1 gr.
Tubo 6 gr. 56'60 Ptas..		Tubo 24 gr. 68'15 Ptas	

relacionada con la rotación axial de las extremidades inferiores durante las semanas octava a la décima de la vida intrauterina.

TRATAMIENTO. — Procedimiento de elección suele ser conservador. El tratamiento debe iniciarse lo antes posible, o sea en las primeras semanas de la vida.

Aunque se acepta el método de Denis Browne para tratar el pie zambo, el hueso de Kite se presta más para corregir la adducción y el cavus, si no hay respuesta al yeso, estaría indicado una cuña de cierre dorsolateral sobre el cuboides.

En este punto de corrección de la deformidad de equinus con una cuña de yeso es un tanto dudosa, en muchos casos porque la corrección de la dosiflexión puede acarrear un pie en mecedora. Por lo tanto una vez corregido el antepié son mejor los yesos de destorsión. Después de cada serie de yesos se puede proveer de zapatos correctivos adecuados.

Dwyer ha contado la eficacia de la osteotomía en el calcáneo para corregir el varus del talón en la deformidad de pie zambo. En el pie zambo la fuerza del tendón de Aquiles se orienta hacia el borde interno del pequeño talón invertido y desde allí hasta la parte medial de la aponeurosis plantar y de este tendrón, no sólo aumentará el varus sino también arrastrando el antepié hacia el talón.

SINDROMES DE TORSION TIBIOASTRAGALINA. — Aunque en la torsión tibioastragalina medial los respectivos cambios adaptativos se observan con facilidad, es raro que se reconozcan, por lo que realmente son o sea secuelas inevitables de la torsión tibioastragalina medial. Vemos estas compensaciones en una variedad de formas, entre ellas: genu recuvatum, tibia vara, tibia valga y torsión tibial externa.

GENU RECURVATUM. — Esta es una adaptación común a la torsión tibioastragalina medial. Tenemos aquí la cabeza y el cuello del astrágalo en contacto con la base tibial, de modo que cuando el pie se aplica de lleno en el piso sobreviene hiperextensión de la rodilla o genu recurvatum. La deformidad que suele ser bilateral se evidencia estando de pie que acostado.

Lo que produce el fuerte empuje de la rodilla hacia atrás no es el Tendón de Aquiles corto, sino un astrágalo encarrillado (retropié varus) y un arco mediotasiano (arco interno) en flexión plantar exagerado, de modo que al aplicar en el piso el talón no sostenido, el Tendón de Aquiles y el tríceps se ponen en tensión, generando una fuerza retrógada intensa en la diáfisis tibial y articulación de la rodilla. Cuando se consigue la dorsiflexión del pie manteniendo la diáfisis del primer metartasiano en línea con el astrágalo el movimiento es considerable, pero al intentar este movimiento con la diáfisis mediotarsiana en posición neutra o abducida, las restricciones se ponen de manifiesto.

TIBIA VARA. — La tibia vara ocurre en la primera infancia. La pierna arqueada sólo afecta a la tibia, indicando que el trastorno está en la región metafisaria medial superior de este hueso, con un ligero incurvamiento a este nivel. El efecto de torsión astragalina medial exagerada y siempre hay un arqueamiento medial concomitante de la diáfisis tibial, varus del pie posterior y equipo mediotarsiano y metatarsus adductus del antepié.

Muchas veces la tibia vara se asocia con tibia recurvata o genu recurvatum.

El eje mecánico del fémur puede estar por dentro de la articulación de la rodilla. A veces encontramos la corteza tibial engrosada en el lado cóncavo o medial (calcar tibial), en particular después de los 18 a los 24 meses de edad. Los esfuerzos comprensivos se concentran en los cóndilos internos de la tibia, junto con esfuerzos tensionales de 45° en la diáfisis tibial, y sobreviene así la hipertrofia funcional.

Por supuesto es significativo que la articulación medial, así como el ligamento colateral lateral, se oponga en mayor grado a la distribución desigual de la presión. Además es bastante previsible que ocurran alteraciones degenerativas artósicas que varían según la edad del individuo, su peso corporal y sus hábitos posturales.

En el mantenimiento de la rotación tibioastragalina interna del pie mientras el plano de progresión transverso de la articulación de la rodilla sigue siendo vertical, el eje de la tibia se desvía en dirección varus. A nivel de la articulación del tobillo, en que el astrágalo está encarrillado en la mortaja del tobillo con oblicuidad varus del retropié, se ejerce un efecto

PIEDRO

OFRECE AL PODOLOGO:

cuatro distintos anchos
cuatro tipos distintos de suela

- **100 % cuero crupón marca-royal**
- **palmilla entresuela cuero y bloque de composición controlada**
- **íd., íd., íd. y crepé superior virgen**
- **100 % cuero crupón reforzado**

tres tipos distintos de tacón **(recto, estilo Thomas y recto con estabilización central)**

dos tipos de hormas (normal y recta)

ochenta distintos modelos y siempre:

Máxima sujeción de empeine y retropié
Espacio para el movimiento de dedos
Máxima calidad de materiales
Espacio para el crecimiento
Máxima indeformabilidad

PIEDRO INTERNATIONAL
En España

J. L. Vila-Plana
Conde Borrell, 211 - prta. 33
teléfono 93/239 53 06
Barcelona-15
telegramas: KIRITA-Barcelona
exposición: Conde Borrell, 87
(rogamos hagan cita)

PIEDRO

franco sobre la rotación interna del extremo proximal del eje de la tibia en dirección varus. Cuando sucede esto, por lo general la articulación subastragalina tiene que entrar en pronación compensadora para adaptar al pisado la porción posterior del pie. El encarrilamiento astragalino de la mortaja del tobillo durante la rotación interna de la tibia orienta el cuerpo y el cuello del astrágalo hacia una posición de adducción. Los grados leves de rotación interna del tobillo se compensan abduciendo el antepié a nivel de las articulaciones mediotarsianas, en tanto que la rotación interna más pronunciada arrastra consigo a todo el pie cuando el individuo camina patituerto.

Una vez que la curva varus del extremo proximal de la tibia se torna excesiva los esfuerzos estáticos y torsionales ejercen más efectos sobre el hueso en sí. La concomitante más común de la tibia vara es la displasia de la metafisaria proximal de la tibia (síndrome de Blount juvenil). Este trastorno se demuestra clínicamente ejerciendo presión digital sobre el borde posterior de la placa epifisaria proximal y aunque no suele ser discernible cuando se coloca a las rodillas con la rótula mirando hacia delante, el efecto del borde posterointerno de la tibia proximal se pone en evidencia tomando radiografías mientras las rodillas ruedan hacia fuera.

El tratamiento de la tibia vara suele ser quirúrgico. Estaría indicada la osteotomía desrotacional y angular del extremo proximal de la tibia. Se recomienda zapatos correctivos para el equino mediotarsiano exagerado.

TIBIA VALGA. — Cuando se produce la tibia valga, como adaptación compensadora de la torsión tibioastragalina, sería lógico decir que se observa en algún momento después de uno a tres años de edad, y también en cierta medida en el período rápido de crecimiento a los 14 y 17 años.

Cuando ocurre tibia valga como corrección adaptativa de la torsión tibial astragalina, la placa metafisaria del fémur distal se mantiene horizontal y el plano transcondíleo de la articulación de la rodilla se modifica poco o nada. Esto significa que el niño que camina con el pie en actitud de rotación externa con pronación del pie, exhibe cierto grado de tibia valga. Aquí mediante presión mecánica pura o torque, tenemos una supresión irregular del crecimiento epifisario lateral, con deformidad inevitable. En los casos de franca deformidad angular, las perspectivas de corrección espontánea de acuerdo con la ley de Wolff es mucho mejor que si hay pronunciada angulación y rotación localizada.

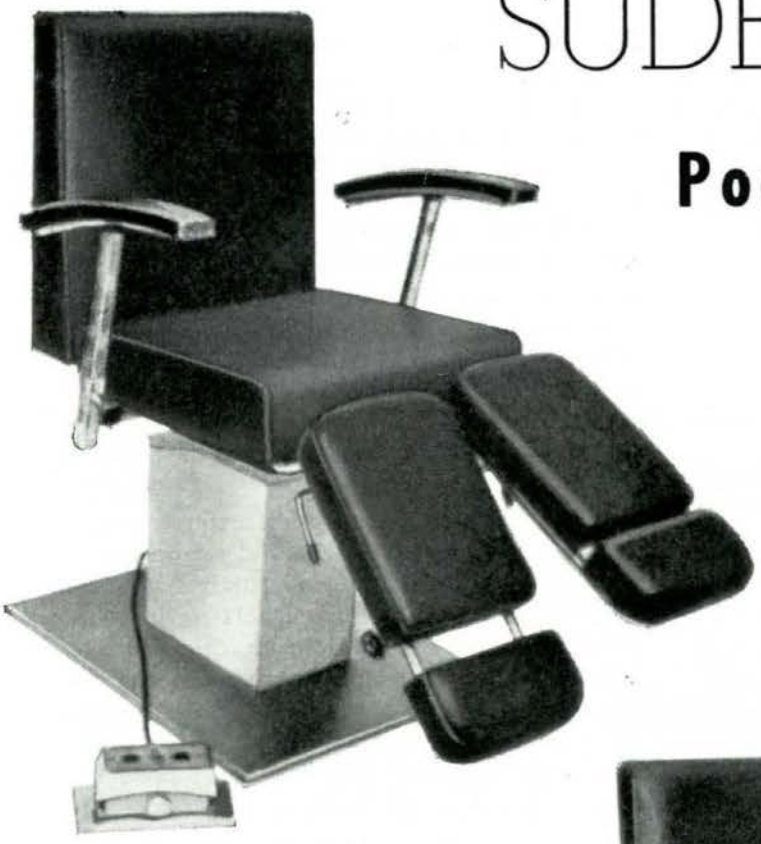
TORSION TIBIOASTRAGALINA EXTERNA. — Aunque la torsión tibioastragalina puede existir como lesión singular, no asociada con angulación en adducción ni en abducción de los huesos de la pierna, hallamos que en esencia guarda relación con cambios de desarrollo por no cruzarse las piernas durante la vida intrauterina, ocurriendo esto tras un retardo de la rotación axial del fémur.

La torsión tibioastragalina externa ocurre con la deformidad de valgus del retropié y sin valgus. Esta torsión puede ocurrir como una adaptación, o como consecuencia de la sobrecorrección de la torsión tibioastragalina interna. Cuando la torsión tibioastragalina externa ocurre como trastorno compensador consecutivo a la torsión tibioastragalina medial, notamos que, al ambular el pie del lado afecto siempre se halla en actitud de pie plano o pie equino varo, con pronunciada depresión del lado medial del arco interno. En efecto, el pie parece rotado hacia el lado medial.

El astrágalo encarrilado sigue al pie abducido y pronado hacia la rotación externa. La rotación externa del pie, con pronación de éste, puede obligar al astrágalo a forzar a la tibia distal, junto con la mortaja y llevarla a la rotación externa. La tendencia a la rotación externa y hasta el retorno a ella, se refleja en una reacción forzada al contacto con el piso estando de pie o durante la marcha. Esta fuerza a la mortaja tibial a través del astrágalo y la tibia no tiene otra alternativa que seguir el esfuerzo rotatorio lateral. La inversión de la torsión de medial lateral ocurre desde la lactancia temprana hasta 2 o tres años de edad.

NOTA. — Este trabajo está traducido de las clínicas ortopédicas de Norteamérica de los Doctores ARTHUR A. MICHELE, profesor de Ortopedia del Colegio Médico de Nueva York y PHYLLIS MICHELE NIELSEN profesor de Ortopedia del Colegio Médico de Nueva York (EE.UU.).

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:

VERSION ELECTRO-HIDRAULICA

sudenta, s. a.

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

La osteotomía del espolón calcáneo

Por el Podólogo de Madrid LUIS AYCART

El espolón es una exóstosis de la tuberosidad plantar del calcáneo, puede desarrollarse como resultado de un traumatismo violento, o en respuesta a un microtraumatismo continuado del talón; en la artritis traumática; por un desgarro del periostio; o debido a una tensión crónica de la fascia plantar con fibrosis degenerativa.

Cuando los síntomas no desaparecen con tratamiento conservativo, la cirugía es la única solución.

La experiencia de la exostectomía del espolón ha sido desalentadora, así pues, este método sólo debería utilizarse como último recurso, ya que la cirugía abierta, requiere prolongados períodos de reposo y un postoperatorio largo y doloroso.

Para reducir este período de incapacidad laboral y dolor, se describe aquí una técnica nueva de corrección quirúrgica del espolón calcáneo. Esta técnica (que los podólogos españoles podríamos rebautizar como minicirugía del espolón) reduce marcadamente el tiempo de recuperación y el dolor postoperatorio.

Usando una pequeña lima de las utilizadas en cirugía plástica, para efectuar rinoplastias, introducida por una pequeña incisión practicada en la cara medial del talón y reducir el espolón calcáneo con el mínimo de traumatismo quirúrgico en los tejidos vecinos.

El eliminar una exóstosis por medio de limado también se puede utilizar en Podología para suprimir definitivamente la exóstosis interdigital causante de un heloma molle.

La técnica consta de cuatro fases a saber:

1.ª Determinación del sitio exacto para la incisión.

2.ª Anestesia troncular y local.

3.ª Inserción y situación de la lima.

4.ª Limado, limpieza, nivelado, etc.

Para la *primera fase*, se necesita una radiografía lateral con el pie en carga, elevando el talón cinco centímetros sobre el plano de apoyo de la articulación metatasofalángica como indica en la figura número 1, conservando perfectamente visible el contorno del talón. (Figura 1).

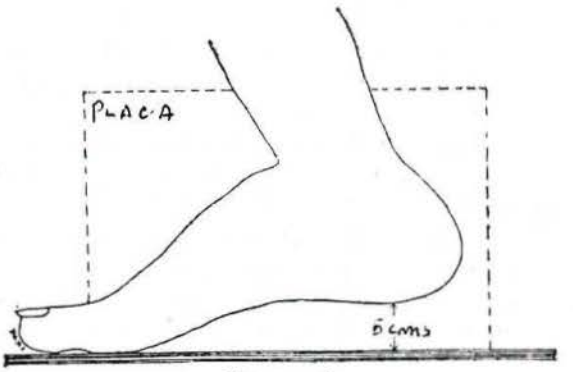


FIGURA 1

Esta radiografía deberá tener el punto focal tan distante como sea posible, y permitir una imagen radiográfica sin ninguna ampliación. De esta placa se obtendrán dos medidas en milímetros, la primera desde el borde posterior del talón a la punta misma del espolón. La otra desde la superficie plantar del talón a la misma punta del espolón. Para averiguar el sitio exacto de la inserción de la línea, se reproducirá en el pie las dos líneas de intersección. Justamente antes de la preparación para la operación, se dibuja con un bolígrafo una línea perpendicular a la superficie plantar a tantos milímetros del contorno posterior del talón como mide en la

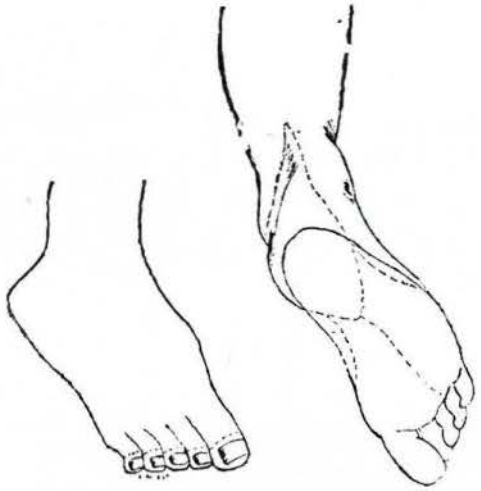


FIGURA 2. — *Inervación cutánea del nervio tibial posterior.*

placa. La segunda medida de la radiografía, se utiliza para dibujar una línea paralela a la superficie plantar y que se cruzará con la perpendicular trazada en primer término. Hay que resaltar que la intersección de ambas líneas quedará más posteriormente dorsal que fuera de esperar por la exploración clínica. Por nuestra experiencia es esencial creer en las medidas, bastante más que en la impresión clínica o en las orientaciones que nos dé el paciente.

Segunda fase. — Anestesia troncular y local (figuras 2 y 3).

El nervio tibial posterior, se encuentra por fuera de la arteria del mismo nombre, recorre la cara póstero interna del tobillo y hay que atravesar la aponeurosis superficial para alcanzarlo.

Colocar al paciente sobre el sillón en posición horizontal, con el tobillo y el pie sobresaliendo del reposapié, de manera que se pueda trazar libremente con la mercromina, una línea circular alrededor del tobillo a un centímetro del punto de unión entre el maléolo interno y el cuerpo de la tibia. Después con la pierna cruzada sobre la otra pierna palpando el borde interno del tendón de Aquiles y precisamente sobre la línea circular trazada con mercromina, se hace una pápula intradérmica de anestésico, a continuación con una aguja de 5 cm. de largo atravesando la pápula en dirección perpendicular a la tibia, atravesaremos dos planos aponeuróticos, cuando la aguja se aproxime al nervio tibial posterior o cuando entre en contacto con el mismo, el enfermo empieza a sentir parestesias digitales. Cumpliendo la precaución fundamental de aspirar repetidamente para comprobar que no estamos en la luz de un vaso, se inyecta lentamente 3 c.c. en el fondo y el resto hasta cinco en pequeñas porciones mientras retiramos la aguja, el pie anestesiado adquiere un tinte más rojizo en comparación con el otro y aumenta ligeramente la temperathura. Se cubre el punto de la inyección con una tirita y se procede a la anestesia local del espolón (figura 3).

Provisto de una jeringuilla de 5 c.c. con una aguja de 3 cm. del calibre 25, se introduce en el punto de intersección de las dos líneas (trazado anteriormente) en dirección perpendicular a la piel, se hace penetrar la aguja lentamente infiltrando a cada avance unas gotas de anestésico, antes de que la aguja haya penetrado en toda su longitud ya habrá tocado el hueso. Si todo está bien calculado, estaremos en la cara interna del espolón, entonces se inyectan 0,50 c.c. y se retira la aguja parcialmente sin sacar la punta. Dirigimos entonces la aguja hasta la parte anterior, haciendo siempre penetrar unas décimas de c.c. e impulsando la aguja hasta el pabellón en toda su longitud sin tocar hueso. Entonces nos encontramos en la parte anterior del espolón, donde inyectaremos 1 c.c. Una vez completada la anestesia, se recubre el campo operatorio con los paños correspondientes.

Tercera fase. — Inserción y colocación de la lima (figura 4).

En el punto de intersección de ambas líneas se practica una incisión con una hoja del número 15 del mango Martín, paralelamente a la

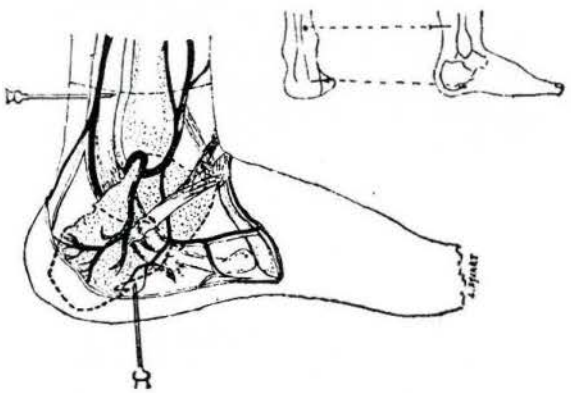


FIGURA 3. — *Diagrama anestesia troncular y local.*

planta del talón. Inmediatamente se introduce una lima cuyo ancho no es mayor de 5 milímetros y con una superficie de limado de 5 cm. en la mism adirección del hueso. A continuación la lima es introducida y extraída parcialmente en diferentes ángulos para obtener una correcta orientación.

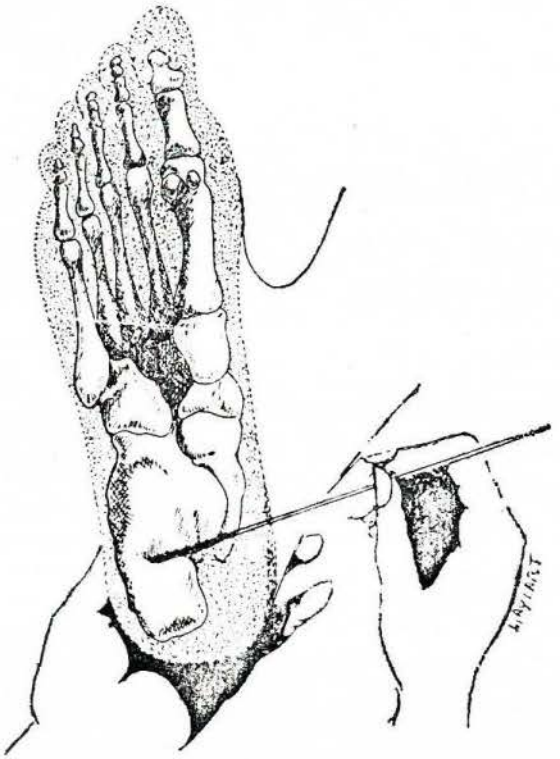


FIGURA 4

Los puntos más importantes de referencia son:

1.º Al mover la lima en dirección posterior, conectamos con el espolón.

2.º Al mover la lima en sentido plantar, se pueden tocar y percibir claramente las fibras de la fascia plantar.

3.º Desplazando la lima en sentido superior o dorsal, se reconoce la mullida panza de la primera capa de músculos plantares.

4.º Dirigiendo la lima en sentido anterior o distal, encontraremos tejido blando y mullido, formado por el tejido graso y la bolsa adventicia que acompaña siempre al espolón.

Cuarta fase. — Limado, nivelado, limpieza, etcétera.

Una vez orientada la lima convenientemente, se procede a un limado vigoroso. Los fragmentos del espolón son desplazados por cada movimiento de la lima y arrastrados por la misma sangre que fluye y escapa por la herida, ya que como no hemos practicado hemostasia, la hemorragia contribuye a facilitar la salida de los pequeñísimos secuestros, continuando la operación de limado hasta que el espolón ha quedado completamente aplanado, circunstancia que podemos comprobar si disponemos de Rayos-X utilizando una radiografía dental autorrevelable. Esto nos permitirá prolongar el limado a satisfacción.

A continuación y con ayuda de una jeringa grande o con suero fisiológico «Rapide», introducimos la aguja hasta el fondo de la herida, de manera que se producirá una corriente de dentro hacia fuera que arrastre los restos que pudieran quedar.

Terminada la operación de lacado, procederemos a introducir con ayuda también de una jeringa dos o tres centímetros cúbicos de anestésico que producirán un lavado final, al tiempo que una pequeña anestesia local.

Se procede a cubrir la herida con apósito estéril, y el enfermo marcha por su propio pie, aunque no deberá conducir su propio coche, debido a la condición de pie anestesiado e imposible de dominar.

Se prescribe (verbalmente) cibalgina en supositorios, para aplicar al llegar a su domicilio, manteniendo el pie en posición horizontal el resto de la tarde. El antibiótico por vía oral como medida profiláctica que usualmente use el paciente.

El período postoperatorio de recuperación es de 24 horas, al cabo de las cuales se efectúa la primera cura. El paciente se puede reincorporar al trabajo entre el 7.º y el 10.º día de la operación. Durante el período postoperatorio y por espacio de 6 a 8 semanas se le aplica una plantilla de descarga.

CONCLUSIONES. — Se ha presentado una técnica quirúrgica simple, que no incapacita laboralmente por mucho tiempo, que es segura, y produce buenos resultados. Como cualquier nueva técnica, en manos de un hábil podólogo, con experiencia y práctica, puede hacer mucho por ampliar nuestro campo de actuación, y contribuir a la curación de pacientes con este problema.

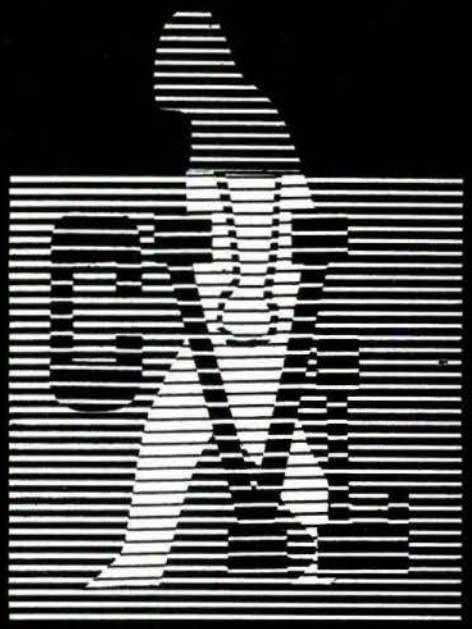
constantino velasco laínz

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.

HISTORIANDO

EL CALZADO

(El presente trabajo, fue realizado por sus autores, exclusivamente para esta Revista)

Por los Podólogos Universitarios Señores: MANUEL J. MATO y JOSE ANGEL TOURON GUDIN. Rep. Argentina (Buenos Aires) Argentina - Enero de 1977

Hubo en la antigüedad diferentes formas y nombres de calzado, los cuales hoy en los tiempos actuales son prácticamente desconocidos. Es por ello que remontándonos al calzado de aquellos tiempos, describiremos varios de los mismos; a fin de que el podólogo no ignore o conozca muy someramente los que eran: 1.º) «*Babucha*», 2.º) «*Borceguí*», 3.º) «*Calceo*», 4.º) «*Caliga*», 5.º) «*Campago*», 6.º) «*Coturno*», 7.º) «*Greba*», y 8.º) «*Sandalia*».

1.º) «*Babucha*». (Etim. Del ár. «Babux» o del persa: «Papux»). — Especie de zapatillas sin talón ni tacón, usadas en Marruecos, Turquía, Persia y casi todos los pueblos de Oriente, las «babuchas» que se usaban en Turquía, tanto la asiática como la Europea, eran puntiagudas y levantadas por delante, bordadas sobre fondo rojo o carmesí. Las llamadas «pabuudj», Tchrik y Gundura, son más o menos escotadas y algunas, como las usadas por los de raza griega, tenían un pompón en la punta; también su punta era levantada. Las Babuchas persas, de color amarillo y sin resguardo en el talón y semejantes a éstas, son las usadas en la India. Las de los Emperadores Mogoles, bordadas en colores sobre fondo dorado, y las que usaban las «*nautch-girls, bailarinas de la Secta de Vichnu*», tenían la punta más levantada y alargada, terminada por una borla.

En el Museo etnográfico de París se conserva una «Babucha» de una nabab, la misma tejida en hilillo de oro y bordada en seda y perlas. El calzado de las damas Mogolas, si tal vez no era propiamente la babucha, podemos decir que a ella era muy parecido, el cual estaba bordado en colores y no poseía talón.

Las Babuchas que se usaban en Marruecos, Túnez y Argelia, eran de piel amarilla o roja, las amarillas las llevaban por lo general los hombres (sin bordados), éstas, para las mujeres, bordadas en oro o plata, haciéndolas también de terciopelo rojo. Este calzado fue usado por todos los pueblos: árabes, moros, berberiscos, hebreos y nubios. Las usadas por las judías, solían ser de terciopelo azul con bordados en oro y carecían de talón; todas las Babuchas usadas por estos africanos eran de punta semicircular, y entre los árabes que las usaban con el resguardo del talón doblado hacia adentro, tenían también carácter de «calzado nacional».

El uso de este calzado se supone que data de la Edad Media, en que las empezaron a llevar los mahometanos; éstos se las quitaban al entrar en una casa o en sus respectivas mezquitas, como signo de respeto, dejándolas en

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.
132,– ptas.

INFAR NATTERMANN

Apartado 400 - Zaragoza
Infanta Carlota, 84-88
Barcelona-15

la puerta. Las Babuchas que utilizaban las damas (lallas) de Birka, en el Sahara Argelino, se encontraban recubiertas de valiosos bordados.

2.º) «*Borceguí*». — La invención de este calzado se ha atribuido erróneamente a los griegos, quizá porque en monumentos de Grecia aparecen ciertos personajes, entre ellos algunos pedagogos que calzaban borceguíes, pero lo mismo se advierte en ciertos bajos relieves asirios, comprobándose además su origen oriental por la forma de estos borceguíes, de punta aguda y vuelta hacia arriba, calzado característico de los «*Hethéos*», pueblo asiático de la antigüedad. Lo que puede asegurarse es que ha precedido a la Bota. Esquilo implantó su uso en el teatro y fue el calzado de los actores cómicos, diferenciándose del «Coturno», calzado usado en la tragedia. El Borceguí se componía de una suela de cuero o también de madera, denominada «Calceus» y de una parte superior de piel o tela llamada «Caliga», la misma se ajustaba a la pierna por medio de correas. Lo usaron en cuero negro, los Senadores romanos (Calceus Senatorius), para distinguirlo del (Calceus Patricius) de piel roja.

Los cazadores y viajeros los usaban para preservarse de la humedad de las arenas y fue después de la «crépida», el calzado de los soldados griegos y romanos, como sigue siendo de varios ejércitos en la actualidad. Los «etruscos» alcanzaron un gran florecimiento en la construcción de esta clase de calzado, y en los vasos de este estilo del Museo del Louvre aparecen representados algunos «Borceguíes» con lujosos adornos; los «Borceguíes» de los soldados romanos tenían suela de madera con clavos que permitían a los combatientes afianzarse en el suelo, en la lucha cuerpo a cuerpo hasta vencer o morir y los soldados de caballería llevaban «Borceguíes» con clavos salientes por los bordes de la suela que servían de acicate al caballo.

Este calzado pasó a la Edad Media; en el siglo IX lo usaban los nobles con una suela fuerte, punta rígida y unas correas que envolvían la caña y se ataban en la parte posterior de la pantorrilla; también en este siglo era el calzado de los Obispos y formaban parte de la insignia litúrgica, para celebrar la misa pontifical. Ya en el siglo X se hacían los «Borceguíes» de piel curtida de cabra y carnero y la suela era de cuero sin clavos.

Los «Borceguíes» del siglo XIII llegaban a la rodilla y se hacían de terciopelo, seda y otras materias de lujo, no apareciendo el tacón en los mismos, hasta el siglo XV; en el siglo XVI se mencionan «Borceguíes» bordados de pedrería, estrellitas de oro y tisú; de este metal precioso; apareciendo a principios del siglo XIX «Borceguíes» mucho más sencillos y de tal ligereza, que unos de tela hechos para Madame Recamierx, sólo pesaban media onza.

3.º) «*Cálceo*»: El Cálceo era un calzado alto y cerrado que usaban en Roma para salir con toga a la calle; parecido a las botas modernas, con excepción el de las damas al cual se lo designada «Calceolus». El color del Cálceo era blanco, rojo, amarillo y verde. La forma y altura de este calzado, variaba según la condición de la persona que lo llevaba como varió sucesivamente en tiempos de la República y del Imperio, siendo el más común el de los labradores y montañeses: especie de bota cerrada por completo y no de mucha altura. Para las clases elevadas había el llamado: «*Cálceo Patricio*» y «*Cálceo Senatorial*», el primero era usado por la nobleza romana de color rojo. Pasando en tiempo de la República a ser la insignia de los magistrados y complemento de la vestidura de los triunfadores.

Cuando la «nobleza senatorial» sustituyó a la antigua nobleza de raza, la expresión «Calceus Patricius», servía igualmente para designar el «Calceus Senatorius», «Cálceo de piel negra», que según Juvenal y Horacio llegaba hasta media pierna, tenía una abertura por la parte interna que se cerraba con una lengüeta y se sujetaba con cuatro correas; dos bastantes anchas en su nacimiento, que partían de los lados de la pala en su unión con la suela y después de cruzarse en la garganta del pie se anudaban sobre el empeine: las otras dos correas estaban más altas y daban muchas vueltas a la caña.

Como el «Senatorial», el «Cálceo Patricio» se ataba con correas y se designaba con el nombre de «Mulleus»; los primeros en llevarlos fueron los reyes de Alma y Roma y según San Isidoro tenían un grueso de suela semejante al «cotuno griego», y un broche de hueso o metal destinado a atar las correas. Los senadores que pertenecían a la antigua nobleza romana llevaban una media luna de marfil, cosida a la piel del «Cál-

Podólogos:

Calzados Blasi les ofrece su establecimiento especializado en zapatos para señora y niño que precisen plantillas ortopédicas.
Siempre a su disposición con las mejores marcas.

MANITOS ORTHO

PIEDRO

Taberner

Blasi

Calzados Blasi
Mariano Cubi, 2 Tel. 218 54 95
Barcelona-6

ceo», que además de servir de broche tenía por objeto diferenciarlos de los «Senadores *Novitii*», o sea de creación reciente. Esta media luna (lunula) según otra versión la forma de la letra «C» como emblema de los 100 primeros Patricios con que Rómulo compuso el Senado, y también se supone que fuera un amuleto, dadas las supersticiones de los romanos respecto del calzado, pues algunos colocaban en él objetos que contrarrestaron los maleficios, como monedas de Alejandro el Magno.

En la época «bizantina» se llevó un calzado que, como «el cálceo senatorial», tenía el color negro y las correas cruzadas, algunos textos de aquel tiempo dicen que los usados por los Cónsules eran blancos. Un ejemplo del «Cálceo ordinario» se ve en la estatura de un Procurador de impuestos, que existe en el Museo del Louvre, es una especie de bota de dos piezas y atada con dos correas: en otros monumentos el «Cálceo» de esta clase tiene dos orejuelas que caen sobre los tobillos. En el mismo Museo aparecen la estatua de «Calígula» con el «Cálceo Patricio», aunque, contra la costumbre lo lleva con el traje militar, en vez de toga. El mismo calzado, con las correas poco caídas como se llevaban en tiempos de la República, se ve en la estatua de bronce etrusco romana de Aulo Metelo.

4.º) «*Cáliga*»: (Del lat. «Cáliga» - f. Ant. Galga = Cinta para sujetar el zapato). La Cáliga era una especie de «Sandalia» con plantilla más gruesa y de material de madera o suela, herrada con clavos de cabeza gruesa, y a la que estaba cosido un cuero con varios calados de modo que quedasen tiras para sujetarlas sobre el tobillo. Estas tiras dejaban al descubierto los dedos y la mayor parte del pie. La «Cáliga Speculatoria» era la usada por los exploradores (speculatores), más ligera que la de las otras tropas. De la primera se ha encontrado varios semejantes «ejemplares» que se guardan en el Museo de Londres, San Germán y Maguncia y además existe numerosas representaciones en monumentos funerarios, en la columna Antonina y la columna y Arcos de Trajano.

También podemos agregar que, este calzado fue usado por los militares romanos y los oficiales llevaba el mismo hasta el grado de centurión inclusive.

5.º) «*Campago*». Es un calzado de origen romano, muy similar al «Cálceo» y la «Cáliga», según se deduce del edicto de Diocleciano en que establecía la tarifa de los «campagi militares». Lo usaron los patricios romanos y bizantinos y a mediados del siglo III, fue un calzado imperial, hasta que Galieno lo sustituyó por la Cáliga adornada de piedras preciosas; según se deduce del Edicto Diocleciano, en que establecía la tarifa de los «Campagi de Militares». Lo usaron los patricios romanos y bizantinos y a mediados del siglo III, que ya indiqué con anterioridad; era una especie de bota que cubría el talón y los dedos, dejando al descubierto el empeine y atándose a la parte inferior de la pierna por medio de correas.

Se supone que el «Campago» venía de los «Etruscos», y así parecen confirmarlo además de la opinión de Juan de Lidio, escultor del siglo IX, las pinturas de algunas tumbas «Etruscas», donde se ven una especie de botas que dejan al descubierto el empeine y la parte anterior de la pierna. En la época Bizantina el «Campago», era de cuero negro, con una pieza levantada, que protegía el talón y otra en el extremo que cubría los dedos, así aparecen representadas en un mosaico de la Iglesia de San Vital, en Ravena, en el que Justiniano, los clérigos y los militares que formaban su corte iban calzados de igual forma que aquellos últimos con el «Campago Negro» y un poco puntiagudo. El Emperador llevaba calzado de igual forma, aunque de color rojo, según la costumbre de los Emperadores.

6.º» «*Coturno*». (Del lat. «Cothurnus», del gri. «Kothornos»). Se entiende por «Coturno» el calzado que usaban los actores nocturnos trágicos griegos. Esta denominación aplicada a dicho calzado, se debe a los autores latinos y data del siglo V, que es cuando la empleó Esquilo. A Esquilo y también Sófocles se les atribuye la invención de un calzado especial, muy alto de piso, pero que fuera usado por los actores y aparecieron de este modo y data del siglo V, que es cuando la empleó Esquilo y también el mismo Esquilo se le atribuye la invención. Pero no sólo ello a Sófocles se le atribuye la invención de un calzado especial muy alto de piso, pero que fuera usado por los actores y aparecieran de este modo de mayor estatura, dando más grandeza al personaje representado. Pero atención: no esta especie de calzado se llamó exclusivamente «Coturno», ni el «Coturno» fue calzado exclusivo del teatro.

SMITH NEPHEW IBERICA, S. A.
INFANTA CARLOTA, 61
Teléfono 250 79 25 - BARCELONA-15

SN-77001

Solicite por escrito La Edición Especial "TECNICAS GYPSONA"

Airstrip® Tensoplast	APOSITO PROTECTOR DE HERIDAS EN LOS PIES IMPERMEABLE-TRANSPIRABLE-AUTOADHESIVO ALMOHADILLADO- Medidas: 6 cm. x 9 cm.
Crepe S.N.®	VENDA ELASTICA SIN HILOS DE GOMA 100% algodón - Color crudo Medidas: 5 cms. x 4 m. /7 x 4 /10 x 4 / 10 x 10
Gypsona®	VENDA DE YESO UNICA, CON GASA DE TEXTURA ENTRELAZADA Medidas: 5 / 10 /15 y 20 cms. x 2,70 m.
Melolin®	APOSITO ABSORBENTE Y NO ADHERENTE A LAS HERIDAS - ESTERIL Medidas: 5 cm. x 5 cm. / 10 x 10 / 10 x 20.
NYLEX® Tubinylex	VENDA DE PAPEL CREPADO VENDAJE TUBULAR EXTENSIBLE — PARA APLICAR ANTES DEL ENYESADO
Op-Site®	VENDAJE DE HERIDAS - Medida: 14 cm. x 10 cm. HERIDAS - CIRUGIA MENOR - QUEMADURAS AUTOADHESIVO-IMPERMEABLE - TRANSPIRABLE TRANSPARENTE - ELASTICO
Retelast®	MALLA ELASTICA IDEAL PARA SUJETAR APOSITOS EN LOS DEDOS Y PLANTA DEL PIE n.° 0 - 1.
Stuca®	VENDA DE YESO PARA MOLDES Medidas: 5 / 10 / 15 y 20 cms. x 3 m.
Tensocrepe®	VENDA ELASTICA, NO ADHESIVA - POROSA, Color carne Medidas: 5 / 7,5 y 10 cms. x 4,5 m.
Tensoplast® venda elástica	VENDA ELASTICA, ADHESIVA - POROSA, Medidas: 5/7,5 y 10 cms. x 2,70 m.
Tensoplast® tiras	TEJIDO ELASTICO ADHESIVO-PARA PROTECCION DE HERIDAS Y ROZADURAS Tira 1 mt. - Tira 5 mt.

dado que de dos personajes de Aristófanes se deduce que lo usaban los atenienses de su tiempo y especialmente las personas ricas y afeminadas, o las mujeres; aseverando esta creencia el relato de los consejos de Creso a Ciro, hecho por Herodoto, en el que indicaban al conquistador la idea de hacer gastar Coturno a los lidios para afeminarlos.

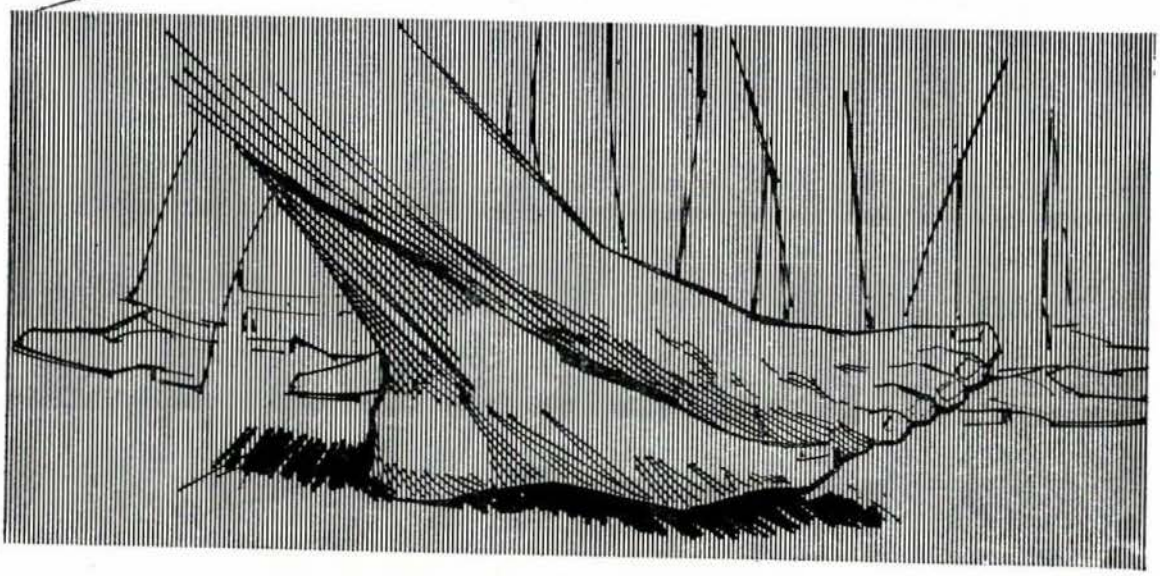
El Coturno usado en la vida ordinaria cubría parte de la pierna, parecido al «Borceguí», era flojo y holgado, pudiendo usarlo indistintamente en uno u otro pie y se sujetaba con cordones, que después de anudados, caían por delante sobre el pie; esta clase de «Coturno» difiere del usado en la tragedia, caracterizado por la altura de la suela, compuesta de varias tablillas de madera que formaban un espesor de unos cuatro dedos, aunque en ciertos monumentos aparecen «Coturnos» de unos 18 centímetros de alto, pero esto puede depender de la exageración y del mal gusto que invadió el arte con la decadencia en total semejaba el piso o solado del «Coturno» un zoquete de madera cuadrada a modo de zanco, y que los actores procuraban ocultar usando túnicas largas que cubrieran los pies. Esto daba lugar a frecuentes caídas en escena, según refiere Luciano, ocasionando que el público se riera de ellos al verles las piernas que tenían, lo que supone que no era tan alto como suponen algunos, que llegan admitir que eran similares o casi iguales a la de una bota alta. Algunos eran ricamente decorados y bordados, y la suela se pintaba de diversos colores: negro, azul, amarillo y rojo, los usados por los actores trágicos debían tener la pala y caña de cuero, en un pasaje de Ateneo se dice: que los «Coturnos» bordados que llevaban Demetrio Poliorcetes eran de fieltro. También cabe agregar: que no todos los actores calzaban «Coturno», ni éste tenía siempre la misma altura, como se comprueba en ciertos monumentos, y se supone que esta altura, estaba en relación con la clase social del personaje representada; los de condición humilde, como sirvientes, mensajeros y campesinos los llevaban mucho más bajo que sus propios amos y que los individuos de elevada jerarquía, hecho que debió dar origen a la frase: «... de alto Coturno...», para significar la categoría de algunas personas.

Esto apoya la opinión de Wieseler, quien supone que en el drama satírico sólo lo usaban los héroes y los dioses. En Roma se llevó este calzado para la escena con el mismo significado que en Grecia, puesto que los latinos llegaron a emplear la voz Coturno como sinónimo de tragedia. También se usó el «Coturno» o «Borceguí» de caza que llevaron los efebos y cazadores griegos y con el que se representaba a Artemisa (Diana), a Dionisios (Baco) y a las divinidades análogas, y con él representaban los romanos a sus emperadores como emblema de su carácter divino.

7.º) «*Greba*»: (F. Panop.). Pieza de armadura que cubría toda la pierna, que recibía también los nombres de: «Espinillera», «Canilleta» y «Esquinela», cuando sólo cubría la espinilla, y el de «grebón» cuando encerraba por completo la pierna. Se le denomina asimismo «Greba Entera» cuando cubría completamente la pantorrilla, y «Media Greba» si sólo defendía la parte externa. El origen de la «Greba» es antiquísimo como lo prueba la «Ocrea» de los griegos que tenía el mismo objeto y es citado en los poemas de Homero. La «Ocrea» cubría desde el tobillo hasta por encima de la rodilla, era de metal flexible y debía estar forrada interiormente de cuero. Los romanos usaron una «Ocrea» de bronce de que iban provistas las piernas derechas de los hastarios y triarios que no estaban resguardadas por los escudos. Las «Ocreas» de los gladiadores romanos eran más grandes que las de los soldados; les cubrían casi medio muslo e iban sujetas al tobillo y a la pierna por bajo de la pantorrilla con correas que pasaban por unas anillas que había en los bordes. Algunas de ellas llevaban artísticos adornos finamente repujados y cincelados. Durante los primeros siglos medievales las calzas de malla resguardaban las piernas, no apareciendo hasta el siglo XIII las «Grebas», que se articulaban por medio de una plata a la rodillera.

La idea de defender los músculos de la pantorrilla dio lugar a la «Greba» de dos piezas con charnelas y ganchos, cubriendo con una tira de piel su unión con las rodilleras; al ser sustituidos los ganchos por botones de resortes y las tiras de piel por láminas articuladas a las rodilleras, quedó perfeccionada la «Greba» que cubría perfectamente el tobillo, ajustándose por completo al «Escarpe». A fines del siglo XV y principios del XVI la parte posterior de la «Greba» cubría todo el talón y la anterior se unía al zapato de hierro o «Escarpe» de pico pato, com-

¡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

MADAUS CERAFARM, S.A.

Pujol, 22 - Tel. 211 91 12 - Barcelona-6. Cristóbal Bordiu, 35 - Tel. 254 64 44 - Madrid-3. Perez Galdós, 95 - Tel.326 33 76 Valencia-8.

puesto de láminas articuladas; las dos piezas se unían con botones de resortes en la parte interior de la pierna.

8.º) «*Sandalia*»: De este calzado se habla en el libro de Judit —Cap. XVI, 11—, donde se dice que las «Sandalias» de la hebrea arrebataron los ojos de Holofernes. Las «Sandalias» que usaban los egipcios eran de hoja de palmera o de rama de papiro y algunas veces aparecen cubiertas con una tela en que se ve pintada la figura de un esclavo asiático o etíope, imagen que suele ir acompañada de la leyenda: «...que tus enemigos estén debajo de tus sandalias...». Entre las «Sandalias» egipcias hay una de palma que tiene la punta levantada y vuelta hasta unirse con la brida del empeine, moda asiática introducida en el país del Nilo en tiempo de Cambises; las hay también de cuero —suela y correas—, que debieron ser las más usuales, y las hay asimismo de suela y de madera. En Asiria, los reyes y los eunucos de su cortejo aparecen representados en los bajorrelieves con unas «sandalias» provistas de un resguardo para el talón y los costados del pie, a los que van sujetas por los extremos una correa que cruza sobre el empeine y dos que van a unirse con la brida delantera. Pero en Asia la «Sandalia» es muy antigua, ya que en las pinturas que decoran los muros de las tumbas de Beni-Hassan se ven representados unos emigrantes asiáticos con «Sandalias» muy sencillas, semejantes a la «Crepida» griega.

En Oriente hay razón para creer que usaron «Sandalias» únicamente los hombres y también que, andando el tiempo, la «Sandalia» fue sustituida por el zapato, que hallamos generalizado entre los persas. La «Sandalia» griega consistía en sus principios, en una suela sujeta al pie por una o varias correas, unas dispuestas transversalmente sobre la garganta del pie y dos laterales anudadas o sujetas con un broche. En un principio, únicamente las mujeres usaban «Sandalias», pues, los hombres iban con los pies desnudos. La «Sandalia» griega se compuso más tarde de una suela a la que iba cosida una correa distante una o dos pulgadas de la punta, la correa pasaba entre el dedo gordo o primer dedo y el inmediato a éste, a lo que se añadió alguna vez otra u otras correas que pasaban por entre los demás dedos. Dos o cuatro correas pegadas a los bordes anteriores y posteriores de la suela venían a unirse a aquella o aquellas correas sobre el arranque del empeine, donde se anudaban o sujetaban por medio de un borde o también llamado «Fíbula».

Nos dice: René Kraus en «La vida privada y pública de Sócrates»: «...Los zapateros conocían perfectamente a Sócrates, aquel individuo que no usaba túnica. Los curtidores y zapateros iban aún más lejos. Hablaban de que aquello era un atentado contra Atenas. Habían trabajado durante décadas para perfeccionar las «Sandalias» y dar nuevas y elegantes formas al calzado y he aquí que se afirmaba que el hombre más sabio del mundo era aquel que quería introducir la bárbara costumbre de ir con los pies delcalzos...»; «...Anito le enviaría a Sócrates las mejores «Sandalias» de sus talleres, gratis desde luego, y con la condición que usara el par apropiado para cada ocasión: de «piel de cerdo» para deambular por la plaza del mercado; de fuerte «corderina» para los paseos por las afueras de la ciudad, y «amarillas puntiagudas», para los banquetes y otras solemnidades, dado que el propio Pericles se enorgullecía de llevar «Sandalias» fabricadas por él...».

En Roma prevaleció la «Solea» (sustituto de la «Sandalia»), que era un calzado propio de los hombres y mujeres, para andar por el interior de la casa y aún para salir a la calle, siempre que el uso obligatorio de la toga no exigiera la «Sandalia», que era el calzado propio de las señoras principales y prenda de gran ostentación, y para cuidar las «Sandalias» y transportarlas tenían esclavos y esclavas especiales, que los latinos llamaron más tarde Sandaligeruli Pueri o Sandaligerulae Pueblae, respecticamente, los cuales las guardaban en unas arquillas, también especiales, que menciona Menandro con el nombre de Sandalothecae.

BIBLIOGRAFIA: «*Los griegos y romanos*» (*Rosseau*). «*Vida privada y pública de Sócrates*» (*René Kraus*). «*Platón*» (*Obras escogidas*). «*Enciclopedia Universal*», «*Los grandes pensadores de la antigüedad*» (*Pomar*). «*Obras escogidas*» (*Eurípides*). «*Costumbres y hábitos de los asirios y caldeos*» (*Pierre-Lasson*).

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
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 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

pharma consult sa

Labor Docente

Por. J. ALONSO GUILLAMON

No hace muchos días leyendo un artículo de nuestro querido compañero Gavín, publicado en nuestra revista, en la que hace referencia a las arteriopatías con repercusión en las extremidades inferiores; me hizo acordar de un caso que viví, que si bien no es muy frecuente encontrarnos con ellos, no es desconocido entre nosotros y dada su importancia y las repercusiones que pueda tener nuestra actuación, les voy a detallar.

Se trata de un señor, casado, de 42 años de edad, asténico, que trabaja en telégrafos, y su misión consiste en entregar correspondencia por la ciudad a pie.

Entre sus antecedentes fisiológicos, familiares y patológicos, no tiene nada importante que destacar.

La historia clínica empieza según manifiesta el paciente hace un año aproximadamente, notando que se le incrusta la 1.ª uña del pie derecho, le supura y tiene un dolor muy vivo en la superficie de todo el dedo, especialmente a la presión del calzado y en las noches al acostarse, que le impide conciliar el sueño.

Fue atendido al mes del proceso, por un servicio quirúrgico, donde le practicaron onicoexéresis, mediante anestesia local, por uña encarnada.

En el posoperatorio no presenta mejoría sustancial alguna, si bien notó que no le supuraba.

Ante la insistencia del dolor, le practicaron radiografías en el dedo afecto, por posible exóstosis subungueal, no apreciando ninguna lesión osteoarticular.

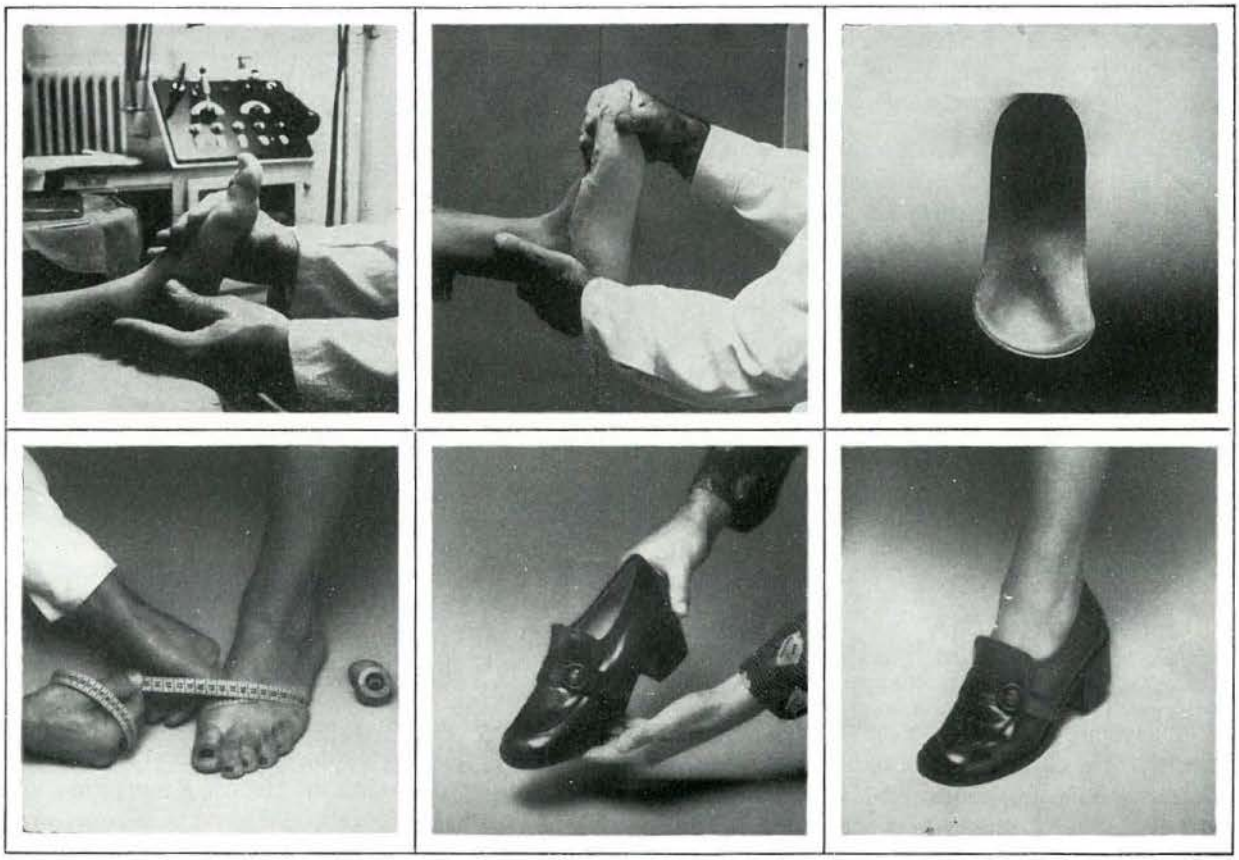
Considerando que el proceso fuera micótico, con infección mixta, le aconsejaron fungicidas locales sin resultados positivos. El paciente viendo la evolución desfavorable de su enfermedad, recurre a nuestra consulta.

En la actualidad alega, supuración subungueal del 1.º dedo del pie derecho, con dolor más acusado que en sus inicios, que le motiva fatiga a la deambulación; algunas veces, no muy frecuentemente tiene calambres nocturnos. No presenta signos de claudicación intermitente. El dolor es muy intenso en la noche y que le alivia si coloca la pierna al exterior de la cama colgada en su borde. Toma calmantes para dormir.

A la exploración presenta supuración subungueal en el ángulo de Renaut con dolor a la presión del 1.º dedo; la configuración ungueal es irregular y presenta surcos de Beau. Se halla despegada 2/3 partes de su cuerpo. Vasodilatación capilar de todos los dedos. Recortando el trozo de uña despegada, se aprecia úlcera tórpida subungueal del tamaño de un garbanzo.

Notamos los pulsos de la pedia a nivel del 1.º espacio intermetatarsiano, a la altura 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 linea 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

2.ª cuña y de la tibial posterior, en el espacio retromolar interno; notando un pulso más débil en el pie derecho, comparándolo con el izquierdo.

Los reflejos son normales comparativamente.

La temperatura local de la pierna derecha es ligeramente más fría que la de la izquierda.

La oscilometría es normal a nivel del muslo y debajo de la rodilla, mientras que a nivel del tobillo derecho no presenta oscilación.

El paciente nos comenta que fuma un paquete diario, y no es diabético.

Lo diagnosticamos como un proceso de trombiangeitis obliterante o enfermedad de Buerguer de la pierna derecha y lo remitimos a un cirujano, que al confirmar su lesión, le practicó a los pocos días simpatectomía lumbar del lado derecho.

La 1.ª noche del posoperatorio le desaparecieron las molestias del 1.º dedo notando más calor en el pie derecho que en el de su oponente.

Al mes y medio tenía completamente curada la úlcera subungueal y empezó su trabajo habitual.

Este caso pasó desapercibido, al no presentar una sintomatología muy marcada, como suele ser cuando va acompañada de la claudicación intermitente, pero no cabe duda, que se hubiera determinado en sus inicios, si se hubiese explorado al paciente.

El detallar este caso, no es para hacer crítica destructiva para el centro quirúrgico, sino que es para aprender a no olvidar explorar al paciente por fácil que nos parezca el diagnóstico y así evitaremos que nos carguen con el San Benito.

SERRA-FARGAS, S. A.

BARCELONA-1 — Plaza Castilla, 3
Tel. 301 83 00

DENTALITE, S. A.

MADRID-8 — San Bernardo, 74
Tel. 232 02 88

«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.

La Podología en el Mundo

Por FERNANDO MUÑOZ CAMPOS
Podólogo — Málaga

A petición mía y por gentileza de Mr. Brachman, presidente de la «American Association of Colleges of Pediatric Medicine», recibí un voluminoso libro titulado «The Pediatry Curriculum». El contenido del mismo está concebido en una información programada, destinada a quienes pretendan formarse profesionalmente en nuestra especialidad.

La American Association, de relevante influencia cultural en EE.UU., ha ajustado el contenido de los 25 capítulos de que consta dicho Currículum, al mecanismo de un conjunto de principios educacionales científico-técnicos. En verdad, la American Association ha consignado en ese despliegue teórico, todo lo imprescindiblemente necesario cuya profundidad y juicios son lo suficientemente valorativos, y sirven de excelente guía para adentrarse en una filosofía educacional moderna y práctica, que lleva de la mano al estudiante en el logro del más perfecto conocimiento podiátrico. (1)

Los podiatras reciben la formación profesional en cinco independientes «Colleges of Podiatric Medicine». De éstos, los dos primeros iniciados, se fundaron en 1911 y tienen capacidad para 1.100 estudiantes, de los cuales, anualmente se graduan unos 200. Hasta hace poco estos Colleges no recibían ayuda de nadie, se sostuvieron gracias al altruismo de los propios podiatras. Actualmente, los Colleges tienen concedidas subvenciones federales y dos de ellos, reciben ayuda financiera de sus respectivos estados.

El profesorado está integrado por 275 miembros, de los cuales, 150 son podiatras y los restantes son doctores en medicina y doctores en filosofía.

El Currículum profesional incluye por lo menos, 4.200 horas de instrucción distribuidas en cuatro años académicos. Las materias de mayor importancia son: anatomía, fisiología, bioquímica, farmacología, microbiología, patología, podiatría operatoria, cirugía y medicina.

La American Association adoptó este nombre por unanimidad, en 1968 y sus cinco Colleges tales como «Illinois College of Podiatric Medicine», «Pennsylvania College of Podiatric Medicine», «Ohio College of Podiatry», «M. J. Lewi College of Podiatry» y «California Podiatry College» constituyen el grupo miembro de dicha Association.

La American Association, publica tres veces al año «Journal of Podiatric Medicine» órgano portavoz de la misma. Por otra parte, los estudiantes disponen de un centro librero, «Podiatry Book Center» que tiene en existencia más de cincuenta libros distintos especializados en los problemas de las extremidades inferiores y de los pies.

(1) Ante dos vocablos CHIROPODY y PODIATRY que definen nuestra profesión en EE.UU., la American Association optó por PODIATRY en razón de que CHIROPODY significa «mano y pie» y PODIATRY según la etimología griega pous, podos «pie», iatría «tratamiento, curación» determina más exactamente su significado de tratamiento y curación del pie.
CHIROPODY (Quiropodia).
PODIATRY (Podiatría).

MAFRE
Instruments

FRESCO®

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)

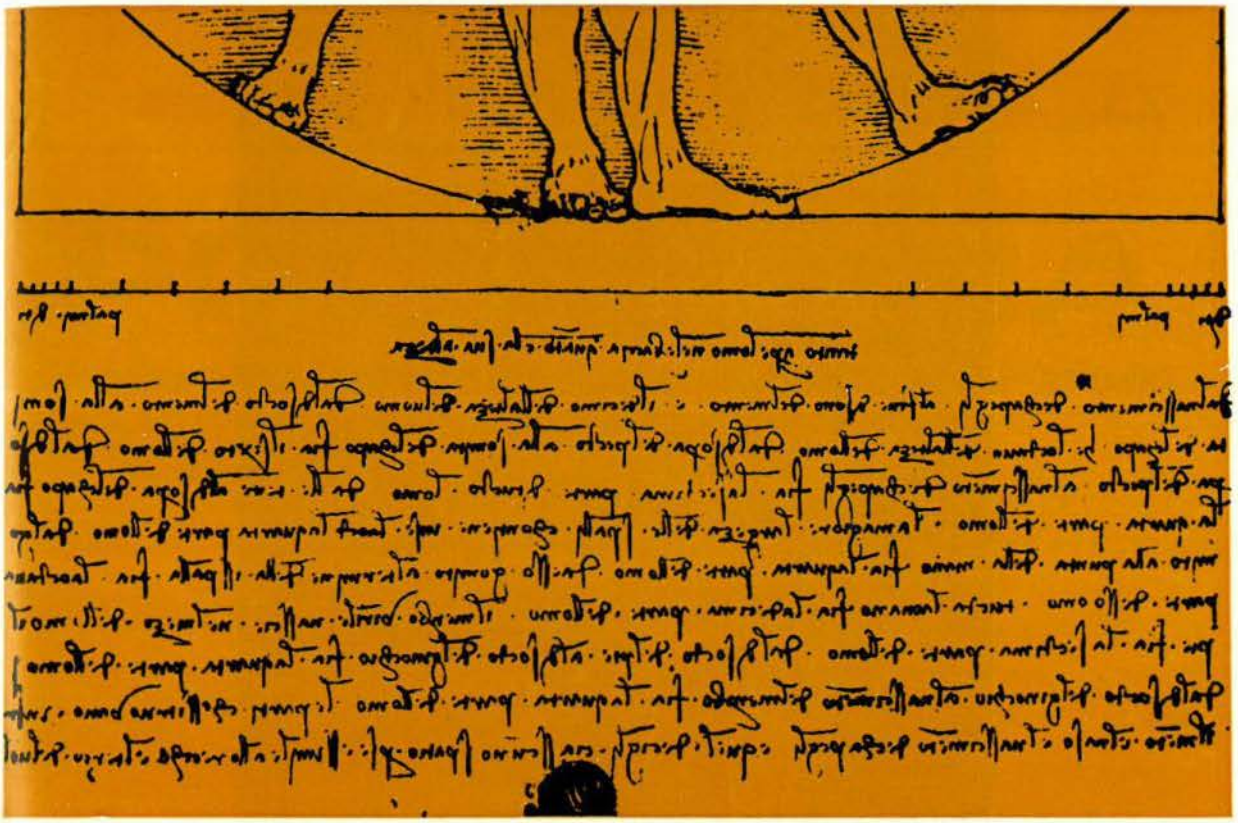
VITRINAS

BOMBONAS METALICAS

CAJAS METALICAS

Motores con eje flexible
LECHE DE LATEX
SERRIN PARA PODIASIN
MASCARILLAS
EQUIPO PODOLOGIA - Metálicos y de madera forrada
FRESAS DIAMANTADAS

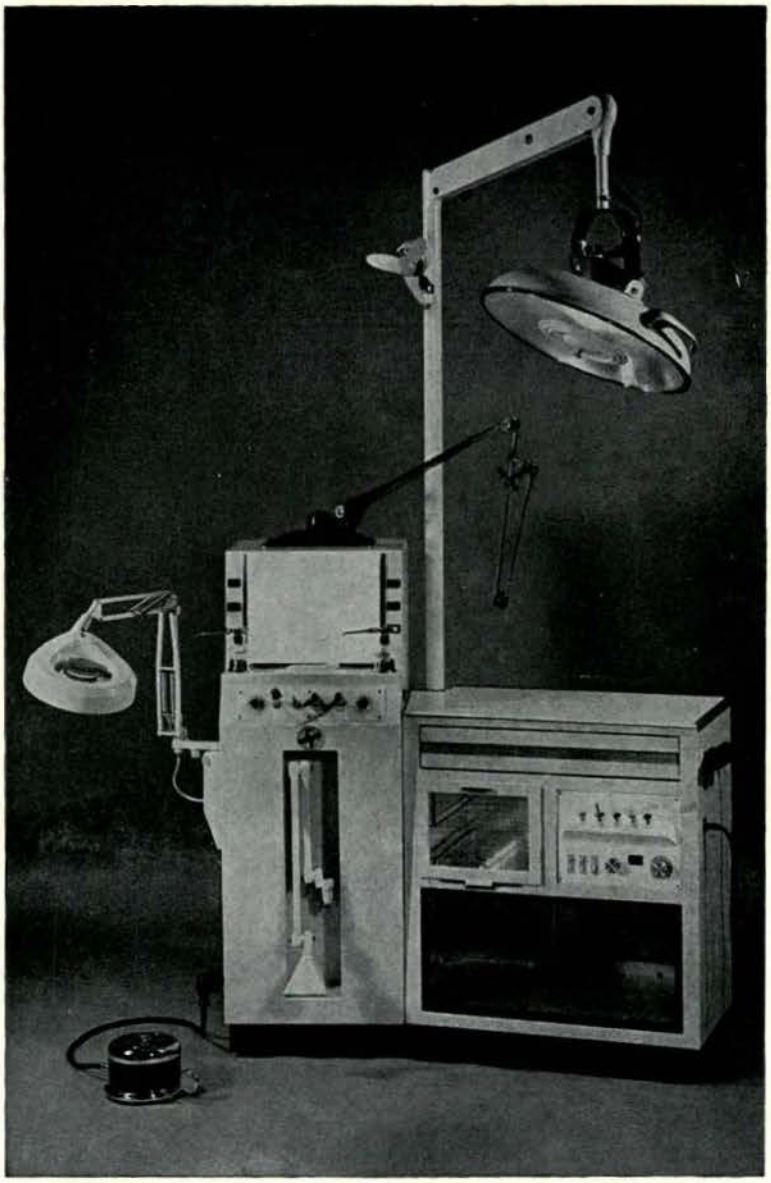
... y todo lo que Ud. desee puede encontrarlo con solo hacer la consulta



REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

A.P.E. Noviembre - Diciembre

n.° 60 1977



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.°, 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.°, 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

3 **Junta de Gobierno**

7 **Editorial**

9 **Pie valgo infantil por laxitud ligamentosa**

15 **«Diabetes Mellitus»**

21 **El Podólogo europeo**

23 **Labor docente**

27 **Eficacia de las modificaciones del zapato para la rotación interna del pie**

33 **Luxaciones y fracturas del pie (III)**

39 **Labor de las Delegaciones**

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 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.°	D. ZACARIAS GARCIA ANDRES	Madrid
Vice-Presidente 2.°	D. ISAIAS DEL MORAL CEJALVO	Valencia
Secretario General	D. JOSE A. CALVO GARCIA	Zaragoza
Vice-Secretario	D. FRANCISCO 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	Málaga
Vocal	D. ANTONIO GUTIERREZ VELASCO	Barcelona
Vocal	D. JOSE OLCINA MORALES	Alicante

DELEGADO DE ZONA

D. José M.ª Báez Basauri. Mayor, 27, 6.°. Las Arenas. BILBAO.
D. José Luis Inchaurrondo. Paseo de Colón, 65. IRUN.
D. Juan Vidán Torres. Preguntoiro, 10. SANTIAGO DE COMPOSTELA.
D. Zacarías García Andrés. S. Madrona, 36. MADRID.
D. José Antonio Calvo García. Coso, 77, 5.°. ZARAGOZA.
D. Evaristo Rodríguez Valverde. Córcega, 505. BARCELONA.
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.°. MALAGA.

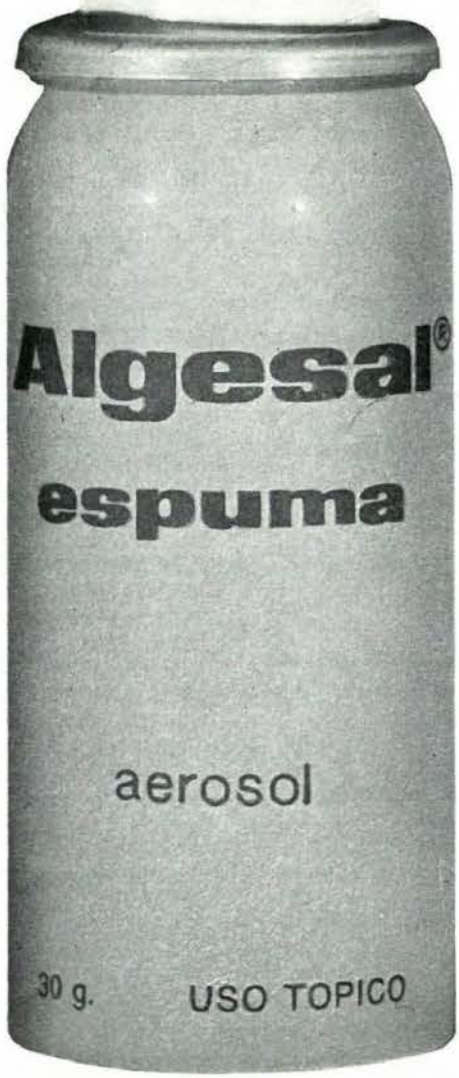
DELEGADOS PROVINCIALES

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. Evaristo Rodríguez Valverde.**
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.
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: Su Delegado Provincial.
SAN SEBASTIAN: **Sebastián Tenés Iturriza.**
STA. CRUZ DE TENERIFE: **D. Armenio Méndez.**
SEGOVIA: **D. Francisco García.**
SEVILLA: **José Cañero Ramos.**
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.**

cuando aprieta el dolor...

Algesal®
espuma

espuma antirreumática, analgésica, antiinflamatoria



COMPOSICION: Laurilsulfato de nopoxamina, 10 mg.; Salicilato de dietilamina, 100 mg.; Excipiente c.s.p. 1 gr. de emulsión.

INDICACIONES: Terapia percutánea del dolor local, dolores reumáticos, articulares y musculares, torceduras, tortícolis, lumbago y otros de parecida naturaleza.

POSOLOGIA Y MODO DE EMPLEO: Aplíquese varias veces al día una cantidad suficiente de espuma según la extensión de la zona dolorosa, practicando una suave fricción hasta su completa absorción.

EFECTOS SECUNDARIOS: Hasta el momento no se han observado.

CONTRAINDICACIONES: No se aplicará sobre heridas abiertas ni mucosas.

PRESENTACION Y P.V.P.: Envase con 30 gr. de emulsión, 257,90 Ptas.

KALICHEMIE ARZNEIMITTEL

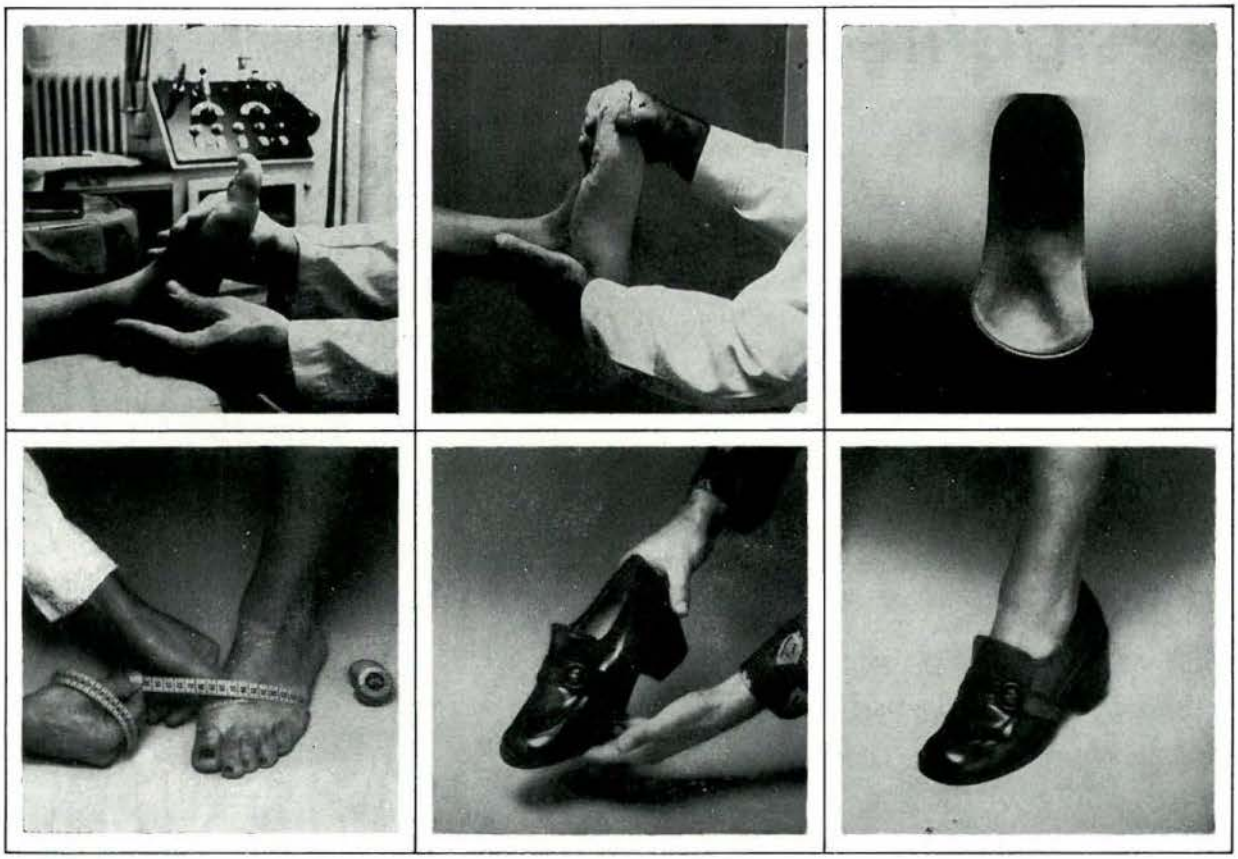
KALIFARMA, S.A.

Apartado 12.068 - BARCELONA - Tel. 239 29 07
Madrid, Tel. 276 92 76 - Sevilla, Tel. 21 39 22
Valencia, Tel. 334 63 06 - Bilbao, Tel. 441 66 54

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 1978 POR EL CAMINO DE LA SUPERACION Y LA UNIDAD PROFESIONAL.

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

EDITORIAL

Se ha celebrado en París, Palacio de Congresos, los días 5 y 6 de noviembre, los II ENTRETIENS DE PODOLOGIE organizado por la Federation Nationale des Podologues, acto en el que se dieron cita elevado número de colegas franceses, demostrando así que en esta nación, la Podología tiene enormes posibilidades de luchar para elevar la posición actual de la profesión, contando para ello, además de con una Junta dinámica, con algo más importante, cuales son unos profesionales que viven de su profesión y no regatean el esfuerzo necesario para conseguir una superación. Una vez finalizado el Congreso, el lunes por la tarde y martes por la mañana tuvo lugar la reunión de los miembros de las dos anteriores organizaciones, la FIP y la CMP, ya fusionadas desde el año anterior tras la reunión de Düsseldorf, con la asistencia de la totalidad (excepto creo una) de las naciones. Con tal motivo se desplazaron a la capital francesa los Sres. Escachs, Presidente Nacional, y Martín Rueda. Durante el desarrollo de las sesiones se respiró una gran tensión, rodeada de las gestiones o manipulaciones francesas para acaparar los cargos, no por parte del Presidente de la Federación, pero sí del Presidente nombrado provisionalmente en Düsseldorf, M. Beauvallet. Así resultó ratificado en el cargo dicho colega, siendo nombrado para los de Secretario General y Tesorero el también francés M. Moureau. Desde luego, en las distintas fases de la reunión, hubiera resultado más fácil para ellos, de no ser por la acertada intervención del Sr. Escachs, que puso en tablas al francés en más de una ocasión. En el segundo día de reunión, viendo que había dos vertientes, según la categoría profesional de los podólogos en cada una de las naciones integrantes, y a consecuencia de la intervención del Sr. Escachs, se volvió a ejercer el derecho al voto, para dilucidar en qué condiciones debían pertenecer a la FIP las naciones con nivel de estudios más bajos. En este aspecto se pronunciaron tanto el Presidente como los demás miembros, en favor de crear una inquietud desde el mismo seno de la FIP, cuyos objetivos sean actualizar los estudios de Podología en todas las naciones, consiguiendo un nivel óptimo a base de cursos, intercambios culturales y orientación profesional.

Esperemos esta vez no suceda como en otras ocasiones, y esta nueva FIP tenga fuerza suficiente como para mantener en pie sus promesas por el bien de la Podología europea.

Esperemos también que el próximo año nos sea propicio y que aprovechemos estas cortas vacaciones navideñas no sólo para la diversión, sino también para la meditación y el análisis exhaustivo de en qué proporción de nuestras posibilidades estamos prestando ayuda a la Agrupación. Que no hayan ni sectores ni personas físicas cuyas acciones puedan ir directa o indirectamente en contra de los deseos de una mayoría, con fines puramente lucrativos o de representación, y seamos de una vez señores dentro de una profesión señora, y no señores por cobrar más caro, sino por sentir y trasmitir esa inquietud que un día nos llevó a abrir nuestro gabinete.

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

Pie valgo infantil por laxitud ligamentosa

Por **J. ALONSO, F. FARRERAS, E. RODRIGUEZ, M. RUEDA**
Profesores de la Escuela de Podólogos de Barcelona

Queremos referirnos con este trabajo, a un trastorno postural, que observamos frecuentemente en los niños y que consiste en el valgo del talón, motivado por el aumento de la motilidad articular y condicionado por laxitud ligamentosa.

Con esta exposición, creemos, que no vamos a inventar nada, ni queremos dogmatizar nuestras creencias, si no tan sólo, deseamos detallar cuál es nuestro criterio en este problema y cuál es nuestra actuación.

En la concepción neuro-motora de la actitud postural del valgus de talón, puede ser considerado como un mal equilibrio de los segmentos pierna-pie. Esta desviación está en relación con una insuficiencia de percepción propioceptiva de los músculos equilibradores laterales internos, especialmente el tibial posterior. La puesta en tensión estabilizadora se efectúa retrasadamente, a partir de una oblicuidad segmentaria anormal.

Entre los múltiples factores desencadenantes del valgo, podemos enumerar, entre otros:

a). Factores neuro-genéticos (laxitud).
b). Sobrecarga ponderal.
c). Factores neurológicos y endocrinos.
d). Anteversión cuello fémur.
e). Desviaciones laterales de la rodilla.
f). Hipermovilidad 1er. radio, etc.

No es infrecuente el confusionismo entre las terminologías del plano y valgo, ya que el concepto valgo, se ha relacionado con el del pie plano, al creer que al pronar el calcáneo, condiciona un derrumbamiento de la bóveda longitudinal interna, cuando en verdad, vemos pies planos puros sin que exista el signo del valguismo; valguismo sin alteraciones de la huella plantar y bóvedas aumentadas con la presencia de la pronación del calcáneo.

El concepto de valgo, consiste en el giro en pronación y adducción del calcáneo sobre su eje longitudinal, tendiendo apoyarse sobre su cara interna, arrastrando consigo el astrágalo que se inclina hacia abajo y a dentro.

CAUSAS. — Si bien la etiopatogenia de la laxitud se presenta confusa, siempre conlleva la abertura articular, pues debemos tener en cuenta que los ligamentos son cables que mantienen piezas óseas, pero también son captores sensoriales que hacen intervenir los bucles reflejos de la tensión muscular.

En las laxitudes globales, el aumento de la motilidad articular va acompañando de hipotonía muscular, tienen un carácter familiar y predominan los tipos hereditarios. Adquieren

posiciones viciosas, con actitudes desgarbadas, cifoescolióticas, hombros caídos, tórax aplanado, etcétera.

En el pie, simplemente la laxitud del ligamento interóseo puede condicionar el valguismo.

SINTOMATOLOGIA. — El proceso, puede evolucionar asintomáticamente, pero pueden presentarse caídas frecuentes, inseguridad en la marcha; cansancio fácil a la deambulación y bipedrestación prolongada. Dolores en crestas tibiales, calambres nocturnos y resulta frecuente que los niños se descalcen.

EXPLORACION

En Sedestación: Apreciamos el aumento de la motilidad articular y predominio de pies longuilíneos.

Es frecuente encontrarnos con la presencia de zonas de hipertrofia de la piel, condicionadas por el roce con el calzado (a nivel de la tuberosidad ántero-externa de la apófisis mayor del calcáneo, cabeza del astrágalo lateral y dorsal, tuberosidad del escafoides y borde plantar interno del primer dedo).

Según la función muscular, el pie suele presentarse en flexión plantar, supinación y adducción, trinomio resultante de la rotación interna sobre el eje de Henke.

Por ello consideramos imprescindible la exploración y función muscular, para lo cual disponemos de unas valoraciones numéricas que nos dan los parámetros indicativos del estado de fuerza muscular, lo cual logramos ofreciendo una resistencia progresiva sobre la trayectoria cinética del músculo en contracción, empezando por el primer músculo de la cara ántero-interna (Tibial anterior) circunscribiendo el pie hacia fuera hasta finalizar por el último de la cara posterior interna (Tibial posterial).

Los reflejos Aquíleo y plantar son normales comparativamente.

En Bipedestación: Observamos en la cara posterior rotación y diástasis maleolar, que condicionan el valgo del calcáneo y la caída del astrágalo. Se halla truncada la línea de Helbing, que divide el talón en dos partes iguales, y con la presencia del valgo queda desplazada hacia fuera.

El valgo compensador será correcto si el ángulo formado por el eje del talón y la recta prolongable del eje de la pierna sea igual al ángulo formado por el eje de la pierna y la vertical (5.º). Si el valgo es inferior a este ángulo formado por el eje de la pierna y la vertical, se dice que hay un valgo compensado, si el valgo es superior se dice que hay un valgo descompensado.

En la cara anterior en su borde interno, presenta tres prominencias más o menos acentuadas según la intensidad del valguismo que son: Prominencia exagerada del maléolo interno; cabeza del astrágalo, ésta en ocasiones puede sobrepasar la proyección maleolar; tuberosidad del escafoides por su luxación astrágalo-escafoides e hipertronia del tibial posterior cuyo tendón se manifiesta a modo de cordón sobre el maléolo interno. En ocasiones se presenta otro relieve óseo a nivel de la articulación metatarso-falángica del primer dedo por Halux valgus incipiente.

En el borde externo, se aprecia menor relieve del maléolo peroneo y concavidad inframaleolar en coup d'hache; prominencia de la apófisis estiloide, consecuente a la rotación del cuboides en pronación.

Los desequilibrios pueden ser innumerables, desde una actitud escoliótica (si es unilateral), pasando por la modificación del esquema corporal espacial con sus implicaciones modificadoras sobre los receptores periféricos, sin olvidar las incidencias articulares y/o posturales, tales como el genu-valgum, acortamientos virtuales, basculación pélvica, anteversión o retroversión, etc.

En Marcha: El denominador común en la marcha, es el valguismo de talón en la fase de apoyo, existiendo alteraciones en el desarrollo del paso, condicionando a la morfología ósea del antepié y a la alteración músculo-ligamentosa.

Así, es frecuente que en los pies egipcios, suelen acompañarse de una marcha en adducción, ocasionada por el sentido descendente de los metatarsianos, que condiciona la brevedad del 5.º sobre el 1.º. La estructura ósea favorece la hipertrofia de los tibiales que en un intento de restablecer el equilibrio del pie y como la parte anterior del mismo está libre, su tracción le arrastra hacia dentro, colocándola en supinación y adducción, condicionando un metatar-

sus adductus varus. En estos casos la toma del contacto del pie en el suelo, en su inicio será en varus.

En los pies griegos, a diferencia del pie egipcio, la brevedad del 1er. metatarsiano condiciona la debilidad del arco interno, favoreciendo la hipertrofia de los peroneos y extensor común de los dedos. En estos pies, la toma de contacto del talón, suele ser en valgo y el desarrollo del proceso del paso en abducción. No es así, en los casos en que existe la brevedad del 5.º metatarsiano, que condiciona la marcha en adducción del antepié por insuficiencia del arco externo.

EXPLORACION PODOSCOPICA. — Se aprecia alteración de la línea de Meyer.

La imagen podoscópica, puede oscilar desde un aplanamiento total, en cuanto a contacto y presión, hasta unas zonas de contacto y presión delimitados en talón y antepié.

Esta imagen podoscópica, podemos archivarla, con el Podofhot.

Igualmente el fotopodograma y el Podoprim, pueden ser útiles para comprobar la evolución de la huella plantar.

Para conocer el grado de valguismo, aparte del estudio radiográfico, nos son útiles la medición de la desviación de la línea de Helbing, mediante el goniómetro especialmente concebido para este fin. Dándose como medidas fisiológicas, una desviación en valgus de 5.º, y la proyección de los maléolos mediante la reglilla de Perthes.

RADIOGRAFIA. — Consideramos interesante si el caso lo requiere, la obtención de radiografías según las técnicas habituales o por segmentos. Si bien no nos introducimos en esta materia ya que el compañero Vilató, presenta un tema versando ampliamente sobre las mismas.

TRATAMIENTO. — Se ha preconizado, distintas técnicas encaminadas a corregir el valgo de talón, como la cuña interna de Thomas, vendaje del retropié, que tendrá por objeto proteger y mantener el talón en corrección (Terapéutica astringente), cascarilla de Helfet en el zapato, etc, si bien, nosotros abogamos la reestructuración de la arquitectura ósea del pie, mediante la confección de plantillas ortopédicas, que cumplan rigurosamente esta misión, sea cual fuese el material a emplear y ejercicios adecuados según la edad y el desarrollo psíquico y el resultado del balance músculo-articular.

Consideramos imprescindible la obtención del modelado del pie, obtenido con las correcciones correspondientes.

ALGUNAS NORMAS A SEGUIR PARA LA OBTENCION DE MOLDES DE YESO. — Utilizaremos el negativo como positivo, empleando para su obtención (según la marca de la venda de yeso) cinco o seis capas de venda, la cual nos dará la suficiente consistencia para poder realizar directamente el modelado de la plantilla. Señalaremos las cabezas de los metatarsianos, justa por detrás de las mismas, y también la tuberosidad del escafoides, pues nos interesa que quede marcado dentro del molde.

NORMAS PARA CONSEGUIR LA PLANTILLA. — Normalmente utilizamos materiales termoplásticos, debido a su buena adaptabilidad al modelado y porque reúnen los principios básicos que son:

a). Finalidad postural. Permite la acción electiva de la ley de Delpec y la teoría de Ducroquet.

b). Finalidad pasiva. Permite la sujeción del pie durante el desarrollo del paso.

c). Finalidad activo-pasiva. Caracteriza la conservación pasiva del pilar posterior y facilita el trabajo del pie en corrección.

La plantilla reestructura la arquitectura ósea, ejerciendo las correcciones en el retropié, llegando ésta, a nivel del escafoides, en el arco interno y recogiendo el arco, para evitar el desplazamiento o deslizamiento.

En los casos que el valgo, vaya acompañado de un metatarso adductus varus, ejerceremos la elevación externa a nivel del 5.º metatarsiano, para conseguir la corrección.

TRATAMIENTO REHABILITADOR. — Realizado el balance muscular previamente, se harán ejercicios correctivos, contra resistencia a los músculos cuyo valor esté disminuido. Descartaremos todo ejercicio estandarizado.

A nuestro criterio, consideramos conveniente iniciar el tratamiento orto-podológico en pies asintomáticos, de los dos años y medio a los tres ya que a esta edad aparecen los últi-

Taberner®

CALZADO FISIOLOGICO INFANTIL

Características anatómicas:

- Confeccionado con materias naturales de primera calidad.
- Horma racional para un correcto desarrollo del pie.
- Contrafuerte consistente que asegura una adecuada sujeción.
- Palmilla interior de legítimo cuero.
- Enfranque resistente.

OSCAR 1975 AL MEJOR DISEÑO DE CALZADO INFANTIL

OSCAR 1976 AL DISEÑO MAS ANATOMICO EN CALZADO INFANTIL

patrocinado por la
Comisión Española Pro Suela de Cuero

Calidad garantizada por

GREGORIO TABERNER, S. L.

Llucmajor (Mallorca)

Weyler, 53

Teléfono (971) 66 01 56

mos núcleos de osificación, salvo aquellos casos que presenten una sintomatología específica que nos obligue a iniciarlo con anterioridad.

Hoy en día, algunos traumatólogos, realizaron en los casos muy avanzados de valguismo, una artropiastía subastragalina externa, con aplicación de un injerto en el seno del tarso.

No podemos enjuiciar, con precisión, esta técnica por no tener muchos casos comprobados después del posoperatorio, pero sí en cambio, estamos en contra de la artrodesis subastragalina, por bloquear el crecimiento normal del astrágalo y calcáneo.

CALZADO. — Si la plantilla reestructura debidamente la arquitectura normal del pie, es innecesario el uso de la bota o calzado alto que limita la movilidad de la articulación del tobillo, ya que esto es opuesto a la cinemática y a las leyes del desarrollo músculo-articular (un abuso articular sin los descansos adecuados trae, a veces, consigo a la larga procesos degenerativos «Delpech». Siempre que un hueso está sometido a presiones, tendrá tendencia a deformarse. La ejecución de movimientos anormales pueden modificar una articulación normal.)

El calzado deberá reunir además las suficientes características como pueden ser:

a). Tacón recto. Eliminando el mal llamado Tacón de Thomas, ya que es contraproducente por no reunir los requisitos necesarios para ejercer las funciones sobre las que está concebido.

b). Anchura y altura adecuada en la pala.

c). Altura suficiente en el contrafuerte, para poder colocar la plantilla, sin que el zapato salga al caminar.

d). Buena sujeción en el empeine. Debe asegurar una buena hermandad zapato, pie, plantilla.

e). Que sea construido, de materiales nobles.

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)

"DIABETES MELLITUS"

Por *MANUEL GAVIN, Podólogo*

El podólogo actual, no cabe duda cada día va siendo más apreciado y reconocida su labor por el público en general. Sus servicios son cada vez más solicitados y así podemos ver mucha gente que hasta hace poco se cuidaban ellos mismos por medios caseros sus propios pies, ahora acuden a nuestras consultas reconociendo que han estado perdiendo el tiempo inútilmente al no haberlo hecho antes. Esto nos obliga a prepararnos cada día mejor, ya que los problemas que a diario tenemos que solucionar son muy diversos y si no se quiere fracasar tanto en el terreno particular o deteriorar el buen nombre de nuestra especialidad que cada día va adquiriendo, no nos toca más remedio que estar en un estudio constante de todas sus facetas ya que sabido es de todos que la vida se va renovando y a la par van apareciendo o descubriendo nuevas técnicas.

En mi último artículo publicado en esta revista, trataba de una dolencia muy frecuente entre nuestros pacientes tal como es la de los trastornos circulatorios del pie. En el presente, voy a hacerlo sobre otra no menos frecuente e importante tal como es la de los pacientes que están afectos de la tan conocida enfermedad: DIABETES MELLITUS que a pesar de ser sus síntomas de sobras conocidos por todos nosotros siempre hace que ante un paciente de este tipo nos tengamos que poner alerta.

Esta clase de enfermo es quizás uno de los más frecuentes dentro del tipo peligroso que viene a visitarse en un consultorio de podología. Se trata esencialmente de una enfermedad metabólica y generalizada, asociada y finalmente con un desequilibrio del metabolismo de los hidratos de carbono. Existe por parte del páncreas una imposibilidad de producir la cantidad de insulina necesaria para los requerimientos del organismo sin la cual el mismo no puede almacenar el azúcar y metabolizarlo. Esta imposibilidad, tal como todos sabemos da lugar a un exceso de azúcar en la sangre (hiperglucemia) acompañada de la presencia de azúcar en la orina (glucosuria).

Debido a que el organismo se empobrece de azúcar, aparece la tendencia a utilizar las grasas con este propósito, aunque con bastante ineficacia y entonces encontramos que los tejidos llegan a alterarse hasta el punto de afectar sensiblemente el metabolismo de las proteínas. Toda esta serie de eventualidades hace que en el paciente aparezca el adelgazamiento, la sed, la poliuria y posiblemente la neuritis periférica acompañado todo ello muchas veces de trastornos de la circulación arterial.

Es muy frecuente ver que se han producido úlceras por la acción de las más mínimas abrasiones de la piel y más todavía por los puntos de presión del pie. La capacidad de resistencia a la infección se halla disminuida y por lo tanto puede existir una gran dificultad de curación de las úlceras presentándose con frecuencia en su fase final no tratada, la gangrena.

Los síntomas que nos pueden hacer pensar que nos encontramos ante un paciente diabético son muchos pero los más frecuentes o significativos, para no alargarme demasiado, sue-

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.
224,— 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.
118,— ptas.

INFAR NATTERMANN

Apartado 400 - Zaragoza Infanta Carlota, 84-88 Barcelona-15

len ser la asepsia, las úlceras que tardan en cicatrizar, la falta de sensibilidad en la piel, una historia de sucesivos furúnculos o una debilidad extrema.

Ante un enfermo de este tipo debemos de tener mucho cuidado en el caso de que tuviéramos de hacerle algún tratamiento quirúrgico pues sabido es de todos que se halla muy disminuida su capacidad de cicatrización y podemos, por tanto, muy fácilmente tener un disgusto.

Lo más lógico es que a un diabético nos esforcemos para hacerle comprender lo mejor posible nuestras recomendaciones, haciéndole ver que de seguirlas o no, pueden venirle muchas complicaciones o evitarlas, según su manera de obrar.

Si tiene análisis de sangre practicados recientemente, le pediremos que en la próxima visita nos los traiga a fin de poder ver sus índices de glicemia, dato éste muy importante ya que con él podemos darnos una idea del grado en que se encuentra su enfermedad, ya que de tener más o menos puede cambiar totalmente el cuadro clínico, tratamiento, etc.

No nos cansaremos de recomendarle el uso de zapatos holgados ya que los dedos no deben de permanecer apretados consiguiendo de esta manera una mejor circulación sanguínea de los mismos.

Tenemos que hacerles comprender lo importante que es para un paciente de este tipo que los dedos no permanezcan apretados dentro del zapato ya que lógicamente las cabezas de los metatarsianos no pueden permanecer a su debido nivel, lo cual facilitaría la aparición de ulceraciones plantares que de no ser cuidadas a la larga podrían degenerar incluso hasta llegar a un mal perforante plantar.

Los tres puntos de vista principales que deben de tenerse en cuenta en el cuidado de un diabético son: Profilaxis; protección adecuada de las zonas peligrosas, máxime si la persona es de edad avanzada y tiene piel más bien reseca; y apósitos asépticos adecuados.

Las instrucciones para el paciente deben de comprender el hacerle ver bien claro el peligro que supone para él, las quemaduras, escaldadudas, el calor excesivo de las botellas de agua caliente o de las almohadillas eléctricas, así como el peligro de hurgar alrededor de las uñas para «limpiarlas».

El paciente que viene a nuestra consulta porque ya presenta algún trastorno en sus pies, debe ser sometido al reposo las máximas horas que su quehacer diario o forma de vida le permita, evitando temporalmente los zapatos de cuero recio, aconsejándole el uso de zapatillas de fieltro muy suave hasta que se haya logrado la curación de la zona afectada.

Los pacientes afectos a esta enfermedad, muchos de ellos son ya de edad avanzada y por tanto susceptibles a que su memoria les falle, es muy recomendable el darles por escrito el máximo de estos consejos si queremos que nuestra labor sea plenamente secundada por el interesado.

A continuación transcribo los consejos que acostumbro a dar por escrito cuando en mi consulta acude uno de estos pacientes.

1.º Siempre séquese suavemente los pies, mejor empapando que frotando, no olvidando de secar la piel de los espacios interdigitales.

2.º Cortar las uñas transversalmente a nivel de la punta de los dedos.

3.º Si no puede alcanzar con facilidad sus pies, hágalos cuidar por otra persona y si es podólogo mejor.

4.º Recuerde que los zapatos deben ser más largos que el pie, pudiéndose decir lo mismo de las medias y calcetines. Si son cortos pueden producirse trastornos en las uñas.

5.º Si se produce alguna herida, ampolla, etc. o se inflama alguna parte del pie o aparecen manchas rojas o azuladas, acuda inmediatamente al podólogo.

6.º Los callos se producen por una presión excesiva del calzado. No intente realizar Vd. mismo tratamientos caseros, de una manera especial usando callicidas, etc., sino que busque de inmediato el consejo y la ayuda del podólogo.

7.º Evite la presión o roce entre dedos mediante separadores o pequeñas piezas de lana, algodón, espuma, etc. con lo cual fácilmente evitará ulceraciones.

8.º Los diabéticos no se curan tan fácilmente como otras personas. Mejor es asegurarse que lamentarse, es decir, en otros términos: «Vale más prevenir que curar».

Yo puedo asegurar que algunos de mis pacientes afectos de esta enfermedad, estas recomendaciones las han seguido al pie de la letra

tome medidas para sus pies con

Peusek®

desudorante y desodorante

un baño mantiene su eficacia 3 meses

dos productos
para dos problemas que son dos soluciones

ARCANDOL SPRAY

para pies ardientes,
cansados, doloridos.

su aplicación alivia de inmediato

Productos Peusek

Avda. Infanta Carlota, 19-21 * Telf. (93) 239 83 34 * Barcelona-29

consulte a su podólogo. venta en farmacias

y más de uno al repetir sus visitas pidió espontáneamente le facilitara otro ejemplar del papel que contiene sus instrucciones ya que se le había extraviado el primero y no quería estar sin él.

Por último sólo queda recordar que nuestra conducta ante un enfermo diabético tiene que estar encauzada a tomar toda clase de precauciones, principalmente en lo que se refiere a la desinfección de la piel y zonas sobre las que debemos actuar, ya que toda prevención que tomemos en este sentido jamás estará de más.

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.

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

Infale

CONTRAINDICACIONES: No existen.

INFALINA CORTISONA		INFALINA	
Fórmula por gramo			
Sulfato de Neomicina (equivalente a 3,5 mg. Neomicina base)	5 mg.	Sulfato de Neomicina (equivalente a 3,5 mg. Neomicina base)	5 mg.
Bacitracina de zinc	300 U. I.	Bacitracina de zinc	300 U. I.
Tirotricina	2 mg.	Tirotricina	2 mg.
Hemi succinato de Hidrocortisona	10 mg.	Ac. undecilénico	10 mg.
Para oxibenzoato de metilo	10 mg.	Undecilinato de zinc	50 mg.
Oxido de zinc	50 mg.	Oxido de zinc	50 mg.
Excipientes grasos c. s. para	1 gr.	Excipientes grasos c. s. para	1 gr.
Tubo 6 gr. 56'60 Ptas..		Tubo 24 gr. 68'15 Ptas	

EL PODOLOGO EUROPEO

Por **ISAIAS DEL MORAL**
PODOLOGO. VALENCIA

En todo aquello que tiene proyección futurable, casi siempre suele acontecer que cuando menos se piensa, lo que se creía lejos se acerca y dejando de ser futuro ya es presente y con su presencia, el planteamiento de una serie de problemas que si no han sido previstos habrán de improvisarse con los inconvenientes propios de la improvisación.

En varias ocasiones, nuestro Presidente, Leonardo Escachs, con su proverbial visión de las cosas, ha apuntado la conveniencia de proyectar y relacionar nuestra profesión mirando a Europa, hacia el Mercado Común, en el que España aspira ingresar. Todo parecía estar aún muy lejos y la verdad es que ya lo tenemos a un paso. El podólogo «español», si las cosas no cambian, pronto puede ser el podólogo «europeo». Su denominación española ha sido implantada en Europa. Existe una federación de podología europea y está prevista otra asociación a nivel mundial con el mismo nombre profesional. Sin pararnos a estudiar los pormenores de cómo los antiguos callistas españoles, los pedicuros franceses, los quirodopistas sajones, etc., han pasado a llamarse PODOLOGOS, la verdad es que ahí está el hecho, que hemos de aceptar no sin cierta satisfacción por nuestra parte, puesto que en España ha nacido su nombre que ya es conocido y aceptado a todos los niveles.

En cuanto a sus estudios, en el resto de Europa no están a la altura de los que tenemos en España, ni en España lo están a la altura de nuestras aspiraciones. El compañero Escachs Clariana ha reiterado hasta la saciedad, en diferentes ocasiones, nuevos proyectos de estudios. Es sabido que muchos le apoyamos incondicionalmente, pero... ¿cuántos y hasta qué punto lo hacemos y qué hacemos por lograrlo con lealtad? El nos ha dado y da muestras constantes de estar en la brecha. Que prefiere «el camino a la posada», como decía Cervantes. No quiere ser el zángano que después del vuelo nupcial muere. Renán decía que «La existencia de un pueblo es un plebiscito constante». Yo digo igual de una profesión activa. Ha de ser un camino a recorrer diariamente y sin reposo. Un plebiscito constante de superación.

Yo quisiera que estas reflexiones y sus propósitos fueran bien comprendidas por algunos compañeros de mente un poco gaseosa (sin ánimo de ofender, sino de hostigar voluntades). Opino modestamente, que la pluralidad continental de nuestra profesión ha de consolidarse con la denominación de PODOLOGO y sus estudios y campo profesional han de ser análogos, unificados si es posible, mentalizándonos ya como profesionales europeos, pues si ante Europa nos consideramos españoles, alemanes, ingleses, franceses, italianos, etc., ¿no es verdad, a veces sin notarlo, que ante el mundo nos sentimos europeos? Otras veces (esto si lo notamos) parece ser que los europeos nos estamos americanizando, pero yo creo que no. Más podemos decir que es un reflejo de la propaganda y quizá hasta una galantería por nuestra parte. Europa no se americaniza. América es una creación europea y ésta ha sido y es la que la nutre de ideas y creaciones que aquélla sabe asimilar, pero que hasta hoy no ha llegado a superar. Estas aseveraciones no desvirtúan en modo alguno mi sincera admiración hacia el Nuevo Continente y a nuestros compañeros profesionales afines, pero como «europeo», así lo valoro.

Finalmente quiero hacer constar que ésta mi íntima inquietud al respecto, no tiene otra pretensión que apuntar una idea sobre la que hay que trabajar con cierta prisa, pero con la profunda responsabilidad que la hora nos pide.

PIEDRO

OFRECE AL PODOLOGO:

cuatro distintos anchos
cuatro tipos distintos de suela

- **100 % cuero crupón marca-royal**
- **palmilla entresuela cuero y bloque de composición controlada**
- **íd., íd., íd. y crepé superior virgen**
- **100 % cuero crupón reforzado**

tres tipos distintos de tacón **(recto, estilo Thomas y recto con estabilización central)**

dos tipos de hormas (normal y recta)

ochenta distintos modelos y siempre:

Máxima sujeción de empeine y retropié
Espacio para el movimiento de dedos
Máxima calidad de materiales
Espacio para el crecimiento
Máxima indeformabilidad

PIEDRO INTERNATIONAL
En España

J. L. Vila-Plana
Conde Borrell, 211 - prta. 33
teléfono 93/239 53 06
Barcelona-15
telegramas: KIRITA-Barcelona
exposición: Conde Borrell, 87
(rogamos hagan cita)

PIEDRO

Labor Docente

Cuerpos extraños en el pie

Por **JULIO ALONSO**
PODOLOGO DEL HOSPITAL
CLINICO. BARCELONA

Como en el resto del organismo, los cuerpos extraños en el pie, pueden producir procesos inflamatorios o permanecer asintomáticos.

Uno de los cuerpos extraños más frecuentes localizados en el pie, son los producidos en épocas veraniegas por los erizos o por las plantas como el cactus, que al llevar el pie descubierto, motiva la incrustación de muchos pinchos (diapositiva n.º 1). Frecuentemente existen personas voluntarias que casi momentáneamente quieren realizar la extracción, a veces con resultados positivos después de un trabajo no poco laborioso y algo molesto.

Según la zona traumática de estos cuerpos extraños, producen dolores vivos a la deambulación.

Tratamiento: Aconsejamos extraerlas con la punta del bisturí. En los casos que nos sea dificultoso es preferible anestesiar la zona para facilitar el trabajo. También podemos recurrir al almohadillado y esperar a que el cuerpo extraño provoque un proceso inflamatorio, facilitando posteriormente la eliminación por sí solas.

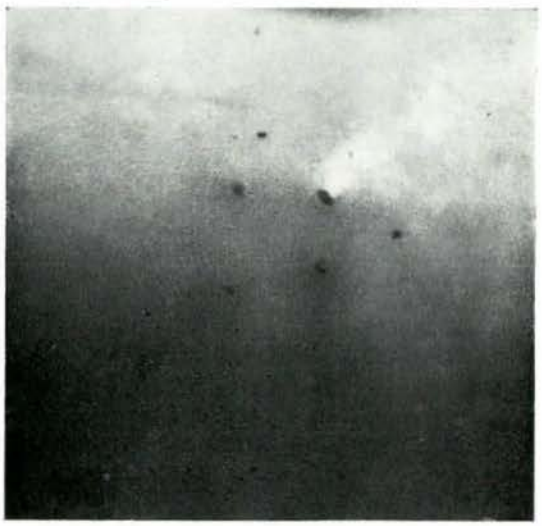
Otro cuerpo extraño frecuente, son las agujas. Provocan un dolor intenso, si están en zonas de apoyo (Diap. n.º 2).

Tratamiento: Deberemos realizar en 1.er lugar, una radiografía para visualizar dónde está anidada, si observamos que no se aprecia superficialmente.

Si está muy profunda y al paciente no le molesta, es aconsejable posponer el tratamiento, ya que en muchas ocasiones son bien toleradas por el organismo y en cambio la intervención puede ser muy laboriosa, con el riesgo de lesionar tejidos al intentar la extracción.

El vidrio y la madera pueden ser también elementos extraños en el pie. Suelen localizarse superficialmente y no resulta difícil su extracción, si bien tienen buen toleramiento especialmente el vidrio, ya que su capsulación resulta muy fácil.

Otro cuerpo extraño muy frecuente observado en nuestras consultas es: El palo. Resulta fácil su extracción, especialmente cuando está inflamada la zona donde anida.



Diapositiva 1

NUEVO

Sillón eléctrico Mod. STARLINE

ELEGANCIA DE LINEA — FUNCIONALIDAD Y UTILIDAD EN EL DISEÑO — ROBUSTEZ — PERFECTO ACABADO

Mod. 1

Mod. 4

PRECIOS Y CONDICIONES EXCEPCIONALES

SERVICIO TECNICO GARANTIZADO EN TODA ESPAÑA POR EL SERVICIO POSVENTA SUDENTA, S. A.

SOLICITE AMPLIA INFORMACION SIN COMPROMISO A:

sudenta, s. a.

DEPARTAMENTO PODOLOGIA

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

Diapositiva 2

Preferentemente encontramos estos cuerpos extraños en las personas de profesión peluqueros o en los matarifes.

Hoy, con menos frecuencia, se pueden encontrar también trozos de metralla o perdigones, producidos por explosivos o debido a heridas por armas de fuego. Este tratamiento, será difícil que nosotros lo realicemos, pues normalmente lo requiere de inmediato, o sea de urgencia.

De todas formas y como tratamiento generalizado, es aconsejable la administración de suero antitetánico y antibióticos en todas las heridas que se produzcan en el pie con cuerpo extraño.

Cuando el cuerpo extraño esté anidado muy superficialmente en la piel y en su cara plantar en zonas de apoyo, es característico encontrar unas hiperqueratosis que recubren el cuerpo extraño.

En ocasiones, el paciente acude a nuestras consultas para que le solucionemos el problema de la callosidad. Extrayendo las capas hiperqueratósicas aparece el cuerpo extraño.

COMUNICAMOS A NUESTROS LECTORES QUE LA ADMINISTRACION DE ESTA REVISTA NO PUEDE RESPONSABILIZARSE DE LAS ANOMALIAS EN EL REPARTO, DEBIDAS A LA IRREGULARIDAD DEL SERVICIO DE CORREOS.

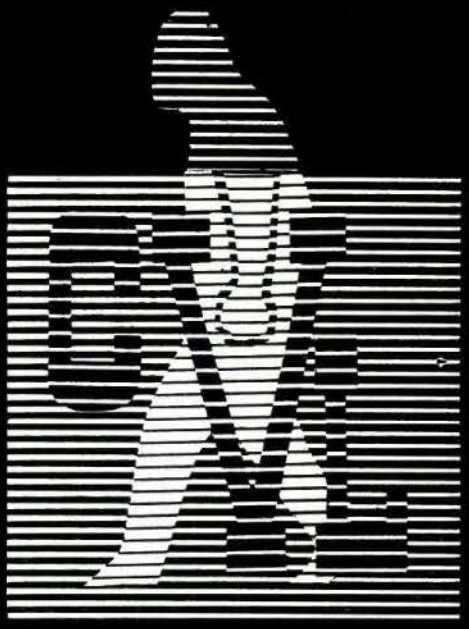
constantino velasco laínz

y

BERKEMANN

en
colaboracion
con
la revista española de

PODOLOGIA



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

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

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

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

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

Eficacia de las modificaciones del zapato para la rotación interna del pie

Por **LUIS PASCUA SAN MIGUEL**
PODOLOGO. LEON

Por su gran interés podológico, ya que en el X Congreso Nacional de Podología en San Sebastián, el equipo de profesores de la Escuela de Podología de Barcelona mencionó públicamente el aspecto negativo de las modificaciones del calzado tipo tacón de Thomas, he aquí un trabajo hecho sobre la eficacia de las modificaciones del calzado por un grupo de Pediatras americanos, con todos los medios que ellos disponen, es para que todos los podólogos españoles aceptemos la poca eficacia de las modificaciones en los zapatos.

Desde antiguo se suplementa el calzado para tratar la rotación interna del pie, pero los beneficios son dudosos. Si bien no se estudiaron ni publicaron sobre locomoción, los autores de libros de texto clásico y de reseñadas publicaciones recomendaron los suplementos en la planta y talón pero otros negaron su eficacia. En este estudio analizamos el efecto inmediato de los suplementos y Torqheels para modificar el ángulo de la marcha.

MATERIAL Y METODOS

Estudiamos 10 niños con rotación interna bilateral del pie calzados con zapatos convencionales de corte bajo, adaptados correctamente (cuadro 1).

CUADRO 1. *Edad, sexo y diagnóstico ortopédico de los niños estudiados*

Sexo	*Edad * (años)*	*Anteversión femoral*	*Torsión tibial*	*Metatarsus adductus*
A. Femenino	10	+	+	—
B. Femenino	5 ½	+	+	—
C. Masculino	4	—	+	+
D. Masculino	5 ½	—	±	—
E. Femenino	3 ½	+	—	—
F. Femenino	9 ½	+	+	—
G. Masculino	4 ½	+	+	—
H. Masculino	8 ½	—	+	—
I. Femenino	4 ½	+	—	—
J. Femenino	6 ½	+	—	—

* Edad media = 6 ¾ años.

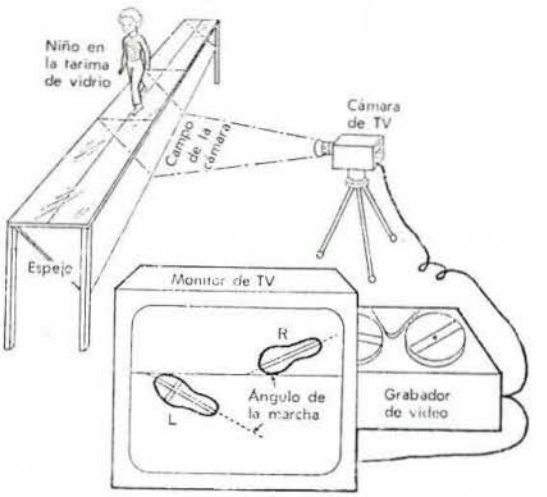


FIG. 1. Método para registrar y medir el ángulo de la marcha.

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.
132,– ptas.

INFAR NATTERMANN

Apartado 400 – Zaragoza
Infanta Carlota, 84–88
Barcelona–15

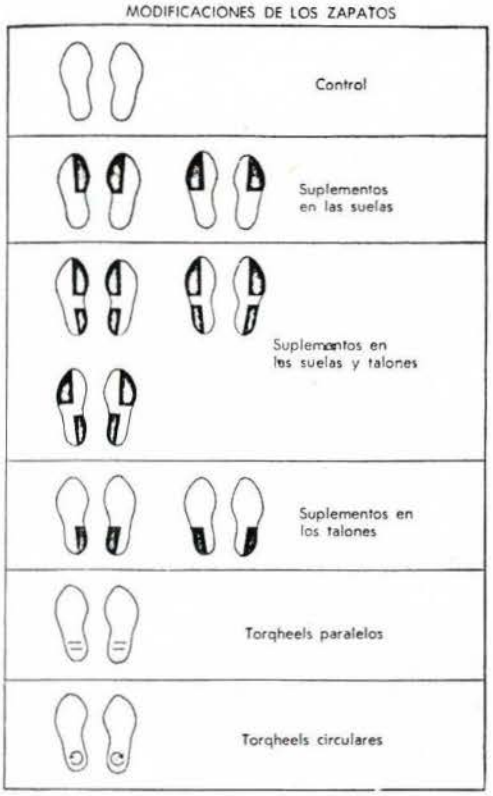


FIG. 2. Modificaciones del calzado que se emplearon en el estudio. Los suplementos fueron de cuero.

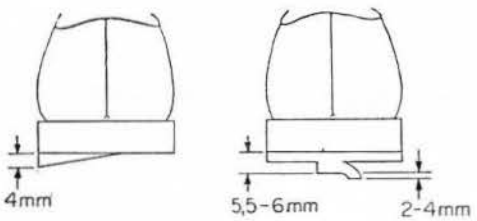


FIG. 3. Dimensiones de las modificaciones de los zapatos.

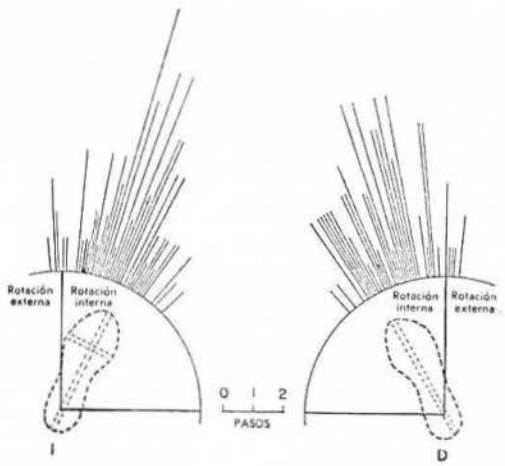


FIG. 4. Distribución de 100 ángulos izquierdos y 100 ángulos derechos de la marcha en el niño "H" con zapatos no modificados.

CUADRO 2. *Promedios y desviaciones estándar de las modificaciones de los zapatos*

Modificación de los zapatos	*Pie izquierdo*		*Pie derecho*		*Ambos pies*	
	Promedio (grados de rotación interna)	*Desviación estándar (grados)*	*Promedio (grados de rotación interna)*	*Desviación estándar (grados)*	*Promedio (grados de rotación interna)*	*Desviación estándar (grados)*
1	18,3	8,2	16,3	8,7	17,3	11,9
2	19,1	8,8	17,6 *	8,8	18,3 *	12,4
3	18,1	9,5	17,2	10,1	17,7	13,9
4	18	9,3	15,5	8,6	16,7	12,7
5	17,3 *	8,8	16,9	8,9	17,1	12,5
6	16,7 *	9,5	16,8	10,5	16,7	14,2
7	17,7	9,9	16,2	10,3	17	14,3
8	16,1 *	8,7	15,9	8,9	16 *	12,4
9	16,2 *	8,7	15,1 *	11,1	15,6 *	14,1
10	11,1 *	10,3	10,3 *	10,8	10,7 *	14,9

* Significación estadística a $p < 0,05$ calculada mediante análisis de variancia.

FIG. 5. Cambio del ángulo de la marcha obtenido con suplementos y Torqheels en relación con el diagrama control (17,3° de desviación interna) y el de la marcha normal (5-10° de desviación externa).

En la superficie de la marcha de cada zapato, paralelamente a su borde medial, se colocó una cinta blanda y se utilizó una tarima de vidrio con espejo de 4 por 0,8 metros (fig. 1). Una vez que el niño se hubo acostumbrado a caminar por la tarima, se registró la marcha en videotape mientras que el niño iba y venía por ella. Se midió el ángulo de la marcha de 100 pasos derechos y 100 pasos izquierdos típicos en el centro de la estancia, empleando el dispositivo para detener la acción del monitor de televisión. De este modo se estudió a cada niño con siete combinaciones de suplementos, dos Torqheels, y un calzado testigo, con un total de 20.000 mediciones, que después fueron analizadas por la computadora (fig. 2 y 3).

RESULTADOS

Los resultados se enumeran en el cuadro 2 y se ilustran en la figura 5. Los suplementos de las plantillas no mejoraron mayormente el ángulo de la marcha. Los Torqheels mejoraron la desviación interna hasta 6,6°.

Podólogos:

Calzados Blasi les ofrece su establecimiento especializado en zapatos para señora y niño que precisen plantillas ortopédicas.
Siempre a su disposición con las mejores marcas.

MANITOS ORTHO

PIEDRO

Taberner

Blasi

Calzados Blasi
Mariano Cubí, 2 Tel. 218 54 95
Barcelona-6

COMENTARIO

Para obtener datos fidedignos hubo que realizar gran cantidad de mediciones. La figura 4 muestra los ángulos que se vieron en el niño «H» con zapatos no modificados, esto es típico de la amplia variación del ángulo de la marcha en niños.

Aunque en este estudio se evaluó el efecto inmediato de los suplementos y Torqheels sobre la desviación interna, debemos señalar que se requieren estudios adicionales para completar estos resultados con los obtenidos con zapatos modificados que se utilizan sobre un lapso prolongado.

Los Torqheels producen una mejoría perceptible en la desviación interna, pero el modelo circular no gastado corrigió a lo sumo sólo el 25 % de la aparente deformidad rotatoria. La figura 5 revela que los suplementos de plantilla ejercen un efecto variable y mínimo. En opinión de estos autores la utilidad correctiva que tradicionalmente se atribuye a los suplementos se debe a la evaluación natural favorable de la mayoría de las deformidades de torsión, o sea su resolución espontánea.

RESUMEN

LOS SUPLEMENTOS DE CALZADO NO EJERCEN NINGUN EFECTO CLINICO SIGNIFICATIVO INMEDIATO SOBRE EL ANGULO DE LA MARCHA EN LOS NIÑOS.

Se comprobó que el Torqheels circular es más eficaz, pero a pesar de todo, sólo corrigió un cuarto de la deformidad rotatoria aparente durante la marcha.

SERRA-FARGAS, S. A.

BARCELONA-1 — Plaza Castilla, 3
Tel. 301 83 00

DENTALITE, S. A.

MADRID-8 — San Bernardo, 74
Tel. 232 02 88

«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.

SMITH NEPHEW IBERICA, S. A.
INFANTA CARLOTA, 61
Teléfono 250 79 25 - BARCELONA-15

SN - 77001

Solicite por escrito La Edición Especial "TECNICAS GYPSONA"

Airstrip® Tensoplast	APOSITO PROTECTOR DE HERIDAS EN LOS PIES IMPERMEABLE-TRANSPIRABLE-AUTOADHESIVO ALMOHADILLADO- Medidas: 6 cm. x 9 cm.
Crepe S.N.®	VENDA ELASTICA SIN HILOS DE GOMA 100% algodón - Color crudo Medidas: 5 cms. x 4 m. /7 x 4 /10 x 4 / 10 x 10
Gypsona®	VENDA DE YESO UNICA, CON GASA DE TEXTURA ENTRELAZADA Medidas: 5 / 10 /15 y 20 cms. x 2,70 m.
Melolin®	APOSITO ABSORBENTE Y NO ADHERENTE A LAS HERIDAS - ESTERIL Medidas: 5 cm. x 5 cm. / 10 x 10 / 10 x 20.
NYLEX® Tubinylex	VENDA DE PAPEL CREPADO VENDAJE TUBULAR EXTENSIBLE — PARA APLICAR ANTES DEL ENYESADO
Op-Site®	VENDAJE DE HERIDAS - Medida: 14 cm. x 10 cm. HERIDAS - CIRUGIA MENOR - QUEMADURAS AUTOADHESIVO-IMPERMEABLE- TRANSPIRABLE TRANSPARENTE - ELASTICO
Retelast®	MALLA ELASTICA IDEAL PARA SUJETAR APOSITOS EN LOS DEDOS Y PLANTA DEL PIE, n.° 0 - 1.
Stuca®	VENDA DE YESO PARA MOLDES Medidas: 5 / 10 / 15 y 20 cms. x 3 m.
Tensocrepe®	VENDA ELASTICA, NO ADHESIVA - POROSA, Color carne Medidas: 5 / 7,5 y 10 cms. x 4,5 m.
Tensoplast® venda elástica	VENDA ELASTICA, ADHESIVA - POROSA, Medidas: 5/7,5 y 10 cms. x 2,70 m.
Tensoplast® tiras	TEJIDO ELASTICO ADHESIVO-PARA PROTECCION DE HERIDAS Y ROZADURAS Tira 1 mt. - Tira 5 mt.

Luxaciones y fracturas del pie (III)

(Luxaciones tarso-metatarsianas y de los dedos del pie)

Por Fernando MUÑOZ CAMPOS
Podólogo
MALAGA

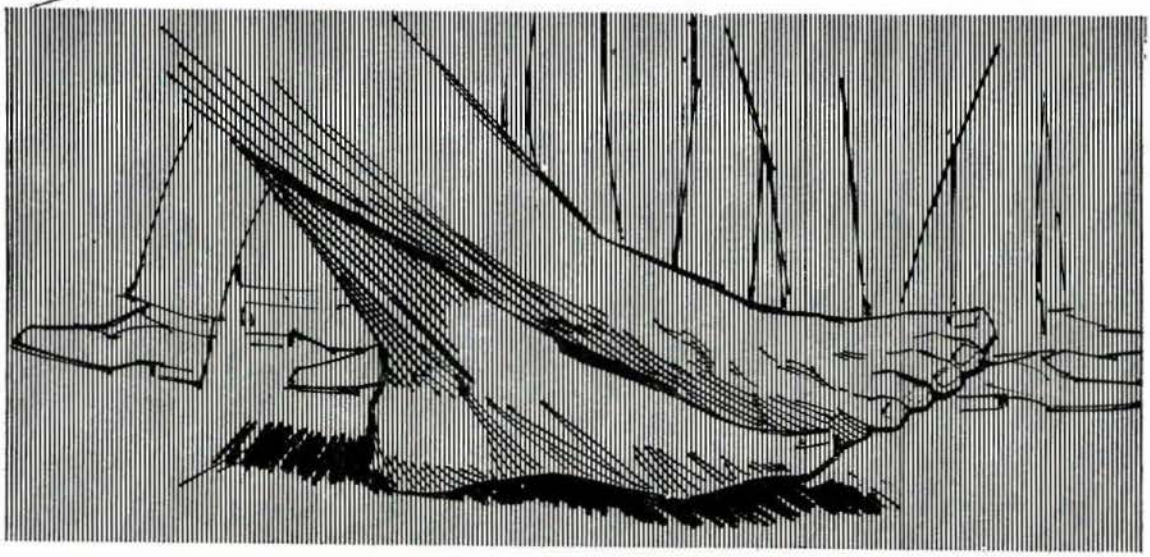
En este grupo incluiremos las luxaciones medio-tarsianas y las de los cuneiformes. De las medio-tarsianas diremos que son muy raros los casos de esta dislocación. Se produce en la articulación de Chopart y a causa de grave traumatismo. Citemos el caso de un individuo que falleció a consecuencia del shock; aprisionado uno de los pies del mismo, por la rueda de un carruaje, presentaba el escafoides y el cuboides luxados hacia abajo; acortamiento del dorso del pie, movimientos de lateralidad excesivos y relieve anormal hacia adelante. En la autopsia llevada a cabo en dicho sujeto, se hizo constar: fractura del escafoides, el ligamento y los principales ligamentos de la planta del pie habían sido arrancados. Por otra parte, diremos que las luxaciones del escafoides propiamente dicha, son muy raras debido a las múltiples conexiones que unen el escafoides a los demás huesos del tarso. Ello explica que cualquier variedad de este tipo en que se vea comprometido el escafoides, siempre va acompañada de otros elementos óseos. Un ejemplo de ello, es la luxación subastrágalo-escafoidea-cuneana.

Con relación a las luxaciones de los cuneiformes, Delorme admite luxaciones ante-escafoideas parciales o totales. Según otros autores, las luxaciones cuneanas tienen propia clasificación usual; posteriores, aisladas o combinadas. Además cada cuneiforme es susceptible de luxarse en sus articulaciones anteriores, posteriores y laterales de donde resulta una verdadera enucleación. Mencionaremos que junto a estas luxaciones existen otras complejas. 1) luxación de una interlínea tarsiana combinada con la de una porción de la interlínea metatarsiana. 2) el cuboides puede quedar luxado al mismo tiempo que el metatarsiano. 3) en otros casos, el primer cuneiforme se luxa sobre el escafoides mientras que los otros metatarsianos pierden sus relaciones con la interlínea de Lisfranc.

LUXACIONES TARSO-METATARSIANAS

Estas luxaciones no suelen ser raras, y han sido objeto de estudios por parte de Rheuter, Monnier y Chavasse. Estas luxaciones pueden ser totales o parciales según esté luxado todo o parte del metatarso.

¡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

MADAUS CERAFARM, S.A.

Pujol, 22 - Tel. 211 91 12 - Barcelona-6. Cristóbal Bordiu, 35 - Tel. 254 64 44 - Madrid-3. Perez Galdós, 95 - Tel. 326 33 76 Valencia-8.

ETIOLOGIA

Entre las causas que pueden dar lugar a dichas luxaciones, son por caídas desde cierta altura sobre la extremidad distal del pie y las originadas por caídas de caballo en que el pie se halla cogido debajo del animal. En este último caso, el pie puede quedar apoyado en la parte posterior del talón contra el flanco del caballo y la cara dorsal del antepié sobre el suelo mientras que el estribo mantiene inmóvil el tarso, el cual, recibe una contusión por la presión ejercida (luxación hacia arriba). Otras veces es inverso el mecanismo; la extremidad del pie se apoya por su cara plantar contra el flanco del caballo y el talón contra el suelo por su parte posterior (luxación hacia abajo).

Rheuter, apoyándose en las observaciones clínicas y en las investigaciones experimentales, adopta para cada variedad el siguiente mecanismo de producción: a) la luxación hacia arriba resulta: 1.°) del hundimiento de la bóveda plantar y de la rotura de los ligamentos inferiores; 2.°) de la gran extensión de los metatarsianos sobre el tarso; 3.°) de la flexión y torsión; 4.°) del esfuerzo muscular tras la rotura de los ligamentos. b) la luxación hacia abajo se produce por un movimiento de extensión forzada concomitante con otro movimiento de rotación interna. c) toda luxación lateral o hacia afuera, lleva consigo la separación de la mortaja del tarso, al desgarrarse los ligamentos que, en algunos casos puede observarse la fractura del segundo metatarsiano y en otros el primero y el tercero.

SINTOMATOLOGIA

1.° Luxaciones totales. Los movimientos voluntarios del pie se imposibilitan tanto más cuanto más intenso sea el dolor que sufra el lesionado. El examen evidencia notablemente una deformación dorsal que corresponde al aplanamiento de la planta; el diámetro vertical del pie se presenta aumentado; los tendones extensores levantados por las cabezas de los metatarsianos, aparecen tensos debajo de la piel, complicándose muchas veces con heridas.

En las luxaciones laterales el cambio de dirección del antepié nos revela desde el primer momento que el diámetro transversal está aumentado; que en un lado existe un relieve posterior del tarso y en el otro lado un relieve metatarsiano. Coincide en muchos casos con fractura del metatarso.

La deformación dorsal se observa también en la luxación hacia abajo, producida por los huesos del tarso, al paso que las cabezas de los metatarsianos se esconden en la planta haciendo disminuir de longitud el eje antero-posterior del pie.

2.° Luxaciones parciales. Son las más comunes de todas, cuya derivación hacia arriba en la mayoría de los casos compromete el primer metatarsiano, pero al mismo tiempo, existe siempre una torcedura de toda la interlínea. Se manifiesta con dolor vivo en el momento del accidente, se observa relieve anormal sobre el dorso del primer cuneiforme y los movimientos de marcha quedan anulados. Cuando existen varios huesos luxados, repetimos, la longitud del pie se acorta.

TRATAMIENTO

El procedimiento que debe cumplirse para obtener la reducción, difiere poco según se trate de la luxación total o parcial. En ambos casos, dos ayudantes practican la extensión en la parte anterior del pie y en la garganta del mismo. El traumatólogo, abraza con las dos manos la parte media del pie a nivel del punto de la desviación, colocando los pulgares sobre la cara dorsal y los otros dedos en la cara plantar. Por supuesto que será necesario modificar la posición de las ma-

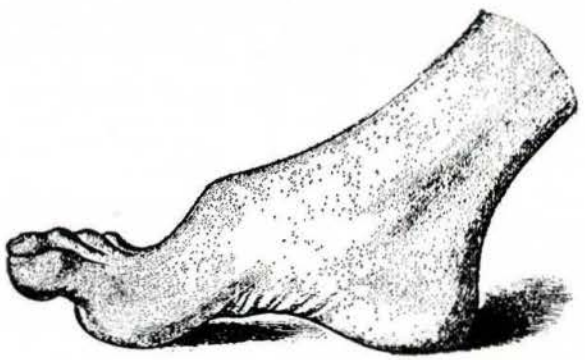
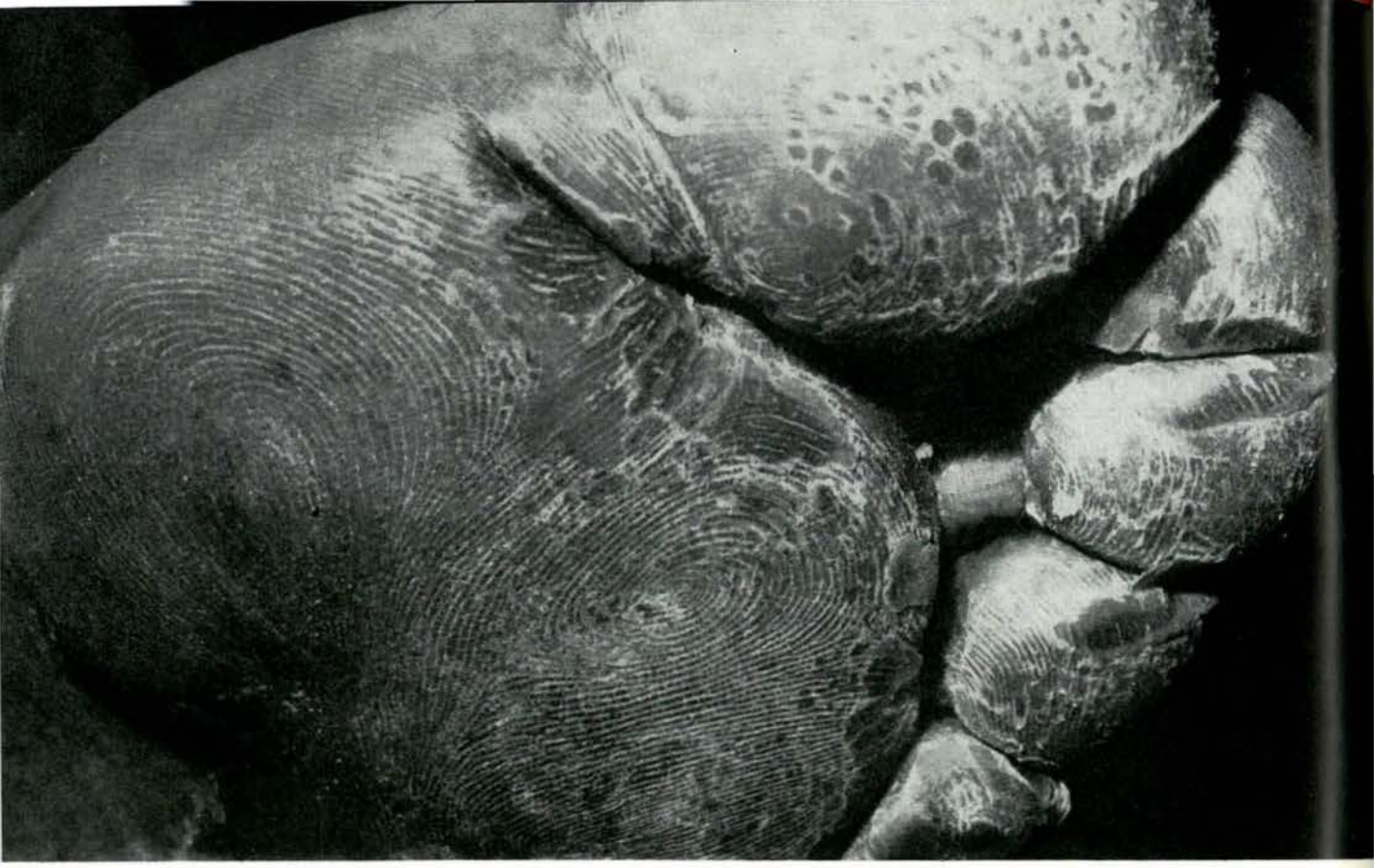


Fig. 2. — Luxación de los tres primeros metatarsianos hacia arriba.



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
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 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

pharma consult sa

nos y por consiguiente la dirección de las presiones según la luxación sea hacia arriba, hacia abajo o lateral.

Después de la reducción, la extremidad se inmovilizará en una gotiera hasta la total desaparición de la hinchazón que durante los primeros días será muy manifiesta, luego de lo cual, se aplicará un vendaje adecuado.

LUXACIONES DE LOS DEDOS DEL PIE

Según las estadísticas reunidas por Paulet, estas luxaciones son bastante raras, pues de 50 casos que acusaban dislocaciones de las articulaciones metatarso-falángicas, tan sólo 11 afectaban las articulaciones interfalángicas entre sí.

Las luxaciones metatarso-falángicas del dedo gordo, por razón de su disposición y ser la más común de todas, merece una descripción especial. Unas veces la luxación es simple y reconoce por causa todas las violencias que oprimen el pie en sentido de su eje longitudinal; la extensión forzada, que es su consecuencia, determina la luxación del dedo gordo hacia arriba y atrás, a veces conserva su dirección normal o bien en otras puede desviarse un poco lateralmente.

Es digno de destacar, los experimentos practicados por Paulet en cadáveres que le permitieron seguir las diversas fases de la luxación por extensión forzada, combinada con la abducción. Los haces de la aponeurosis plantar que se dirigen a la vaina del flexor, son los primeros en ceder; la vaina del tendón se desgarra y éste se dirige hacia el primer espacio interóseo. En este proceso, los músculos sesamoideos (adductor corto, flexor corto y adductor oblicuo) tensos en su grado máximo, se aproximan unos a otros formando de este modo un largo ojal, demasiado estrecho para que pueda atravesarlo, sin romperlo, la cabeza del metatarsiano. Como dicha cabeza tiende cada vez más a forzar el paso por el referido ojal, termina por efectuar esta rotura, pero tan sólo de las fibras musculares más próximas a la línea media de la articulación mientras los tendones más excéntricos quedan casi intactos. Consumado este proceso, la cabeza del metatarsiano penetra en dicho ojal de forma incompleta, ya que no llega a introducirse hasta el cuello. Roto el ligamento glenoideo por sus inserciones metatarsianas, los sesamoideos siguen a la falange recorriendo de abajo arriba el cartílago diartrodial del metatarsiano.

TRATAMIENTO

Si por una causa cualquiera, la falange en vez de haberse levantado, viene a caer hacia adelante, la luxación simple se transforma en luxación compleja difícilmente reducible por tracción directa. Tirando sobre el artejo, se hace deslizar perfectamente la falange de atrás adelante hasta el nivel de la interlínea; pero desde el momento que cesa la tracción, se reproduce la desviación. Esta incidencia se debe a la intervención de los huesos sesamoideos que se interponen e impiden la reducción. Dice Paulet: «si la falange está en extensión forzada, no la pongáis de nuevo en el eje del metatarsiano; si está más baja, levantadla sobre el dorso del pie y llevad el movimiento de extensión tan lejos como podáis. Hecho ésto, llevad la falange de atrás adelante manteniéndola siempre vertical y frotando con su cúpula articular la cara superior del metatarsiano, como barriéndola, como empujando ante ella todo lo que pueda haber en aquel punto. Una vez se haya llegado a la parte antero-posterior de la cabeza del metatarsiano, ya no habrá más que hacer sino bajar la falange y quedará reducida la luxación».

Con relación a las luxaciones complicadas de este tipo, se diferencian de las precedentes en que se hallan también afectadas de herida plantar. Aquéllas exigen reducción e inmovilización y éstas, reducción, curación e inmovilización.

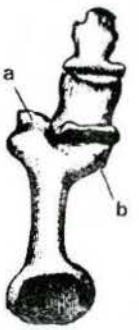


Fig. 2 — Luxación de la falangina del segundo artejo con fractura de la cabeza de la falange.
a) cabeza de la falange.
b) porción fracturada de la cabeza de la falange.

De las luxaciones interfálgicas de los dedos menores, poco podemos decir, puesto que son las más raras que cualesquiera otras del pie. Sin embargo, hemos logrado la cita de un caso muy particular causado por fuerte contusión frontal en el pie, cuya incidencia, produjo en el segundo artejo luxación seguida de desplazamiento del ligamento lateral interno. Un fragmento de la polea de la falange resultó fracturada y la cavidad glenoidea de la falangina, se articulaba con la línea de fractura de dicho fragmento, situándose en ángulo recto con la diáfisis de la falange (Fig. 2).

(continuará)

LABOR DE LAS DELEGACIONES

BARCELONA

Continuando con la tradición de esta Delegación de realizar conferencias sobre temas profesionales durante el curso académico, en el pasado versaron sobre «Metatarsalgias, nuestro concepto actual», por el Dr. D. Enrique Raso Rodríguez, Profesor de la Escuela de Podólogos de Barcelona.

Nuestro compañero y profesor D. Martín Rueda nos expuso, mediante un film, el tema «Valoración eléctrica del músculo».

En el mes de marzo le tocó el turno al también compañero y profesor D. Julio Alonso, que se refirió a «La extirpación quirúrgica del ganglión ungueal».

Al mes siguiente, el Dr. Antonio Alier, Jefe del Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del Hospital de Ntra. Sra. del Mar, nos habló de «Las Talalgias».

Más adelante, D. Pablo Vilató, Podólogo conocidísimo por todos y ex-profesor de la Escuela de Barcelona, disertó sobre «Radiología del pie».

En el mes de junio clausuró el Curso Académico 1976-77 el Ilmo. Dr. D. Ramón Arandes, Catedrático de Patología Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Barcelona y Director de la Escuela de Podólogos.

Tal como expuso en el mes de febrero la nueva Junta Provincial, se procedió a realizar, paralelamente al curso académico, una serie de seminarios eminentemente prácticos. En esta primera ocasión de los mismos, se ha expuesto la problemática del moldeado para distintas afecciones, como son: «Obtención de moldes para pie valgo», «Obtención de moldes para pies cavos y excavados» y «Técnica del fenol para las onicocriptosis».

Para el presente Curso Académico 1977-78, que ya inició, el pasado día 24 de noviembre, el Dr. D. Carlos Royo, Neurólogo infantil del Hospital de San Juan de Dios, con el tema «Trastornos neurológicos con repercusión en las extremidades inferiores», se cuenta con los siguientes conferenciantes y materias:

Diciembre. — Sr. Dr. D. Antoni Castells i Rodellas. Profesor Agregado de la Cátedra de Dermatología del Hospital Clínico. Tema: «Tumoraciones malignas y benignas del pie».

Enero. — Sr. D. Luis Aycart Vijuesca. Podólogo. Miembro de la Junta de Gobierno de la A.P.E. y socio fundador de la misma. Tema: «Nuevos horizontes en la cirugía podológica».

Febrero. — Dr. D. Juan Antonio Roca de Viñals. Analista de Residencia Sanitaria de la Seguridad Social. Tema: «Aspectos generales de la micología aplicada al pie».

Marzo. — Dr. D. Rafael Laverde. Neonatólogo de la Clínica Quirón. Tema: «Frecuencia de alteraciones tributarias de tratamiento podológico en el prematuro y recién nacido».

Abril. — Sr. D. Julio Alonso Guillamón. Podólogo. Profesor de la Escuela de Podólogos de Barcelona. Tema: «Cirugía de la matriz de la uña».

Mayo. — Sr. D. Julio Villalobos Hidalgo. Licenciado en Medicina y Dr. Ingeniero. Tema: «Concepto sobre la bioingeniería aplicada a la biomecánica del pie».

Junio. — Clausura del Curso Académico por el Presidente de la Agrupación de Podólogos de España y Subdirector de la Escuela de Podología de Barcelona, Sr. D. Leonardo Escachs Clariana, el cual disertará sobre «Los aspectos legales de la Podología».

Como temática de los seminarios, se ha pensado en los siguientes:

— Diagnóstico del pie aducto-varo.
— Obtención del molde del pie aducto-varo.
— Ortosis provisionales.
— Ortosis paliativas.
— Ortosis correctivas.
— Helomas miliares.

Hemos de significar que los dos primeros seminarios ya se han realizado y que, al igual que el curso pasado, se han seguido con enorme interés y numerosa asistencia, entablándose animado coloquio.

* * *

MADRID

El pasado día 4 de marzo y en la Delegación Provincial de Madrid, tuvo lugar una Mesa Redonda, a la que asistieron un nutrido número de compañeros, la cual estuvo a cargo del conocido Podólogo de esta capital, D. Antonio Villalba López, sobre el tema «Aplicación de la Sofrología en Podología». En esta ocasión, el conferenciante hizo una exhaustiva exposición, mostrando así su profundo conocimiento del mismo; acto seguido, y ante todos los presentes, hizo una demostración práctica, que fue seguida con gran espectación, sofronizando a una persona, y una vez sofronizada, le fueron aplicadas por el conferenciante agujas de inyección en manos y cuello, sin que sintiera la más mínima molestia, lo que nos da una idea del extenso campo de aplicación en nuestra especialidad de esta rama del saber, como anestesia en la extirpación de papilomas, tratamiento de uñas incarnadas, etc. A continuación, el conferenciante trasladó al sofronizado a una edad de su juventud, ordenándole que hiciera un dibujo, para lo que se le entregó papel y lápiz, dibujó una casa y un árbol, los cuales, por sus trazos y forma, se veía perfectamente que era el dibujo que correspondería a un niño de diez o doce años. El tema fue seguido con creciente interés y al final fue calurosamente aplaudido.

En la misma sesión científica y presentados en esta Delegación por D. Antonio Villalba López, intervinieron el Dr. Fernando Rivero Hernández, ex-presidente de la Asociación de Sofrología de España y el Padre Victoriano Mateo Velasco, Profesor licenciado en Filosofía, el cual tiene en su haber diez libros escritos originales sobre el tema.

El Dr. Rivero Hernández, pasó una película demostrativa a la vez que nos explicaba cómo él había conseguido sofronizar a una niña sordomuda, para serle extraídas piezas dentales y, posteriormente serle aplicadas prótesis. La exposición fue de gran valor científico, a la vez que seguida por los asistentes con gran interés. El Dr. Rivero Hernández es persona de grandes valores humanos y profesionales, y tuvo la gentileza de ofrecerse a seguir impartiendo sus enseñanzas en nuestra Delegación, lo que le agradecemos sinceramente desde estas líneas en nombre de todos los Podólogos de Madrid y de toda España.

El Padre Mateo hizo una magistral disertación filosófica de la Sofrología, que fue igualmente seguida con gran interés y, como el Dr. Rivero, se ofreció a posteriores conferencias.

Siguiendo el programa propuesto, D. Luis Aycart Vijuesca, Contador Nacional de la A.P.E., efectuó la tercera fase práctica de Ortesis Podológicas, que como en anteriores ocasiones, despertó gran expectación. Al final de las prácticas, se entregaron unos apuntes coleccionables a cada compañero presente, explicativos de las ortesis realizadas.

Hubo un animado coloquio, realizando los asistentes preguntas francamente interesantes, que fueron contestadas extensamente por los conferenciantes.

El final de la sesión, fue muy emotivo. El Vicepresidente Primero Nacional, D. Zacarías García de Andrés, y el Delegado Provincial, D. Mariano Rodríguez Esteban, agradecieron a todos los compañeros su presencia, exhortándolos a seguir en esta línea de inquietud e interés por la Especialidad, acumulando así, cada día mayor caudal de conocimientos, pidiéndoles para lo sucesivo su presencia en todos los actos de la Delegación. A continuación, les fueron entregadas por el Vicepresidente Primero Nacional y por el Delegado Provincial, una medalla conmemorativa del acto a cada uno de los conferenciantes.

MAFRE
Instruments

ORTOPEDIA-MATERIAL CLINICO

FRESCO®

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

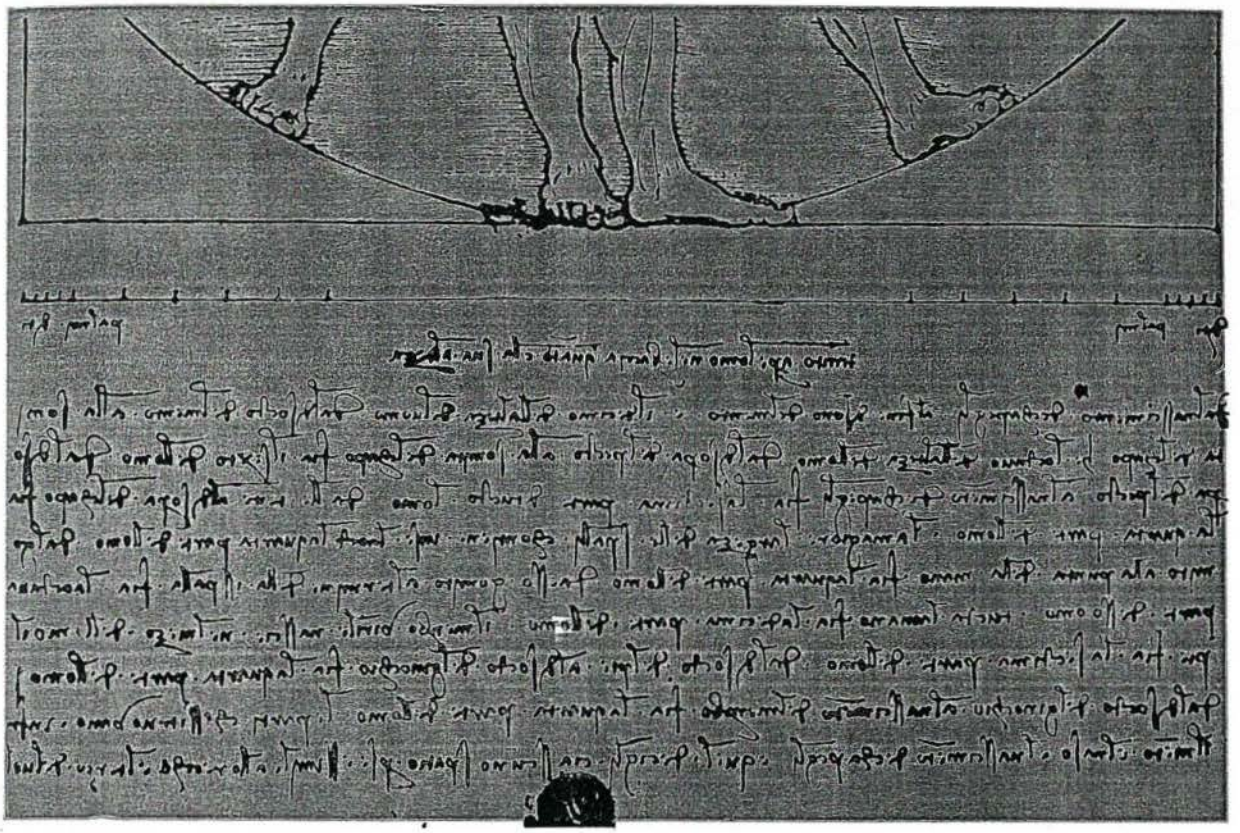
VIOLETA DE GENCIANA
ACIDO NITRICO
PERCLORURO FERRICO

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
PLANCHAS DE PLEXIDUR «O»
PLANCHAS DE PLEXIDUR «T»

Motores con eje flexible
LECHE DE LATEX
SERRIN PARA PODIASIN
MASCARILLAS
EQUIPO PODOLOGIA - Metálicos y de madera forrada
FRESAS DIAMANTADAS

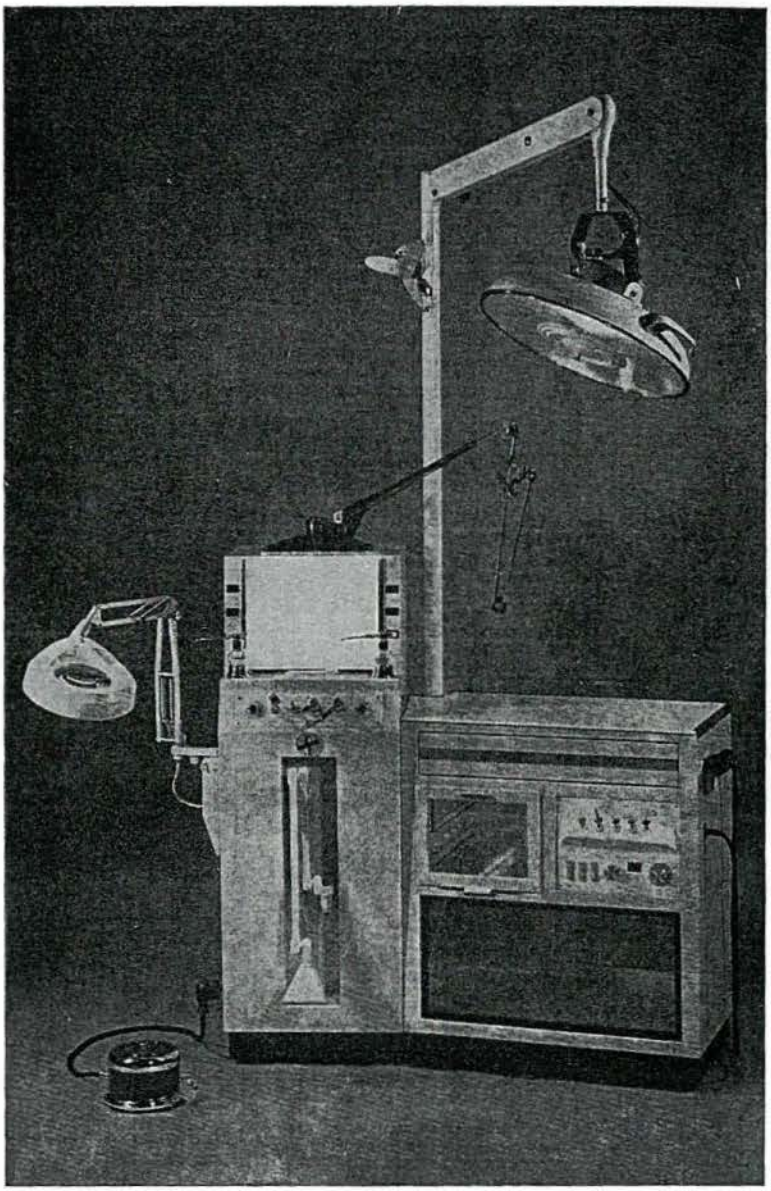
... y todo lo que Ud. desee puede encontrarlo con solo hacer la consulta



REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

A.P.E. Enero - Febrero

n.° 61 1978



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.°, 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.°, 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

3 Junta de Gobierno

5 Editorial

7 La Podología en el calzado

25 Junta General de Delegados en Madrid

27 Nuevos horizontes en la Cirugía Podológica

31 Labor docente

33 Labor de las Delegaciones

37 Historia de un par de zapatos

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 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

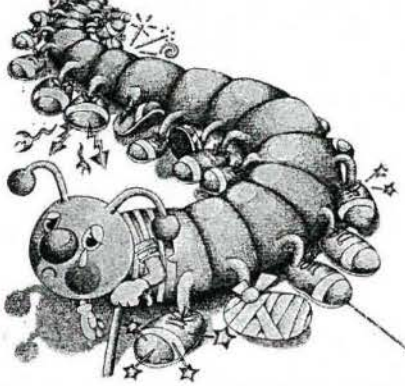
Presidente Nacional	D. LEONARDO ESCACHS CLARIANA	Barcelona
Vice-Presidente 1.°	D. ZACARIAS GARCIA ANDRES	Madrid
Vice-Presidente 2.°	D. ISAIAS DEL MORAL CEJALVO	Valencia
Secretario General	D. JOSE A. CALVO GARCIA	Zaragoza
Vice-Secretario	D. FRANCISCO FARRERAS MORCILLO	Barcelona
Tesorero	D. MANUEL GAVIN BARCELO	Barcelona
Contador	D. LUIS AYCART VIJUESCA	Madrid
Vocal	D. JOSE OLCINA MORALES	Alicante
Vocal	D. JUAN VIDAN TORRES	Santiago de Compostela
Vocal	D. LUIS INCHAURRONDO	Irún
Vocal	D. JOSE M.ª BAEZ BASAURI	Bilbao
Vocal	D. FCO. MORAN VENTURA	Las Palmas G. Canaria

DELEGADO DE ZONA

D. Juan Vidán Torres. Preguntoiro, 10. SANTIAGO DE COMPOSTELA.
D. Isaías del Moral Roberto. 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.°. MALAGA.
D. Juan José Araolaza. Fermín Calbetón, 4. EIBAR.
D. José Sánchez Luna. Avda. Cataluña, 24. ZARAGOZA.
D. Martín Rueda Sánchez. Avda. del Caudillo, 31. SANTA COLOMA DE GRAMANET.

DELEGADOS PROVINCIALES

ALAVA: **D. Julio Crespo.**
ALBACETE: **D. Luis Juan Navarro.**
ALICANTE: **D. José Ochoa Morales.**
ALMERIA: **D. Esteban de Haro.**
ASTURIAS: **D. José Luis Alonso Alvarez.**
BADAJOZ: **D. José Villafaina de la Cruz.**
BARCELONA: **D. Evaristo Rodríguez Valverde.**
BILBAO: **D. Pedro M.ª Galardí.**
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.**
HUESCA: **Delegado de Zaragoza.**
JAEN: **Víctor Nieto Molina.**
LA CORUÑA: **D. Francisco de la Cruz.**
LAS PALMAS: **D. Francisco Morán Ventura.**
LEON: **D. Luis Pascua San Miguel.**
LERIDA: **D. Alfredo Puchol.**
LOGROÑO: **D. Vicente Alvarez.**
LUGO: Sin Delegado Provincial.
MALAGA: **D. José Godoy.**
MADRID: **D. Mariano Rodríguez Esteban.**
MELILLA: **D. Fernando Bosch Palós.**
MURCIA: Sin Delegado Provincial.
ORENSE: **D. Elisardo Bralo Rego.**
PALENCIA: **D. Damián Porro Villarroel.**
PALMA DE MALLORCA: **D. Juan B. Brines.**
PAMPLONA: **D. Javier Gallo.**
SALAMANCA: **D. Antonio Basas Encinas.**
SANTANDER: Su Delegado Provincial.
SAN SEBASTIAN: **Sebastián Tenés Iturriza.**
STA. CRUZ DE TENERIFE: **D. Armenio Méndez.**
SEGOVIA: **D. Francisco García Rodríguez.**
SEVILLA: **José Cañero Ramos.**
SORIA: Sin Delegado Provincial.
VALENCIA: **D. Angel Sanchiz Cortina.**
VALLADOLID: **D. Alfonso Domínguez Milán.**
ZAMORA: **D. Juan J. Miguel Barrios.**
ZARAGOZA: **D. José A. Calvo García.**



cuando aprieta el dolor...

Algesal®
espuma

espuma antirreumática, analgésica, antiinflamatoria

COMPOSICION: Laurilsulfato de nopoxamina, 10 mg.: Salicilato de dietilamina, 100 mg.: Excipiente c.s.p. 1 gr. de emulsión.

INDICACIONES: Terapia percutánea del dolor local, dolores reumáticos, articulares y musculares, torceduras, tortícolis, lumbago y otros de parecida naturaleza.

POSOLOGIA Y MODO DE EMPLEO: Aplíquese varias veces al día una cantidad suficiente de espuma según la extensión de la zona dolorosa, practicando una suave fricción hasta su completa absorción.

EFECTOS SECUNDARIOS: Hasta el momento no se han observado.

CONTRAINDICACIONES: No se aplicará sobre heridas abiertas ni mucosas.

PRESENTACION Y P.V.P.: Envase con 30 gr. de emulsión, 257,90 Ptas.

KALICHEMIE ARZNEIMITTEL

KALIFARMA, S.A.

Apartado 12.068 - BARCELONA - Tel. 239 29 07
Madrid, Tel. 276 92 76 - Sevilla, Tel. 21 39 22
Valencia, Tel. 324 63 06 - Bilbao, Tel. 441 66 54

EDITORIAL

Cuando hace cuatro años me fue encomendada la Redacción de Revista Española de Podología, me hice el firme propósito de llevar adelante esta labor. A pesar de mi escasa experiencia y dotes para elaborar una Revista digna y a la altura de las circunstancias, acepté orgulloso porque comprendía que la labor no sería mía, sino de todos los compañeros que repartidos a lo ancho y largo de nuestra geografía me aportarían su ayuda y cooperación desinteresada, para que no quedase ningún rincón cuyo sentir no estuviese reflejado en estas páginas. Fue pasando el tiempo, fueron llegando aportaciones y entre todos conseguimos llegar al momento actual, momento crucial para las profesiones sanitarias, muchas de ellas dotadas de reglamentaciones arcaicas y tributarias de ciertas innovaciones. En estas circunstancias es totalmente necesaria la unión y cooperación, porque nos jugamos nuestro futuro. Hemos de identificarnos con el sentir de la mayoría, participando así al juego democrático en busca de la mejor solución. Para ello hemos de hablar todos y ser escuchados, pero jamás tratar de hacer demagogia e imponer nuestro punto de vista personal. Durante cuatro años he tratado de convertirme en simple lector de nuestra Revista analizando con objetividad número tras número. He podido encontrar muchas imperfecciones, muchos fallos, tal vez una pobreza científica y de divulgación. Pero señores, la culpa es de todos. Se abrió una sección titulada «labor de las Delegaciones»; muchas y buenas han sido las colaboraciones en ella, pero desgraciadamente reiterativas. Particularmente diré que soy andaluz, y como tal, siempre me hizo ilusión recibir una colaboración del Sur, muy especialmente de Córdoba, mi patria chica, o de Sevilla, que tanto me gusta; en cambio pocas fueron las Delegaciones que así lo hicieron. Ahora ya no puedo decir lo mismo, ahora ha llegado por primera vez una colaboración de Sevilla, la cual siento enormemente no poder adjudicar a ninguna persona física, pues según parece prefiere mantenerse en el anonimato. La pena es que según se desprende de su escrito no podemos estar muy de acuerdo ni con el contenido ni con las formas. La crítica y el tirar contra una persona no conduce a nada, y menos si se atribuyen a ella trabajos de otro.

Me resulta difícil creer que pueda existir un compañero que reniegue de su carrera base, y menos si ese compañero ha dejado su juventud luchando por elevarla. Sencillamente me inclino a pensar que algunas editoriales, escritas en momentos cruciales, y en las que se ha tratado de llevar a todos los Agrupados el sentir de la mayoría, mostrado claramente en Juntas y Asambleas Generales, han sido leídas ya con una predisposición destructiva. Jamás he renegado, ni lo haré de ser A.T.S., y como tal, me alegra y felicito sinceramente a quienes han conseguido una superación académica de la profesión, pero ello no será motivación para que no defienda a la profesión que da el pan a mi familia, y a mí personalmente, grandes satisfacciones, cual es la de Podólogo, y por

tanto, si un día el Podólogo pasase a ser una carrera propia, creo deberíamos estar todos muy contentos, puesto que en lugar de tener una carrera y una especialidad, tendríamos dos carreras, y el que ahora trabaje como A.T.S. seguirá haciéndolo igual, si es que le interesa, y si no es así, lo hará de Podólogo. Al margen de la actividad diaria libre de mi profesión, ¿quién me puede impedir a mí el ocupar en una Institución cerrada o en una Empresa cualquiera el desempeño de un cargo como abogado, si legalmente puedo hacerlo por poseer además esa titulación?, o sencillamente, abrir un Gabinete particular.

Es cierto que algunas Editoriales tal vez hayan sido, a los ojos de algunos, un poco fuertes, pero también lo es que en ninguna se trató jamás de menospreciar a ninguna profesión. Nosotros, antes que Podólogos fuimos A.T.S., y antes, Bachilleres. Por la regla de tres que argumentan algunos compañeros, en el título de Podólogo debiera constar también el de Bachiller. Los Podólogos no tenemos culpa si la Ley nos exigió primero ser A.T.S., y queremos todos ¡cómo no! a esa profesión, pero también vemos un campo enorme en la de Podólogo, vemos que en dos años es imposible cursarla, y nos lo demuestran plenamente en las Escuelas, vemos que hay que exigir una responsabilidad a todos los Agrupados, que en muchas facetas estamos desamparados, vemos que hay que incluir al Podólogo en las nuevas estructuras sanitarias con su propia personalidad, y vemos su total y absoluta independencia en todo el mundo, y pensamos que el A.T.S. debió subir más, que el Diplomado en Ciencias de la Enfermería ha sido una gran victoria, que todos juntos, en bloque, podemos llegar lejos, pero revueltos no iremos a ninguna parte, y que renovación en ningún momento significó ruptura, sino sencillamente, marchar al compás de los tiempos. ¿Os imagináis, compañeros, un Colegio de ámbito Nacional, con cerca de setenta mil colegiados unidos bajo un nombre genérico, y dotado de unas Secciones integradas por Colegios Profesionales con autonomía propia, todos juntos, todos a una, todos Federados en esa Unidad Nacional. Podríamos estar todos juntos, los A.T.S., los Podólogos, los Fisioterapeutas, las Matronas, los Diplomados en Enfermería, cada uno con su propia Organización, con su nivel, con sus problemas y sus inquietudes profesionales.

Somos como una gran familia en la que los hijos ya se han hecho mayores, y tienen perfecto derecho a vivir su propia vida, a constituir su propio hogar, a emanciparse, en una palabra, siendo un deber para los padres el ayudarles en todo, guiarles y aconsejarles, porque no por ello dejarán de ser padre e hijo, no por ello se va a deshacer la familia, sino al contrario, se enriquecerá más y más, pero cada cual tendrá que resolverse sus problemas, porque está perfectamente capacitado para ello. Pues bien, amigos, nosotros ya hemos llegado a la mayoría de edad, y nuestros padres deben estar muy orgullosos por ello.

Sólo ya me resta pediros disculpas por este largo escrito, pero tenía necesidad de transmitir y comunicarme con vosotros, porque esta Revista debe ser para eso, para que nos comuniquemos y expresemos nuestras inquietudes, y acogerá todas aquellas ideas que sirvan para hacer profesión, pero jamás será unipersonal ni manipulada, ni se empleará por tanto como vínculo para expresar sentimientos poco ortodoxos hacia ningún Agrupado.

MARTIN RUEDA
Podólogo

LA PODOLOGIA EN EL CALZADO

Francisco FARRERAS
Podólogo

Conferencia pronunciada en el SEGUNDO SIMPOSIO SOBRE EL CALZADO, el 22 de noviembre de 1977 en Alicante

INFLUENCIA DE LOS MATERIALES NOBLES EN LA SALUD DEL PIE

CONCEPTO DE «MATERIALES NOBLES»

Entendemos por MATERIALES NOBLES aquellos materiales naturales que sus estructuras están provistos de microporos y que, contactados con la piel humana, «respiran» y absorben sudor conduciéndolo hasta su superficie, permitiendo una rápida evaporación a la vez que dan sensación de confort.

De todos los materiales nobles que más interesan a todos los que nos preocupamos de una manera u otra por la salud del pie, los más importantes son la PIEL Y EL CUERO.

EL CUERO EN EL CALZADO

Debe suponerse que las cubiertas del pie se idearon originalmente para procurar protección.

Esto no puede ser más que una hipótesis ya que no existen registros escritos anteriores al año 5.000 antes de J.C.

Los primeros escritos de egipcios y babilonios nada dicen acerca de la cubierta del pie, sin embargo, los escritos bíblicos indican que ya se llevaban zapatos hace unos 3.500 años antes de J.C. aproximadamente.

Quizá podría pensarse que el hombre prehistórico fuera semejante en muchos aspectos a los nativos de las selvas cálidas que, aún en la actualidad, van descalzos y en cambio presentan un pie muy aceptable desde un punto de vista funcional, defendido en la planta por una piel dura y córnea.

Así, pues, podríamos pensar que la necesidad de protección debiera nacer del presupuesto de que la piel humana fuera sensible hasta el punto de que la pisada fuera incómoda o incluso dolorosa ante lo inevitable: penetración de objetos puntiagudos, espinas, astillas, y la infección del pie por insectos o bacterias.

Por otra parte, también cabe pensar que la moda universal por el adorno hubiera iniciado la cobertura de los pies.

La historia nos aporta muchos ejemplos del deseo del individuo de ser «diferente» y muestra una especial apetencia de llevar zapatos.

Así, puede leerse que en los primeros tiempos se prohibió a los esclavos el uso de sandalias e incluso los príncipe egipcios debían aparecer descalzos ante el faraón quien a su vez se adornaba con sandalias.

También en aquellas épocas, frecuentes imposiciones legales obligaban a las clases inferiores al uso de determinados zapatos toscos, mientras que las clases privilegiadas, podían usar calzados más decorativos.

Posteriormente fueron promulgándose decretos que regulaban la longitud y anchura del calzado, altura de tacón, etc., pero dichos edictos no se basaban en conseguir y aconsejar un determinado tipo de calzado persiguiendo motivos higiénicos o de comodidad, si no que se usaban como medios de conseguir diferenciar a una persona o clase superior de otra de clase inferior.

Volviendo al cuero, como Vdes. saben, es una piel animal que, una vez eliminada su epidermis, ha sido conservada de su natural deterioro mediante el uso de grasas, aceites y una variedad de agentes químicos.

Para fines de fabricación de calzado, el CUERO es el material más idóneo que jamás se ha producido. Posee muchas cualidades y valiosas. No sólo es fuerte, flexible y capaz de resistir cualquier roce o tensión intensos, sino que además es plegable, elástico, duradero, ligero y en alto grado impermeable.

Hasta el momento no se ha producido nin-

CALZADO FISIOLOGICO INFANTIL CLASICO

UN ESTILO QUE PERMANECE

Todo el calzado Taberner, se confecciona con inmejorables materias nobles.

40 fases del proceso de fabricación artesanal, garantizan su calidad.

CARACTERISTICAS ANATOMICAS:

HORMAS PARA INCORPORAR PLANTILLAS:

- base planta con ancho normal.
- base planta mas ancha.
- recta.

NORMALIZADAS:

- recta con capacidad normal.
- normal para pies sanos.

Contrafuerte resistente que asegura la adecuada sujeción pie-calzado.

Enfranque resistente.

Oscar 1975 y 1976 al mejor diseño de zapatos, anatómico infantil, patrocinado por la Comisión Española pro Suela de Cuero.

GREGORIO TABERNER, S.L.
Weyler, 53
Tel. - (971) 66.01.56
LLUCMAJOR (Mallorca).

gún otro material como sustitutivo que combine todas las cualidades estimables que posee el cuero. De vez en cuando se presentan sustitutos, tanto para la parte superior del calzado como para la suela.

De entre ellos han sido presentados materiales impregnados de goma, añadiéndose de un tiempo a esta parte y con bastante proliferación, los PLASTICOS y MATERIALES SINTETICOS.

Todos han demostrado ser sustitutivos muy diferentes y en muchos casos totalmente insatisfactorios.

Ninguno ha podido resistir la comparación con el material original para hacer zapatos.

El defecto principal de estos sustitutivos reside en que no tienen POROSIDAD, careciendo de transpiración y entonces la segregación natural de los tejidos no puede ser absorbida por estos materiales y como resultado de ello se produce LA CONDENSACION y una REABSORCION de sustancias tóxicas que hacen que la piel se vuelva húmeda y fláccida dando por resultado la maceración con todas sus consecuencias que invaden de lleno el terreno de la patología podológica, traducidas por las siguientes afecciones, cuyo factor desencadenante va íntimamente ligado a la irracionalidad del calzado, no elaborado con «MATERIALES NOBLES». Las afecciones más frecuentes son los TRASTORNOS SUDORIPAROS DE LA PIEL, ya sea a modo de HIPERHIDROSIS (exceso de sudor), BROMHIDROSIS (olor y sudor insoportable), ANHIDROSIS y URIDROSIS (defecto y sudor anormales) LAS QUERATOPATIAS PARASITARIAS (micosis producidas por hongos o levaduras), LAS ONICOMICOSIS (uñas afectadas por hongos); LAS QUERATOPATIAS VIRICAS (verrugas); LAS QUERATOPATIAS TRAUMATICAS (queratosis, callosidades, durezas), LAS PERNIOSIS o SABAÑONES (equivalente a un 1er. grado de heladura producido por sudor frío) y finalmente las ONICOCRIPTOSIS, uñeros). De todas ellas haremos una somera descripción cuando más adelante toquemos el capítulo del papel que desempeña el calzado en las génesis de las afecciones del pie.

Debemos mencionar también como materiales nobles el LINO, CAÑAMO, ESPARTO y ALGODON pero, si bien no son porosos, son demasiado ásperos para la piel humana y no se amoldan a la forma del pie tan bien como lo hace el cuerpo, a parte de que el repetido humedecido y secado a que están sometidos causa considerables daños encogiéndolos y distorsionándolos.

La fabricación de botas y zapatos exige enormes cantidades de cuero y si bien casi cualquier clase de piel puede convertirse en cuero, incluyendo la de los reptiles y los peces, sólo una gama limitada de pieles de animales están en constante demanda como son las pieles de TORO, VACA, CARNERO y CABRA y de entre las pieles de reptil, las de cocodrilo, aligater y lagarto son las de mayor demanda.

Se ha demostrado que la piel es completamente flexible en todas las direcciones. Esta flexibilidad se deriva de su estructura interna que se asemeja a un sinúmero de goznes que en su movimiento permiten que la piel se doble libremente, sean cuales sean las condiciones térmicas externas o internas condicionadas por el calor, frío o humedad.

Su resistencia, flexibilidad y elasticidad se deben a su intrincada red de fibras que se entrecruzan entre sí.

A medida que el calzado de cuero absorbe el sudor natural, sus fibras se lubrican más y permiten estirarse al compás de los cambios de volumen que sufre el pie a tenor de su actividad, dando lugar a una adaptación perfecta y a una sensación de comodidad natural que perdura todo el día. Quizá sea ésta y su propiedad «respiratoria» las más importantes de las cualidades de la piel que hacen que el calzado ceda de forma irreversible.

EXIGENCIAS ACTUALES DEL CALZADO

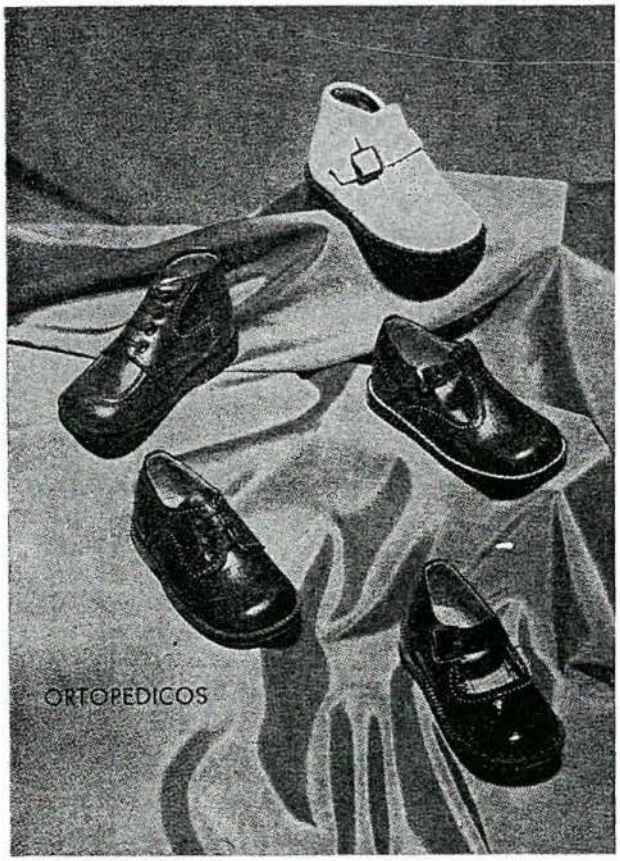
No hay duda de que el pie que se ha mantenido descalzo durante el proceso de crecimiento es más fuerte que el que se ha mantenido calzado. Es inevitable que un zapato, sea cual sea el material y la forma que esté hecho, alterará en cierta manera el pleno desarrollo y función del pie.

El zapato es un objeto extraño e inanimado al cual el pie debe adaptarse lo mejor posible.

Si pie y zapato no constituyen una unidad real no puede existir una verdadera armonía entre ellos. Existirá solamente una ADAPTACION del uno al otro.

Es evidente por tanto, que un pie fuerte y sano será capaz de ajustarse más cómodamente a su zapato que un pie débil y mal formado.

Sería un hecho ideal que durante el crecimiento, los niños fueran descalzos pisando terreno natural. Naturalmente, esto sólo puede ser realidad en contadas circunstancias especiales. En la práctica, la vida civilizada nos exige adoptar los zapatos para formar parte intrínseca de nuestro «MODUS VIVENDI».



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
VILLENA (ALICANTE)

Por tanto y desde luego para los propósitos de la PODOLOGIA, el pie no puede ser considerado como un ente independiente, ya que sus trastornos, como más adelante veremos, raramente pueden disociarse del calzado.

Sería tarea vana, pues, no tener en consideración al zapato a la hora de valorar la sintomatología del pie, de la misma manera que nada podría lograrse si se creyera que el uso terapéutico de los zapatos podría constituir la panacea de todos los trastornos del pie.

La vida actual requiere el uso de alguna forma de calzado. Por consiguiente estamos condenados a llevar zapatos con el objeto de poder desenvolvernos en la vida diaria, lo que hace que la mayoría de nosotros nos veamos obligados a deambular sobre superficies planas y duras habiendo perdido casi totalmente la capacidad de andar descalzos.

De manera que debemos admitir que el uso de los zapatos forma parte del llamado METODO DEL VESTIR CIVILIZADO. Una costumbre de vida a la que estamos supeditados.

Si se trata de una ventaja o de una desventaja es UNA CUESTION MAS ACADEMICA QUE REALISTA.

La relación del pie y del zapato es muy compleja. La compresión de dicha relación es muy esencial no solamente para capacitar al PODOLOGO para que pueda aconsejar al paciente sobre la elección del calzado, sino también para permitirle prescribir el tipo adecuado a la necesidad podológica.

LOS ZAPATOS están sujetos a los dictados de la moda. Algunas modas, desde luego, son más perjudiciales que otras, pero en general puede afirmarse que lo que en realidad perjudican son los extremismos.

Es evidente que la mayor parte de los males que sufre la humanidad son resultado de nuestra civilización.

Los pies del ser humano están concebidos respecto a una función libre de todo obstáculo.

Ahora bien, este libre funcionamiento del pie, está lejos de ser respetado, sobre todo cuando se halla aprisionado en calzados que no concuerdan ni con su anatomía ni con su fisiología.

El examen de los pies de los nativos hace resaltar que en su morfología se presentan bajo el aspecto de «PIES PLANOS», es decir, que la bóveda plantar está más hundida que la nuestra, no obstante el examen radiológico muestra un esqueleto normal, con la bóveda muy conformada, lo que prueba que estos sujetos no tienen los pies planos como a primera vista se pudiera pensar.

Por tanto, de lo anteriormente expuesto es fácil llegar a la conclusión de que la FUNCION CREA AL ORGANO, DE QUE EL PIE SE ADAPTA A SU CONTINENTE y de que la FUNCION INICIAL DEL PIE ES ANDAR SOBRE «TODO TERRENO» ayudado por una masa de tejido adiposo plantar formando una verdadera plantilla anatómica natural que por atrofia, se constituye en defecto en el pie civilizado.

También podemos deducir que el primer objetivo del calzado será, pues, proteger al pie contra el plano de apoyo y las intemperies, asegurar el centraje de los ejes ántero-posteriores y finalmente adornar.

Frecuentemente, los imperativos y los incesantes vaivenes de la moda imponen una elegancia que parece menospreciar la antomía y la fisiología de este segmento. Así, el papel protector del calzado a menudo se convierte en agresor.

Nuestra sugerencia es, que sin necesidad de adoptar «ESTUCHES INFORMESA» para los pies, se LABORE y se TRABAJE para hacer posible hermanar estética y confort.

Desgraciadamente el sentido común y la lógica son raramente compatibles con las fluctuaciones de las modas extremistas que acostumbra a proponer siempre los zapatos que no se deben llevar.

Una vez fijados estos someros conceptos quizá sería interesante proponer ciertas orientaciones sobre determinados tipos de calzado racional aplicado a las diferentes circunstancias en las que el pie es protagonista.

CARACTERISTICAS DEL CALZADO FISIOLOGICO

«Le chaussant» como llaman los franceses al BIEN CALZAR, es una noción subjetiva que corresponde al conjunto de las propiedades de una horma que permite alojar racional y confortablemente al pie.

Un buen «chaussant» exigirá las siguientes funciones:

— VESTIR AL PIE SIN PRESIONAR
— RESPETAR LAS VARIACIONES DE VOLUMEN DEL PIE EN EL CURSO DEL DIA
— PERMITIR EL DESARROLLO FISIOLOGICO DEL PASO
— NO PERTURBAR LA ESTATICA DEL APARATO LOCOMOTOR
— PERMITIR UNA NATURAL TRANSPIRACION PARA EVITAR SECUELAS MICOTICAS, VIRICAS, FUNGICAS Y PARASITARIAS

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.
224,— 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.
118,— ptas.

INFAR NATTERMANN

Apartado 400 – Zaragoza Infanta Carlota, 84-88 Barcelona-15

En cuanto a *LAS CUALIDADES ESENCIALES DE LA PLANTILLA DEL ZAPATO* deberán ser:

— FLEXIBILIDAD Y RESISTENCIA A LA ABRASION Y AL ROCE.
— EL MATERIAL DE ELECCION será de cuero bien curtido que respete absolutamente la arquitectura del pie y que permitirá una transpiración.
— SU ESPESOR, el espesor de la plantilla, no deberá sobrepasar los 10 mm.
— LOS TRIPLES GROSORES Y LOS GROSORES DE MADERA DEBEN SER RECHAZADOS por demasiado rígidos bloqueando la artículación metatarso-falángica.
— LAS PLANTILLAS DE CAUCHO O MATERIAL SINTETICO son demasiado flexibles, siempre desde un punto de vista FISIO-PODOLOGICO; son poco higiénicos y no ofrecen firmeza al pie al no permitir la inclusión de un cambrillón rígido.
— *EN CUANTO A LAS FORMAS*, se preferirán siempre las redondas a las cuadradas en su parte anterior, siendo desaconsejables las punteras.
— *LA CAÑA* deberá estar hecha de cuero flexible y resistente a las numerosas flexiones del antepié.

Además será preciso que el contrafuerte sea sólido para estabilizar el retropié mereciendo un refuerzo a este nivel de manera que no ceda fácilmente a la presión lateral y que permita la conservación de la forma del calzado manteniendo al calcáneo en buena posición y estabilizando y sosteniendo la curvatura longitudinal.

— *EL TACON* presentará una región de contacto con el suelo relativamente grande para asegurar una ancha superficie al retropié tanto en estática como en dinámica. Su parte póstero-inferior llevará una cuña de caucho destinada a amortiguar y adherir al pie en las superficies lisas. La parte del cuero asegurará el sostenimiento sobre el suelo húmedo. Así, la asociación de los dos materiales asegurará una estabilidad óptima.

Se aconsejan las siguientes alzas de tacón:

— LA LONGITUD deberá ser en general 2/7 de la longitud total del zapato.
— LA ALTURA se aconseja de 8 a 15 mm. en el niño; de 15 a 20 mm. en el hombre y de 3-4 cm. en la mujer.

Estas alzas asegurarán un reparto equitativo de las fuerzas que gravitan sobre el pie.

En todos los casos que se ha dado en observar los pies de las señoras y principalmente las que usan tacones altos, es bien notable la tendencia de manifestarse en ellas los dedos en garra, la metatarsalgia o el hallux valgus.

Ello se debe en primer lugar a que el tacón no apoya convenientemente en la parte posterior del calzado; en segundo lugar, la parte anterior metatarsal queda en extensión exagerada, formando un ángulo y precisamente el apoyo lo hace en el vértice de este ángulo, produciéndose el apoyo sobre la propia cabeza anterior de los metatarsianos. Es como si se caminara continuamente en puntas de pie.

Volviendo a la forma del tacón ocurre que el apoyo en esta región es insuficiente, por cuanto no se ha tenido en cuenta al fabricar las hormas la VERDADERA CURVATURA PLANTAR DEL PIE y aquél se contacta en el suelo en un plano inclinado, de forma que produce el deslizamiento del pie hacia la puntera haciendo que los dedos se flexionen y quedan apretados.

Recomendamos, pues, que el contacto del tacón con el suelo y la zona metatarsal de la plantilla del zapato se realicen en un mismo plano.

Y hablando del TACON no podemos dejar de mencionar al famoso TACON de THOMAS, y lo hago con énfasis dada su vasta proliferación en el calzado actual del niño y cuya finalidad, tal como se está fabricando, es más decorativa que efectiva y casi podríamos afirmar, casi siempre perniciosa, pues, en la mayoría de casos pueden provocar problemas en los niños que no tienen necesidad de usarlos, ya que su aplicación debe estar siempre bajo estricto control del profesional podólogo.

EL TACON DE THOMAS debe tener un concepto podológico y unas medidas bien definidas:

— POR EL BORDE INTERNO debe llegar hasta el borde anterior de la tuberosidad del escafoides.
— POR EL BORDE EXTERNO debe llegar a una línea perpendicular trazada desde el borde anterior del maléolo externo.
— LA ALTURA del borde interior del tacón debe oscilar entre 3 y 6 mm. más alto que la altura normal del tacón.
— LA ALTURA del borde externo del tacón debe ser la altura normal del tacón para el paciente.
— EL PICO DEL TACON se le redondea hasta llegar al eje sagital del talón quedando el borde anterior cortado en forma de S.
— EL TACON DE THOMAS debe aplicarse al calzado que no tenga enfranque o cambrillón metálico, pues éste se opone al eefcto que deseamos.

tome medidas para sus pies con

Peusek®

desudorante y desodorante

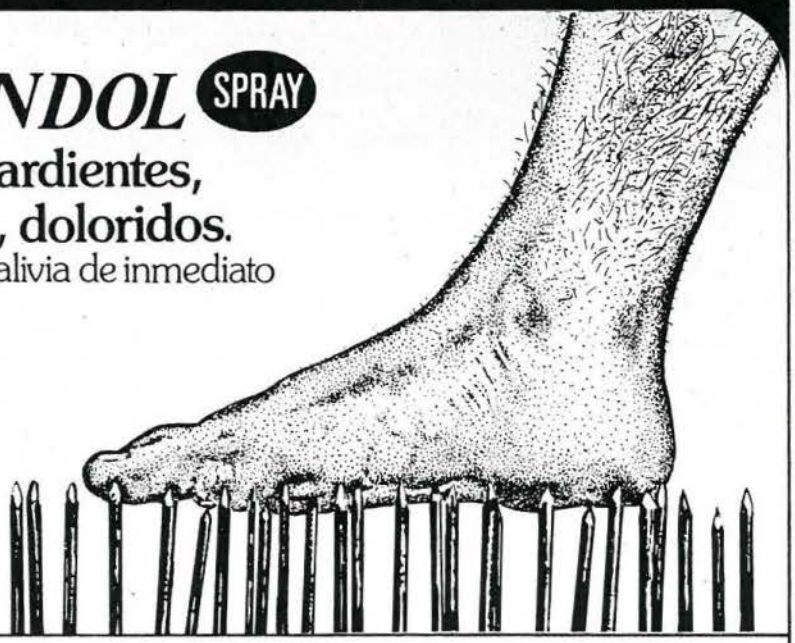
un baño mantiene su eficacia 3 meses

dos productos
para dos problemas que son dos soluciones

ARCANDOL SPRAY

para pies ardientes,
cansados, doloridos.

su aplicación alivia de inmediato



Productos Peusek

Avda. Infanta Carlota, 19-21 * Telf. (93) 239 83 34 * Barcelona-29

consulte a su podólogo, venta en farmacias

LOS ARCOS Y CUÑAS ESTANDAR INCORPORADOS, también constituye un tema importante, pues se está sistematizando el incluir estos aditamientos en el zapato comercial y es un grave error por las siguientes razones: En el caso de los arcos estandarizados es imposible que se adapten anatómicamente y funcionalmente al pie, pues si ya en un mismo niño, un pie difiere del otro, más difícil se hará creer que una pieza preestablecida se adapte a toda clase de pies. A parte de que el pie del niño sano no necesita ninguna ayuda para formar el arco interno.

Si se trata de un pie patológico no tiene ningún sentido que el calzado lleve este arco incorporado, pues lo que necesitará este pie será una exploración podológica adecuada y un tratamiento idóneo para su problema.

Lo mismo podríamos decir de las cuñas pronadoras o supinadoras, pues es más serio de lo que parece el intentar, a ojo de buen cubero, enderezar o lateralizar los ejes del pie.

CARACTERISTICAS DEL CALZADO FISIOLOGICO INFANTIL

El calzado fisiológico del niño debe cumplir 4 funciones:

— PERMITIR EL DESARROLLO ARMONIOSO DEL PIE Y COMO CONSECUENCIA LA BUENA FISIOLOGICA DE LA MARCHA
— ASEGURAR CONFORT Y MENOS FATIGA EN LA DEAMBULACION
— TENER EN CUENTA SU CRECIMIENTO RAPIDO Y ADAPTARSE A TODAS LAS CONFORMACIONES DEL PIE
— FACILITAR LOS PRIMEROS PASOS DEL NIÑO

EL CUMPLIMIENTO DE ESTAS 4 FUNCIONES PONE EN JUEGO TODAS LAS PARTES DEL CALZADO, ES DECIR QUE UN BUEN CALZADO EXIGIRA LAS SIGUENTES CUALIDADES:

— SER DE CUERO
— SUJETAR LA PARTE POSTERIOR DEL PIE
— DEJAR LIBRE LA PARTE ANTERIOR
— SIN COSTURAS INTERIORES A SER POSIBLE
— NO SUPERAR 1 CM. LA ALTURA DE TACON
— LA PLANTILLA DEBE SER DE CUERO Y LLEVAR ELEMENTOS ANTIDERRAPANTES EN EL TACON Y PARTE ANTERIOR

EL CALZADO TERAPEUTICO

La palabra terapéutica significa tratamiento de los trastornos o lesiones.

La provisión de calzados para pies normales es tarea propia del zapatero y no del podólogo, aunque en determinadas circunstancias pueda pedirse el consejo del podólogo en relación a algunos tipos de calzado. El trabajo del podólogo con respecto al calzado será el de procurar el tratamiento adecuado para los trastornos del pie y orientar en cuanto a la necesidad del uso de un calzado racional.

La terapéutica por el calzado entra en juego cuando el pie es defectuoso en su estructura o en su funcionalismo, o cuando es de forma tan singular que es difícil o imposible la adopción de calzado normal.

El objeto de la terapéutica por el calzado persigue por tanto dos objetivos: aliviar el dolor y mejorar el funcionalismo mediante la corrección o compensación de alguna anormalidad. A esto debe añadirse el papel de la profilaxis ya que una elevada proporción de procesos a los que el pie es sensible pueden evitarse mediante el uso del zapato que facilite o mejore el funcionalismo del pie y especialmente de los dedos.

EL CALZADO DE TRABAJO Y SEGURIDAD

Ciertos sectores profesionales exponen sus pies a diversos accidentes que son relativamente fáciles de prevenir con la ayuda de calzados especiales concebidos en función de los riesgos conocidos.

Esquemáticamente pueden catalogarse en 4 categorías:

— ACCIDENTES POR OBJETO O MASA EN MOVIMIENTO
— ACCIDENTES POR RESBALONES O CAIDAS RELACIONADOS CON EL TIPO DE SUELO Y LA PLANTILLA
— ACCIDENTES POR MANIPULACIONES DE PRODUCTOS PELIGROSOS (materiales calientes, en fusión, productos químicos, etc.)
— ACCIDENTES POR OBJETOS DIVERSOS (cortantes, punzantes u otros fragmentos abandonados en el suelo).

PROTECCION DE LOS PIES CONTRA LOS OBJETOS EN MOVIMIENTO

Es preciso esencialmente asegurar la protección de los dedos, el cuello del pie y el tobillo.

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
Barcelana-15
teléfono 93/239 53 06
telegramas: KIRITA-Barcelona

PIEDRO

Este tipo de calzado se compone de una puntera dura en acero especial de alta resistencia, inoxidable o aislada del pie por un almohadillado de protección.

Debe resistir a la vez una carga estática y el efecto dinámico de un cuerpo en caída libre.

La protección eficaz del cuello del pie y del tobillo es más difícil de realizar, pues los refuerzos realizados en dichos lugares no deben bloquear el juego del pie.

PREVENCION DE LOS RESBALONES Y CAIDAS

No existe un tipo de zapato o plantilla que asegure una adherencia «a todo terreno».

De una manera general, las plantillas de caucho-neoprene, cloruro de polivinilo, etc. aseguran una buena estabilidad en suelos secos; sobre suelos húmedos o graso se csonstata una neta superioridad de las PLANTILLAS DE CUERO.

EL POLIVINILO asegura un buen asiento si presenta dibujos marcados. EL NEOPRENE reúne no obstante múltiples cualidades: resistencia al calor, fuego e hidrocarburos y productos químicos.

PREVENCION DE LAS PERFORACIONES

Esta prevención se obtiene por la presencia de una plantilla de acero de 4-5/10 de mm. de espesor. También pueden utilizarse tejidos metálicos.

PREVENCION DE AGRESIONES POR PRODUCTOS DIVERSOS

EL CUERO bien curtido, encerado, resiste relativamente los ácidos y las bases a condicion de asegurar un inmediato lavado con agua. Contra los cuerpos calientes, en fusión o particular incandescentes es necesario prever una caña.

AISLAMIENTOS ELECTRICOS

La resistencia eléctrica de la plantilla debe ser suficiente para asegurar un buen aislamiento en las tensiones industriales. Es preciso, pues, evitar las plantillas claveteadas. A la vez es necesario preservar la libre emanación de eventuales cargas estáticas.

PAPEL DEL CALZADO EN LA GENESIS DE LAS AFECCIONES DEL PIE

Es obvio que el calzado, según los materiales que esté fabricado y su estructura, juega un papel importante en la aparición de ciertas enfermedades del pie en las que actúa como IMPORTANTE FACTOR FAVORIZANTE. Pero tampoco sería justo acusarle sistemáticamente de todos los males que aparecen en el pie y con ello damos la razón a cierto autor contemporáneo que dice «CUANDO EL PIE ESTA ARQUITECTONICAMENTE BIEN, EL CALZADO MAL HECHO PUEDE PRODUCIR O PROVOCAR PEQUEÑOS CALLOS, DUREZAS O ROZADURAS PERO NINGUNA DEFORMIDAD IMPORTANTE. PERO CUANDO LA ARQUITECTURA FALLA ENTONCES SI QUE EL ZAPATO ACENTUA LAS LESIONES».

Por ejemplo un contrafuerte rígido es indispensable para la seguridad del retropié, pero ello no impedirá, no obstante, la aparición de un valgo calcáneo si es que debe producirse.

No obstante hay tipos de calzados que presentan inconvenientes particulares. Por ejemplo:

LOS MUY ESCOTADOS EN EL DORSO DEL PIE oprimen y ajustan estrechamente los dedos.

LOS CALZADOS TIPO BABUCHA O CHINELA, tan en boga en las señoras para «estar por casa», no sujetan al pie y la ausencia de contrafuertes favorecen su ensanchamiento y la aparición frecuente de zonas queratósicas.

EL BORDE SUPERIOR ELASTICO DE LA CAÑA en determinados zapatos de bailarinas y otros preconizados como «curalotodo», etc. pueden comprimir las bolsas serosas retroaquíleas siendo el origen de muchas BURSITIS.

LOS ZAPATOS CON AUSENCIA DE TACON Y CAMBRILLON no pueden sostener correctamente la curvatura plantar fisiológica.

LOS EXTREMOS PUNTIAGUDOS tienen acción nefasta especialmente agravada si van asociados, como así ocurre la mayoría de las veces, con tacones demasiado altos, pues dirigen al primer dedo hacia afuera y al 5.º dedo hacia adentro, dando lugar a la flexión plantar de los dedos al replegarse, al hallux valgus, juanete de sastre, 5.º dedo varo, onicocriptosis, etc., además de las consecuencias fácilmente extensibles a distancia del pie y que pueden afectar al conjunto del aparato locomotor pudiéndose establecer una verdadera requisitoria condenatoria, pues es repetida y frecuente su patología.

Pero, concretándonos a las consecuencias que pueden acarrear los *TACONES DEMASIADO ALTOS, a nivel del pie pueden producir las siguientes ALTERACIONES*:

— EL PIE RESBALA SOBRE EL PLANO INCLINADO QUE FORMA LA PLANTILLA INTERIOR.
— LOS DEDOS SE APROXIMAN Y SE REPLIEGAN SOBRE EL CUBILETE ANTERIOR, LO QUE EQUIVALE AL USO DE UN CALZADO CORTO.

NUEVO

Sillón eléctrico Mod. STARLINE

ELEGANCIA DE LINEA — FUNCIONALIDAD Y UTILIDAD EN EL DISEÑO — ROBUSTEZ — PERFECTO ACABADO

Mod. 4

Mod. 1

PRECIOS Y CONDICIONES EXCEPCIONALES

SERVICIO TECNICO GARANTIZADO EN TODA ESPAÑA POR EL SERVICIO POSVENTA SUDENTA, S. A.

SOLICITE AMPLIA INFORMACION SIN COMPROMISO A:

sudenta, s. a.

DEPARTAMENTO PODOLOGIA

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

— SU USO DESCARGA AL RETROPIE EN PROVECHO DE UNA SOBRECARGA GLOBAL DEL ANTEPIE.
— FIJA PERMANENTEMENTE AL PIE EN ACTITUD EQUINA.
— DA LUGAR A UN BOSTEZO DORSAL DE LAS PEQUEÑAS ARTICULACIONES TARSIANAS Y MEDIO TARSIANAS.
— DAN LUGAR A UNA RETRACCION DEL TRICEPS SURAL.
— MOTIVA UNA FRICCION DEL TENDON DE AQUILES SOBRE LA CAÑA, CON BURSITIS RETROAQUILEA.
— ACENTUA LA APARICION DE UN PIE CAVO POSTERIOR.
— MOVILIZA LA SUBASTRAGALINA EN FLEXION PLANTAR.
— DESEQUILIBRA EL CUERPO HACIA ADELANTE EN FLEXION, ANTEVERSION Y ANTEPULSION DE LA CADERA COMPENSADOS POR UNA HIPERLORDOSIS LUMBAR.

EN CUANTO A LOS MATERIALES QUE ESTA FABRICADO

Las ventajas de estar fabricados los calzados con materiales nobles están claramente constadas en la génesis de las afecciones del pie.

EL EQUILIBRIO NATURAL DE LA PIEL DE LOS PIES, es decir, su resistencia, su elasticidad y en una palabra su salud, dependen en gran parte del grado de acidez.

Conservar o establecer esta estabilidad fisiológica es factor fundamental el uso de CALZADO DE MATERIAL DE CUERO.

Desde hace unos 40 años se sabe que la piel sana presenta una cierta acidez que reflejada en PH es igual a 5,5, pero se sabe que esta acidez es muy particular por cuanto es una «ACIDEZ BIOLOGICA» y por tanto condicionada al equilibrio normal de la piel.

Para que la piel de los pies sea sana y siga normal es preciso preservar este estado de equilibrio que aludimos.

La disminución de reservas de sustancias ácidas hace perder a la piel su poder protector y constituye la puerta de entrada de las variadas afecciones del pie que ahora repasaremos, pues crean una situación privilegiada para el desarrollo de las bacterias, hongos, virus, parásitos y detritus.

Claude Bernard decía que EL MICROBIO NO ES NADA. EL TERRENO LO ERA TODO. El axioma es perfectamente aplicable al tema que nos ocupa.

En efecto, el ZAPATO DE CUERO hace que el terreno sea menos inhóspito a las bacterias y demás microorganismos. A esto si añadimos la aplicación orientada de LIPOAMINOACIDOS en el pie, lograremos establecer fácilmente la estabilidad fisiológica en aquellos casos en que se haya malogardo, evitando de esta manera en gran parte, la aparición de las más frecuentes afecciones del pie favorecidas por los factores antes citados como son la FALTA DE POROSIDAD y el DEFICIT EN LA REABSORCION DE LAS SUSTANCIAS TOXICAS QUE HACE QUE LA PIEL SE VUELVA HUMEDA Y FLACCIDA.

EL ORDEN DE APARICION DE ESTAS AFECCIONES TAN FRECUENTES EN LAS QUE EL CALZADO INDUSTRIAL ACTUA COMO CONDICIONANTE DIRECTO, ES EL SIGUIENTE:

— QUERATOPATIAS MICROTRAUMATICAS (callos, helomas, durezas, queratosis).
— ONICOCRIPTOSIS (uña incarnada, inflamaciones periungueales).
— TRASTORNOS SUDORIPAROS DE LA PIEL.
— PERNIOSIS O SABAÑONES.
— QUERATOPATIAS PARASITARIAS Y VIRICAS (aparición de hongos, levaduras, champiñones y verrugas plantares juveniles).
— DERMATOSIS DE CONTACTO. Hipersensibilidad y alergia cutáneas.

LAS QUERATOPATIAS MICROTRAUMATICAS son aquellas queratosis que aparecen en el pie de origen microtraumático que ocasionan un trastorno biomecánico en la queratogénesis, o sea en el desarrollo del tejido córneo, asociado a una hipertrofia papilar y cuyas causas principales son: hiperpresión, avascularización e hipertrofia, actuando el CALZADO IRRACIONAL como factor factor favorizante.

ONICOCRIPTOSIS, es el conflicto doloroso existente entre los bordes laterales de la placa ungueal y los surcos periungueales y cuya patogenia principal se debe a la hipertrofia de los labios ungueales por causas mecánicas, siendo esta afección la más extensa, debido a lo frecuente del uso de calzado irracional y entendemos por irracional a parte de los defectos de estructura, a los fabricados con materiales que no son nobles, pues aquéllos hacen que la piel se macere y humedezca al carecer de ventilación, facilitando la incrustación de la uña en las partes blandas.

TRASTORNOS SUDORIPAROS DEL PIE, se trata de una de las causas locales más importantes en la etiología de la excesiva secreción de sudor debido al uso de calzados que no son elaborados con materiales racionales.

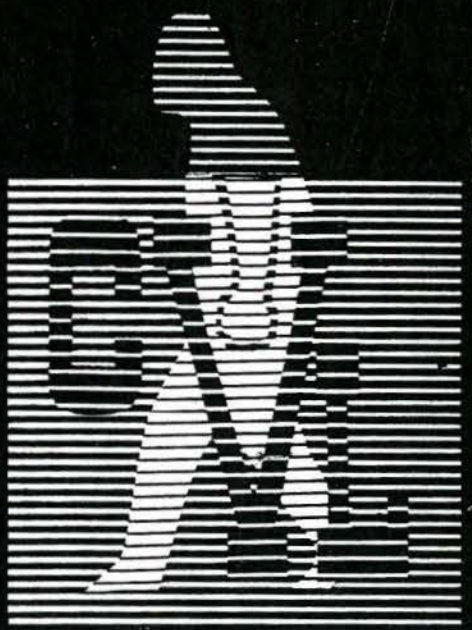
constantino velasco laínz

y

BERKEMANN

en
colaboracion
con
la revista española de

PODOLOGIA



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

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

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

DELEGACION CATALUÑA — Calle Mallorca, n.° 336 (esq. Avda. Gmo.)
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.

Las formas clínicas de estos trastornos pueden ser:

BROMHIDROSIS caracterizada por olor y sudor insoportables a consecuencia de la fermentación de los ácidos grasos (amoníaco).

ANHIDROSIS o defecto de sudoración.

URHIDROSIS o sudor con olor amoniacal provocado por el aumento de las tasas de urea contenidas en el sudor.

PERNIOSIS O SABAÑONES, es un trastorno circulatorio periférico originado por el frío húmedo y cuya aparición se ve favorecida por el uso de calzado sintético y estrecho. Evoluciona en 3 fases: CIANOSIS, HIPERHEMIA y PERNIOSIS ULCERADA.

QUERATOPATIAS VIRICAS o verruga plantar es una epiteliosis contagiosa de origen infecioso causada por un virus que penetra en el organismo a través de una microlesión cutánea, dando lugar a una gran hipertrofia papilar que se encapsula a modo de cuerpo extraño, a unos 3-4 mm. de profundidad intradérmica. En su aparición es factor favorizante el uso de calzado irracional, sintético, antiporoso, etc.

QUERATOPATIAS PARASITARIAS u hongos, es una infección epidérmica parasitaria que se instaura electivamente a nivel de la piel del pie, siendo el PIE DE ALETA, el intertrigo y la epidermoficia los más frecuentes. Esta infección se debe a champiñones, hongos o levaduras y sus factores desencadenantes son:

— LA MODIFICACION DEL PM cutáneo.
— LA HUMEDAD.
— CALOR LOCAL.
— LA OSCURIDAD.

O sea que, una vez más, el CALZADO IRRACIONAL, se constituye en FACTOR FAVORIZANTE.

ONICOMICOSIS es la invasión parasitaria —hongos— del aparato ungueal, causada por el género tricofitón. Suelen estar afectadas varias uñas y siempre en adultos. Los factores desencadenantes o favorizantes son los mismos que los que motivan las queratopatías parasitarias.

Y para terminar, según lo expuesto, las conclusiones que proponemos los podólogos españoles son las siguientes:

CONCLUSIONES FINALES

EN CUANTO A LAS CARACTERISTICAS DEL CALZADO:

— PROTEGERA AL PIE CONTRA EL PLANO DE APOYO Y LAS INTEMPERIES.
— ASEGURA EL CENTRAJE DE LOS EJES ANTERO-POSTERIORES DEL PIE.
— VESTIRA AL PIE SIN PRESIONAR.
— RESPETARA LAS VARIACIONES DE VOLUMEN DEL PIE DURANTE EL DIA.
— PERMITIRA EL DESARROLLO FISIOLOGICO DEL PASO.
— NO PERTURBARA LA ESTATICA DEL APARATO LOCOMOTOR.
— PERMITIRA UNA NATURAL TRANSPIRACION QUE EVITE LAS SECUELAS FUNGICAS, MICOTICAS, PARASITARIAS Y VIRICAS.

EN CUANTO A LAS CUALIDADES QUE DEBE REUNIR EL CALZADO:

— FLEXIBILIDAD Y RESISTENCIA A LA ABRASION Y AL ROCE.
— EL MATERIAL DE ELECCION SERA DE CUERO BIEN CURTIDO.
— EL ESPESOR DE LA PLANTILLA NO DEBERA SUPERAR 10 MM. DE GROSOR.
— DESECHAR LOS TRIPLES GROSORES Y LOS GROSORES DE MADERA.
— DESECHAR, SALVO ESPECIALES CIRCUNSTANCIAS, LAS PLANTILLAS DE CAUCHO Y MATERIAL SINTETICO POR SER DEMASIADO FLEXIBLES.

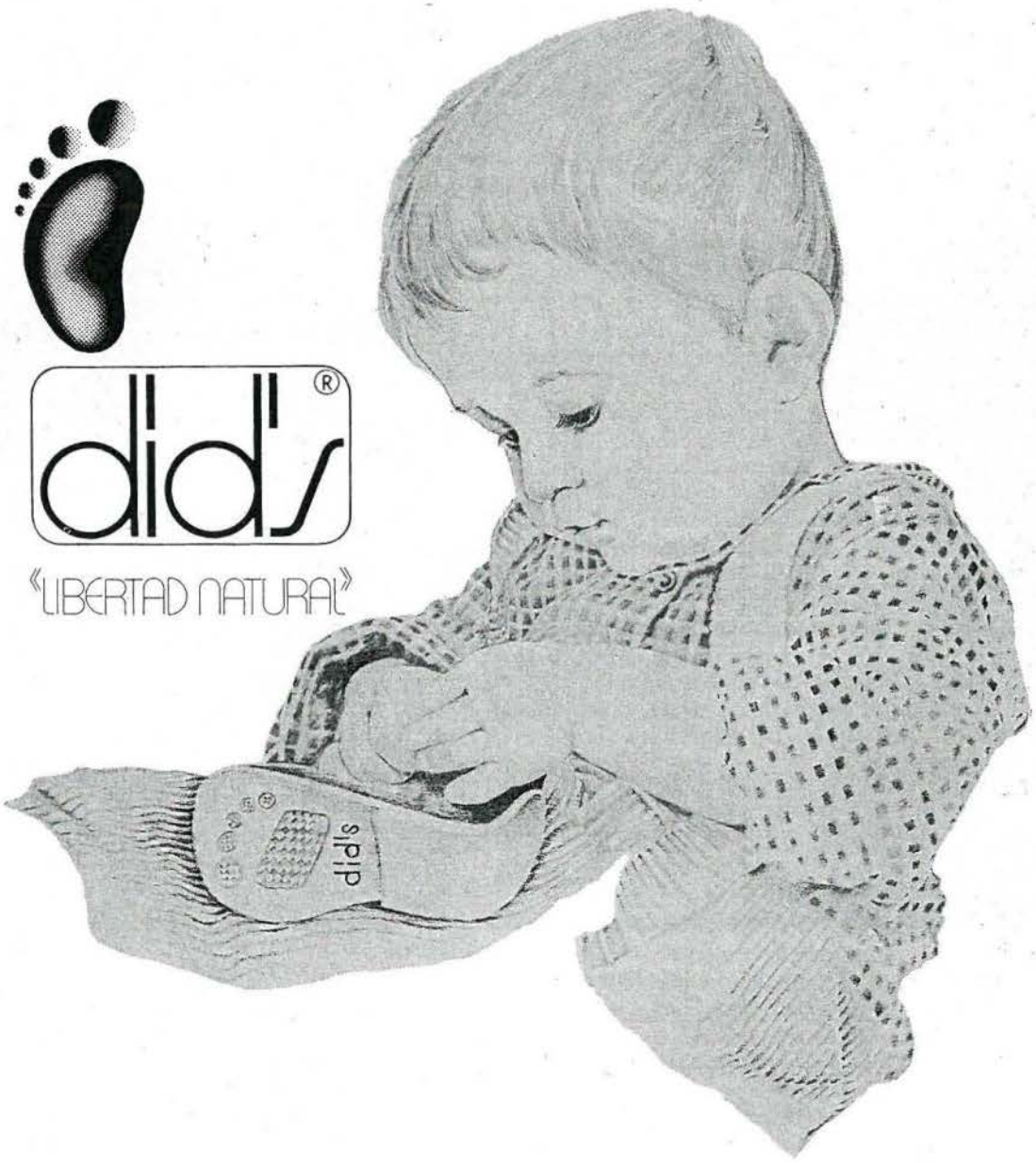
EN CUANTO A LAS FORMAS:

— SE PREFERIRAN LAS REDONDAS A LAS CUADRADAS EN SU PARTE ANTERIOR.
— SE DESECHARAN LAS PUNTERAS.
— LA CAÑA DEBERA SER DE CUERO FLEXIBLE Y RESISTENTE.
— EL TACON SERA DE ANCHA SUPERFICIE DE CONTACTO QUE ASEGURE LA ESTATICA Y LA DINAMICA, COMBINANDO CAUCHOL Y CUERO QUE GARANTICE UNA ADHESION A «TODO TERRENO».
— LA LONGITUD DEL TACON SERA DE 2/7 DE LA LONGITUD TOTAL DEL ZAPATO.
— LA ALTURA SERA DE 8 A 15 MM. EN EL NIÑO; DE 15 A 20 MM. EN EL HOMBRE Y DE 3-4 CM. EN LA MUJER.
— TODA LA SUPERFICIE PLANTAR DEL TACON Y LA ZONA METATARSAL DEBERAN CONTACTAR CON EL SUELO EN UN MISMO PLANO.
— DESECHAR EL TACON DE HOME EQUERCIAL.
— DESECHAR LOS ARCOS Y CUÑA ESTANDAR.

LABORAR PARA HACER POSIBLE ESTETICA Y CONFORT:

— HACER UN LLAMAMIENTO CONSCIENTE Y RAZONADO A FABRICANTES, CURTIDORES, DISEÑADORES, ETC., PARA QUE, JUNTO CON LOS PODOLOGOS SE TRABAJE FIRME PARA HACER POSIBLE ESTETICA Y CONFORT.

EL NUEVO CALZADO INFANTIL



didis®

"LIBERTAD NATURAL"

BARO/VICENTE

ZAPATOS INFANTILES PARA EL NATURAL
CRECIMIENTO DEL PIE

Rpte.-Juan García Resano. Tel.-93-2461303 Barcelona

ALICANTE
CDOS. CARLA.. — Limones, 1 - *BENIDORM*
PEREZ PRUÑONOSA. — Plaza Balmer, 2 - *ELCHE*
CDOS. ISA. — Plaza General Verdu, 3 - *MONOVAR*

BARCELONA
CDOS. GUBERN. — Mar, 54 - *BADALONA*
CDOS. ANDER'S. — Muntaner, 248. Mayor de Gracia, 54. Ctra. de Sans, 129 - *BARCELONA*
CDOS. GIPSY. — Blay, 45 - *BARCELONA*
CDOS. KADIR. — San Gervasio, 59 - *BARCELONA*
CDOS. NICOL. — Muntaner, 476 - *BARCELONA*
LUISA SAU. — Mallorca, 541 - *BARCELONA*
CDOS. CANAL. — Anselmo Clavé, 46 - *GRANOLLERS*
CDOS. ESTRUCH. — Custiol, 9 - *IGUALADA*
CDOS. TORRA. — Borne, 9 - *MANRESA*
CDOS. LA INNOVACION. — Rambla José Antonio, 10 - *MATARO*
CDOS. PUMA. — Barcelona, 5 - *MOLLET DEL VALLES*
CDOS. FONT. — Avda. Caudillo, 2 - *OLESA DE MONTSERRAT*
CDOS. PROGRESS. — Gutemberg, 34 - *TARRASA*
CDOS. SERRALLONGA. — Plaza Paraiso, 5 - *VICH*

BURGOS
CDOS. ZAGALIN. — Moneda, 19 - *BURGOS*

CACERES
FARMACIA DROGUERIA CASTELL. — Plaza Gral. Mola, 18 - *CACERES*

CADIZ
CDOS. BAMBINO. — Cardenal Herrero, 12 - *JEREZ DE LA FRONTERA*

CASTELLON
CDOS. INFANTS. — San Lucas, 23 - *ALZAMORA*
CDOS. FLIPPER. — O'Donnell, 12 - *CASTELLON*
CDOS. TABU. — Magallanes, 35 - *GRAO*

CIUDAD REAL
CDOS. BAMBI. — Doctor Bonardell, 4 - *ALCAZAR DE SAN JUAN*

GERONA
PALMIRA TRILLA. — Portella, 7 - *FIGUERAS*

HUESCA
CDOS. EL CAPRICHO. — Mayor, 17 - *FRAGA*

LA CORUÑA
AQUILINO GARCIA HERNANDEZ. — Real 84 - *EL FERROL DEL CAUDILLO*
CDOS. RAPACIÑOS. — Médico Rodríguez, 13 *LA CORUÑA*
ZAPATERIA RICHARD. — Calderería, 16 - *SANTIAGO DE COMPOSTELA*

LAS PALMAS DE GRAN CANARIA
CDOS. MACHIN. — Trinidad, 92 - *LAS PALMAS DE GRAN CANARIA*

LERIDA
CDOS. LA SITGETANA. — Mayor, 70 - *LERIDA*
CDOS. BADIAS. — Carmen, 31 - *TARREGA*

LUGO
CDOS. CHIQUI. — San Froilán, 16 - *LUGO*

MURCIA
JUAN PALLARES SOLER. — Gran Vía José Antonio, 19 - *MURCIA*

NAVARRA
CDOS. CHICOS. — Avda. Bayona, 36 - *PAMPLONA*

OVIEDO
CDOS. RODRIGUEZ. — Plaza Generalísimo, 2 *GIJON*

PALENCIA
CDOS. GUS. — Rizarzuela, 19 - *PALENCIA*

PALMA DE MALLORCA
CDOS. ARGENTINA. — Quint, 5 - *PALMA DE MALLORCA*
CDOS. JOVENT. — Alcudia, 5 - *POLLENSA*

PONTEVEDRA
CDOS. TEYCA. — Velazquez Moreno, 39 - *VIGO*

SALAMANCA
CDOS. BLANCA NIEVES. — Concejo, 9 - *SALAMANCA*

SANTA CRUZ DE TENERIFE
CDOS. CRIOS. — Viera y Clavijo, 22 - *SANTA CRUZ DE TENERIFE*

SANTANDER
CDOS. CHAVALIN. — Mártires, s/n. - *TORRELAVEGA*

TARRAGONA
CDOS. NIN'S. — Mayor, 32 - *AMPOSTA*
CDOS. LA SITGETANA. — Hnos. Landa, 18 - *TARRAGONA*

VALENCIA
CDOS. GALLACH. — Calderón de la Barca, 14 *ALCIRA*
CDOS.LOLIN. — Felipe Valls, 45 - *BENIMAMET*
ORTOPEDIA IBAÑEZ. — Colón, 99 - *BURJASOT*
CDOS. BELINDA. — Avda. José Antonio, 26 - *JATIVA*

ZAMORA
MENFIS MEDICAL. — Avda. Portugal, 10 - *ZAMORA*

ZARAGOZA
CDOS. CHAVALES. — Pasaje Palafox, 14 - *ZARAGOZA*

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 ●

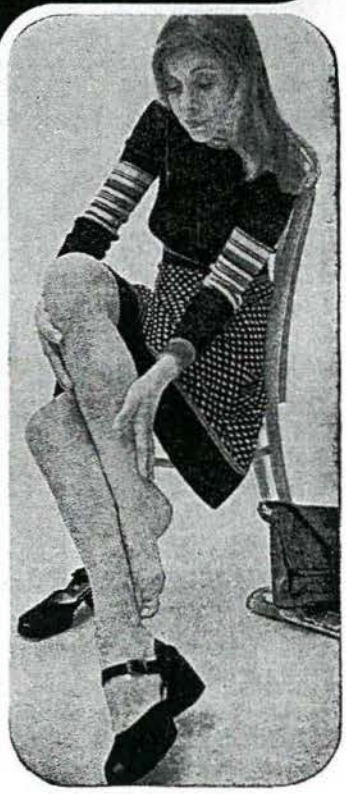
Contraindicaciones
Ulcus cruris, heridas abiertas.

Incompatibilidades
No se conocen

Efectos secundarios
No se conocen

Presentación
Envase con 40 grs.

P.V.P.
132,– ptas.



INFAR NATTERMANN

Apartado 400 – Zaragoza
Infanta Carlota, 84-88
Barcelona-15

JUNTA GENERAL DE DELEGADOS EN MADRID

Ha tenido lugar en Madrid, Hotel Aramó, los días 14 y 15 de enero, la primera reunión del año de la Junta de Gobierno de la Agrupación y Delegados, ante la presencia de casi la totalidad de sus miembros, a excepción de dos Delegaciones, que a consecuencia de las condiciones climatológicas adversas no pudieron desplazarse, justificando no obstante su ausencia personalmente. También estuvieron presentes, dado el cariz y la importancia de los temas a tratar, los compañeros Enrique González, de Madrid, y Martínez Soriano y Martín Rueda de Barcelona.

Hecho lamentable, discutido y clarificado en esta reunión, ha sido la actuación divergente de alguno de sus miembros, en cuanto a los fines y directrices trazadas por esta Agrupación, previa consulta y aprobación unánime y general en el transcurso de la Asamblea celebrada al término del X Congreso Nacional de Podología en San Sebastián, y anteriormente tratado en múltiples ocasiones, en las cuales no hubo nota discordante ni divergente por parte de ninguno de los presentes. Como consecuencia de estas irregularidades, entre otras, el compañero San Martín ha dimitido de la plaza que venía ocupando de Delegado de Zona Centro de la Agrupación. Igualmente se estudió a fondo la problemática expuesta por el señor Máximo González. Ya aclarados estos puntos, se trataron temas de importancia capital en materia de estudios siguiendo la directriz trazada en busca de una alternativa que satisfaga plenamente las apetencias de todo profesional, que busque en el ejercicio de su profesión su propia realización. Dado que los momentos son verdaderamente críticos, y en ellos se está dilucidando una mejor posición de la Podología, dado que hay ciertos sectores que usan de la demagogia para llevar a efecto fines puramente personales y no en beneficio de la mayoría, y consecuentemente de la palabra Democracia se están haciendo usos poco éticos, unipersonales y partidistas, rogamos encarecidamente a todos el máximo de sensatez, rogamos que antes de actuar, escuchen, que no se dejen influenciar, puesto que su acción, aún con la mejor intención, pero con desconocimiento de causa, puede perjudicar a una profesión tan hermosa como es la nuestra. Las gestiones se están llevando por buen camino, y a un ritmo francamente acelerado y sumamente esperanzador. Aquí no se hace demagogia, aquí se clarifican las cosas, y si hay alguien que no lo entiende así, o que tiene ideas mejores, dialogando siempre nos entenderemos, puesto que el fin que buscamos creo es idéntico y no vemos ni conocemos otra forma de llevarlo a efecto mejor que el diálogo abierto y franco, dando la cara y defendiendo los puntos de vista de cada cual con argumentos convincentes. La suerte está echada y el camino, relativamente fácil y despejado. La partida se está jugando con triunfos, y como tal, los resultados se acercan fructíferos. No se pueden echar por la borda ahora tantos y tantos años de lucha y sacrificio porque entre dichos oradores así lo quieran. Hay que posponer el orgullo a los intereses de la clase.

Podólogos:

Calzados Blasi les ofrece su establecimiento especializado en zapatos para señora y niño que precisen plantillas ortopédicas.
Siempre a su disposición con las mejores marcas.

MANITOS ORTHO

PIEDRO

Taberner

Blasi

Calzados Blasi
.Mariano Cubí, 2 Tel. 218 54 95
Barcelona-6

Nuevos horizontes en la Cirugía Podológica

Por L. Aycart - Podólogo - MADRID

La minicirugía de las exóstosis abre nuevos horizontes a la Podología española. Su origen en España no es muy antiguo, aunque los podólogos norteamericanos, Perrone y Mercado, lo practican desde hace muchos años.

Cuando en el año 1969 por invitación cursada a nuestro Presidente Nacional, acudí como observador al II Congreso de la Academia Norteamericana de Podología, y que en ronda itinerante celebraba sus trabajos en el Hotel Plaza de Madrid. Acompañado de los Sres. Alvarez, García-Andrés, Araolaza y Miñano, quedamos todos altamente sorprendidos de la facilidad y la simplicidad con que eliminaban las exóstosis en los sitios más diversos del pie. (Referencia sobre este tipo de intervenciones, podeis leerlas en los números 15,27, 32 y 59 de nuestra Revista Española de Podología).

La minicirugía de las exóstosis básicamente consiste en la destrucción parcial o total a través de una pequeña incisión, anterior o posterior a la lesión externa que causa un callo o heloma recidivante por medio de una pequeña lima o fresa de acero (Fig. 1 y Fig. 2)

No todos los callos son candidatos a este tratamiento, como tampoco lo son todos los

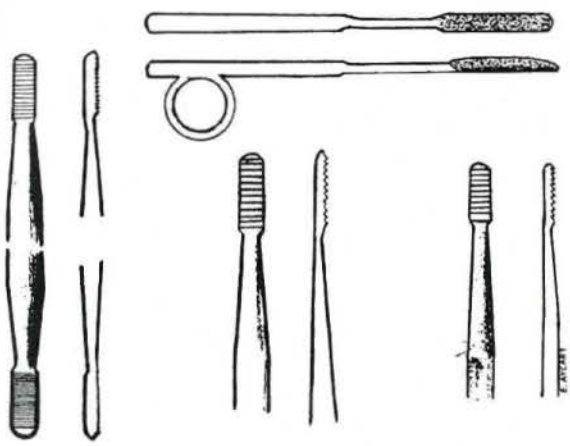


Figura 1

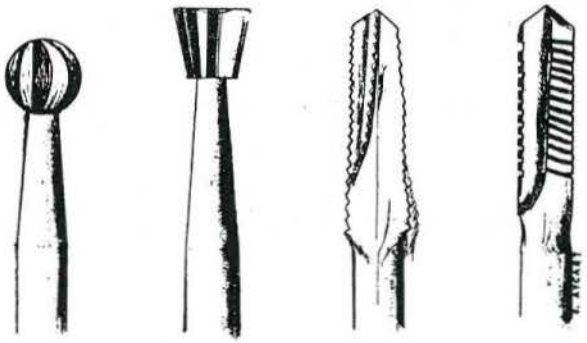


Figura 2

pacientes que los padecen; pues las deficiencias circulatorias, la osteoporosis, etc. Como tampoco los helomas no recidivantes tampoco deben entrar en este grupo.

Así pues con la literatura que disponemos, y estudiando a fondo la anatomía de las zonas a intervenir, provisto del instrumental apropiado, practiqué con todo paciente que me dio esta oportunidad, primero en callos interdigitales del 4.º y 5.º.

En el heloma mole de dedos intermedios.
En helomas subungueales distales.
En exóstosis retrocalcáneas.
Y por último en el espolón calcáneo.

Los primeros pasos fueron alentadores, actuar a ciegas requiere paciencia para averiguar dónde está la causa y destruirla.

El deseo de abrir nuevos horizontes me animó a lanzarme a estas aventuras que pueden ser el futuro de nuestro campo.

Por otra parte en mis intercambios de ideas con otros compañeros, encontré que algunos ya habían pisado este terreno, abriendo el heloma y cortando la exóstosis con instrumento apropiado y aplicando sutura. (Esta forma está rodeada de más dramatismo para el paciente que le van a cortar el hueso en la consulta y se va a marchar caminando).

Así pues esta técnica no invade el campo de nuestros "mayores" —que por otra parte nunca descenderán en su categoría, a operar por este sistema—, entre otras cosas porque la ley les autoriza.

VENTAJAS

1.º La incisión producida es de reducísimas proporciones.
2.º Se puede practicar en nuestras consultas.
3.º No requiere período de inactividad laboral postoperatoria.
4.º Exenta de complicaciones, ya que no tiene más allá de cualquier otra intervención podológica.
5.º No precisa puntos de sutura.
6.º La más importante de todas, porque desaparece definitivamente la causa del heloma mole, heloma subungueal o heloma interno del primer dedo.

INSTRUMENTAL

A parte de todas las cosas comunes para cualquier intervención podológica, se precisan.
1.º Limas de diferentes formas como la mustra (figuras 1).
2.º Fresas de diferentes formas como la muestra (figura 2).
3.º Torno de mano exclusivo para estas operaciones de 8 a 12 m.r.p.m. (Los dos puntos anteriores es aconsejable usarlos después de mucha práctica en huesos de animales).
4.º Soondicain 1 % sin adrenalina, para anestesia local o troncular.
5.º Radiografía preoperatoria (si es posible), al mismo tiempo que un conocimiento de la anatomía regional, y del mecanismo que produjo el heloma. (Figuras 3 y 4).

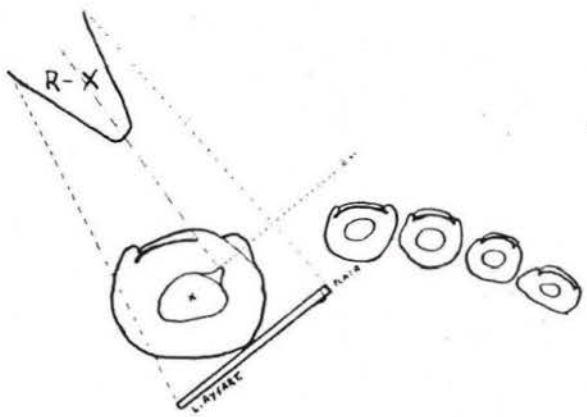


Figura 3

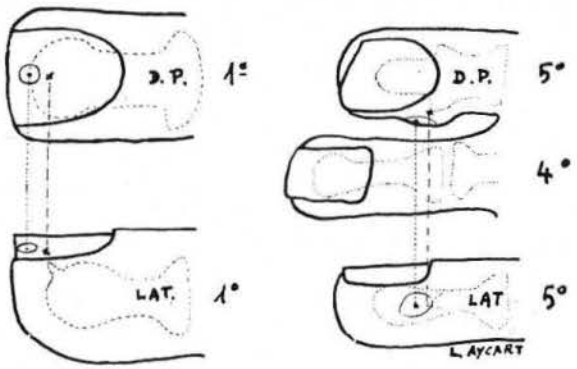


Figura 4

Aclaración. — La Radiografía se hará con el foco perpendicular al eje de lo que presumimos es la exóstosis causal. Sin radiografía se puede hacer la operación con la misma facilidad, siempre que se acuda a la lógica y a la fisiológica del pie.

TECNICA

Sobre el pie debidamente desinfectado y cubierto el campo. Comenzaremos por aplicar anestesia en forma de anillo en la base del dedo afectado o bien en estrella si se trata de superficie plana no apendicular.

Incisión. — Con un bisturí Martin n.º 17 o con un Beaver n.º 81, practicaremos una incisión (en visel), lo más paralela posible a la piel, lo más proximal o lo más distal del heloma a tratar (nunca por el mismo heloma). Y dilatar con pinza de mosquito.

Hemostasia. — En las primeras fases de estos trabajos, solía aplicar compresión en la base del dedo, más por precaución y tranquilidad, que por necesidad; actualmente está probado que la hemorragia favorece la salida de la pasta de hueso por la herida.

Legrado. — Con una lima plana del tipo representado en las figuras 1 y 2 con dientes de corte proximal, que liman "sacando", se procede primero a tantear el cartílago de la exostosis causal, operación nada difícil pues se encuentra inmediatamente bajo el heloma anterior a éste.

Es sabido que toda exóstosis que por su tamaño causa heloma, se palpa con toda facilidad.

Si la exóstosis es intraarticular, la incisión debe hacerse en dos tiempos.

1.º Incidir la piel y tejido adyacentes, a continuación con una pinza de mosquito dilatar interiormente la cavidad.

2.º Por la misma incisión, efectuar otra segunda que interese la cápsula (siempre de consistencia más dura que la anterior) y proceder de nuevo a su dilatación.

Sólo de esta forma se podrá introducir por la herida la lima o fresa, y proceder a limar enérgicamente de dentro a fuera, de manera que cada recorrido de la lima sacará junto con limaduras de exóstosis, abundante hemorragia.

Cuando por el tacto con la lima creemos que ya se ha destruido, procederemos a lavar la cavidad con jeringa de suero fisiológico o suero Rapide, llevando la aguja al fondo de saco, para que la corriente de suero arrastre al exterior los restos de exóstosis que quedaron rezagados.

En este momento radiografía de control por si quedara alguna imperfección, y tuviéramos que reanudar el legrado.

Después con la anestesia local que sobró, darle un último lavado y hacer vendaje compresivo, no sin antes haber observado la placa dental autorrevelable, que ha sido tomada en el mismo plano y forma que la primera. De esta forma se puede comprobar la verdadera eliminación.

Como en cualquier operación podológica, se prescribirá (verbalmente) antibiótico por vía oral como profilaxis de la infección. También es aconsejable Cibalgina en supositorios al volver el paciente a su domicilio con el objeto de enlazar la acción anestésica con la anelgésica.

Se efectúa la operación el viernes por la tarde, se aconseja reposo el sábado y el domingo, se efectúa la primera cura el lunes, el alta a los 6 u 8 días. A partir de este tiempo utilización de su calzado habitual.

SERRA-FARGAS, S. A.

BARCELONA-1 — Plaza Castilla, 3
Tel. 301 83 00

DENTALITE, S. A.

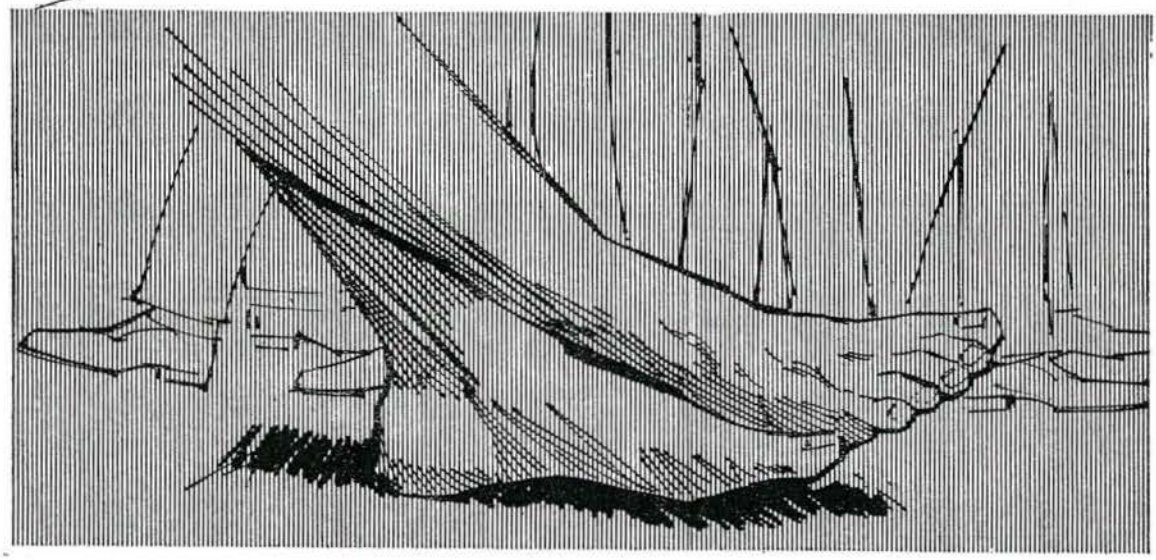
MADRID-8 — San Bernardo, 74
Tel. 232 02 88

«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.

¡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

MADAUS CERAFARM, S.A.

Pujol, 22 - Tel. 211 91 12 - Barcelona-6. Cristóbal Bordiu, 35 - Tel. 254 64 44 - Madrid-3. Perez Galdós, 95 - Tel.326 33 76 Valencia-8.

Hemangioma subungueal

por J. ALONSO
Podólogo
del Hospital Clínico de Barcelona

Creemos puede ser interesante reseñar aquí, de manera breve, un caso poco frecuente a nivel podológico, de un Hemangioma subungueal.

Un joven de 15 años, manifestaba la presencia de molestias vanales, en la uña del 1er. dedo del pie izquierdo con una ligera supuración. No recordaba ningún antecedente traumático, ni tampoco haber utilizado calzado inadecuado, que condicionase microtraumatismos a nivel de la zona lesionada.

En los antecedentes patológicos, el paciente destacó la intervención quirúrgica de hacía un año aproximadamente, de un angioma simple a nivel del Pectoral Mayor derecho.

En la exploración macroscópica, apreciamos despegamiento parcial a nivel central del cuerpo de la uña y la presencia de un exudado en su extensión libre.

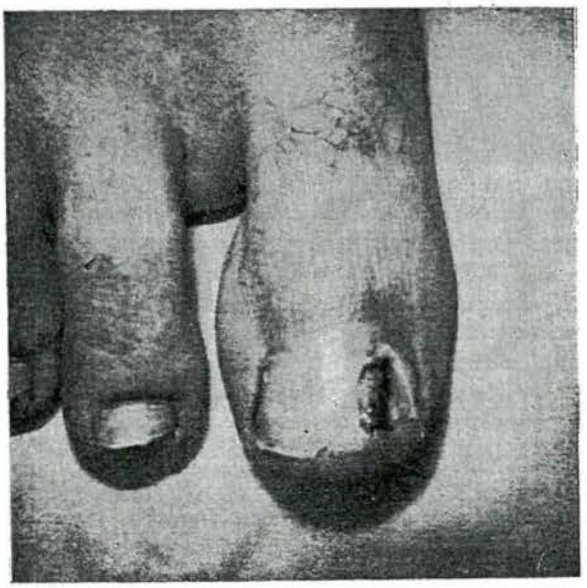
Una vez recortada la uña despegada, en forma de "V", vemos una pequeña tumuración blanda, pediculada, de 1/2 cm. de longitud, de color rojizo y anidada en el lecho subungueal.

A la presión directa el paciente alega un ligero dolor, al mismo tiempo que apreciamos la desaparición rojiza de la zona tubular, retornando a su color inicial a los pocos segundos del cese de la presión.

Aconsejamos tratamiento quirúrgico, mediante anestesia local troncular. Extirpamos la tumuración en la base de la misma y dimos unos toques en la herida con el electrocauterio.

A los 5 meses, el paciente asiste de nuevo a la consulta, con la misma lesión. Lo intervenimos nuevamente, pero en esta ocasión consideramos oportuno realizar diferentes disecciones, sobre tejido sano con objeto de visualizar la comunicación capilar hipertrofiada; técnica que no consideramos en la primera ocasión debido al tamaño del angioma y por la estrechez de su base.

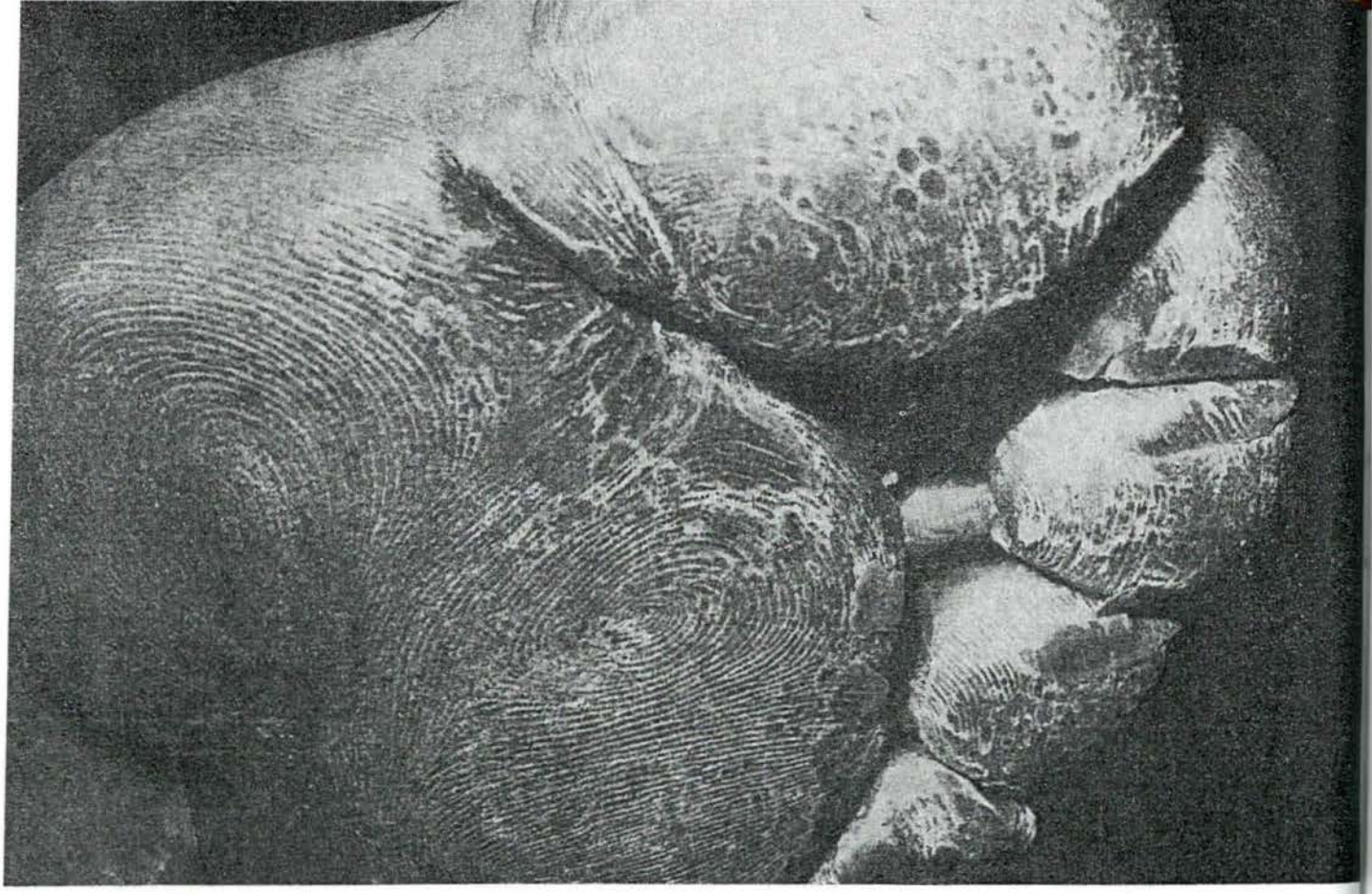
Primeramente en esta ocasión hicimos la onicoexéresis de la uña. La exéresis del angioma la realizamos longitudinal y amplia en forma de ojal, aproximadamente de 1/2 cm. de longitud sobre el lecho subungueal y donde anidaba en su parte central la tumuración pediculada. Suturamos los bordes de la herida con seda atraumática del n.º 000.



Con esta manera de proceder se obtuvo la curación del proceso.

El examen Histopatológico, demostró la presencia de hiperplasia de vasos sanguíneos (Angioma Telangiectasico).

Este caso, nos ha demostrado que los Hemangiomas pediculares, no es suficiente la simple extirpación en la base del mismo, aún siendo escasamente pequeños, si no que resulta aconsejable la extirpación en bloque del mismo.



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
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.

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

pharma consult sa

LABOR DE LAS DELEGACIONES

BARCELONA

Siguiendo la tónica de esta Delegación, y en cumplimiento del programa del curso académico actual, se han celebrado, además de los ya habituales seminarios quincenales, otros temas cuyo conocimiento es indispensable al Podólogo actual, quien debe conocer toda la problemática del cuerpo humano, así como sus reacciones adversas, para en un momento dado, tratar o canalizar al enfermo hacia el Especialista conveniente. Creemos asimismo que el ejercicio de la profesión aislado no conduce a nada, y que hemos de mantener relaciones con otros profesionales de la medicina, para tratar de llegar a una compenetración y unos conocimientos lo más amplios posible, en bien del propio enfermo y para satisfacción personal del mismo especialista. Así, en el mes de enero hemos recibido en nuestra sede al eminente Dermatólogo, Dr. Castell, quien nos ha dadó una amplísima y documentada exposición de las tumuraciones malignas, que el podólogo, en cualquier circunstancia debe conocer.

Posteriormente, el día 27 de enero, ha sido el gran amigo y compañero de siempre, Luis Aycart Vijuesca, quien nos expuso sus experiencias en la minicirugía, así como los horizontes que abre la técnica que él viene practicando con éxito desde hace tiempo.

Finalmente le ha correspondido al Dr. Roca de Viñals que de una forma sencilla pero sumamente positiva, hizo una magnífica exposición acerca de la micología en el pie, tema que consideramos de vital importancia, dado el número creciente de pacientes que acuden a consultas con problemas micóticos, fruto de la vida actual en la que se practica más generalizadamente el deporte, y como consecuencia el caminar descalzos en lugares que por su humedad y temperatura proporcionan al hongo su medio de cultivo ideal. A esto ayudan en gran manera las prendas de calzar y vestir sintéticas. Fueron todos escuchados con gran interés por un cada vez más elevado número de compañeros y al final de cada conferencia se entablaron los respectivos coloquios y preguntas a las que gustosamente accedieron dando las correspondientes aclaraciones al respecto.

Ya en otra línea, puramente de divulgación podológica y contactos, se están manteniendo relaciones con la URSS con el objeto de conocer a qué nivel está la podología en aquel país. Se darán a conocer los resultados de dichas gestiones a través de esta Revista.

Igualmente, en esta misma directriz, y con el objeto de infundir ya desde un principio una Podología profilástica, se ha constituido un grupo de compañeros documentados, que gustosamente acudirán a dar charlas-coloquios a cuantos centros lo soliciten, tales como Colegios, Asociaciones de vecinos, etc., etc.

Dado que tal vez algunos compañeros no sepan exactamente las horas de funcionamiento de esta Delegación, o por si pueden dar información al respecto, comunicamos que ha sido colocado un contestador automático, con lo cual pensamos poder efectuar un mejor servicio a todos.

Ya, en otro orden de cosas, comunicamos la asistencia de esta Delegación a Madrid, donde ha tenido lugar la Reunión de la Junta de Gobierno de la Agrupación, en fecha 14 y 15 de enero y de cuyo desarrollo se dieron en su día en la Sede de la Delegación las informaciones pertinentes.

NOTA. — Nos comunican los compañeros Tenés y Araulaza, pongamos en conocimiento de quienes no tengan el Diploma de asistencia al X Congreso Nacional de Podología, celebrado en San Sebastián, se pongan en contacto con el Secretario del mismo, Sr. Tenés, quien procederá a su envío.

S&N

SMITH NEPHEW IBERICA, S. A.

INFANTA CARLOTA, 61
Teléfono 250 79 25 - BARCELONA-15

SN-77001

Solicite por escrito La Edición Especial "TECNICAS GYPSONA"

Airstrip® Tensoplast	APOSITO PROTECTOR DE HERIDAS EN LOS PIES IMPERMEABLE-TRANSPIRABLE-AUTOADHESIVO ALMOHADILLADO- Medidas: 6 cm. x 9 cm.
Crepe S.N.®	VENDA ELASTICA SIN HILOS DE GOMA 100% algodón - Color crudo Medidas: 5 cms. x 4 m. /7 x 4 /10 x 4 / 10 x 10
Gypsona®	VENDA DE YESO UNICA, CON GASA DE TEXTURA ENTRELAZADA Medidas: 5 / 10 /15 y 20 cms. x 2,70 m.
Melolin®	APOSITO ABSORBENTE Y NO ADHERENTE A LAS HERIDAS - ESTERIL Medidas: 5 cm. x 5 cm. / 10 x 10 / 10 x 20.
NYLEX® Tubinylex	VENDA DE PAPEL CREPADO / VENDAJE TUBULAR EXTENSIBLE — PARA APLICAR ANTES DEL ENYESADO
Op-Site®	VENDAJE DE HERIDAS - Medida: 14 cm. x 10 cm. HERIDAS - CIRUGIA MENOR - QUEMADURAS AUTOADHESIVO-IMPERMEABLE- TRANSPIRABLE TRANSPARENTE - ELASTICO
Retelast®	MALLA ELASTICA IDEAL PARA SUJETAR APOSITOS EN LOS DEDOS Y PLANTA DEL PIE n.º 0 - 1.
Stuca®	VENDA DE YESO PARA MOLDES Medidas: 5 / 10 / 15 y 20 cms. x 3 m.
Tensocrepe®	VENDA ELASTICA, NO ADHESIVA - POROSA, Color carne Medidas: 5 / 7,5 y 10 cms. x 4,5 m.
Tensoplast® venda elástica	VENDA ELASTICA, ADHESIVA - POROSA, Medidas: 5/7,5 y 10 cms. x 2,70 m.
Tensoplast® tiras	TEJIDO ELASTICO ADHESIVO-PARA PROTECCION DE HERIDAS Y ROZADURAS Tira 1 mt. - Tira 5 mt.

VIZCAYA

El día 28 de enero pasado, se celebró en el colegio de A.T.S., de esta provincia, una asamblea de la Delegación de Podólogos con el siguiente orden del día:

1.º Lectura y aprobación del acta anterior si procede.
2.º Estudio del estado de cuentas.
3.º Cuotas que se pagan a la Agrupación.
4.º Información sobre "Medicus Mundi".
5.º Renovación de cargos.
6.º Ruegos y preguntas.

En cuanto al primer punto se leyó el acta anterior y quedó aprobada por unanimidad.

En cuanto al estado de cuentas el tesorero D. Miguel Díaz, hizo una detallada exposición del mismo aclarando algunos puntos que le preguntaron los presentes. Sobre el pago de las cuotas a la Agrupación y después de un gran debate e importantísimas aclaraciones hechas por el Delegado regional, que nos honró con su presencia, se llegó al acuerdo de esperar la próxima reunión de Delegados de la Agrupación.

En el cuarto punto el Sr. D. Juan Manuel Báez informó sobre "Medicus Mundi" y de los contactos que había tenido con los Sres. Vilató y Solé, los cuales se han comprometido a venir a Bilbao próximamente con el fin de hablar sobre esta gran obra que es "Medicus Mundi".

En cuanto a la renovación de cargos, fue elegido Delegado por unanimidad, el Sr. D. Pedro M.ª Galardi Echegaray, el cual cursó sus estudios de Podólogo en la escuela de Barcelona.

El nuevo delegado en los primeros días de febrero, ha enviado a todos los Podólogos de la provincia la siguiente carta-notificación:

Bilbao, febrero de 1978.

Estimado amigo y compañero:
En la Asamblea celebrada el pasado día 28 de enero en el Colegio Provincial de A.T.S., se efectuó el cambio de Gobierno de la Delegación de la Agrupación de Podólogos en esta provincia. Dicha Junta de Gobierno quedó constituida de la siguiente manera:

Delegado:	*D. Pedro M.ª Galardi*
Secretario:	*D. Javier de la Rica*
Tesorero:	*D. Miguel Díaz*
Vocal 1.º:	*D. José Ignacio Fernández de Valderrama*
Vocal 2.º:	*D. Juan Manuel Báez*
Vocal 3.º:	*D. José Luis Herrero*

Esta Junta de Gobierno, queda a tu entera disposición, tanto para iniciativas, ideas, etc., y también para recibir tu crítica constructiva.
Recibe un afectuoso saludo y aporta tu granito de arena a tu querida especialidad.

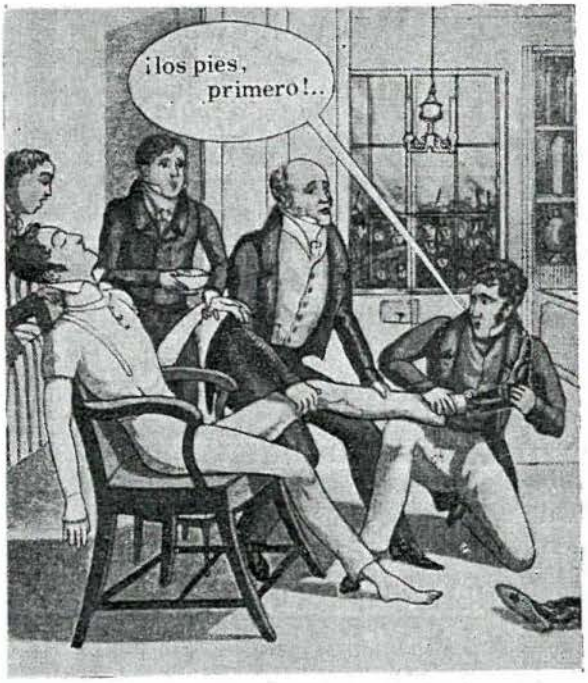
EL Delegado,
PEDRO M.ª GALARDI

Y desde Vizcaya saludos a todos los HERMANOS PODOLOGOS. - Aitz

NOTA DE TESORERIA NACIONAL

Comunicamos a cuantas Delegaciones Provinciales y/o Agrupados abonan sus cuotas a través de Transferencia Bancaria, que a partir de ahora deberán hacerlo por la Agencia N.º 38, General Sanjurjo, 78, Barcelona, cta. cte N.º 10.214, perteneciente igualmente al Banco de Bilbao, por haberse cambiado a esta Agencia Bancaria la cta. cte. de la Agrupación.

¡los pies, primero!...



El podólogo sabe que muchos estados patológicos del pie, se deben a diversos y complejos factores etiológicos primitivos que derivan al pie. Tal conocimiento (y ya en sentido humorístico), puede deslizarnos a un vehemente deseo de ayuda a un supuesto accidentado, diciendo a los circunstantes; ¡los pies, primero!... Hecho que pudo ocurrir en cierta época, tal como se representa en este grabado. (Nota enviada por nuestro compañero de Málaga, Fernando Muñoz Campos).

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

Historia de un par de zapatos

Por EMMA ABADIE, Madrid

Salí a la luz del mundo materialmente, molido a martillazos y pinchaduras. Para rematarme, y cuando ya creí terminado mi sufrimiento, sentí que me clavaban en la «espina dorsal» una enorme aguja; que me introducían por un agujero un grueso bramante y que me ponían a secar. Cuando llevaba así un rato, colgado por la cabeza, púseme a meditar, pues hasta entonces no me habían dejado hacerlo. «¿Quién será mi dueño?» —me preguntaba.

Frente a mí se hallaba colocado un enorme espejo y en él pude contemplarme a mi sabor; de este examen quedé completamente satisfecho. Me habían construido de «clase acomodada». Pensé que estaría muy presentable cuando acabase de secarme, pues tal como me encontraba parecía un pobre náufrago, «aunque se me vea la roza» —me repetía con orgullo.

Miré a otros pobres y pude darme cuenta de ser el más privilegiado de todos. Hasta entonces no se me ocurrió pensar que solo no podría caminar por el mundo, a no ser que estuviese destinado a un cojo. Esta idea me inquietó algo, pues siendo así iba a trancurrir azarosa mi existencia. Por un momento me entristecí, pero sólo fue un momento, ya que a las dos horas de encontrarme en aquella incómoda postura, vi acercárseme a un muchacho; tarareando una canción, colocó junto a mí a otro zapato, que era mi vivo retrato. ¡Tenía un hermano gemelo!

Cuando nos encontramos solos, le dije quedamente:

—Hola, hermano. ¿Te has dado cuenta de que soy yo el destinado a caminar contigo hasta el fin de nuestra existencia?

El pobre no estaba con ánimo para escucharme. Le habían cogido un pellizco en el cogote, según me dijo lastimeramente, y apenas podía balbucir palabra. No le debía parecer mal, porque me lanzó una sonrisa de agradecimiento que era como el preludio de una amistad fraternal y eterna...

Así los dos vimos trancurrir los días con monotonía aterradora. Cuando mi hermano se acostumbró a aquel pellizco, del que nadie vino a librarle, sosteníamos algunos coloquios, que aunque en general eran críticas, íbannos uniendo más y más...

—¿Te has fijado en el mal gusto de aquella pareja? Cuántos colorines...; y presume nada menos que de «artesanía» —le dije a mi hermano, señalando con un gesto a un par de zapatos que parecían el arco iris.

—Pobrecillos... —me respondía él—; lo mismo pensarán ellos de nosotros.

—¡Eh! Cuidado... Nosotros tenemos que agradar, por fuerza, a toda persona de buen gusto... Este ante a los costados...; este adorno de cocodrilo encima del esternón. Vamos, no confundas, que si tú no sabes apreciarte, yo ya conozco aproximadamente el valor de mi

César Puig

FABRICA DE CALZADOS INFANTILES TERAPEUTICOS

- Zapatos fisiológicos.
- Calzado profiláctico.
- Zapatos ortopédicos con simple modificación de elementos normales (tacón thomas para varo y valgo), tipo Lowet, etc.
- Hormas correctoras, 2 anchos.
- Horma invertida.
- Diferentes modelos para la colocación de férulas.

TODOS LOS FABRICADOS SON CON MATERIALES DE LEGITIMO CUERO VACUNO DEL PAIS.

Colón, 14
Tel. (977) 60 01 42
VALLS
TARRAGONA - ESPAÑA

persona —continuaba yo con un orgullo que no ha dejado jamás de acompañarme.

Callamos los dos un tanto pensativos. Deseos teníamos de librarnos de aquella terrible postura para darnos un abrazo; gran cariño nos habíamos tomado en tan poco tiempo.

Al fin creíamos llegado el día de nuestra liberación. Pero, ¡qué maneras usaron con nosotros!

Después de doscientos requisitos, nos sentimos presos entre toscas manos que nos introducían en una caja de cartón y allí nos abrazamos con ternura, lo que hizo que no nos esterásemos, dedicados a nuestra fraternal tarea, de que aquel aire era irrespirable. Nos defendimos como pudimos, pero nadie debió oír nuestras quejas; bien se habían puesto todos de acuerdo para abandonarnos a nuestra suerte.

* * *

En la estantería de aquella zapatería de lujo perdimos la noción del tiempo, pues por conversación que pude captar al hacer nuestro reconocimiento, supe que, tanto mi hermano como yo, íbamos a ser difíciles de «darnos largo».

Al fin, cierta vez sentimos que alguien subía por una escalera de mano y, después de tenernos un buen rato con la respiración contenida, que nos aprisionaban por el aire y que ante la perpleja mirada de un señor con todas las trazas de un nuevo rico, el dependiente nos acariciaba, mostrándole nuestra calidad.

—No, no; es muy caro —oíamos los dos, estupefactos.

Aquel advenedizo no era el «señor» soñado por nosotros y, sin embargo, el dependiente tuvo la osadía de decirle, sin ninguna consideración a nuestra estirpe:

—Se los probaré, señor...

Yo fui el infeliz a quien tocó en suerte la terrible prueba. Aquella sí que era irrespirable. Me habían construido con olfato demasiado sensible para poder soportar olor tan plebeyo... Como movido por un resorte, le apreté cuanto pude la dureza que encontré más propicia y exhaló un grito despampanante:

—¡Por favor, quítemelo, que me hace daño!

Cuando de nuevo me vi con mi hermano en la estantería, respiramos los dos, tranquilos.

* * *

Pasados unos cuantos días —no puedo precisar el número—, sentimos de nuevo que nos apresaban. Esta vez nos satisfizo el posible amo que teníamos ante nuestra vista. La distinción de su porte nos atrajo; cuando me sacaron de mi prisión para ser probado en el pie de aquel prócer, no hice ni el más ligero movimiento para no molestarle. Tan satisfecho quedó de mi comportamiento que me adoptó, junto con mi hermano, siendo conducidos los dos a una lujosa mansión.

Adivinamos al momento que no éramos los únicos ni los mejores zapatos que poseía nuestro amo porque, sin que nos echase ni una simple mirada, fuimos depositados en un gran armario, junto con otros compañeros, que aunque algo más viejos que nosotros, también tenían porte distinguido.

Al llegar la noche, nuestro amo nos calzó en sus pies, y poniéndose un traje impecable, salimos a la calle. ¡Qué suplicio cada vez que daba un paso! Nos quejábamos sin cesar, y tanto colmó ello los nervios de nuestro amo que, cuando volvimos a casa, después de habernos hecho bailar sin descanso, llamó a su ayuda de cámara y le dijo:

—Bautista, por amor de Dios, ¡quítame estos malditos zapatos, que traigo los nervios de punta!

Y allí nos dejó Bautista, boca arriba, con los riñones hechos polvo. ¡Tantas ilusiones como nos habíamos hecho y así iba a transcurrir nuestra existencia...

Nos limpiaron, nos asearon, y relucientes nos dejaron en nuestro sitio aburridos, pero tranquilos al menos, en espera de nueva salida.

La segunda vez que nos colocaron en los pies de nuestro amo, éste, no resistiendo nuestras quejas que le sacaban de quicio, decidió regalarnos a su ayuda de cámara.

* * *

Habíamos descendido de categoría. Bautista nos entregó a un hijo suyo, que nos trataba como si fuésemos pordioseros. Trabajábamos sin descanso día y noche. Tan gran esfuerzo

minó nuestras energías y comenzó a resentirse nuestra salud. No hubo más remedio que llevarnos a la «enfermería» y allí volvieron los suplicios. Por acuerdo entre el zapatero y el hijo de Bautista, nos dejaron en un estante hasta que surgiera alguien que nos quisiera comprar.

* * *

Como nos lo temíamos, nuestro nuevo amo era un pobre diablo, borracho y pendenciero. ¡Qué mala vida nos dio!... Yo sufría aún más que mi hermano, pues se me rebelaba mi orgullo de raza. Siempre nos llevaba a rastras, un día y otro día... Nunca nos figuramos que habríamos de penar de aquella forma.

Pasó el tiempo y ya no salíamos más que de noche, pues nuestra salud se hallaba extraordinariamente quebrantada. A mi hermano comenzó a caérsele la carne y no eran suficientes sus esfuerzos para tapar el pie izquierdo de aquel desgraciado borracho, hasta que un día fue abandonado en medio de la vía pública ante mi vista, sin yo poder hacer nada por él. Quedé solo, completamente solo, ya que mi hermano fue sustituido por una vulgar alpargata, con la que no me era posible tener ninguna relación, pues que era muy distinta nuestra categoría... Estaba convencido de que jamás haríamos buena liga.

Pronto comencé, como mi hermano, a ser impotente para tapar el pie de mi insensato amo.

Una noche presencié una escena que me llenó de espanto. En una de sus borracheras me sentía ir y venir hacia el cuerpo de su infeliz mujer, que lloraba en un rincón, acobardada. También yo lloré por haber sido cómplice inconsciente de aquella iniquidad. Después de tan desagradable escena, de la que quedé molido y maltrecho, sólo recuerdo que me hallé en un cubo de basura, mugriento y repugnante. ¡Yo, que había conocido el esplendor!...

* * *

Aunque presiento llegado mi próximo fin, me sobrepongo para decir que no me causa pena. Dentro de unas horas seré quemado entre un montón de inmundicias, triste y olvidado. Sin embargo, lo que parece que debiera ser motivo de tristeza, lo es de regocijo interno, pues estoy cansado de esta vida azarosa y arrastrada, tan falta de afectos, por causa de mi desmedido orgullo, que no dejo de reconocer, pero cuando ya mi fin es inevitable...

REF. 92: SUELA DE GOMA ● PISO DE MADERA CON PLANTILLA ACOLCHADA

Tovinié

ESTE CALZADO PERMITE LA DEAMBULACIÓN EN TODOS AQUELLOS PROCESOS PATOLÓGICOS DEL PIÉ. QUE SEA IMPOSIBLE USAR UN CALZADO STANDAR.

ALPARGATAS "SAN POL"

FABRICADO POR TOMAS VIDAL - SANT POL DE MAR (BARCELONA)

TELEF. 760 05 64

MAFRE
Instruments

ORTOPEDIA-MATERIAL CLINICO

FRESCO

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

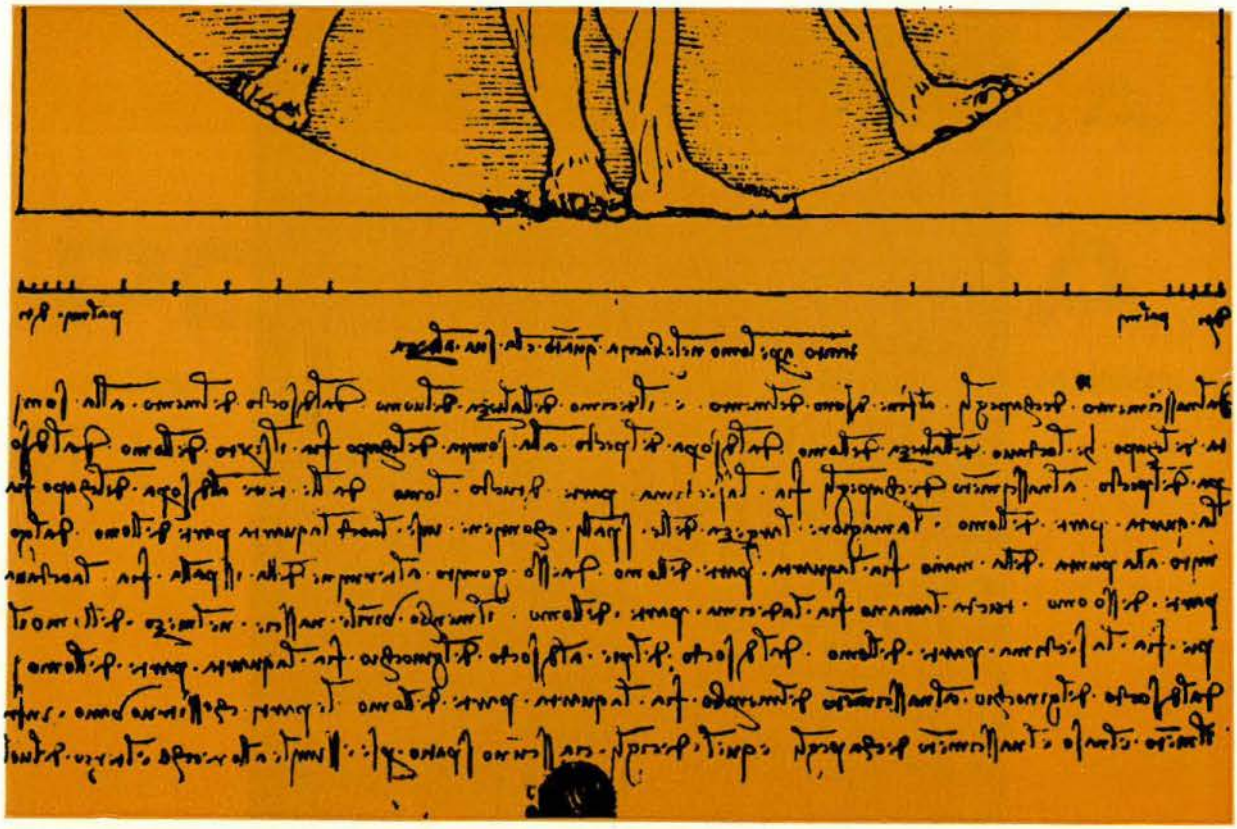
VIOLETA DE GENCIANA
ACIDO NITRICO
PERCLORURO FERRICO

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
PLANCHAS DE PLEXIDUR «O»
PLANCHAS DE PLEXIDUR «T»

Motores con eje flexible
LECHE DE LATEX
SERRIN PARA PODIASIN
MASCARILLAS
EQUIPO PODOLOGIA - Metálicos y de madera forrada
FRESAS DIAMANTADAS

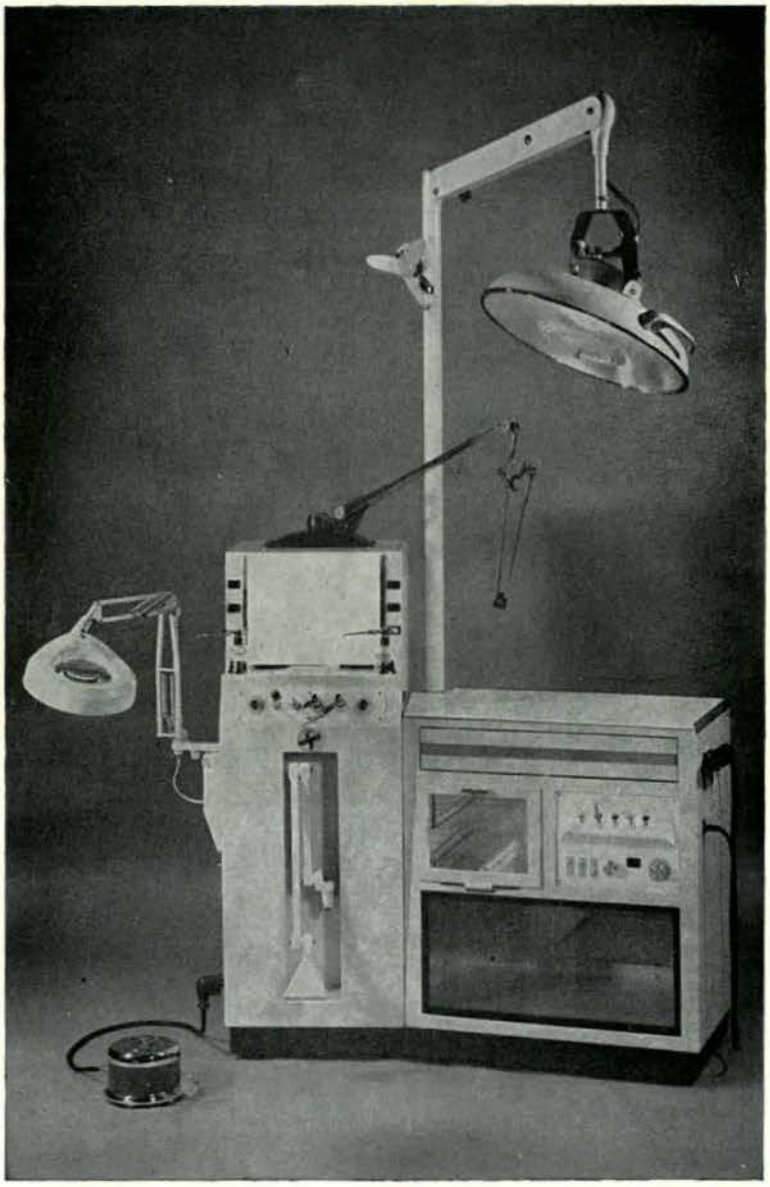
... y todo lo que Ud. desee puede encontrarlo con solo hacer la consulta



REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

A. P. E. Marzo - Abril

n.° 62 1978



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.°, 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.°, 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

3 Junta de Gobierno

5 Editorial

9 Técnica del Fenol en las onicopatías

13 Artropatía hemofílica del pie y tobillo

21 Cuestionario de la evaluación muscular del pie

23 Los ejercicios fisioterapéuticos en la reeducación funcional del pie

25 X Congreso Nacional de Podología

35 Labor de las Delegaciones

39 Madrid, Abril 1978

40 El Decálogo de la muerte de una Asociación

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 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

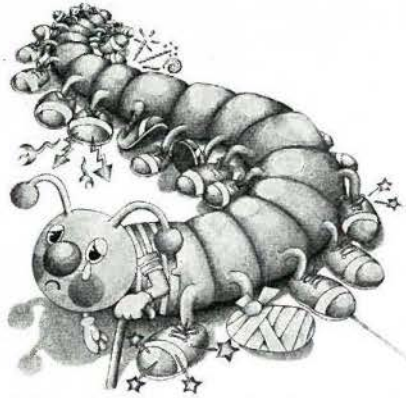
Presidente Nacional	D. LEONARDO ESCACHS CLARIANA	Barcelona
Vice-Presidente 1.°	D. ZACARIAS GARCIA ANDRES	Madrid
Vice-Presidente 2.°	D. ISAIAS DEL MORAL CEJALVO	Valencia
Secretario General	D. JOSE A. CALVO GARCIA	Zaragoza
Vice-Secretario	D. FRANCISCO FARRERAS MORCILLO	Barcelona
Tesorero	D. MANUEL GAVIN BARCELO	Barcelona
Contador	D. LUIS AYCART VIJUESCA	Madrid
Vocal	D. JOSE OLCINA MORALES	Alicante
Vocal	D. JUAN VIDAN TORRES	Santiago de Compostela
Vocal	D. LUIS INCHAURRONDO	Irún
Vocal	D. JOSE M.ª BAEZ BASAURI	Bilbao
Vocal	D. FCO. MORAN VENTURA	Las Palmas G. Canaria

DELEGADO DE ZONA

D. Juan Vidán Torres. Preguntoiro, 10. SANTIAGO DE COMPOSTELA.
D. Isaías del Moral Roberto. 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.°. MALAGA.
D. Juan José Araolaza. Fermín Calbetón, 4. EIBAR.
D. José Sánchez Luna. Avda. Cataluña, 24. ZARAGOZA.
D. Evaristo Rodríguez Valverde. Córcega, 505. BARCELONA.

DELEGADOS PROVINCIALES

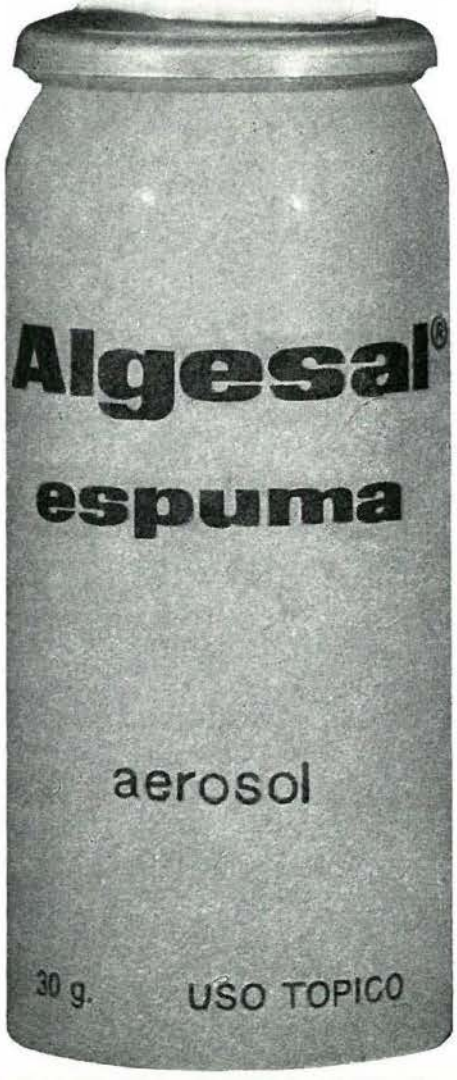
ALAVA: **D. Julio Crespo.**
ALBACETE: **D. Luis Juan Navarro.**
ALICANTE: **D. José Ochoa Morales.**
ALMERIA: **D. Esteban de Haro.**
ASTURIAS: **D. José Luis Alonso Alvarez.**
BADAJOZ: **D. José Villafaina de la Cruz.**
BARCELONA: **D. Evaristo Rodríguez Valverde.**
BILBAO: **D. Pedro M.ª Galardí.**
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.**
HUESCA: **Delegado de Zaragoza.**
JAEN: **Víctor Nieto Molina.**
LA CORUÑA: **D. Francisco de la Cruz.**
LAS PALMAS: **D. Francisco Morán Ventura.**
LEON: **D. Luis Pascua San Miguel.**
LERIDA: **D. Alfredo Puchol.**
LOGROÑO: **D. Vicente Alvarez.**
LUGO: Sin Delegado Provincial.
MALAGA: **D. José Godoy.**
MADRID: **D. Mariano Rodríguez Esteban.**
MELILLA: **D. Fernando Bosch Palós.**
MURCIA: Sin Delegado Provincial.
ORENSE: **D. Elisardo Bralo Rego.**
PALENCIA: **D. Damián Porro Villarroel.**
PALMA DE MALLORCA: **D. Juan B. Brines.**
PAMPLONA: **D. Javier Gallo.**
SALAMANCA: **D. Antonio Basas Encinas.**
SANTANDER: Su Delegado Provincial.
SAN SEBASTIAN: **Sebastián Tenés Iturriza.**
STA. CRUZ DE TENERIFE: **D. Armenio Méndez.**
SEGOVIA: **D. Francisco García Rodríguez.**
SEVILLA: **José Cañero Ramos.**
SORIA: Sin Delegado Provincial.
VALENCIA: **D. Angel Sanchiz Cortina.**
VALLADOLID: **D. Alfonso Domínguez Milán.**
ZAMORA: **D. Juan J. Miguel Barrios.**
ZARAGOZA: **D. José A. Calvo García.**



cuando aprieta el dolor...

Algesal®
espuma

espuma antirreumática, analgésica, antiinflamatoria



COMPOSICION: Laurilsulfato de nopoxamina, 10 mg.; Salicilato de dietilamina, 100 mg.; Excipiente c.s.p. 1 gr. de emulsión.

INDICACIONES: Terapia percutánea del dolor local, dolores reumáticos, articulares y musculares, torceduras, tortícolis, lumbago y otros de parecida naturaleza.

POSOLOGIA Y MODO DE EMPLEO: Aplíquese varias veces al día una cantidad suficiente de espuma según la extensión de la zona dolorosa, practicando una suave fricción hasta su completa absorción.

EFECTOS SECUNDARIOS: Hasta el momento no se han observado.

CONTRAINDICACIONES: No se aplicará sobre heridas abiertas ni mucosas.

PRESENTACION Y P.V.P.: Envase con 30 gr. de emulsión, 257,90 Ptas.

KALI-CHEMIE ARZNEIMITTEL

KALIFARMA, S.A.

Apartado 12.068 - BARCELONA - Tel. 239 29 07
Madrid, Tel. 276 92 76 - Sevilla, Tel. 21 39 22
Valencia, Tel. 334 63 06 - Bilbao, Tel. 441 66 54

EDITORIAL

Tal como se esperaba, gran número de compañeros hemos acudido a la llamada de la Agrupación para celebrar en Madrid los días 8 y 9 de abril la Asamblea Nacional en la que se debatirían temas de importancia capital para el futuro de la profesión, tales como la propuesta de cambio de nombre de AGRUPACION por ASOCIACION, así como los nuevos Estatutos, y también el cambio de estudios.

En esta Asamblea estuvieron presentes, como un solo hombre, tres nutridas generaciones de Podólogos (puesto que también acudió gran número de alumnos), que fueron los protagonistas del desarrollo de la misma, dialogando, estudiando y proponiendo en una atmósfera cordial los distintos puntos del orden del día. Estuvo también presente el compañero de Madrid Enrique González, quien ha sido una de las piezas que ha cooperado ampliamente en el trabajo con la Agrupación, trabajo arduo cual ha sido la puesta en marcha de los proyectos a debate hasta llegar a la circunstancia y objeto de la Asamblea.

Asimismo hemos tenido la enorme satisfacción de todos juntos celebrar un momento importante e la vida del Podólogo: el 16 Aniversario de la consecución del Real Decreto que reglamenta y regula nuestra profesión. Han sido 16 años los transcurridos desde entonces; 16 años, para muchos los mejores de su vida, en los que no nos hemos dormido jamás, y hemos seguido con paso firme y decidido la amplia tarea de crear una Podología cada día más científica, afianzándonos en unos fundamentos sólidos sobre los que ahora construiremos ese nuevo edificio en el que todos tengamos cabida cómoda y confortable. Ha sido necesario esperar este período, porque durante el mismo hemos conseguido la mayor victoria profesional: elevar la Podología hasta el punto de hacerla imprescindible a la sociedad, de cuya consecuencia tenemos ahora la enorme responsabilidad de no defraudar a ese paciente con problemas en sus pies.

La historia se repite: somos los pioneros de la Podología. Cuando el podólogo, en los primeros años de su historia, entonces callista, era víctima de injurios, nadie se acordó de él, pero cuando ha sabido emanciparse por sus propios medios, haciendo una profesión digna y honesta, le salen "admiradores" por todos sitios. Hasta ahora teníamos los médicos, los zapateros, los ortopédicos... que vendían plantillas, y a ellos se les han unido los farmacéuticos, pues nos consta, porque muchos de nosotros hemos sido ya visitados en farmacias, de lo cual tenemos los correspondientes comprobantes y testigos, que se está visitando, diagnosticando, y aplicando tratamiento en dichos establecimientos. Ese no es el camino. No podemos permitir que invadan nuestro campo de esa

forma, pues si eso continúa y no se prohibe rotundamente, tendremos que ponernos nosotros en nuestras consultas un stock de medicamentos y venderlos a nuestros pacientes, lo cual no sería muy agradable para el farmacéutico, que enseguida movería los resortes necesarios para que se castigase por la ley. Se está cometiendo un fraude social, puesto que el paciente, muchas veces debido a una mala información, desgraciadamente con frecuencia intencionada, acude a esas tiendas creyendo que le van a solucionar el problema, siendo visitado y diagnosticado muchas veces por el mancebo, quien aplica tratamiento standard, eso sí, en una consulta montada incluso hasta con bancos de marcha, podoprint, etc.

Nuestra Agrupación está luchando contra este intrusismo descarado con todos los triunfos, y esperamos este problema sea prontamente solucionado. En España, sólo hay dos profesionales de la medicina legalmente autorizados para visitar y diagnosticar: el médico y el Podólogo, cada uno en su campo. El podólogo, en el desarrollo de su profesión, NO TIENE SUPERIORES, puesto que nadie más puede asumir ese nombre, y como consecuencia, NADIE puede meterse en nuestro camino, puesto que tenemos una función CLARA, ESPECIFICA Y DELIMITADA QUE NO INTERFIERE CON NINGUN OTRO PROFESIONAL. Esa función nos la otorga nuestro Decreto regulador cuando de forma clara dice: "...el campo profesional del Podólogo abarca el diagnóstico y tratamiento de las afecciones y deformidades de los pies, pudiendo recibir al paciente directamente..."

Posteriormente se ratifica cuando en la última reestructuración de las Especialidades médicas, NO APARECE PARA NADA LA PODOLOGIA, lo cual demuestra claramente que esta Especialidad, por sus "características especiales" es un campo APARTE Y DEFINIDO, y como tal PERFECTAMENTE REGLAMENTADO.

Todos sabemos porque ocurren ahora en el país esas anomalías, son fruto de la época actual, y es cuestión de dar bálsamo al que más chilla.

Sólo pedimos, y así se ha manifestado a las autoridades competentes, que se haga justicia, porque este no es el camino de convivencia en una sociedad, donde cada cual debe estar sujeto a unas normas, con funciones claras y específicas, pues de no ser así, tal como en una ocasión dijo nuestro presidente ante las cámaras de TV., el médico se convertirá en zapatero, el farmacéutico y el ortopédico en médicos, y nosotros, en médicos y farmacéuticos y zapateros, de lo cual sólo habrá un perjudicado: el enfermo.

Se han barajado cifras astronómicas que paga la Seguridad Social en concepto de plantillas, y yo me pregunto, quién ha hecho esas plantillas, dónde ha ido a parar ese dinero? Cada día acuden a nuestras consultas pacientes con prótesis standard, que nos vemos obligados a cambiar, prótesis standard porque han acudido inocentemente a ciertas tiendas donde han sido obligados *por facultativos de la Seguridad Social. Muchos de nosotros, por no entrar en el mundo deshonesto de las "dicos", somos objeto de boicot en gran número de ambulatorios... ¿Cuál es la consecuencia? Fácil, muy fácil, pues que otro camino queda al podólogo que vive de su profesión y ve como en la tienda de la esquina, en la farmacia de enfrente y en la ortopedia que hay junto al ambulatorio, y en la peluquería de al lado, se está cometiendo intrusismo, y además, por si no fuera bastante, algunos traumatólogos (tenemos los correspondientes comprobantes, testigos y actas notariales) recomiendan a los pacientes del se-*

guro que no vayan a ese podólogo, qué otro camino, repito, le queda, si quiere que su familia coma cada día, que no sea cometer también él el intrusismo.

Por todo eso se ha celebrado la Asamblea, por eso gran número de compañeros conscientes ha acudido, y acudirán siempre que haga falta, porque se trata no sólo del pan, sino del prestigio, y eso, compañero, tú sabes que cuesta mucho de conseguir. Por eso no hubieron notas discordantes en la Asamblea, que en todo momento estuvo plenamente identificada con las directrices tomadas por la Agrupación. En los momentos difíciles, todos nos agrupamos y formamos un núcleo muy fuerte, dispuestos a que nos oigan donde sea necesario.

Espero que nos demos cuenta todos de la importancia de los acontecimientos. Estamos tratando de barrer una sociedad de todas sus cosas malas. Para ello, antes hemos barrido nuestra casa. NOSOTROS NO DEBEMOS NI VENDEREMOS ZAPATOS en nuestras consultas, NOSOTROS no vendemos medicamentos, NOSOTROS remitimos al paciente a su especialista correspondiente cuando es necesario. Eso nos da mucha fuerza, y desde luego, lo siento, pero si alguno de nosotros hace algo de eso es sencillamente porque ha tenido que decidir entre hacerlo o no comer.

Acudamos pues siempre a la llamada de nuestra Agrupación, porque de sus gestiones todos vamos a salir beneficiados. Hemos contraído dos compromisos con los que tenemos que cumplir por encima de todo: uno el ser útiles a la sociedad con nuestro trabajo, y el otro, no defraudar a esa pléyade de jóvenes estudiantes de nuestras escuelas que se han volcado plenamente en la labor de la Agrupación, poniendo su fe, su juventud y su entusiasmo en nuestras manos, y cuya labor es muy beneficiosa para todos. Son dos razones de peso.

MARTIN RUEDA

REF. 92: SUELA DE GOMA ● PISO DE MADERA CON PLANTILLA ACOLCHADA

Tovinié

ESTE CALZADO PERMITE LA DEAMBULACIÓN EN TODOS AQUELLOS PROCESOS PATOLÓGICOS DEL PIÉ, QUE SEA IMPOSIBLE USAR UN CALZADO STANDAR.

FABRICADO POR TOMAS VIDAL - SANT POL DE MAR (BARCELONA)

TELEF. 760 05 64

CALZADO FISIOLOGICO INFANTIL CLASICO

UN ESTILO QUE PERMANECE

Todo el calzado Taberner, se confecciona con inmejorables materias nobles.

40 fases del proceso de fabricación artesanal, garantizan su calidad.

CARACTERISTICAS ANATOMICAS:

HORMAS PARA INCORPORAR PLANTILLAS:

- **base planta con ancho normal.**
- **base planta mas ancha.**
- **recta.**

NORMALIZADAS:

- **recta con capacidad normal.**
- **normal para pies sanos.**

Contrafuerte resistente que asegura la adecuada sujeción pie-calzado.

Enfranque resistente.

Oscar 1975 y 1976 al mejor diseño de zapatos, anatómico infantil, patrocinado por la Comisión Española pro Suela de Cuero.

Taberner®

GREGORIO TABERNER, S.L.
Weyler, 53
Tel. - (971) 66.01.56
LLUCMAJOR (Mallorca).

Técnica del fenol en las onicopatías

Por J. ALONSO GUILLAMON
Profesor de la Escuela de Podólogos de Barcelona

Se trata de una técnica quimioquirúrgica, empleada en aquellos procesos ungueales supurativos o no, que plantean problemas de incrustación en los canales laterales; consiguiéndose con dicho procedimiento la erradicación permanente de los elementos productivos ungueales, en donde se aplica el cáustico.

La técnica fue descrita por BOLL, pero fue mejorada por NYMAN, SUPPAN RITCHLIN, KLEIMAN, GREEN y J. YALE. Todos ellos han considerado este procedimiento terapéutico de gran valor y así lo han demostrado en sus estadísticas.

En la Escuela de Podólogos de Barcelona, llevamos unos 3 años aproximadamente, empleando esta técnica. Hemos podido comprobar el resultado de 100 casos, transcurridos 7 meses de la operación, e igual que nuestros compañeros americanos, podemos constatar su gran eficacia. Se han conseguido 99 casos de curación y un solo caso recidivante, que corresponde a uno de los primeros efectuados y al que atribuimos su fracaso, a una mala concentración del Fenol.

CARACTERISTICAS DEL FENOL: El Fenol es un compuesto cristalino incoloro ($C_6 H_5 OH$) obtenido por la destilación de la brea de hulla. Es un antiséptico poderoso, desinfectante, germicida y muy tóxico. En estado puro es cáustico y anestésico local. PARA NUESTRO USO ES NECESARIO QUE ESTE EN ESTADO LIQUIDO, ADQUIRIENDO ESTE UN OLOR PECULIAR.

MATERIALES EMPLEADOS: Deberemos tener preparados los siguientes materiales (fig. 1):

a) FENOL al 88%
b) ALCOHOL.
c) ANESTESICO LOCAL al 1%
d) JERINGA Y AGUJA
e) TORUNDAS DE ALGODON.
f) GASAS ESTERILES.
g) ESPARADRAPO.
h) GASA TUBULAR.
i) POMADAS ENZIMATICAS CON ANTIBIOTICO.
j) CINTA HEMOSTATICA.

INSTRUMENTAL NECESARIO:

A) PINZAS DE PAÑO.
B) PINZA DE KOCHER SIN DIENTES.
C) CIZALLA RECTA.
D) CUCHARILLA DE VOLKMANN.
E) GUBIA.
F) PINZA MOSQUITO.

CONSIDERACIONES PREOPERATORIAS: Es aconsejable limitar el proceso infeccioso, si lo hubiera. Para ello, deberemos eliminar primeramente el fragmento de uña incrustada, y luego tratamientos tópicos durante unos días.

FIGURA 1. — Materiales empleados.

También es conveniente realizar análisis de orina o sangre.

En los casos dudosos por posible existencia de exóstosis subungueal, deberá realizarse previamente una radiografía del dedo.

TECNICA QUIRURGICA: Antes de describir la técnica, hemos de recordar que previamente habremos tenido en cuenta los siguientes puntos:

1.° LA DESINFECCION DEL CAMPO OPERATORIO.
2.° LA ESTERILIZACION PREVIA DEL INSTRUMENTAL.
3.° LA DESINFECCION DE LAS MANOS DEL OPERADOR.
4.° LA ANESTESIA LOCAL. Esta será troncular, en la base del dedo. Si el proceso es unilateral, tan sólo se anestesiará el colateral del lado afecto.
5.° LA HEMOSTASIA PREVENTIVA. La utilización en este caso de la cinta hemostática, es para evitar que al sangrar la herida arrastre el caustico sobre los tejidos vecinales, (fig. 2).

Todo preparado, iniciamos el tratamiento, que consiste:

A. Aplicamos la gubia en el ángulo de Renaut, introduciéndola paralelamente al canal afecto, hasta la matriz, con objeto de despegar la uña.

B. Cortamos con la cizalla, un octavo de uña, de su borde lateral.

C. Con una pinza de kocher, sujetamos el fragmento cortado, haciendo pequeñas tracciones en dirección opuesta al cuerpo de la uña, para despegar la espícula incrustada. Podemos realizar también esta operación con la gubia introduciéndola hasta la matriz y realizando

FIGURA 2. — Onicocriptosis y uña hipertrófica con hemostasia preventiva y campo estéril adhesivo.

FIGURA 3. — Extirpado el fragmento de uña.

movimientos de abajo-arriba, para desinsertarla. (fig. 3).

D. Se practicará un legrado con la cucharilla, en la superficie del canal, lecho subungueal y matriz correspondiente. Intensificando este legrado si existiera tejido de granulación.

E. Con una torunda de algodón empapada de Fenol (vigilando que no esté saturada, pues al escurrirse podría caer sobre tejidos vecinales y dañarlos) la aplicamos en la zona o elementos que deseamos cauterizar, con una cierta presión, remarcándola en la matriz. El tiempo de permanencia sobre dicha zona deberá ser de dos minutos. (fig. 4).

F. Sacamos la torunda y apreciamos un color blanquecino, en los tejidos cauterizados. Seguidamente aplicamos alcohol sobre la superficie cruenta.

G. Secamos con una gasa la zona y repetimos la operación del Fenol. El tiempo de permanencia será de un minuto a un minuto y me-

FIGURA 4. — Aplicación del Fenol.

dio, para seguir con el rociamiento del alcohol y secado.

H. Aplicamos una pomada enzimática y antibiótica como por ejemplo el Iruxol, Parkelase, etc.

I. Deberemos colocar un pequeño drenaje en la matriz, para evitar el posible abceso, para ello nos serviremos de una gasa.

J. Por último aplicaremos el apósito con gasas estériles, gasa tubular de malla elástica y sujetado con esparadrapo.

CONSEJOS POSOPERATORIOS:

1.° Aconsejamos la toma de un calmante elemental, en caso de tener molestias. Prácticamente, dado los efectos neurotróficos del Fenol, el posoperatorio es indoloro.

2.° No se administran antibióticos.

3.° Deberá utilizar el paciente un calzado adecuado, durante 7 días aproximadamente, pero podrá reanudar su actividad normal al mismo día.

4.° Concretar el día de la primera cura. Deberá realizarse al segundo o tercer día después de la intervención.

CURAS POSOPERATORIAS:

En la primera cura, eliminaremos el drenaje. Este, estará ligeramente mojado debido a la serosidad de la quemadura cáustica. La herida presentará un aspecto sonrosado, mientras que los tejidos circundantes estarán blanquecinos. (fig. 5). Aplicaremos la misma pomada preoperatoria y confeccionaremos de nuevo, un vendaje en el dedo.

Aconsejaremos al paciente realice curas en su domicilio, a partir de esta primera, que consistirán en pedilubios de agua salada y aplicación de la misma pomada, después del secado, dos veces al día.

Este tipo de cura deberá realizarla durante 2 semanas. Pero deberemos controlar en nuestra consulta, la evolución del proceso, cada 7 días.

Hasta su total curación, que suele durar un promedio de 45 días, deberá el paciente continuar aplicándose la pomada hasta el final de la cicatrización. fig. 6).

DEDUCCIONES OBTENIDAS DE ESTOS 100 CASOS:

1.ª PUEDE REANUDARSE LA ACTIVIDAD NORMAL EL MISMO DIA. Recordamos el caso de una joven, que a las seis horas de haberle realizado la operación, se fue a bailar, sin presentarle grandes molestias.

FIGURA 5. — 1.ª cura a los 3 días.
FIGURA 6. — Proceso curado a los 45 días.

2.ª EL PROMEDIO DE CURACION SUELE SER DE 45 DIAS. Los casos que han cicatrizado más rápidamente han sido en 33 días y el más largo 76 días.

3.ª RESULTA MUY EFICAZ EN LOS CASOS INFECCIOSOS MIXTOS, dada las propiedades fungistáticas del cáustico.

4.ª NO ES NECESARIA LA ADMINISTRACION DE ANTIBIOTICOS. Ya que no hemos tenido ningún caso con infección o abcesos posoperatorios, por lo que no ha sido necesario la utilización de antibióticos, por vía general.

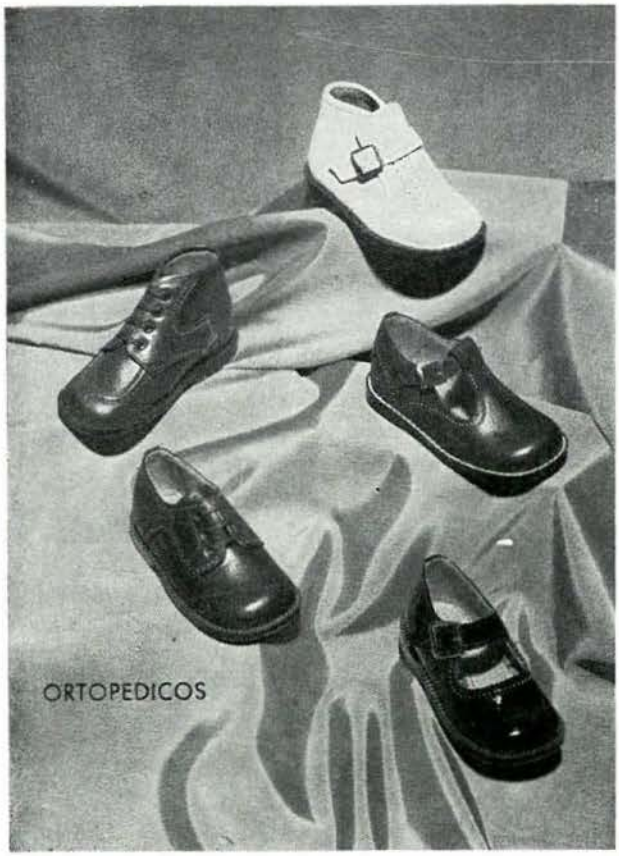
5.ª NO ES ACONSEJABLE ESTA TECNICA EN LOS CASOS DE UNA HIPERTROFIA DEL LABIO O RODETE UNGUEAL. Ya que el proceso en sí puede curarse con toda normalidad, persistiría la hipertrofia, y por consiguiente el dedo no quedaría estético.

6.ª En ocasiones nos presenta, en los primeros meses, una cicatrización hiperqueratósica, que eliminamos con el bisturí.

7.ª Es frecuente la presencia de Surcos de Beau, posoperatorios, motivados por el traumatismo químico.

8.ª Se ha comprobado, que resulta mayor quemadura química, en las personas pelirrojas.

9.ª Han existido unos casos, que en las primeras curas, han presentado hinchazón o inflamación del dedo y en general han sido pacientes que han sobrepasado el promedio de días de cicatrización. En dichos pacientes se han efectuado comprobaciones radiológicas y en ningún caso han manifestado alteraciones periósticas, ni subperiósticas.



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
VILLENA (ALICANTE)

Artropatía hemofílica del pie y tobillo

Por Luis PASCUA SAN MIGUEL
Podólogo. LEON

En la hemofilia el principal problema funcional es la conocida artropatía progresiva crónica patognomónica de esta enfermedad. Existe una relación directa entre artropatía hemofílica y los episodios hemorrágicos reiterados, que ocurren con preferencia en las articulaciones grandes, con progresiva sinostosis y destrucción de las articulaciones a lo largo de meses y años. Se conoce en general en que la mayoría de las internacionales hospitalarias en hemofílicos se deben a episodios de hemartrosis, y en que la articulación de la rodilla se afecta más que cualquier otra articulación. Estudios recientes han revelado que en conjunto el tobillo y el pie serían la región del cuerpo que más participan en los problemas de anormalidad musculoesquelética de la extremidad inferior.

En la hemofilia del pie y tobillo entrarían en tres grupos generales: EQUINUS, VARUS Y CAVUS asociados con hiperextensión de las articulaciones metatarsofalángicas y contracturas flexoras interfalángicas además de la prominencia de las cabezas de los metatarsianos.

CAUSAS DE LA ENFERMEDAD HEMOFILICA EN EL PIE

EQUINUS. — HEMORRAGIA EN EL TRICEPS SURAL.
HEMORRAGIA INTRAARTICULAR.
TOBILLO.
ARTICULACION SUBASTRAGALINA.
VARUS.
HEMORRAGIA INTRAARTICULAR.
MUSCULO TIBIAL POSTERIOR.
FLEXORES DE LOS DEDOS.
HEMORRAGIA SUBASTRAGALINA.
CAVUS.
HEMORRAGIA EN EL PIE MEDIO.
APONEUROSIS SUBPLANTAR.
INTRAMUSCULAR.
CUADRADO PLANTAR.
FLEXOR CORTO DE LOS DEDOS.

En la mayoría de los problemas de equino o plantiflexión fija del tobillo se deben a episodios reiterados de hemorragia intraarticular fija del tobillo y también a episodios reiterados de hemorragia intraarticular en la articulación tibioastragalina o en la articulación subastragalina (astrágalo calcáneo). En estos episodios producen distensión articular y espasmo muscular reflejo en la gran musculatura de la pantorrilla. El sangrado en el espesor del triceps sural también produce deformidad en equino. Puede ocurrir deformidad fija en Varus (adducción del pie anterior con inversión de la articulación subastragalina) por espasmo muscular segundario a la hemorragia subastragalina o la hemorragia intramuscular en los vientres del tibial posterior o de los flexores de los dedos. La deformidad Cavus puede originarse en el sangrado intraarticular en la porción media del pie o con mayor frecuencia, en una hemorragia intraarticular en el área de la aponeurosis subplantar o dentro del cuadrado plantar o flexores cortos de los dedos.

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.
224,— 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

Presentación
Frasco de 30 ml.

Efectos secundarios
No se conocen

P.V.P.
118,— ptas.

INFAR NATTERMANN

Apartado 400 - Zaragoza Infanta Carlota, 84-88 Barcelona-15

El tratamiento de la hemorragia intraarticular o intramuscular aguda depende más que nada de la corrección del defecto hemostático mediante infusiones intravenosas de fracciones de plasma. En la hemofilia, puede usarse el crioprecipitado en una fracción de plasma fresco que se obtiene congelando el plasma y cosechando después el precipitado que se forma al deshelar, Este precipitado es rico en fibrinógeno y el factor VIII. El crioprecipitado es inferior en concentración porque se requieren volúmenes grandes para obtener un nivel dado del factor VIII que contiene cada unidad. El factor VIII puede variar de 25 a 200 unidades.

El principal inconveniente del concentrado es la gran incidencia de hepatitis cuando se utiliza por primera vez en pacientes que no se habían expuesto antes grandes cantidades de transfusión de producto de plasma. Sin embargo la hepatitis no ha sido un problema de importancia en el hemofílico severo que está expuesto con frecuencia a productos de plasma.

HONIG comprobó que la infusión temprana y adecuada del factor VIII controla la mayoría de los episodios hemorrágicos. Alí y Colb., hallaron a los pacientes tratados temprano reanudan sus actividades normales mucho antes que los no tratados.

Aunque la infusión inmediata de estos productos ante la primera manifestación de presunta hemorragia reviste primordial importancia, también se adaptan medidas coadyuvantes como inmovilizar la articulación afectada. El paciente tiene que tener a mano en su casa un juego de yeso bivalvos o férulas de yesos o plástico en posiciones funcionales, para colocárselas apenas se produce un episodio hemorrágico intramuscular o intraarticular, a efectos de evitar el espasmo reflejo y la consiguiente deformidad. La inmovilización inmediata debe de hacerse en una posición funcional, con el tobillo lo más cerca posible del punto neutro para evitar una incapacidad parcial prolongada. Más adelante, después de cohibirse la hemorragia, el tratamiento consiste en sustentación parcial, ejercicios de fortalecimiento muscular y gradual retorno a las actividades completas.

BIGGS y McFarlane lo mismo que otros autores, abogaron por la aspiración de los grandes derrames al amparo de la terapia con el factor VIII, por haber observado que de esta manera el período de incapacidad se abrevia. Entre las ventajas de este proceder figuran atenuación del dolor porque se reduce la distensión de la cápsula articular y daño mínimo en las superficies articulares de la tibia y del astrágalo al eliminarse el estímulo que inflama a la sinovia. Las hemorragias intramusculares y partes blandas, en cambio, no se prestan a la aspiración.

La articulación subastragalina suele ser difícil de aspirar, peso si se retiran unos pocos cm.^{3} de sangre en una situación aguda, se alivia mucho el dolor y el espasmo muscular. El diagnóstico de este tipo de hemorragia intraarticular es más difícil de hacer. La aspiración de una articulación requiere cuatro días de terapia sustitutiva para evitar el sangrado se repita. Por lo general los movimientos de la articulación y el fortalecimiento de los músculos, se inicia al cuarto día de la aspiración, bajo la protección de la terapia con infusión sustitutiva. En la mayoría de los centros se hacen punciones aspiradoras en pacientes ocasional que a pesar de un tratamiento correcto, adquiere una artropatía avanzada de derrames o hemorragias a repetición.

Hace poco el tratamiento de la hemofilia experimentó un cambio radical con el advenimiento del método esencial de la autohemoterapia, en este método se da énfasis especial al tratamiento inmediato y energico de cada episodio hemorrágico por el paciente mismo en su domicilio, reduciéndose así la demora en que se incurre cuando los pacientes deben de ser tratados en el hospital en los departamentos de Hemoterapia. Se espera que con estos tratamientos se interrumpa la evolución natural de esta enfermedad articular de la hemofilia. No se dispone todavía de ninguna publicación sobre los resultados de esta terapia.

FISIOPATOLOGIA DE LA ARTROPATIA HEMOFILICA

Los episodios reiterados de hemorragia en la articulación del tobillo o en la subastragalina, que en su mayoría son episodios espontáneos, inician la artropatía crónica en el pie y tobillo. Asombra un poco lo poco que se sabe sobre las causas de estas hemorragias. Las articulaciones tibioastragalina y subastragalina afectan más a menudo que las caderas y rodillas y hombros. Como las primeras son articulaciones en bisagra dotadas de una pequeña superficie, bastan esfuerzos rotatorios mínimos para producir un

tome medidas para sus pies con

Peusek®

desudorante y desodorante

un baño mantiene su eficacia 3 meses

dos productos
para dos problemas que son dos soluciones

ARCANDOL SPRAY

para pies ardientes,
cansados, doloridos.

su aplicación alivia de inmediato

Productos Peusek

Avda. Infanta Carlota, 19-21 * Telf. (93) 239 83 34 * Barcelona-29

consulte a su podólogo. venta en farmacias

traumatismo sinovial con hemorragia, además en estas articulaciones la sinovia está dispuesta en sacos, que la tornan más vulnerable al atrapamiento que las sinovias en mango comunes de hombreo y dadera.

Astrup y Sjolin creen que la tendencia de estas articulaciones a sufrir grandes hemorragias en los hemofílicos se debe en parte de la tromboplastina textural en la membrana sinovial. En circunstancias normales la mayoría de los tejidos lesionados liberan tromboplatina y esta activa el sistema extrínseco de la coagulación. Esta vía no requiere la presencia del factor VIII ni IX.

El sangrado en la articulación del tobillo subastragalina suele ser intracapsular. Proviene de las arteriolas y se inicia primero en varios sitios de rico plexo subsinovial de vasos que se hallan en el tejido areolar que está entre la sinovia y la cápsula. La hemorragia dentro de la articulación da lugar a una intensa reacción inflamatoria, conllegada de abundantes leucocitos polimorfonucleares al líquido y tejidos circundantes, junto con un movimiento de población de las células de revestimiento de la sinovia.

La reacción inflamatoria y la hiperplasia sinovial que describo son reversibles por lo menos en parte si se emprende tratamiento con grandes cantidades del FACTOR VIII, además de inmovilizar la articulación para evitar el deterioro adicional y dar tiempo para que la lesión se resuelva.

Si el tratamiento es inadecuado en este momento, con el correr del tiempo y los episodios hemorrágicos a repetición producen una articulación deforme y enferma irreversible.

ALTERACIONES RADIOGRAFICAS

Las alteraciones radiográficas de la artropatía hemofílica reflejan la severidad del compromiso articular. Después de la hemartrosis aguda se reconoce primero distensión de la cápsula articular por la sangre y más tarde proliferación de la sinovia. Un signo radiográfico templado es la erosión del cartílago en los bordes articulares. La progresión de la enfermedad se manifiesta porque degenera el cartílago en los bordes articulares, estrechamiento de la superficie articular, junto con un proceso degenerativo que toman los elementos cartilaginosos y óseos.

Más adelante aparecen las ateraciones típicas de artrosis, como erosión ósea osteofitosis y osteoporosis, junto con el afinamiento de las corticales.

La enfermedad avanza se evidencia atrofia muscular, a veces se ve el retropie en valgus en vez de varus.

Los casos muy avanzados por la repetición de hemorragias se comprueba extraordinario estrechamiento de la articulación tibioastragalina. Es común la pérdida de redondamiento de los lados medial y lateral del astrágalo. El maleolo tibial se destaca menos por las erosiones. Aparecen ostiofitos que broquen la articulación, sobre todo la dosiflexión.

INCIDENCIA Y TRATAMIENTO DE LA HEMARTROSIS AGUDAS DEL PIE Y TOBILLO EN LA POBLACION HEMOLIFICA

Más de 100 pacientes figuran en un programa formal de autohemoterapia atentamente supervisado que se desarrolla en el Hospital Centro Médico Tufts. Nueva Inglaterra de Boston. Se dicta a los pacientes y familiares un curso intensivo sobre Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento de la hemofilia y una vez que perfeccionan la técnica de la inyección intravenosa, se les entrega concentrado liofilizado del factor VIII o factor IX.

En este centro las indicaciones de la infusión inmediata ante la sospecha de hemartrosis son malestar y ligera limitación del movimiento en la articulación afectada. No se espera que la hemartrosis se confirme con signos físicos, sino que consideran la aparición de un severo dolor, pronunciada limitación de movimientos, tumefacción, calor. Se les inculca a los pacientes EN CASO DE DUDA TRATESE si ocurre hemartrosis en el pie o tobillo, los pacientes se administran inmediatamente por vía intravenosa cantidad suficiente del FACTOR VIII para alcanzar un nivel del 30% en plasma (15 unidades del Factor VIII por kilo de peso corporal) o en la hemofilia B. suficiente Factor IX para un nivel plasmático del 20% (20 unidades del Factor IX por kilo). Si los síntomas no desaparecen por completo a las 24 horas, se les aconseja la infusión del segundo día. Si después el problema no se resuelve del todo, deberá consultar al Servicio de Hemofílicos. Se les recomienda dejar la extremidad afectada en reposo durante 24 horas como mínimo, inmovilizado con yeso o férulas si el paciente las tiene. Después se hace susten-

PIEDRO

OFRECE AL PODOLOGO:

cuatro distintos anchos
cuatro tipos distintos de suela

- **100 % cuero crupón marca-royal**
- **palmilla entresuela cuero y bloque de composición controlada**
- **íd., íd., íd. y crepé superior virgen**
- **100 % cuero crupón reforzado**

tres tipos distintos de tacón **(recto, estilo Thomas y recto con estabilización central)**

dos tipos de hormas (normal y recta)

ochenta distintos modelos y siempre:

Máxima sujeción de empeine y retropié
Espacio para el movimiento de dedos
Máxima calidad de materiales
Espacio para el crecimiento
Máxima indeformabilidad

PIEDRO INTERNATIONAL
En España

J. L. Vila-Plana
Conde Borrell, 211 - prta. 33
teléfono 93/239 53 06
Barcelona-29
telegramas: KIRITA-Barcelona
exposición: Conde Borrell, 87
(rogamos hagan cita)

PIEDRO

tación parcial con muletas y se realizan ejercicios de Triceps Sural. Normalmente retorna a la vida normal a los siete días. Sin embargo si el paciente tiene una hemartrosis aguda superpuesta a una sinovitis crónica requerirá mucho más tiempo para recuperarse de completo con infusiones diarias del factor que le corresponda, junto con el régimen fisioterápico adecuado.

Ciertos pacientes con hemorragias reiteradas frecuentes en el pie y tobillo con dolor progresivo que no cede con férulas, soportes y limitación de actividad, requieren la cirugía. Algunos pacientes se les ha hecho tratamientos quirúrgicos como alargamiento en Z del tendón de Aquiles, ardrodesis en distintas articulaciones.

RESUMEN. — Las principales deformidades de la artropatía hemofílica del pie y tobillo entran en tres grupos: EQUINUS, VARUS y CAVUS, estas posiciones patológicas aparecen a causa de los cuadros iterativos de hemorragia intraarticular e intramuscular en la región de la pantorrilla distal, pie y tobillo.

La instalación de deformidad permanente se retarda o evita mediante apropiada terapia de infusión con concentrados del factor VIII o del factor IX.

La lesión articular real dependería de manera directa de la liberación de enzimas digestivas a partir de los leucocitos, células de sinovia y otros productos de sangre. Estos mecanismos patológicos serían similares a los que se han descrito al explicar la destrucción articular similar a la artritis reumatotílea y en la Artrosis.

Ciertos autores americanos consideran posible el reemplazo total de las articulaciones del pie y tobillo, pero no lo intentaron todavía.

SERRA-FARGAS, S. A.

BARCELONA-1 — Plaza Castilla, 3
Tel. 301 83 00

DENTALITE, S. A.

MADRID-8 — San Bernardo, 74
Tel. 232 02 88

«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.

NUEVO

Sillón eléctrico Mod. STARLINE

ELEGANCIA DE LINEA — FUNCIONALIDAD Y UTILIDAD EN EL DISEÑO — ROBUSTEZ — PERFECTO ACABADO

Mod. 4

Mod. 1

PRECIOS Y CONDICIONES EXCEPCIONALES

SERVICIO TECNICO GARANTIZADO EN TODA ESPAÑA POR EL SERVICIO POSVENTA SUDENTA, S. A.

SOLICITE AMPLIA INFORMACION SIN COMPROMISO A:

sudenta, s. a.

DEPARTAMENTO PODOLOGIA

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

Cuestionario de la evaluación muscular del pie

Autoexamen recordatorio del extensor común de los dedos

Por **Fernando MUÑOZ CAMPOS**
Podólogo - MALAGA

1. ¿Dónde se origina el extensor común de los dedos?
2. ¿Dónde termina para su inserción?
3. ¿Cómo se denominan estos fascículos?
4. ¿Dónde se inserta el medio y dónde los laterales?
5. ¿Cuáles son los dedos que reciben la función del extensor común?
6. ¿El extensor común de los dedos, puede actuar por sí mismo o está reforzado por la acción de otro músculo?
7. ¿Dónde se origina el músculo pedio?
8. ¿Donde termina?
9. ¿Dónde se inserta el primero?
10. ¿Y los tres restantes?
11. ¿Cuáles son las ramas que inervan el extensor común de los dedos y el músculo pedio?
12. ¿Qué es paresia?
13. ¿Qué ocurre cuando los músculos extensor común de los dedos y pedio sufren de contractura?

Soluciones al cuestionario de la evaluación muscular del pie

1. **Principalmente, en la tuberosidad externa de la tibia por fuera del tibial anterior y en los tercios superiores de la cara interna del peroné.**
2. **En cuatro tendones, cada uno de los cuales se subdividen en tres fascículos.**
3. **Medio y dos laterales.**
4. **El medio en la parte posterior de la segunda falange y los dos laterales, que se unen, se insertan en la extremidad posterior de la tercera falange.**
5. **Segundo, tercero, cuarto y quinto.**
6. **En efecto; la acción del extensor común se asocia a la del músculo pedio.**
7. **En la cara supero-anterior del calcáneo.**
8. **En cuatro tendones.**
9. **En la base de la primera falange del dedo gordo por debajo del tendón del extensor propio de dicho dedo.**
10. **En el borde externo del tendón extensor común confundiéndose con el mismo.**
11. **Rama colateral del nervio tibial anterior y rama del ciático poplíteo externo. El pedio, rama terminal externa del tibial anterior y rama del ciático poplíteo externo.**
12. **Es parálisis incompleta; la fuerza muscular disminuye, aun cuando la capacidad de movimiento se mantenga. Pero como la extensión del pie necesita de cierta fuerza que no recibe, se produce pie colgante con inflexión interna.**
13. **Coloca el pie en posición de dorsiflexión y eversión.**

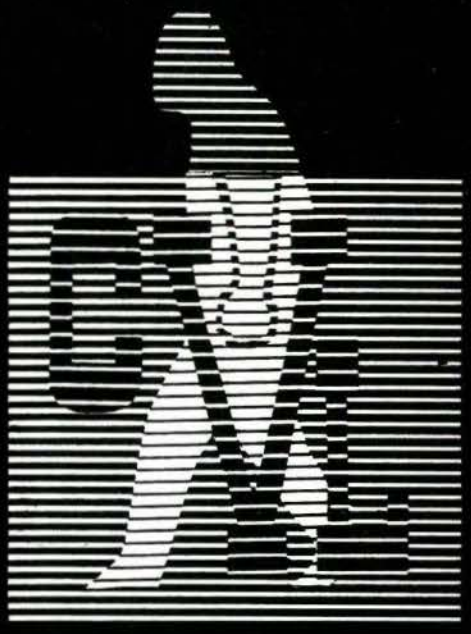
constantino velasco laínz

y

BERKEMANN

en
colaboracion
con
la revista española de

PODOLOGIA



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

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

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

DELEGACION CATALUÑA — Calle Mallorca, n.° 336 (esq. Avda. 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.

Los ejercicios fisioterapéuticos en la reeducación funcional del pie

En este artículo vamos a tratar de una manera general, la importancia que pueden tener, y que de hecho la tienen, los ejercicios musculares activos en la recuperación funcional correcta del miembro inferior y de una manera específica del pie.

"No puede existir una perfecta solución de los problemas podológicos, si antes no hemos conseguido un «*perfecto equilibrio músculo-ligamentoso y a su vez óseo*».

¿Cuáles son los medios de que se vale el podólogo, para solucionar los problemas que presentan sus pacientes?

En primer lugar usamos de la plantilla ortopédica, que aparte de ser un buen método terapéutico nos proporciona excelentes resultados. Si nos paramos a meditar un momento, entenderemos fácilmente que la plantilla, por muy bien realizada que esté, no soluciona por si sola los problemas biomecánicos del pie o sea de la marcha y me estoy refiriendo específicamente en los niños, ésta necesita ir acompañada de un perfecto desarrollo muscular y ligamentoso que va adquiriendo a raíz de, su deambulación, sus juegos físicos, sus prácticas gimnásticas y deportivas en la escuela etc. etc. resumiendo de un EJERCICIO MUSCULAR ACTIVO. El niño en su época preandante realiza el primero de estos ejercicios para prepararse para su posterior deambulación, como es el gatear. Llegamos con lo anteriormente expuesto a una conclusión: que a parte de cualquier terapia ortopodológica que podamos instaurar en el niño, necesitamos que ésta vaya acompañada de un perfecto desarrollo muscular, ligamentoso, y óseo que se consiguen a través de un buen aporte alimenticio, sales minerales, proteínas grasas y vitaminas, que si notamos carencia de alguna de ellas debemos instaurar, y EJERCICIOS MUSCULARES ACTIVOS.

En lo anteriormente expuesto no entramos en los problemas biomecánicos de la marcha que se derivan de enfermedades neurológicas o de otra etiología y que competen al especialista, que es el que debe tratarlas en primera instancia, aquí sólo nos referimos a los trastornos fisiológicos que pueden afectar el miembro inferior hasta su pleno desarrollo. Cuando hablo de trastornos fisiológicos, me refiero por ejemplo, a un retropie en valgo moderado en un niño de 2 años, de lo que más abunda en nuestras consultas, y que es del todo normal, subsidiario de ser tratado en primera instancia con plantillas, según nuestro criterio.

Por todo lo anteriormente dicho, podemos deducir:

1.° Que cuanto antes instauremos un "perfecto equilibrio músculo-ligamentoso y óseo mayores serán nuestros éxitos y menores los fracasos.
2.° Que el niño cuanto más se acerca a la etapa final de su desarrollo físico más difícil resulta una solución radical y definitiva de sus problemas ortopodológicos.
3.° Que las plantillas o cualquier otro aparato

afín, por muy bien realizado que esté, a veces no es suficiente para solventar los trastornos morfológicos y postulares del miembro inferior, ya que aparte de una buena alimentación que cumpla con todas las necesidades para un perfecto desarrollo de todo su organismo, necesita de ejercicios activos para un perfecto desarrollo músculo-ligamentoso y óseo.

4.º Que si después del tratamiento ortopodológico que instauramos en primera instancia, entre los 2 y 4 años, no observamos una notable mejoría en sus anomalías podológicas, es necesario prescribir ejercicios musculares activos a partir de la edad en que el niño pueda realizarlos correctamente, después de una valoración muscular, encaminados a hipertrofiar los que necesiten de un mayor tono, sin olvidar sus antagonistas, para de esta forma establecer cuanto antes, el equilibrio músculo-ligamentoso y óseo que nos llevará al éxito final en la tarea que le ha sido encomendada al PODOLOGO por nuestra sociedad.

En nuestros próximos números, detallaremos los más importantes ejercicios musculares activos contra-resistencia que más nos pueden ayudar en nuestra práctica diaria, junto con su correspondiente dibujo ilustrativo.

Domingo Bejiga Garriga. (Podólogo)
Vilassar de Mar

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

Diagnóstico del pie valgo en el niño

Pedro M.ª GALARDI ECHEGARAY
PODOLOGO

Señor Presidente, señoras y señores Podólogos; cuando hace pocas fechas, allá por el mes de marzo, mis queridos colegas, los Podólogos de esta provincia hermana, me notificaron de la celebración y el tema del Décimo Congreso Nacional de Podología y la posibilidad de poder aportar alguna comunicación que no fuera grandilocuente, por lo que me propuse hacer una pequeña aportación, explicando con toda sencillez los medios que conozco y parte de los cuales uso en mi consulta, para el diagnóstico de la afección que se va a tratar en este Magno Décimo Congreso Nacional de Podología.

Lógicamente, como todos los presentes son profesionales Podólogos y por no alargar excesivamente esta sencilla comunicación, no vamos a tratar ahora de la parte anatómica de esta afección, que sería el estudio de las articulaciones astragalocalcánea o subastragalina y la articulación mediotarsiana, también denominada por los cirujanos articulación de Copart.

Lo que recordaremos rápida y brevemente es la fisiología de las citadas articulaciones para pasar después, a la presentación, de los medios para hacer el diagnóstico.

La articulación subastragalina, presenta dos carillas articulares en sentido oblicuo, que permiten complejos movimientos espiroideos y vamos a destacar el de *Pronación-Abducción*, que es el movimiento que realiza el pie en la afección considerada a estudio.

En este movimiento, el calcáneo se acuesta, por así decirlo sobre el lado interno (pronación), mientras que la extremidad anterior de este hueso se dirige hacia fuera (abducción) y el sustentaculum tali se separa más del astrágalo.

Este movimiento de *Pronación-Abducción*, que algunos autores denominan *eversión*, está limitado por la tensión del ligamento en Y o en V, y el ligamento tibiocalcáneo.

La articulación mediotarsiana o de Chopart, también posee complejos movimientos espiroideos, y de ella recordaremos el de *Aducción-Supinación*, y *Abducción-Pronación*.

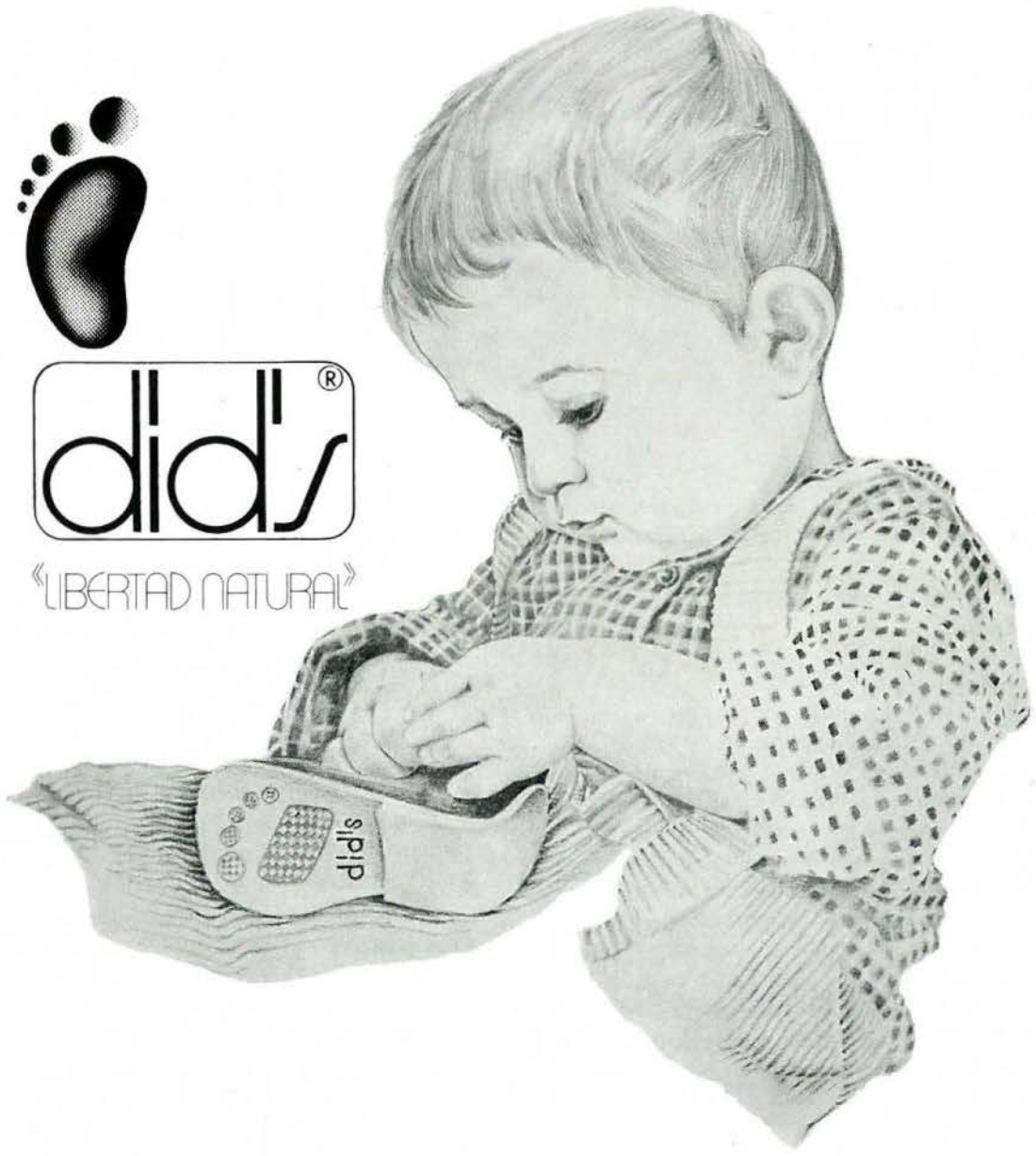
En el primero, *Aducción-Supinación*, la superficie cóncava del escafoides se desliza adentro y atrás sobre la superficie convexa de la cabeza del astrágalo. La parte anterior del pie gira hacia dentro (aducción). Al mismo tiempo el escafoides vascula alrededor de su eje anteroposterior, que es el eje del pie. El tubérculo interno de este hueso se eleve de 1 a 2 cms., acercándose al maleolo interno. La mitad externa desciende y descubre el tercio superoexterno de la cabeza del astrágalo y el pie se coloca en ligera supinación.

El cuboides, que está sólidamente unido al escafoides, es arrastrado por éste y se mueve sobre la carilla calcánea anterior muy cóncava verticalmente y poco convexa trasversalmente, haciéndose el deslizamiento y la rotación, de la

EL NUEVO CALZADO INFANTIL

did's®

"LIBERTAD NATURAL"



BARO/VICENTE

ZAPATOS INFANTILES PARA EL NATURAL CRECIMIENTO DEL PIE

OFICINA CENTRAL: Av. Blondel, 40-42. Tel. 973 - 23 80 65. LERIDA

misma manera que la articulación escafoideoastragalina.

La *Abducción-Pronación* se realiza de la misma manera, siendo el desplazamiento y la rotación inversas a las descritas anteriormente. Por lo tanto, el escafoides se desliza hacia fuera y adelante, el antepié gira hacia fuera (abducción), el tubérculo interno del escafoides desciende separándose del maleolo interno, y el pie se coloca en pronación.

El cuboides por íntima unión con el escafoides, es arrastrado por éste y realiza los mismos movimientos que él.

Así estas dos articulaciones, subastragalina y mediotarsiana, están unidas fisiológicamente, y permiten al pie adaptarse a todas las irregularidades que el terreno pueda presentar.

Una vez hecho este breve recordatorio fisiológico, de las articulaciones más afectadas en el valgo de retropié, que es muy importante para el posterior diagnóstico y tratamiento pasemos a ver las formas que tenemos para diagnosticar.

Cuando se habla de pie valgo, automáticamente viene a nuestra mente el pie valgo congénito convexo, también denominado por otros autores "Pie en Piolet" o "Pie en balancín". La planta presenta una convesidad en la cual la parte mas alta se encuentra en la articulación mediotarsiana. El talón está en equino y desplazado hacia fuera y el antepié se encuentra en pronación. El diagnóstico de este pie lo podemos hacer a simple vista. Y en la radiografía lateral, la cabeza del astrágalo apenas se aprecia pudiendo vislumbrar entre el calcáneo y el cuboides; siendo la posición del astrágalo casi vertical.

En el presente caso, el Podólogo muy poco o nada puede hacer, pues la mejor solución es recurrir a la gran cirugía, pues aparte de las deformaciones del valguismo del calcáneo, como ya se ha dicho el astrágalo está vertical.

Por lo tanto vamos a pasar al diagnóstico del pie valgo no congénito que es el que vamos a tratar y que de forma habitual es el que nos encontramos en nuestras consultas.

Por comenzar de alguna manera, la primera forma será la simple inspección del calzado y veremos que el contrafuerte del zapato está deformado e incluso, en algunos casos, roto; estudiando el tacón del mismo, cuando vemos que el desgaste se efectúa en borde anterointerno

Figura 1

del mismo, nos indica que existe un valgo de retropié.

Si mandamos caminar de espaldas a nosotros al paciente, veremos que la posición del tendón de Aquiles que debe seguir una línea vertical insertándose en el calcáneo, como todos ustedes saben mucho mejor que yo.

En el pie valgo vemos inmediatamente por detrás de la articulación tibioastragalina que el tendón se desvía hacia fuera acercándose al maleolo externo. (Figs. 1 y 2).

Después de esto y sentado el paciente en el sillón podológico y dejando sus pies suspendidos, Steindler, asegura que existe una frialdad e incluso una ligera cianosis en el pie afectado por el valguismo, dato que no puedo certificar por no haberlo observado hasta el momento.

Pie valgo

Figura 2

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.
132,– ptas.

INFAR NATTERMANN

Apartado 400 – Zaragoza
Infanta Carlota, 84–88
Barcelona–15

En el estudio de los puntos dolorosos en el pie valgo, en los casos en que yo he visto hasta el momento, no existe ningún tipo de dolor. Aunque estudiando a algunos autores, aseguran que en esta enfermedad si existe dolor, repito que en los casos que he observado no ha existido dolor y los niños no se quejan en absoluto y realizan todos los juegos normalmente con todos los demás niños, por lo tanto, cuando puede doler esta afección, es cuando se trata de una persona mayor cuando los ligamentos, músculos, articulaciones, etc. etc., se deformarían produciéndose la distensión de unos y la contracción de otros, que son sus oponentes, llegando a artrosis que sin género de dudas sí serían dolorosas.

En esta misma posición, debemos comprobar también el signo de Groslling, con el fin de ver, si el pie, está contracturado o no, y como todos Vds. saben mejor que yo, este signo se realiza tomando el pie por la región maleolar y agitándolo, con lo que veremos si el pie oscila normalmente en todas las direcciones o por el contrario existe alguna rigidez.

Con el paciente en bipedestación comprobaremos el signo de Helbing, que se puede hacer a simple vista, como antes se ha descrito con el niño de espaldas a nosotros, pero es más seguro observar y comprobar, con una simple plomada unida a un fino hilo que colocaremos en el centro del hueso popliteo y dejaremos descender hasta que roce el suelo con lo que veremos que la plomada no queda en el punto medio del talón sino que se acerca el maleolo interno.

Si miramos al paciente en el podoscopio, no cabrá duda alguna, pues veremos que el talón está tumbado, por así decirlo, hacia dentro, o sea hacia el plano medio del cuerpo y el ángulo que forma lo podemos medir, a groso modo, con el goniómetro y el alambre que éste tiene en su parte posterior para este fin. Este comentario del podómetro es en cuanto a la posición del talón pues en cuanto a la huella plantar diremos lo mismo que el comentario que más adelante haremos al fotopodograma.

En torno a este signo de Helbing, estudiando a Hamby y Walker en su libro titulado "Fundamentos y Práctica de Podología", dicen haber encontrado un signo de Helbing que aparecía normal y sin embargo existía un valgo de retropié.

Otra forma de diagnóstico del valgo es llevando a la práctica, la teoría de Perthes, que no es otra que proyectar sobre la huella plantar a ambos maleolos; que lo podremos hacer de la manera o forma siguiente: En cuanto al maleolo interno aplicamos una escuadra y nos da la proyección de este maleolo en el plano o huella plantar. En cuanto al maleolo externo si aplicamos una escuadra nos encontramos que chocamos con el calcáneo y no podemos proyectar sobre la base, por lo cual Perthes ideó una tablilla que en su extremo superior, tiene un saliente de la medida que queramos y que serán de los centímetros que nosotros ya sabemos, entonces aplicamos esta regla o tablilla con este saliente superior aplicado al maleolo externo, de esta manera nos da un punto en la huella o en el plano, este punto que como sabemos es ficticio, pero como sabemos los centímetros que de antemano hemos puesto al saliente superior, lo que haremos para saber el punto real de la proyección del maleolo externo es correr los centímetros que hemos puesto en el saliente superior, como decía correrlos hacia el plano medio del cuerpo y este será el punto real. Estos dos puntos nos dan una línea y sabemos que al punto medio de esta línea debe de coincidir con el punto medio del calcáneo, en el valgo veremos que el apoyo del talón se encuentra por la parte externa del punto medio de esta línea.

Una vez vistas estas formas de diagnóstico vamos a pasar al estudio del valgo en el fotopodograma, que muy orgullosamente podemos decir que es nuestro, pues su padre y descubridor es un Diplomado Podólogo, el insigne compañero D. Pablo Vilato.

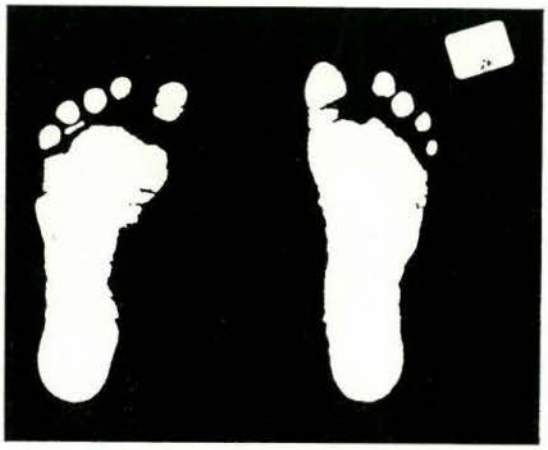


Figura 3

Podólogos:

Calzados Blasi les ofrece su establecimiento especializado en zapatos para señora y niño que precisen plantillas ortopédicas.
Siempre a su disposición con las mejores marcas.

MANITOS ORTHO

PIEDRO

Taberner

Blasi

Calzados Blasi
Mariano Cubi, 2 Tel. 218 54 95
Barcelona-6

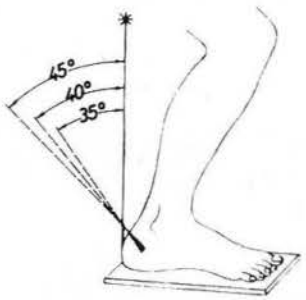
En el estudio del fotopodograma, en el valgo del retropié nos fijamos en la huella del talón y vemos con claridad que el apoyo del lado interno es más excesivo que lo normal lo que nos indica un valgo de retropié. Si seguimos estudiando el fotopodograma, podemos ver unas veces el arco interno normal, otras con un plano y otras con un cavo. Esto a primera vista nos puede parecer un contrasentido y la única explicación que he encontrado, es que cuando vemos en el primer caso, o sea, la huella del plano en el fotopodograma es lo normal en esta malformación, pues el valgo de calcáneo, mas la desviación que sufre el antepié hacia fuera, nos da el pie plano. (Fig. 3).

Cuando nos encontramos con el pie cavo, que es lo que yo denomino primer estadio del pie valgo, en los que si recordamos lo dicho antes cuando hemos recordado la fisiología de las articulaciones, estamos en el primer tiempo en el que el calcáneo al valguizarse, ha elevado el cuboides, pero todavía, por la fuerza que ejercen los ligamentos, músculos, e incluso la propia formación articular mantienen al escafoides arriba, aunque a este estadio no le llamo pie cavo sino preplano, ya que si no tratamos termina siendo un pie plano. (Fig. 4).

Figura 4

Otra forma de diagnóstico y yo creo que es la más correcta y la más científica, es la forma radiográfica y por tanto vamos a citar algunas de ellas.

Comenzaremos por la radiografía de perfil en descarga y también denominada Didiée, en la que colocamos al paciente con el borde externo del pie apoyado sobre la placa, mientras que ponemos el rayo, perpendicular debajo del maleolo interno; de esta manera apreciamos si el "Sustentaculum tali" está hundido, cosa que nos ocurre en el valgo, como se ha dicho al hacer el recordatorio de la fisiología articular.

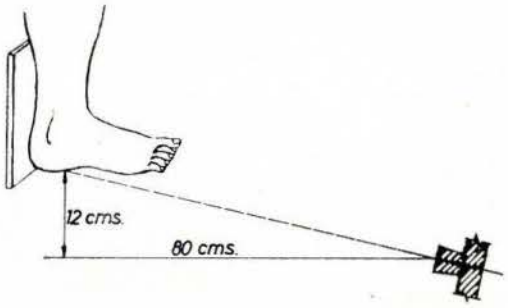


Técnica de Loison, Belot y Harris

Figura 5

Otra radiografía sería la retrocapital, técnica de Loison, Belot y Harris, esta vez el paciente estará en bipedestación con el pie apoyado sobre la placa y con la rodilla flexionada al máximo, posible. Para estar seguros de tomar la interlínea subastragalina posterior, se toman tres radiografías con ángulos de 35°, 40° y 45° con respecto a la vertical, de la misma forma que estamos viendo en la diapositiva. (Fig. 5).

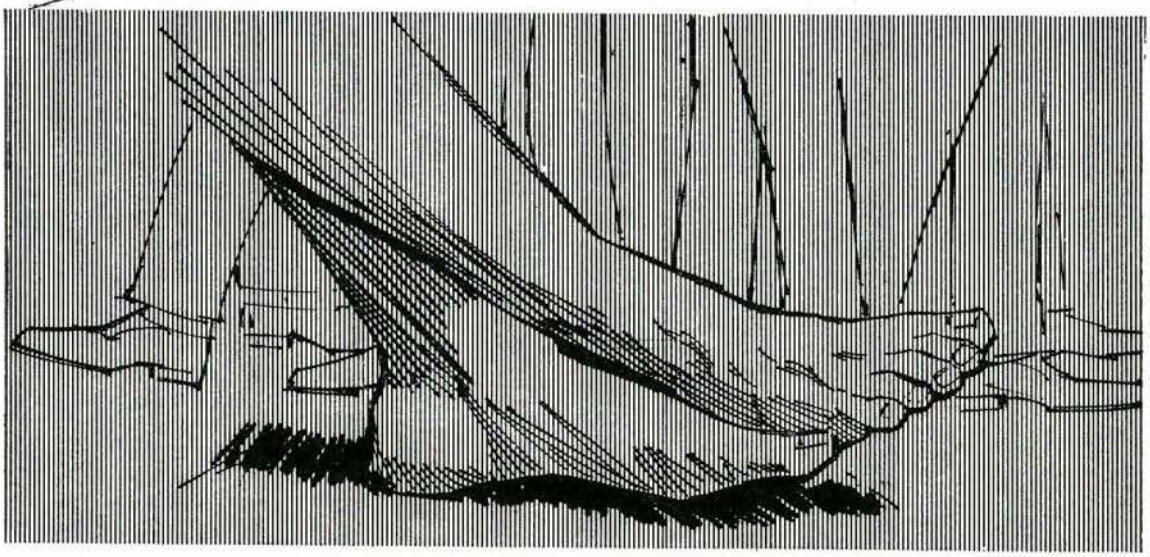
Otra radiografía y muy importante, es la de Costa-Bartani y Moreau, ésta se efectúa con un dispositivo especial; el pie se apoya en una plataforma y el chasis se coloca, en la parte posterior y en posición vertical, poniendo el tubo en un plano inferior al del apoyo del pie y alejando de la vertical del talón unos 80 cms., de la manera que muestra la diapositiva. (Fig. 6). En esta posición se ve claramente la tuberosidad mayor del calcáneo y la intersección de la tibia,



Proyección de Costa Bartani

Figura 6

¡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

MADAUS CERAFARM, S.A.

Pujol, 22 - Tel. 211 91 12 - Barcelona-6. Cristóbal Bordiu, 35 - Tel. 254 64 44 - Madrid-3. Perez Galdós, 95 - Tel. 326 33 76 Valencia-8.

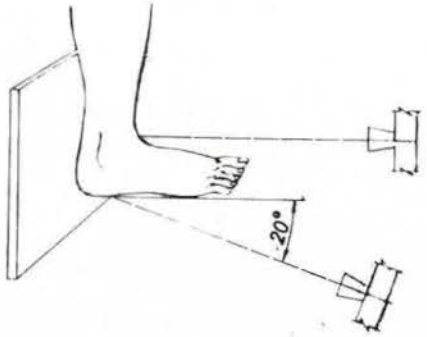


Figura 7

formando un ángulo de 172° a 180°. Luego si desechamos estos 8°; por medio de esta proyección veremos si existe el valguismo de retropié.

Y por último, mostraré otra forma de realizar la radiografía y que para mí es la mejor. En esta radiografía que es bifocal, colocamos al paciente con el pie apoyado, en una plataforma parecida a la anterior, y el chasis con la película en la parte posterior y en sentido vertical, como en la radiografía anterior y de la forma que nos muestra la diapositiva, en la primera radiografía ponemos el foco a la altura de la interlínea tibioastragalina y hacemos un disparo, de esta forma recogemos la citada interlínea tibioastragalina, describimos un ángulo de 20° con respecto al plano en que está apoyado el pie y dirigiendo el foco a la tuberosidad del calcáneo, hacemos el otro disparo y nos parece una radiografía totalmente clara y diáfana, como se puede comprobar en las diapositivas que presentamos y que no dejan lugar a dudas sobre el diagnóstico del valgo o varo del calcáneo o retropié. (Fig. 7 y 8).

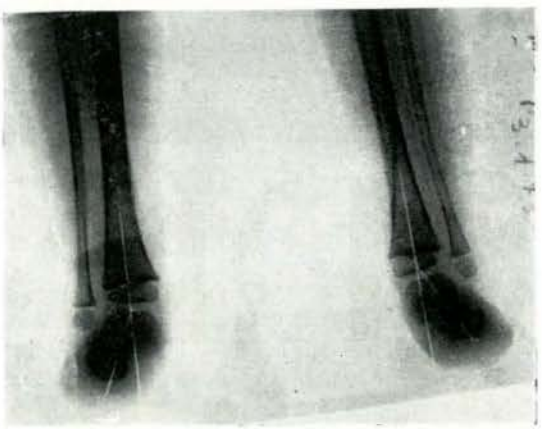


Figura 8

Como se puede apreciar en estas radiografías no cabe duda de la malformación e incluso se hace su medición en grados con toda la exactitud, para lo cual sólo tendremos que marcar la línea perpendicular que nos viene de la tibia y por otra parte la que une el punto medio de la cara superior del calcáneo con la tuberosidad mayor del mismo, y el ángulo que forman se mide con el goniómetro que sea transparente.

Sin más, y dándoles las más expresivas gracias por la atención prestada, a mi forma de diagnosticar el valgo de retropié o de calcáneo y que he expuesto de la manera más sencilla que he podido encontrar, quedando a disposición de todos Vds. para lo que deseen en relación a lo que acabo de comentar.

MUCHAS GRACIAS A TODOS
POR SU ATENCION

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
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 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

pharma consult sa

LABOR DE LAS DELEGACIONES

MADRID

26 - 2 - 1978

Siguiendo la normativa de perfeccionamiento trazada por esta Delegación Provincial, a continuación, se detallan las MESAS REDONDAS celebradas en el primer semestre de este segundo curso 1977-1978.

21 de octubre de 1977

MINICIRUGIA DE LAS EXOSTOSIS INTERDIGITALES
Por Don LUIS AYCART VIJUESCA

El Sr. Aycart, prestigioso Podólogo de esta capital, comenzó haciendo una exhaustiva disertación sobre las ONICOCRIPTOSIS, y su tratamiento por medio de la GALVANOTERAPIA NEGATIVA, bien por medio del aparato de galvanoterapia, bien por la aplicación de Fenol.

Explicó cómo en ambos casos la técnica consiste en la extracción del trozo de uña que se incarna, previa anestesia troncular del dedo, poniendo gran cuidado de extraer hasta la raíz del trozo de uña incarnado, así como no lesionar con la gubia que se utilice, ni por debajo, matriz de la uña, ni por encima, eponiquio.

Acto seguido, si el procedimiento que se aplica es el Fenol, se arrolla algodón a un estilete, formando una pequeña torunda larga y fina, la cual, se impregna en Fenol y se aplica en toda la extensión del campo operatorio durante seis minutos, al cabo de los cuales, se retira la torunda y se aplica un apósito estéril. Se cura al enfermo cada tres o cuatro días, estando completamente cicatrizada la herida, alrededor de los ocho o diez. El trozo de uña que ha sido extirpado, no vuelve a crecer en lo sucesivo.

Si se emplea el aparato de galvanoterapia, el sistema es el mismo, sólo que en vez de usar el Fenol, se emplea el electrodo del aparato.

La conferencia fue seguida con marcado interés por los asistentes, que efectuaron numerosas e interesantes preguntas, que fueron contestadas ampliamente.

A continuación el ponente proyectó una película demostrativa de cómo trata quirúrgicamente las exostosis interdigitales en el pie, explicando el procedimiento durante la proyección, poniendo de manifiesto cómo queda solucionado el problema en muy pocos días de forma definitiva.

Como en el caso anterior, tanto la película como las explicaciones, fueron seguidas con gran entusiasmo y al final fue calurosamente aplaudido.

18 de noviembre de 1977

ESTUDIO Y APLICACION DE ANTIMICOTICOS EN PODOLOGIA
Por Don DEMETRIO MONSALVO GARCIA

El Sr. Monsalvo, que ya de años anteriores, viene mostrando una creciente inquietud por todos los problemas de la Podología, y especialmente en los referentes a la acción de los medicamentos, en las distintas afecciones de los pies. En esta ocasión, hizo una preponderante clasificación y estudio de las micosis, así como una amplia enumeración de los antimicóticos. Puso de manifiesto los que a su juicio, daban mejores resultados, según los distintos casos, basándose naturalmente en su experiencia.

El tema era de gran interés para todos, por lo que al final del mismo, hubo un animadísimo coloquio con interesantes preguntas, que el ponente aclaró con pleno dominio del tema, siendo finalmente muy felicitado por los numerosos asistentes.

16 de diciembre de 1977

TILOMA PAPILOMATOSO, ESTUDIO Y DISTINTOS TRATAMIENTOS
Por Don RICARDO BECERRO DE BENGOA

El Sr. Becerro de Bengoa, inició su intervención, con la proyección de gran número de diapositivas de distintos casos de onicogrifosis, a la vez que iba explicando la forma de tratamiento, por él empleada, en cada uno de ellos.

SMITH NEPHEW IBERICA, S. A.

INFANTA CARLOTA, 61
Teléfono 250 79 25 - BARCELONA-15

SN-77001

Solicite por escrito La Edición Especial "TECNICAS GYPSONA"

Airstrip® Tensoplast	APOSITO PROTECTOR DE HERIDAS EN LOS PIES IMPERMEABLE-TRANSPIRABLE-AUTOADHESIVO ALMOHADILLADO- Medidas: 6 cm. x 9 cm.
Crepe S.N.®	VENDA ELASTICA SIN HILOS DE GOMA 100% algodón - Color crudo Medidas: 5 cms. x 4 m. /7 x 4 /10 x 4 / 10 x 10
Gypsona®	VENDA DE YESO UNICA, CON GASA DE TEXTURA ENTRELAZADA Medidas: 5 / 10 /15 y 20 cms. x 2,70 m.
Melolin®	APOSITO ABSORBENTE Y NO ADHERENTE A LAS HERIDAS - ESTERIL Medidas: 5 cm. x 5 cm. / 10 x 10 / 10 x 20.
NYLEX® Tubinylex	VENDA DE PAPEL CREPADO / VENDAJE TUBULAR EXTENSIBLE — PARA APLICAR ANTES DEL ENYESADO
Op-Site®	VENDAJE DE HERIDAS - Medida: 14 cm. x 10 cm. HERIDAS - CIRUGIA MENOR - QUEMADURAS AUTOADHESIVO-IMPERMEABLE- TRANSPIRABLE TRANSPARENTE - ELASTICO
Retelast®	MALLA ELASTICA IDEAL PARA SUJETAR APOSITOS EN LOS DEDOS Y PLANTA DEL PIE n.° 0 - 1.
Stuca®	VENDA DE YESO PARA MOLDES Medidas: 5 / 10 / 15 y 20 cms. x 3 m.
Tensocrepe®	VENDA ELASTICA, NO ADHESIVA - POROSA, Color carne Medidas: 5 / 7,5 y 10 cms. x 4,5 m.
Tensoplast® venda elástica	VENDA ELASTICA, ADHESIVA - POROSA, Medidas: 5/7,5 y 10 cms. x 2,70 m.
Tensoplast® tiras	TEJIDO ELASTICO ADHESIVO-PARA PROTECCION DE HERIDAS Y ROZADURAS Tira 1 mt. - Tira 5 mt.

Seguidamente, hizo una extensa disertación sobre el papiloma. Etiología, evolución, clínica-diagnóstico y tratamiento. Como en el caso anterior, ilustró su charla con la exposición de diapositivas demostrativas, sobre todo en lo referente a la erradicación, insistiendo principalmente en el tratamiento por medio de la aplicación de Formol comercial al 40 %, sistema que emplea con mayor frecuencia, y en el que tiene más fe, por obtener con este sistema mejores resultados.

El tema, despertó el interés de todos los asistentes, lo que dio lugar a una larga rueda de preguntas que fueron contestadas extensamente. Igualmente varios de los compañeros presentes expusieron la forma de tratamiento por cada uno empleada, viéndose cómo unos defendían el tratamiento por medios físicos, otros abogaban por los medios químicos, otros defendían los procedimientos quirúrgicos, algunos aplican a la vez medios locales y generales, aprovechando así las propiedades terapéuticas de ambos a la vez. Se llegó a la conclusión de que cada uno emplea el procedimiento en el que tiene más fe; que todos los procedimientos son buenos; que el tiempo de curación no es tan diferente de aplicar uno u otro; y que el dolor va determinado por la mayor o menor profundidad en que actúe el producto empleado, así como por la sensibilidad del enfermo.

CONDECORACIONES

En el transcurso de la Cena conmemorativa del 16 Aniversario de nuestro Decreto regulador, celebrada en el Hotel Convención de Madrid el día 8 de abril, al término de la Asamblea Nacional de Podólogos, de manos de nuestro Presidente Nacional, han sido condecorados unos compañeros que por su labor en pro de la profesión, su línea de superación, y sus enormes ansias de colaboración, han sido merecedores de la más alta condecoración que otorga nuestra profesión: la Medalla al Mérito Profesional.

Les fue entregada, tras un breve paregínico de cada uno de ellos, por el Sr. Escachs, recordando los momentos difíciles en los cuales estos compañeros han salido al frente prestando su ayuda desinteresada en beneficio de toda la profesión. Les ha correspondido a los Sres. Gavín y Farreras de Barcelona, Báez de Madrid, Olcina de Alicante, Vidán de La Coruña, y Morán de Canarias. Queremos desde aquí felicitarlos sinceramente y esperamos que ellos sirvan de ejemplo a esos nuevos valores de la Podología, para que nos ayuden con su labor, a veces callada y tímida, pero enormemente efectiva para que esta preciosa profesión alcance las cotas más elevadas, meta y esperanza de todos nosotros.

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

César Puig

FABRICA DE CALZADOS INFANTILES TERAPEUTICOS

- Zapatos fisiológicos.
- Calzado profiláctico.
- Zapatos ortopédicos con simple modificacion de elementos normales (tacón thomas para varo y valgo), tipo Lowet, etc.
- Hormas correctoras, 2 anchos.
- Horma invertida.
- Diferentes modelos para la colocación de férulas.

TODOS LOS FABRICADOS SON CON MATERIALES DE LEGITIMO CUERO VACUNO DEL PAIS.

Colón, 14
Tel. (977) 60 01 42
VALLS
TARRAGONA - ESPAÑA

MADRID, Abril 1978

Estaba en la habitación del hotel, descansando después de la maratoniana sesión, en donde se discutió la problemática del nuevo plan de estudios y el cambio de nombre de la Agrupación de Podólogos.

De pronto, escuché la musiquilla característica de Pinocho, y asomó por la ventana Pepito Grillo, simpático personaje para unos y no tan simpático para otros, por lo que representa en la vida privada de cada uno de nosotros.

De verdad que me alegré al verle.

Abrí la ventana y le invité a entrar para poder cambiar impresiones.

—**¿Qué te trae por Madrid?** —le pregunté.

—Vuestra reunión —fue su respuesta.

Sonreí y le dije:

—**Te habrás dado cuenta de la masiva asistencia de compañeros. Cuando la temática nos concierne de cerca, acudimos todos a la cita.**

Sonrió, hizo una pausa y me contestó:

—No quisiera ofender a nadie. Si me lo permites te daré mi sincera opinión, acerca de la asistencia y no asistencia de los Podólogos, a esta interesante reunión, como tú has dicho.

No comprendí lo que quería decir. Quedé pensativo unos instantes, pero al ver la tristeza que emanaba de su rostro, le dije:

—**Adelante, cuéntame. Te escucho.**

Y empezó su monólogo, de la forma que transcribo.

«Referente a los Podólogos he llegado a las conclusiones siguientes, después de haber asistido a varios de vuestros Congresos, Conferencias, etc. Yo dividiría a los Podólogos en dos grandes grupos: La Vieja Guardia y la Nueva Frontera.

»Pero antes de continuar, quiero hacer un inciso, o mejor una afirmación. Me complace en felicitar a todos los asistentes, ya que con su presencia han demostrado que tienen verdaderas inquietudes por el porvenir de la Profesión, tanto los de La Vieja Guardia, como los de La Nueva Frontera, sin olvidar, y lo remarco, a los Estudiantes.»

Hizo una pausa, como si quisiera recordar algo, y continuó:

«A pesar del buen aspecto humano que presentaba la Sala de Conferencias, habían varias sillas vacías, y que correspondían por derecho propio a la Vieja Guardia. ¿Te has dado cuenta?» —me preguntó.

Creo que más que una pregunta, era una afirmación.

«Esta actitud significa que creen tener resuelto su problema profesional, y dejan de preocuparse por la actual problemática de la Podología. Piensan, o creen, que ya han batallado suficientemente y que sean otros los que luchen, sin darse cuenta que con esta actitud, están cavando su propia fosa.

»Yo les pediría que dejaran su cómoda postura y que asistieran a las convocatorias, aunque les pueda representar un 'Gran Sacrificio'.

»Deben volver a la brecha. Luchar por la Profesión, no disculparse con las consabidas frases: 'me es totalmente imposible', 'mis achaques', 'me gustaría, pero...', etc., etc. En la mayoría de los casos, vanas excusas.

»Les pediría que recordaran aquellos tiempos en que se les conocía por los 'CALLISTAS', y gracias al esfuerzo y tenacidad de todos, mejoraron sus conocimientos y supieron ganarse el nombre de Podólogos. Que den ejemplo, con su actuación, a los que por ley natural deben sucederles.»

«A los de La Nueva Frontera, les pediría más HUMILDAD, y más amor a la Quiropodia.

»Les pediría también que en las charlas con sus compañeros dejaran de referirse, constantemente, a lo que cobran por consulta, y sí que comentaran algún caso difícil, resuelto o por resolver.

»Les pediría que tengan mucha ilusión por la Profesión y no pensaran tanto en ganar rápidamente dinero. Aunque la vida sea lucha y el dinero necesario.

»Les pediría que fueran más HUMANOS, en la Profesión, que tienen toda una vida por delante.

»Que luchen para mejorar el nivel técnico de la Podología. Y sobre todo, como he dicho anteriormente, que tengan mucha ilusión.

»En cuanto a los Estudiantes, les diría que se miraran, tanto en los de La Vieja Guardia, como a los de La Nueva Frontera, que han asistido a la cita. Que la Profesión requiere sacrificio, es cierto. Muchos de los asistentes han dejado a su esposa e hijos el fin de semana, para que con su asistencia demostrar su amor por la Profesión, dar el apoyo moral, a los que trabajan y luchan para enaltecer a la Profesión, en beneficio de todos.»

Al llegar a este punto, la musiquilla se fue alejando lentamente. Pepito Grillo sonrió y desapareció.

Hubiera querido rebatirle sus razonamientos, pero con tristeza comprendí que no tenía argumentos para hacerlo, y me quedé muy triste.

C. T.

EL DECALOGO DE LA MUERTE DE UNA ASOCIACION

En el diario «AVUI», de 22 de marzo del 78, aparece un artículo firmado por Josep M. Espinas, que habla acerca de las problemáticas socioeconómicas de las Asociaciones de cualquier índole. En él inserta un Decálogo, reproducido por Miquel Mesalles, de una publicación inglesa con el título «Los diez sistemas seguros para matar una Asociación». Creo que vale la pena leerlo detenidamente y pensar un poco en cuanto dice de verdad, que es mucho:

1. No asistir a las reuniones.
2. Si se va, llegar tarde.
3. Criticar el trabajo de los Miembros de la Junta.
4. No aceptar ningún cargo: es más fácil criticar que hacer.
5. Sentirse herido si no se participa en el comité, pero si se forma parte no comparecer ni hacer ninguna sugerencia.
6. Cuando se pide la opinión sobre algún punto, contestar que no tiene nada que decir. Acabada la reunión, decir a todos que no se ha aprendido nada y explicar cómo tendrían que haberse hecho las cosas.
7. Cuando otros miembros se dedican de lleno, quejarse de que la organización está dirigida por una «camarilla».
8. Retardar el pago de las cuotas tanto como se puede.
9. No tener ningún interés en conseguir la inscripción de nuevos asociados.
10. Lamentarse de que no se publique nada interesante, pero no escribir nunca ni un artículo, ni hacer una propuesta, ni presentar un colaborador ni una fuente de información.

Una vez leído, no queda más remedio que hacer una profunda meditación, porque es justo la radiografía de muchas Asociaciones actuales, en las que la presencia de algunos de estos puntos son síntoma si no de la muerte, sí de convertirla en una pobre realidad rutinaria, que todavía es peor.

Podólogo: —*¡Vd. tiene un ojo de gallo!*
Paciente: —*¡Y Vd. cara de imbécil!*
Moraleja: Emplea léxico podológico.

MAFRE
Instruments

FRESCO®

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

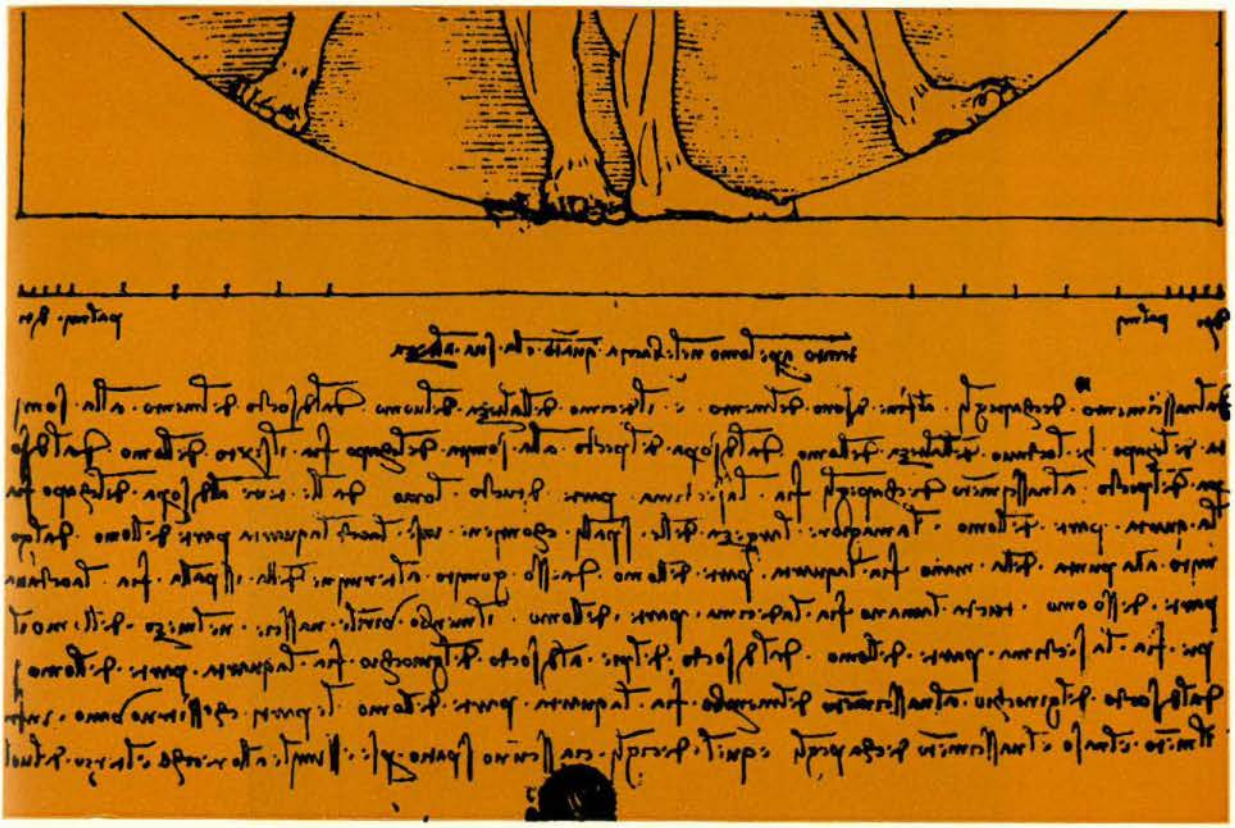
VIOLETA DE GENCIANA
ACIDO NITRICO
PERCLORURO FERRICO

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
PLANCHAS DE PLEXIDUR «O»
PLANCHAS DE PLEXIDUR «T»

Motores con eje flexible
LECHE DE LATEX
SERRIN PARA PODIASIN
MASCARILLAS
EQUIPO PODOLOGIA - Metálicos y de madera forrada
FRESAS DIAMANTADAS

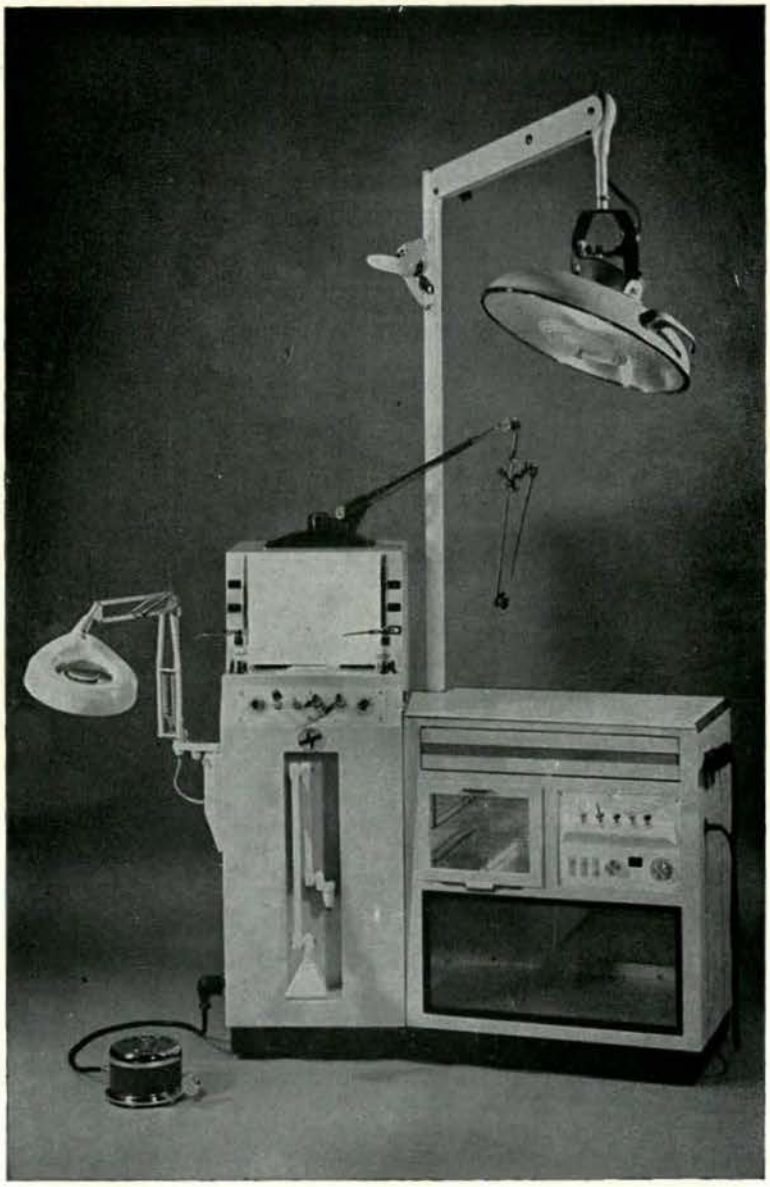
... y todo lo que Ud. desee puede encontrarlo con solo hacer la consulta



REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

A. P. E. Mayo-Junio

n.° 63 1978



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.°, pral., 2.ª, Barcelona-15

Director:
Leonardo Escachs Clariana

Sub-director:
Pablo Vilató Ruiz

Redactor jefe:
Martín Rueda Sánchez
Avda. Caudillo, 68, bajos, 2.°
Santa Coloma de Gramanet. Barcelona

Administrador:
Manuel Gavin Barceló
Rda. Guinardó, 23, 1.°, 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

3 Junta de Gobierno

5 Editorial

7 Conferencia sobre técnicas de exploración en el pie

18 Balance muscular y recuperación del pie valgo

27 Ejercicios musculares activos contra resistencias de los músculos tibial anterior y tibial posterior

31 Teoría del dolor

33 Obtención de moldes para pie valgo

37 Historia natural del pie humano

43 Labor de las delegaciones

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 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.°	D. ZACARIAS GARCIA ANDRES	Madrid
Vice-Presidente 2.°	D. ISAIAS DEL MORAL CEJALVO	Valencia
Secretario General	D. JOSE A. CALVO GARCIA	Zaragoza
Vice-Secretario	D. FRANCISCO FARRERAS MORCILLO	Barcelona
Tesorero	D. MANUEL GAVIN BARCELO	Barcelona
Contador	D. LUIS AYCART VIJUESCA	Madrid
Vocal	D. JOSE OLCINA MORALES	Alicante
Vocal	D. JUAN VIDAN TORRES	Santiago de Compostela
Vocal	D. LUIS INCHAURRONDO	Irún
Vocal	D. JOSE M.ª BAEZ BASAURI	Bilbao
Vocal	D. FCO. MORAN VENTURA	Las Palmas G. Canaria

DELEGADO DE ZONA

D. Juan Vidán Torres. Preguntoiro, 10. SANTIAGO DE COMPOSTELA.
D. Isaías del Moral Roberto. 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.°. MALAGA.
D. Juan José Araolaza. Fermín Calbetón, 4. EIBAR.
D. José Sánchez Luna. Avda. Cataluña, 24. ZARAGOZA.
D. Evaristo Rodríguez Valverde. Córcega, 505. BARCELONA.

DELEGADOS PROVINCIALES

ALAVA: **D. Julio Crespo.**
ALBACETE: **D. Luis Juan Navarro.**
ALICANTE: **D. José Ochoa Morales.**
ALMERIA: **D. Esteban de Haro.**
ASTURIAS: **D. José Luis Alonso Alvarez.**
BADAJOZ: **D. José Villafaina de la Cruz.**
BARCELONA: **D. Evaristo Rodríguez Valverde.**
BILBAO: **D. Pedro M.ª Galardí.**
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.**
HUESCA: **Delegado de Zaragoza.**
JAEN: **Víctor Nieto Molina.**
LA CORUÑA: **D. Francisco de la Cruz.**
LAS PALMAS: **D. Francisco Morán Ventura.**
LEON: **D. Luis Pascua San Miguel.**
LERIDA: **D. Alfredo Puchol.**
LOGROÑO: **D. Vicente Alvarez.**
LUGO: Sin Delegado Provincial.
MALAGA: **D. José Godoy.**
MADRID: **D. Mariano Rodríguez Esteban.**
MELILLA: **D. Fernando Bosch Palós.**
MURCIA: Sin Delegado Provincial.
ORENSE: **D. Elisardo Bralo Rego.**
PALENCIA: **D. Damián Porro Villarroel.**
PALMA DE MALLORCA: **D. Juan B. Brines.**
PAMPLONA: **D. Javier Gallo.**
SALAMANCA: **D. Antonio Basas Encinas.**
SANTANDER: Su Delegado Provincial.
SAN SEBASTIAN: **Sebastián Tenés Iturriza.**
STA. CRUZ DE TENERIFE: **D. Armenio Méndez.**
SEGOVIA: **D. Francisco García Rodríguez.**
SEVILLA: **José Cañero Ramos.**
SORIA: Sin Delegado Provincial.
VALENCIA: **D. Angel Sanchiz Cortina.**
VALLADOLID: **D. Alfonso Domínguez Milán.**
ZAMORA: **D. Juan J. Miguel Barrios.**
ZARAGOZA: **D. José A. Calvo García.**

cuando aprieta el dolor...

Algesal®
espuma

espuma antirreumática, analgésica, antiinflamatoria

COMPOSICION: Laurilsulfato de nopoxamina, 10 mg.; Salicilato de dietilamina, 100 mg.; Excipiente c.s.p. 1 gr. de emulsión.

INDICACIONES: Terapia percutánea del dolor local, dolores reumáticos, articulares y musculares, torceduras, tortícolis, lumbago y otros de parecida naturaleza.

POSOLOGIA Y MODO DE EMPLEO: Aplíquese varias veces al día una cantidad suficiente de espuma según la extensión de la zona dolorosa, practicando una suave fricción hasta su completa absorción.

EFECTOS SECUNDARIOS: Hasta el momento no se han observado.

CONTRAINDICACIONES: No se aplicará sobre heridas abiertas ni mucosas.

PRESENTACION Y P.V.P.: Envase con 30 gr. de emulsión, 257,90 Ptas.

KALIFARMA, S.A.
Apartado 12.068 - BARCELONA - Tel. 239 29 07
Madrid, Tel. 276 92 76 - Sevilla, Tel. 21 39 22
Valencia, Tel. 334 63 06 - Bilbao, Tel. 441 66 54

EDITORIAL

La capital de España será, durante los días 12, 13, 14 y 15 de octubre, el punto de cita para los Podólogos, como lugar elegido para celebrar el XI Congreso Nacional de Podología, organizado por la Delegación Madrileña de la Agrupación. Ya en la última Asamblea General se apuntó la conveniencia de celebrar este acto en Madrid, y ahora, a través de estas páginas damos tal confirmación, con entera confianza de que, dadas las circunstancias, la asistencia sea masiva como año tras año viene sucediendo, ya que en este conflictivo 1978, bien podría servir el Congreso para iniciar una nueva ruta podológica, nueva ruta que nos abra las puertas a un futuro muy proximo y esperanzador, futuro que necesitamos los profesionales de esta rama de la medicina, que por su especial idiosincrasia necesita un nombre propio y una función específica. De seguir las cosas su cauce normal, muy bien podría ser así, coronando de esta forma 16 años dedicados a defender unas ideas de lo que el podólogo debe ser en función de lo que de él necesita la sociedad. Dieciseis años que no han sido obstáculo, para seguir con paso firme, a pesar de los muchos impedimentos y dificultades, aquel primero dado al conseguir el Decreto que actualmente reglamenta y regula nuestra profesión. En múltiples ocasiones hemos dicho que una profesión nace y se desarrolla por la necesidad de un pueblo, llegando a ser ya imprescindible su existencia cuando se ha creado la necesidad social de su presencia. Nosotros estamos de lleno en esas circunstancias, hemos ido progresando en nuestros avances científicos puestos al servicio del que sufre de los pies, de una forma progresiva, pero ahora ha llegado el momento en que imperiosamente necesitamos algo más para seguir nuestro camino ascendente, al igual que otras muchas profesiones. Ese algo es una carrera independiente y un colegio profesional donde los que vivimos del ejercicio de la profesión nos veamos apoyados, y que a la vez sea vínculo que enlace todas nuestras aspiraciones profesionales. Indudablemente, en nuestra forma de pensar ya siempre nos hemos identificado, y cada uno, desde su altura o puesto de trabajo, ha luchado con los medios de que disponía para proporcionar el apoyo, si no físico, sí moral, a la Junta de Gobierno de la Agrupación, pues de no haber sido así, si cada uno hubiese ido por su lado, jamás se habría conseguido nada positivo, tan sólo el "derecho al pataleo". Pensamos que muy bien podríamos ver nuestras aspiraciones realizadas para las fechas en que se realice el Congreso, y por eso no dudamos ni un momento de los hombres que durante tanto tiempo nos hemos encontrado siempre que se nos ha requerido para motivos profesionales, volvamos a hacerlo ahora en Madrid, para dar fe de nuestra existencia a través del mayor acto científico-profesional a escala nacional. Este es el deseo de la Agrupación, el de las Escuelas, que ya con su unión y colaboración docente han dado un gran paso adelante, y el de todos los podólogos que repartidos a lo ancho y largo de nuestra geografía, durante años lo hemos soñado.

SMITH NEPHEW IBERICA, S. A.
INFANTA CARLOTA, 61
Teléfono 250 79 25 - BARCELONA-15

SN-77001

Solicite por escrito La Edición Especial "TECNICAS GYPSONA"

Airstrip® Tensoplast	APOSITO PROTECTOR DE HERIDAS EN LOS PIES IMPERMEABLE-TRANSPIRABLE-AUTOADHESIVO ALMOHADILLADO- Medidas: 6 cm. x 9 cm.
Crepe S.N.®	VENDA ELASTICA SIN HILOS DE GOMA 100% algodón - Color crudo Medidas: 5 cms. x 4 m. /7 x 4 /10 x 4 / 10 x 10
Gypsona®	VENDA DE YESO UNICA, CON GASA DE TEXTURA ENTRELAZADA Medidas: 5 / 10 /15 y 20 cms. x 2,70 m.
Melolin®	APOSITO ABSORBENTE Y NO ADHERENTE A LAS HERIDAS - ESTERIL Medidas: 5 cm. x 5 cm. / 10 x 10 / 10 x 20.
NYLEX® Tubinylex	VENDA DE PAPEL CREPADO VENDAJE TUBULAR EXTENSIBLE — PARA APLICAR ANTES DEL ENYESADO
Op-Site®	VENDAJE DE HERIDAS - Medida: 14 cm. x 10 cm. HERIDAS - CIRUGIA MENOR - QUEMADURAS AUTOADHESIVO-IMPERMEABLE- TRANSPIRABLE TRANSPARENTE - ELASTICO
Retelast®	MALLA ELASTICA IDEAL PARA SUJETAR APOSITOS EN LOS DEDOS Y PLANTA DEL PIE n.º 0 - 1.
Stuca®	VENDA DE YESO PARA MOLDES Medidas: 5 / 10 / 15 y 20 cms. x 3 m.
Tensocrepe®	VENDA ELASTICA, NO ADHESIVA - POROSA, Color carne Medidas: 5 / 7,5 y 10 cms. x 4,5 m.
Tensoplast® venda elástica	VENDA ELASTICA, ADHESIVA - POROSA, Medidas: 5/7,5 y 10 cms. x 2,70 m.
Tensoplast® tiras	TEJIDO ELASTICO ADHESIVO-PARA PROTECCION DE HERIDAS Y ROZADURAS Tira 1 mt. - Tira 5 mt.

II CURSO NACIONAL DE PODOLOGIA

ESCUELA DE PODOLOGOS DE MADRID

CONFERENCIA SOBRE TECNICAS DE EXPLORACION EN EL PIE

Por FRANCISCO FARRERAS, Prof. de la Escuela de Podólogos de Barcelona

TECNICAS DE EXPLORACION PODOLOGICA

La EXPLORACION PODOLOGICA es un conjunto de técnicas que recopiladas y aplicadas ordenadamente nos permiten examinar los pies para llegar a un diagnóstico.

Este DIAGNOSTICO algunas veces deberá ser diferencial lo que se determinará después de haber estudiado comparativamente los síntomas y lesiones mediante la HISTORIA CLINICA o ANAMNESIS y la EXPLORACION del paciente apoyados por las PRUEBAS COMPLEMENTARIAS de R. X., resultados de laboratorio y las técnicas complementarias propiamente podológicas como son EL ESTUDIO ESTATICO DEL PIE EN EL PODOSCOPIO, y las PODOGRAFIAS y HUELLAS PLANTARES en sus variadas técnicas utilizando el F.P.G., el R.F.P.G., F.E.G., etc. y como última técnica de detección de la imagen viva del pie EL PODOPHOT DE REVELADO INMEDIATO y el PODOPRINT.

Así, ante un paciente que acude por primera vez a nuestra consulta nuestra conducta a seguir consistirá en desarrollar los 3 siguientes APARTADOS:

1.º) INTERROGATORIO DE IDENTIDAD DEL PACIENTE.
2.º) INTERROGATORIO CLINICO.
3.º) LA EXPLORACION PODOLOGICA PROPIAMENTE DICHA empleando determinadas técnicas cuya rápida descripción van a ser el objeto de esta CHARLA.

En cuanto al 1er. y 2.º APARTADO ya han sido expuestos perfectamente por nuestro compañero correspondiéndome a mí, ahora, desarrollar el 3er. APARTADO, o sea LAS TECNICAS DE EXPLORACION EN EL PIE.

Antes de iniciar la EXPLORACION PODOLOGICA a un paciente tendremos en cuenta que el pie es uno de los pocos segmentos de la anatomía humana que puede ser observado en su totalidad y que todos los elementos funcionales de importancia en el pie son fácilmente accesibles al podólogo, ya sea a través de MEDIOS VISUALES, de maniobras de palpación o movimientos pasivos y de TECNICAS DE EXPLORACION COMPLEMENTARIA.

El dolor, la dificultad al andar, la torpeza en la marcha, los trastornos posturales, la fatiga, la presencia de queratopatías y onicopatías —ya sean de origen microtraumático, vírico o parasitario—, son los problemas más frecuentes que habitualmente hacen que el paciente consulte al PODOLOGO.

EL PIE, deberá ser examinado en reposo, de pie y durante la marcha, teniendo siempre presente el claro concepto de que UN PIE NORMAL debe ajustarse a los siguientes criterios:

— SIN DOLOR
— EQUILIBRIO MUSCULAR NORMAL
— AUSENCIA DE CONTRACTURAS
— TALON CENTRADO
— DEDOS RECTOS Y MOVILES
— OFRECER 3 puntos de apoyo en bipedestación y en la marcha.

CALZADO FISIOLOGICO INFANTIL CLASICO

UN ESTILO QUE PERMANECE

Todo el calzado Taberner, se confecciona con inmejorables materias nobles.

40 fases del proceso de fabricación artesanal, garantizan su calidad.

CARACTERISTICAS ANATOMICAS:

HORMAS PARA INCORPORAR PLANTILLAS:

- **base planta con ancho normal.**
- **base planta mas ancha.**
- **recta.**

NORMALIZADAS:

- **recta con capacidad normal.**
- **normal para pies sanos.**

Contrafuerte resistente que asegura la adecuada sujeción pie-calzado.

Enfranque resistente.

Oscar 1975 y 1976 al mejor diseño de zapatos, anatómico infantil, patrocinado por la Comisión Española pro Suela de Cuero.

GREGORIO TABERNER, S.L.
Weyler, 53
Tel. - (971) 66.01.56
LLUCMAJOR (Mallorca).

Así, pues, para empezar, ofreceremos una relación ordenada de estas TECNICAS que siguiendo nuestro criterio se dividen en 10 APARTADOS:

1.º) EXPLORACION EN DESCARGA O SEDESTACION, CON EL ENFERMO SENTADO Y LAS PIERNAS HORIZONTALES.
EN ESTA POSICION SE EXAMINARA:
— tegumentos
— uñas
— circulación periférica
— signos neurológicos
— regiones dolorosas
— balance morfológico articular y muslar.

2.º) EXPLORACION EN CARGA O BIPEDESTACION.
EN ESTA POSICION SE EXAMINARA:
— la exploración estática bipodal en el banco podológico
— la superficie de apoyo en los pies
— si existe equilibrio en valgo o en varo
— si existe insuficiencia de apoyo en las cabezas de los MTT.
— el estudio estático unipodal
— si existe inestabilidad valguizante o varizante
— PODOGRAFIAS y HUELLAS PLANTARES.

3.º) EXAMEN DE LAS RODILLAS EN BIPEDESTACION Y DE FRENTE.
EN ESTA POSICION SE EXAMINARA:
— genu-valgum
— genu-varum
— paralelismo de los ejes rotulianos
— la movilidad de las rótulas
— genu-flexum
— genu-recurvatum.

4.º) EXAMEN DE LA PELVIS EN BIPEDESTACION, DE FRENTE Y DE ESPALDAS.
EN ESTA POSICION SE EXAMINARA:
— lateroversión o basculación lateral
— traslación lateral, locomoción lateral
— retroversión o anteversión-basculación de la pelvis
— retropulsión o antepulsión, tendencia a marchar hacia atrás o hacia adelante.

5.º) EXAMEN DE LA COLUMNA VERTEBRAL EN BIPEDESTACION, DE FRENTE Y DE ESPALDAS.
EN ESTA POSICION SE EXAMINARA:
— equilibrada o curvada
— palpación de las apófisis espinosas
— actitud escoliótica o escoliosis
— equilibrio de la cintura escapular
— acentuación o disminución de las curvas fisiológicas.

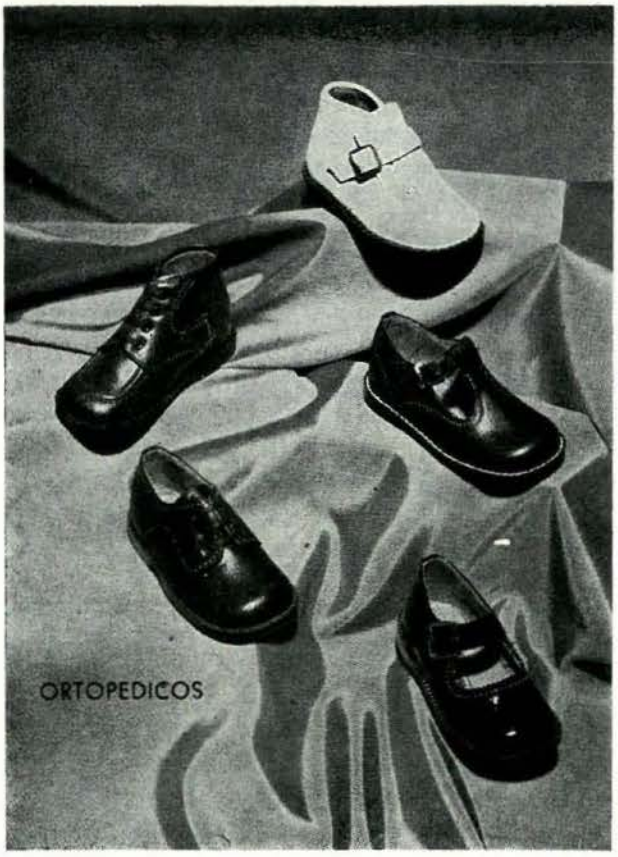
6.º) HABITOS POSTURALES ESTATICOS, EN BIPEDESTACION, DE FRENTE Y DE ESPALDAS.
EN ESTA POSICION SE EXAMINARA:
— modo de equilibración
— apoyo preferencial
— actitud antiálgica.

7.º) EXAMEN BIOMETRICO EN BIPEDESTACION, DE FRENTE Y DE ESPALDAS.
SE EXAMINARA:
— la existencia de dismetrías o acortamientos reales o virtuales.

8.º) EXAMEN DINAMICO, EN ACTITUD DINAMICA O DE MARCHA.
EN ESTA POSICION SE EXAMINARA:
— el desarrollo del paso
— marcha funcional de compensación
— marcha antiálgica
— stepage
— coordinación de movimientos.

9.º) EXAMEN RADIOLOGICO.
Mediante este examen cada región dolorosa deberá ser explorada según las directrices habituales —frente y perfil— y si es necesario se completará el examen mediante TECNICAS específicas de cada segmento.

10.º) EXAMEN DEL CALZADO.
NOS PERMITIRA COMPROBAR:
— las partes más usadas de la suela
— la inclinación del contrafuerte en valgo o envaro
— la estática general del calzado
— los puntos conflictivos cuando esté forzado por salientes
— la adaptación en el calzado de la prótesis podológica.



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
VILLENA (ALICANTE)

Seguidamente vamos a intentar desarrollar someramente cada uno de estos apartados haciendo hincapié en los que a nosotros nos parecen más importantes.

REFERENTE AL 1.º, LA EXPLORACION DEL ENFERMO EN DESCARGA O SEDESTACION, al explorar los TEGUMENTOS se observará si existen QUERATOPATIAS MICROTRAUMATICAS, VIRICAS o PARASITARIAS, estableciendo el DIAGNOSTICO DIFERENCIAL entre PAPILOMA VIRICO, HELOMA NEUROVASCULAR y RADIODERMITIS; se comprobará, también, si existe humedad exagerada de la piel, su coloración y temperatura y si existen FLICTENAS, BOLSAS SEROSAS y PERNIOSIS.

Siguiendo en el mismo apartado 1.º AL EXPLORAR LAS UÑAS se observará su morfología, trastornos tróficos y las onicopatías m.t.-v. y p., teniendo en cuenta que la UÑA NORMAL es una lámina queratinosa incurvada que se extiende tangencialmente por la superficie de la piel para acabar libre en su parte anterior constituyendo el LIMBO UNGUEAL o UÑA RADICULAR que se adhiere por su parte inferior a una lámina de queratina blanda que da lugar al LECHO UNGUEAL y que todas estas partes deben coexistir, sin problemas conflictuales.

En grandes rasgos, los trastornos más elementales de las uñas los podemos clasificar en 4 grupos:

1.º) LAS QUE PRESENTAN MODIFICACION EN SU CLORACION, siendo las ONICOMICOSIS las más importantes.

2.º) LAS QUE PRESENTAN MODIFICACIONES EN SU SUPERFICIE DORSAL:
- — uña invertida o enrollada en espiral que es la que vista de frente se caracteriza por una curvatura exagerada de sus bordes con pérdida del paralelismo.
- — uña en teja de Provenza que es la que vista de frente se caracteriza por una curvatura exagerada de su convexidad superior, existiendo un riguroso paralelismo de sus bordes
- — uña en plicado o doblez lateral que vista de frente se caracteriza por un aplanamiento de su parte media con una verticalización lateral de sus bordes que puede alcanzar los 90º.

3.º) LAS QUE PRESENTAN MODIFICACION DE SU SUPERFICIE INTERNA debido a:
- — helomas subungueales
- — exóstosis
- — onicogrifosis que es la hipertrofia del lecho ungueal que da lugar al engrosamiento de la uña a base de capas superpuestas ofreciendo su clínica 4 tipos:
  - 0. simple
  - 0. con heloma periférico
  - 0. con cavidad interna
  - 0. con onicomicosis.

4.º) LAS UÑAS QUE PRESENTAN CONFLICTOS DOLOROSOS CON LAS PARTES BLANDAS:
- — ONICOCRIPTOSIS
- — PERIONIXIS
- — ONICOCRIPTOSIS es el conflicto doloroso existente entre los bordes laterales de la placa ungueal y los surcos periungueales y cuya patogenia se debe a:
  - • uñas normales que a consecuencia de un corte inapropiado dejan un garfio o espolón en el surco ungueal
  - • deformación hacia adentro de uno o varios bordes de la uña en doblez lateral o en teja de Provenza.
  - • uñas normales pero con labios hipertrofiados por causas mecánicas, siendo este grupo el más extenso debido a lo frecuente del uso del calzado irracional, trastornos estáticos, ortostatismo profesional y a la sobrecarga ponderal.

DESPUES DE LOS TEGUMENTOS Y LAS UÑAS se explorará a nivel podológico LA CIRCULACION PERIFERICA comprobando la presencia o ausencia de dolor, temperatura y color mediante los 3 RECONOCIMIENTOS BASICOS:

1.º) RECONOCIMIENTO OBJETIVO valorando la coloración de la piel y su estructura.
2.º) RECONOCIMIENTO DE LA TEMPERATURA LOCAL valorando la frialdad y el calor subjetivo o NO.

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
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 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

pharma consult

3.º) RECONOCIMIENTO ARTERIAL valorando y tomando los pulsos a las arterias PEDIA, TIBIAL POSTERIOR, POPLITEA y FEMORAL.

DESPUES, todavía dentro del primer apartado, se explorarán LOS SIGNOS NEUROLOGICOS, EN DESCARGA Y SEDESTACION, valorando los reflejos AQUILEO, CUBOIDEO, ROTULIANO, BABINSKY y el PLANTAR SUPERFICIAL.

DESPUES exploraremos las REGIONES DOLOROSAS mediante EL DOLOR PROVOCADO que nos permitirá localizar metatarsalgias, plantalgias, y talalgias PALPANDO el fondo de los espacios interdigitales, la aponeurosis plantar, la zona subescafoidea, y astragalina, los ligamentos de la tibio-tarsiana, cada interlínea articular susceptible de ser dolorosa y la cara infero-interna del talón.

Y por último y para terminar la EXPLORACION PODOLOGICA EN DESCARGA se hará un balance morfológico articular y muscular. Para ello será preciso juzgar:

— la acentuación o disminución de la concavidad plantar
— la presencia de hallux-valgus, rigidus, dedos en garra, antepié triangular, etc.
— las fórmulas mtt-digitales:

PIE EGIPCIO = 1+2+3+4+5
PIE GRIEGO = 2+1+3+4+5
STANDARD = 2+3+1+4+5
CUADRADO = 1=2=3=4+5

LAS ARTICULACIONES deberán ser movilizadas para poder apreciar la flexibilidad, amplitud y sensibilidad, haciendo resistencia a los diferentes movimientos con el fin de juzgar comparativamente el valor contractual muscular global o analítico.

— SE COMPROBARA SI HAY ALGUNA ASIMETRIA DE LAS EXTREMIDADES comprobando su contorno y se palpará si son fláccidos o fibrosos.
— SI EXISTE ALTERACION DEL TONO MUSCULAR, teniendo en cuenta que si existe hipertonía la lesión podrá ser de origen central —vía piramidal—, que es la vía nerviosa que controla los movimientos voluntarios; si existe hipotenia podrá ser de origen central y periférico como la parálisis fláccida o un traumatismo que motive la ruptura del ciático.
— SE COMPROBARA LA SENSIBILIDAD: hiperestesias, hipoestesias, anestesias, etc.

DESPUES DE ESTO pasamos al estudio del 2.º APARTADO de la E.P. que consiste en el ESTUDIO ESTATICO DEL PIE EN EL PODOSCOPIO, EN CARGA o BIPEDESTACION.

Es una de las fases más interesantes de la EXPLORACION PODOLOGICA ya que nos permite observar el comportamiento del pie en el PODOSCOPIO bajo la acción del peso del cuerpo en relación con su plano de apoyo tanto en actitud bipodal como unipodal.

EN ACTITUD BIPODAL, el enfermo de espaldas a nosotros y los pies situados según el ángulo de paso, o sea, unos 30º, OBSERVAREMOS:

— TRASTORNOS POSTURALES DEL PIE- plano-valgo-varo-adducto, evertido, etc.
— LAS IMAGENES DE APOYO EN EL PODOSCOPIO después de unos instantes de acomodación, cuando se haya ajustado el tono muscular y el juego elástico de los resortes del pie, valorando la huella con aumento o disminución de su superficie.
— UNA EVENTUAL ASIMETRIA DE LAS SUPERFICIES PLANTARES. La huella más ancha corresponderá a un aumento de esfuerzo en relación al pie contralateral.
— LA DIFERENCIA DE SUPERFICIE QUE PUEDA EXISTIR Y EXISTE entre las imágenes de la PODOGRAFIA clásica —instantánea de apoyo— y la IMAGEN PODOSCOPICA —huella viva.
— EL COMPORTAMIENTO DEL CALCANEO en relación con el suelo valotando el ángulo formado entre su eje y la vertical de apoyo, en cuyo caso, si el equilibrio está en VALGO = abertura del ángulo exterior; si el equilibrio está en VARO = abertura del ángulo interno.
— EL COMPORTAMIENTO del calcáneo en relación con la pierna. Equilibrio fisiológico = 175-180º; equilibrio valguizante = cierre de este ángulo; equilibrio varizante = abertura de este ángulo.
— LA EXISTENCIA DE DOLOR ARTICULAR MTT-FALANGICO al elevarse el paciente sobre las puntas de sus pies.

EN ACTITUD UNIPODAL el examen nos informará:

— SOBRE LA CALIDAD PROPIOCEPTIVA que posee el pie de recobrar su propio equilibrio en valgo o en varo.
— LA INESTABILIDAD LATERAL DEL PIE.

Y para completar el estudio de 2.º APARTADO DE LA E.P. se estudiarán en BIPEDESTACION las PODOGRAFIAS o HUELLAS PLANTARES.

EL ESTUDIO DE LA HUELLA PLANTAR representa una PRUEBA COMPLEMENTARIA esencial en la EXPLORACION DEL PIE.

Mediante ella logramos una orientación en el diagnóstico, un balance del equilibrio y una información en la correcta o incorrecta aplicación de una PROTESIS ORTOPODOLOGICA.

ESTAS TECNICAS PODOGRAFICAS de exploración complementaria en el pie se clasifican en 4 grupos:

— LA PODOGRAFIA ESTATICA
— EL PODOSCOPIO
— LA HUELLA DINAMICA
— HUELLAS EN RELIEVE

DESCARTAREMOS LAS HUELLAS DINAMICAS Y LAS DE RELIEVE por tratarse, más que nada la primera de una técnica reservada a la investigación consistente en explorar el desarrollo del paso en la marcha y la segunda en obtener los moldes de yeso que si bien nos permiten distinguir limpiamente los puntos de apoyo anormales, las alteraciones tróficas de la planta, los pliegues cutáneos y el estado arquitectónico en las 3 dimensiones del espacio, etc. se emplean estas técnicas sobre todo para elaborar la prótesis y como piezas de estudio y museo.

POR TANTO, centremos nuestro estudio en la PODOGRAFIA ESTATICA y en el PODOSCOPIO.

LA PODOGRAFIA ESTATICA comprende:

— EL FOTOPODOGRAMA
— EL RADIOFOTOPODOGRAMA
— EL FOTOESTATOGRAMA
— EL PODOPRINT

HUELLAS CLASICAS DEL PIE

COMO SEA que la lectura de las imágenes de todas estas técnicas tienen la finalidad y objeto común: analizar las características de la misma huella, informar del contorno del pie y estudiar comparativamente la huella de los dos pies, nos centraremos en el estudio del PODOPHOT de revelado inmediato, como ULTIMA TECNICA REAL O VIVA que detecta los vicios morfológicos y posturales del pie a través de la cámara POLAROID que nos ofrecerá una imagen mucho más dinámica y funcional, en el momento deseado, que la obtenida hasta ahora mediante los PLANTIGRAMAS DE PRESION o de CONTACTO.

DESCRIBIR EL PODOPHOT

Así, pues, el PODOPHOT nos da los siguientes tipos de huella:

HUELLA DEL PIE FISIOLOGICO. En esta huella distinguimos 4 partes:

— SE APRECIA EL TOTAL APOYO DIGITAL caracterizado por el contacto en el suelo de los 5 dedos.
— EL ANTEPIE se nos muestra dispuesto transversalmente correspondiendo al apoyo con el suelo de las 5 cabezas MTT, presentando una concavidad retrocapital media.
— EL TALON POSTERIOR, de forma ovoidea, su borde interno se dirige hacia adelante y algo hacia afuera.
— EL APOYO DEL BORDE EXTERNO que enlaza los dos pilares anterior y posterior del pie presenta un ancho igual aproximadamente a un tercio del antepié.
— LA LINEA DE MEYER tiene que partir en dos partes iguales la huella plantar.
— LA HUELLA DEL RECIEN NACIDO que muestra un antepié ancho, talón estrecho, dedos separados, a modo de pie prensil.

LA HUELLA DEL PIE VALGO en el PODOPHOT se traduce por:

— PERDIDA DEL ASPECTO OVOIDEO DEL TALON POSTERIOR en el que se distingue en su parte interna una angulación abierta hacia afuera y hacia atrás que permite señalar un borde interno y un borde anterior.
— UNA PERDIDA DE LA CONCAVIDAD retrocapital media del antepié.
— UN DISCRETO ESTRECHAMIENTO del borde externo de apoyo.

LA HUELLA DEL PIE INSUFICIENTE:

— SE CARACTERIZA POR UN ENSANCHA-

MIENTO muy importante del borde externo que ocupa más de la mitad del ancho del antepié.

LA HUELLA DEL PIE PLANO:
— TODA LA PLANTA DEL PIE ESTA EN CONTACTO CON EL SUELO.
— A NIVEL DEL ARCO INTERNO LA CONVEXIDAD DE LA HUELLA muestra típicamente la importancia de la caída mediotarsiana.
— FINALMENTE el contorno del pie, marcadamente abombado, corresponde a la proyección del escafoides hacia adentro.

LA HUELLA DEL PIE EXCAVADO:
— SE CARACTERIZA por un aumento de la curvatura de la bóveda plantar.
— UNA DISMINUCION del ancho del borde externo que adopta un aspecto afilado y a veces se rompe.
— UNA CONCAVIDAD MEDIA RETROCAPITAL del antepié.
— UN TALON POSTERIOR ovoideo si no existe valguismo y si existe se remarca la ausencia de la apófisis del 5.º MTT.

LA HUELLA DEL PIE CAVO:
— SOLAMENTE SE APRECIA la huella del antepié y del talón posterior.
— ALGUNOS DEDOS pierden el apoyo en el suelo —dedos asociados.

CORRESPONDE AL 3er. APARTADO de la E.P. examinar en BIPEDESTACION LA RODILLA para detectar si existen trastornos posturales como GENU-VALGUM-GENU-VARUM, GENU-FLEXUM o GENU-RECURVATUM y si existen deformidades en las piernas consecutivos a trastornos congénitos, traumatismos o procesos infecciosos o tumorales.

Son frecuentes algunas deformidades de las piernas causadas por presiones anormales ejercitadas sobre los huesos de la extremidad inferior y a posiciones viciosas adoptadas por el niño tales como el dormir en decúbito ventral, sentarse sobre los talones forzándolos sobre las piernas en rotación internas, etc. O sea que, concretamente, en la EXPLORACION DE RODILLAS Y PIERNAS, apreciaremos si existen los trastornos indicados y en cuanto a las piernas:

— incurvación de concavidad interna
— torsión tibial interna
— torsión tibial externa

CORRESPONDE al 4.º y 5.º APARTADOS el EXAMEN DE LA PELVIS Y LA COLUMNA VERTEBRAL EN ACTITUD BIPEDA. SE COMPROBARA SI EXISTEN:
— HABITOS POSTURALES
— ALTERACION DE LA POSTURA
— SIGNO DE TRENDELEMBURG
— ALTERACION DE LA MARCHA

SE ENTIENDE POR POSTURA a la relación que guardan entre sí los diferentes segmentos del esqueleto, es decir, cuando estos segmentos no se hallan sujetos a tensiones indebidas —lordosis, cifosis, escoliosis.

CORRESPONDE AL 7.º APARTADO EL EXAMEN BIOMETRICO, en BIPEDESTACION, de FRENTE Y DE ESPALDA se hará el examen tratando de averiguar si existen DISMETRIAS O ACORTAMIENTOS de los miembros inferiores de frecuente constatación y muy interesantes de localizar, pues pueden perturbar la estático-dinámica y toda la mecánica del aparato locomotor.

LAS DIFERENTES CAUSAS DE LOS ACORTAMIENTOS exigen distinguir los REALES DE LOS VIRTUALES O APARENTES.

ACORTAMIENTOS REALES. — Pueden afectar a una porción cualquiera del miembro inferior, por lesión arquitectónica del esqueleto cuyo origen puede ser:
— TRAUMATISMOS
— SECUELAS DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS
— LESIONES DEGENERATIVAS O INFECCIOSAS
— LESIONES DEL CARTILAGO DE CONJUNCION
— LESIONES PARALITICAS
— LESIONES DE ORIGEN CONGENITO que son las más importantes
— AMPUTACIONES QUIRURGICAS
— CRECIMIENTO FISIOLOGICO ASIMETRICO en el niño o adolescente
— COXA VALGA Y VARA

ACORTAMIENTOS APARENTES O VIRTUALES. — Se deben a desviaciones OSTEO-

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.
224,— 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.
118,— ptas.

INFAR NATTERMANN

Apartado 400 - Zaragoza Infanta Carlota, 84-88 Barcelona-15

ARTICULARES UNILATERALES O ASIMETRICAS. Las causas más frecuentes son:

— DISTONIAS MUSCULO-LIGAMENTOSAS
— ACTITUDES ANTIALGICAS O FUNCIONALES DE COMPENSACION
— HABITOS POSTURALES
— ACTITUDES VICIOSAS POSTURALES DE COMPENSACIONES A CONSECUENCIA DE pies valgos, varos, equinos, etc. genu-valgum, varum, flexum, etc.

LAS EVALUACIONES DE ESTOS ACORTAMIENTOS a nivel podológico se harán en POSICION ERECTA Y BIPEDESTACION.

EL PACIENTE, de pie y sobre el BANCO PODOLOGICO se estudiarán comparativamente dos puntos anatómicos idénticos y simétricos que generalmente serán la altura de los dos:

— MALEOLOS
— HUECOS POPLITEOS
— PLIEGUES SUBGLUTEOS
— CRESTAS ILIACAS
— HUECOS SACROS

ESTE BALANCE DEL ESQUELETO será facilitado utilizando el cristal BIOMETRICO, cuadriculado y provisto de unos PARAMETROS PREESTABLECIDOS.

UNA RADIOGRAFIA FRONTAL DE LA PELVIS en posición erecta o anatómica nos permitirá evaluar con precisión deseada la oblicuidad o balanceo de la cintura pélvica ofreciéndonos las orientaciones precisas sobre la horizontalidad de la línea sacra, el equilibrio de las vértebras últimas lumbares y el estado articular de las dos coxo-femorales.

SI LA RADIO SE PIDE COMPLETA, telemétrica, es decir que incluya al pie en posición frontal, nos ofrecerá posibilidades de medición a todos los niveles.

EN EL 8.º APARTADO DE LA EXPLORACION PODOLOGICA se analiza el ESTUDIO DE LA MARCHA mediante EXAMEN DINAMICO DE LA MISMA sobre la pista de DUCROQUET.

— EL EXAMEN SE EFECTUARA con los pies y piernas desnudos observando si se dan los 3 tiempos del desarrollo del paso o alguna de sus fases está escamoteada
— SI LA APARICION Y DESAPARICION SUCESIVA DE LAS IMAGENES PLANTARES responde a la progresión dinámica de la marcha
— SI EN LA FASE PLANTIGRADA DE CADA PASO la estabilidad se da en valgo o en varo
— EL GRADO DE ADDUCCION Y DE ABDUCCION DE LOS PIES
— SI EXISTE DIFERENCIA DEL LARGO entre los dos medios-pasos
— SI EXISTE UNA MARCHA FUNCIONAL DE COMPENSACION
— SI EXISTE UNA MARCHA ANTIALGICA.

EL APARTADO 9.º de la EXPLORACION PODOLOGICA COMPORTA:

EL ESTUDIO DEL CALZADO. — Que consistirá en lo anteriormente expuesto teniendo en cuenta sus características fisiológicas que deberán ser:

— VESTIR AL PIE SIN PRESIONAR
— RESPETAR LAS VARIACIONES DE VOLUMEN DURANTE EL DIA
— PERMITIR EL DESARROLLO FISIOLOGICO DEL PASO
— NO PERTURBAR LA ESTATICA DEL APARATO LOCOMOTOR
— PERMITIR UNA NATURAL TRANSPIRACION QUE EVITE SECUELAS FUNGICAS. MICOTICAS Y PARASITARIAS
— LA PLANTILLA DEL ZAPATO SERA FLEXIBLE Y RESISTENTE A LA ABRASION Y AL ROCE
— SU ESPESOR NO SOBREPASARA LOS 10 mm
— SE DEBERAN DESECHAR LOS GROSORES DE MADERA
— SE PREFERIRAN LAS FORMAS REDONDAS A LAS PUNTERAS Y CUADRADAS
— EL CONTRAFUERTE SERA SOLIDO QUE PERMITA ESTABILIZAR EL TALON Y EL RETROPIE MANTENIENDO EL CALCANEO CENTRADO
— DEBERA DISPONER DE CAMBRILLON METALICO QUE PERMITA ASEGURAR EL SOSTENIMIENTO DE LA CURVATURA LONGITUDINAL
— EL TACON PRESENTARA UNA SUPERFICIE DE CONTACTO LO SUFICIENTE ANCHA que asegure la estática del pie
— LA LONGITUD DEL TACON SERA 2/7 de la longitud total del calcáneo
— LA ALTURA en el niño: de 8 a 15 mm.; en la mujer de 4 cm. y en el hombre: de 15 a 20 mm.

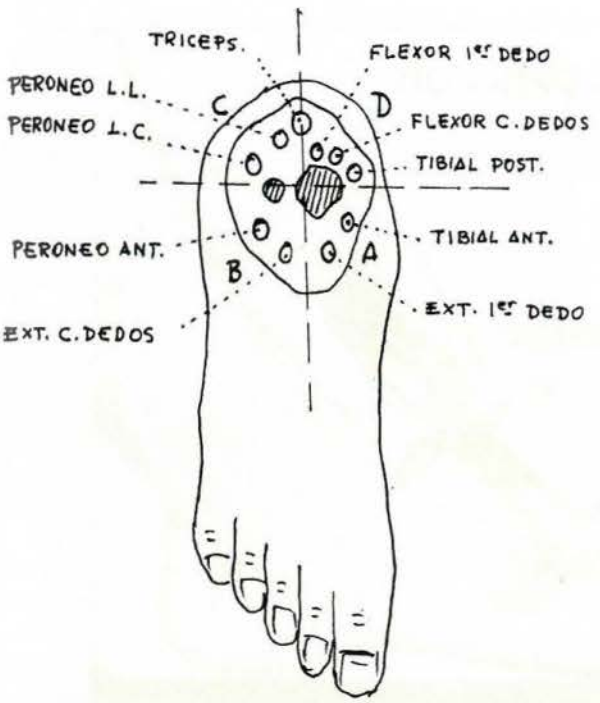
Balance muscular y recuperación del pie valgo

«Extracto de la Ponencia presentada al IX Congreso Nacional de Podología, Salamanca, 1976»

Por MARTIN RUEDA
Podólogo, Barcelona

Dado a que gran número de los pacientes que acuden a nuestras consultas diariamente tienen como anomalía común el valguismo, en sus distintas modalidades, y también a que paralelamente al tratamiento ortopodológico se les acostumbra a instaurar el rehabilitador a base de ciertos ejercicios que ayuden a la recuperación, he elegido este tema, no con la idea de hacer una amplia exposición, que eso nos llevaría largas horas y sacaríamos tal vez pocas conclusiones, sino de intentar esquematizar al máximo con el objeto de sacar el mayor provecho y unificar criterios acerca del tratamiento rehabilitador de esta manifestación clínica del pie.

Antes de entrar en detalles creo interesante recordar que debemos considerar dos tipos de ejercicios: los PREVENTIVOS y los CORRECTIVOS, y que nuestra misión no es acudir al ejercicio estandarizado, sino conocer exactamente qué trastornos musculares se han originado y obrar en consecuencia. El tipo de ejercicio que aconsejaremos dependerá siempre de la afección que el músculo presente, y a ella la forma más rápida y exacta de llegar es mediante un balance muscular, para lo que debemos disponer de unas valoraciones numéricas que nos den el estado de fuerza del músculo. Esta valoración, como creo todos sabemos, comprende desde el cero hasta el cinco, a su vez dividido en dos subgrupos: uno del cero al dos para los músculos no funcionales, y otro del tres al cinco para los funcionales, es decir, para aquellos que pueden imprimir un movimiento al pie vencido 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, hay que descartar primero posibles problemas articulares, como pueden ser anquilosis, procesos artrósicos, traumatismos, etc., movilizando y midiendo la amplitud de cada articulación funcional, y pasar seguidamente a buscar el movimiento puro de cada músculo, ofreciendo una resistencia progresiva si es funcional, o una manipulación pasiva si no es capaz de contraerse por sí mismo, y empezando siempre por el primer músculo que encontremos en la cara dorsal interna del pie (tibial anterior), para continuar circunscribiendo hacia fuera hasta terminar por el último de la cara planta interna, o tibial posterior (Fig. 1). Siguiendo



siempre este orden y actuando de una forma sistemática, nos llevará muy poco tiempo la exploración y en cambio nos dará una fidelidad de diagnóstico difícilmente superable por otros procedimientos usuales.

Si bien es cierto que las alteraciones posturales del pie van a influir sobre el músculo separando o acercando sus puntos de inserción, o provocándole una sobrecarga, también las alteraciones de éste van a influir sobre el equilibrio óseo, al interferir o aumentar los movimientos articulares, aumentando o disminuyendo su amplitud según el estado de contracción, atrofia, parálisis o espasticidad muscular.

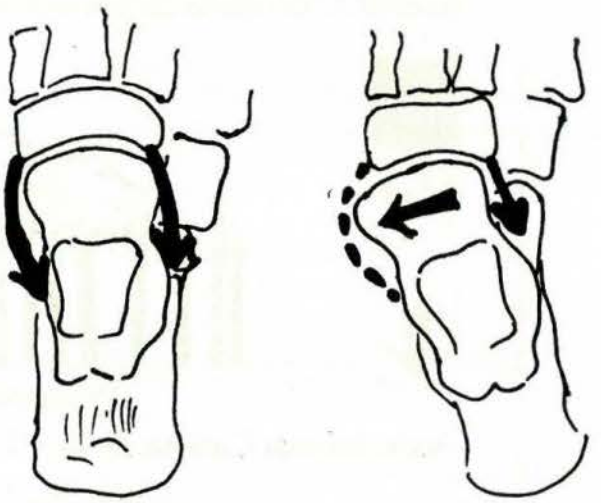
Se han escrito muchos libros de recuperación funcional, unos muy buenos, y otros no tanto, pues tal vez en busca de una explicación a veces demasiado científica, resultan algo oscuros. Yo pienso que en recuperación hay que saber cuatro conceptos básicos, y aplicar siempre la lógica, pues por mucho que se traten de cambiar o desdibujar, con explicaciones más o menos intensas o florituras, siempre seguirán siendo de la misma manera.

Una vez expuestos estos primeros conceptos, quiero pasar al tema principal y motivo de encontrarme entre Vdes., es decir, la RECUPERACION QUE HABITUALMENTE HACEMOS PARA LOS CASOS DE PIES VALGOS, en la Escuela de Podólogos de Barcelona.

Para ello es interesante repasar algo que tal vez resulte pesado, pero que es esencial en el Podólogo actual, que no debe jamás hacer las cosas por rutina, sino sabiendo exactamente sobre qué terreno actúa y en qué condiciones lo encuentra, por eso vamos a dar un breve repaso a las articulaciones funcionales más importantes del pie, empezando lógicamente por las del astrágalo, que por ser el primer hueso del pie, y el que recibe el peso del cuerpo transmitido por la tibia, es el responsable de las alteraciones posturales la mayoría de veces.

El ASTRAGALO (Fig. 2 y 3) se encuentra situado entre una pinza por su parte superior, formada por la tibia y el peroné, lo que normalmente conocemos con el nombre de mortaja tibio-peroneo-astragalina. Esta articulación tiene permitidos los movimientos alrededor de un eje transverso, por tanto hará extensión plantar y flexión dorsal, con una amplitud de unos 50 a 60º. No tiene pues movimientos laterales alrededor de un eje vertical.

Por su parte inferior está apoyado sobre el calcáneo, por medio de una articulación prácticamente plana, y por tanto con escasos movimientos de lateralización o deslizamiento hacia adentro y hacia fuera; y por su parte anterior se articula con el escafoides por medio de una articulación convexa.



tome medidas para sus pies con

Peusek®

desudorante y desodorante

un baño mantiene su eficacia 3 meses

dos productos
para dos problemas que son dos soluciones

ARCANDOL SPRAY

para pies ardientes,
cansados, doloridos.

su aplicación alivia de inmediato

Productos Peusek

Avda. Infanta Carlota, 19-21 * Telf. (93) 239 83 34 * Barcelona-29

consulte a su podólogo. venta en farmacias

Los medios de fijación de estas articulaciones se efectúan a través de potentes ligamentos, por tanto, si éstos mantienen su integridad, el astrágalo no podrá deslizarse y bascular para condicionar el valgo, para lo que debe existir pues un desorden dentro de las articulaciones o sus medios de fijación.

Los ligamentos que sostienen a la tibio-peroneo-astragalina son dos, uno externo y otro interno, también llamados LIGAMENTO LATERAL EXTERNO y LIGAMENTO LATERAL INTERNO O DELTOIDEO. La tibia y el peroné se encuentran unidos a su vez por un LIGAMENTO INTEROSEO que permite una ligera separación entre ambos huesos, manifiesta en la flexión dorsal del pie.

La articulación subastragalina, además de ser prácticamente plana, tiene cuatro potentes ligamentos: LATERAL INTERNO, LATERAL EXTERNO, POSTERIOR; y el anterior que forma el ligamento INTEROSEO, común para las articulaciones astrágalo-calcánea y astrágalo-calcáneo-escafoidea, que está situado profundamente entre los dos huesos, saltando de la ranura calcánea a la astragalina y rellenando por tanto el seno del tarso. Vemos pues que estos dos huesos, funcionalmente, forman casi una sola unidad, y por tanto los movimientos que efectúa el astrágalo serán secundados por el calcáneo.

Por su parte anterior, el astrágalo se articula con el escafoides, y está sujeto a él por medio de: por la parte externa, una rama del LIGAMENTO EN Y; por la superior, la parte anterior del LIGAMENTO DELTOIDEO (haz tibio-astrágalo-escafoideo); por la parte inferior descansa sobre un potente ligamento que tiende a aumentar la cavidad articular y mantiene la aproximación entre el escafoides y el calcáneo, es el LIGAMENTO CALCANEO ESCAFOIDEO PLANTAR, reforzado por tres importantes músculos, guardianes del arco longitudinal interno: tibial posterior, flexor largo del primer dedo y flexor largo común de los dedos.

Normalmente decimos QUE EL VALGO ESTA CONDICIONADO POR LA DESVIACION HACIA FUERA DE LA LINEA DE HELBING Y LA CAIDA Y ROTACION HACIA ADENTRO DE LA CABEZA DEL ASTRAGALO, CON APLANAMIENTO DEL ARCO LONGITUDINAL INTERNO (Fig. 4), pero recordando la mecánica

de estas articulaciones veremos que para que el astrágalo efectúe este movimiento es necesario:

ROTACION Y DIASTASIS MALEOLAR, por tanto cierta laxitud del lig. interóseo para permitir la abertura de la pinza astragalina.

LAXITUD DEL LIGAMENTO CALCANEO ESCAFOIDAL PLANTAR, lo que resta apoyo, a la cabeza del astrágalo al permitir la separación entre escafoides y calcáneo.

LAXITUD DEL LIGAMENTO DELTOIDEO, que permite la vaguización del retropié.

LAXITUD DEL LIGAMENTO INTEROSEO, que permite el movimiento de deslizamiento entre el astrágalo y el calcáneo.

LAXITUD DE LOS LIGAMENTOS PLANTARES, que permiten la separación entre el pilar posterior y anterior de la bóveda plantar.

PIEDRO

OFRECE AL PODOLOGO:

cuatro distintos anchos
cuatro tipos distintos de suela

- **100 % cuero crupón marca-royal**
- **palmilla entresuela cuero y bloque de composición controlada**
- **íd., íd., íd. y crepé superior virgen**
- **100 % cuero crupón reforzado**

tres tipos distintos de tacón **(recto, estilo Thomas y recto con estabilización central)**

dos tipos de hormas (normal y recta)

ochenta distintos modelos y siempre:

Máxima sujeción de empeine y retropié
Espacio para el movimiento de dedos
Máxima calidad de materiales
Espacio para el crecimiento
Máxima indeformabilidad

PIEDRO INTERNATIONAL
En España

J. L. Vila-Plana
Conde Borrell, 211 - prta. 33
teléfono 93/239 53 06
Barcelona-29
telegramas: KIRITA-Barcelona
exposición: Conde Borrell, 87
(rogamos hagan cita)

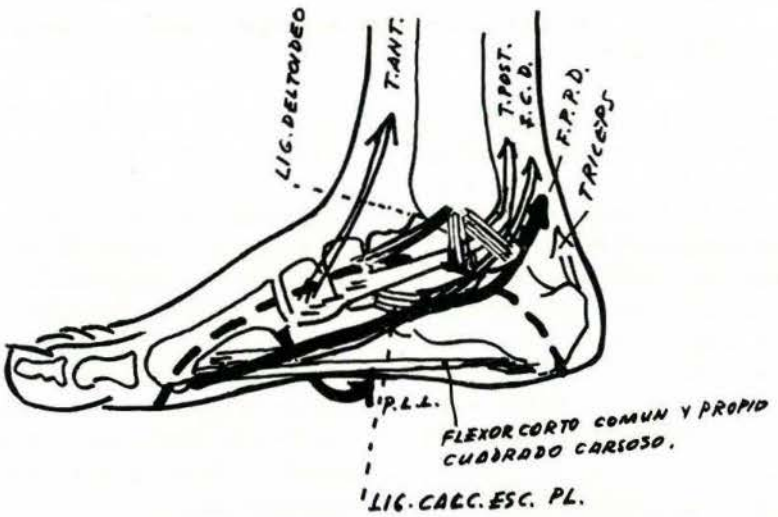
PIEDRO

Todo esto trae como consecuencia que el astrágalo soporte todo el peso del cuerpo, que el calcáneo se valguice, arrastrando también al cuboides, y que el pie se coloque en pronación, lo cual modifica las funciones musculares así:

Al fallar los ligamentos DELTOIDEO Y CALCANEO ESCAFOIDEO PLANTAR, se SOBRECARGAN LOS MUSCULOS SUPINADORES y guardianes del arco long. interno (tibial posterior, flexores largos, abductor primer dedo, cuadrado de Silvio y flexor corto) (Fig. 5).

Entonces estos músculos tratan de restablecer la arquitectura del pie y traccionan. Pero por otro lado tenemos los músculos pronadores, o antagonistas, que lo hacen en sentido inverso. Se establecen así dos fuerzas antagónicas: A y B.

Si A es mayor, como la parte anterior del pie está libre, en lugar de restablecer el arco, lo que hace es arrastrar el antepié en ADDUCCION Y SUPINACION, colocándolo por tanto hacia adentro. Esto ocasiona la posición del pie EN VALGO CON ANTEPIE ADDUCTUS VARO.



Si por el contrario B es mayor, los pronadores (peroneos anterior, corto, y largo y extensor común de los dedos) (Fig. 6), arrastrarán del antepié hacia fuera, colocándolo en ABDUCCION Y PRONACION, apareciendo entonces todo el pie pronado, en forma de ángulo con vértice en escafoides.

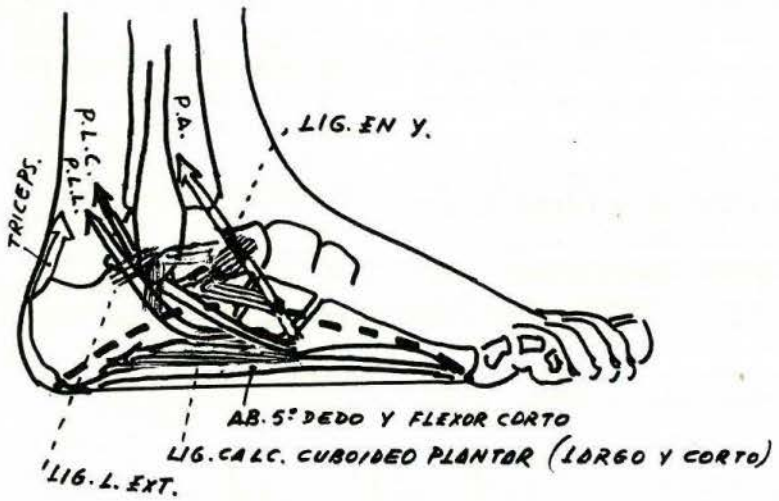
Viendo estas modificaciones no nos será difícil aplicar un tratamiento, que será básicamente con plantilla que restablezca la posición fisiológica del pie. Entonces nos encontramos con dos problemas:

1. Al corregir el valgo, el antepié queda supinado, y el primer radio óseo desprendido del suelo. Ello es debido a que se ha modificado la tracción entre tibial anterior y peroneo lateral largo, además de los problemas ligamentosos que la posición anterior haya podido ocasionar.
2. El pie queda muchas veces sin ángulo de flexión dorsal, pues el enderezamiento de la línea de HELBING modifica la distancia entre los puntos de inserción del tríceps.

Estos problemas se resolverán:

1. Con EJERCICIOS CONTRARRESISTENCIA DE PERONEO LATERAL LARGO, para procurar la rotación del antepié hacia fuera y la fijación del primer meta. contra el suelo.
2. Ejercicios de relajación forzada del tríceps ya sean manuales o mediante aparatos. Hay que tener una precaución: si hacemos subir por el plano inclinado al paciente con el objeto de elongar el tríceps, veremos que:

En lugar de conseguir el propósito que buscamos, aumenta el valguismo, la caída del astrágalo se hace más manifiesta, y en lugar de elongar el tríceps, sobrecar-



gamos al ligamento calcáneo escafoideo plantar y a los músculos flexores largos y tibial posterior. Por tanto, se hará subir el plano con la plantilla colocada, o bien haciendo un plano en forma de V invertida, para que la inclinación de los lados nos haga de cuña supinadora y nos impida el valgo.

Además de estos ejercicios se harán a los músculos que resulten perjudicados, previo balance muscular.

Creo, pues que no tendremos problemas al prescribir un tratamiento rehabilitador, siempre que tengamos presente la acción muscular individual. Así, podemos considerar al pie como un VECTOR resultante de la acción sobre él de fuerzas antagónicas. Para que este vector cambie su dirección es necesario que una de las fuerzas sea arrastrada por la que actúa en sentido opuesto, es decir, pierda potencia. Para equilibrar el vector jamás daremos más fuerza a la vencedora, sino a la débil. Pues igual haremos en el pie, cuando aparezca una hipertrofia de un músculo o grupo muscular, nuestra misión será tratar de hipertrofiar al antagonista mediante ejercicios contra resistencia, para que en la justa medida en que vaya adquiriendo mayor potencia, tienda a equilibrarse con su opuesto, al cual le haremos ejercicios de relajación y por tanto sin resistencia.

Siempre el ejercicio debe ir precedido de un masaje o preparación de la zona, con lo cual aumentamos el aporte sanguíneo arterial, favorecemos la circulación venosa de retorno y la linfática, eliminando por tanto sustancias tóxicas resultantes de la combustión celular, es decir, procuramos en el músculo su «puesta a punto» a través de la hiperemia, la oxigenación y la sedación.

Ya, para finalizar, sólo me resta decirles que la recuperación funcional, bien dirigida y aplicada, es un arma eficaz con la que cuenta el podólogo actual, ya sea como tratamiento básico unas veces, y auxiliador otras, pero también mal aplicada resulta un enemigo fatal dentro del tratamiento de las alteraciones posturales del pie, por lo que consideramos indispensable no sólo examinar al pie en sus distintas posiciones de sedestación, bipedestación y marcha, sino hacer una exploración primero articular y después muscular, de cuyo resultado nos vendrá dado el tipo de ejercicio que nos interese.

Tratamiento por cauterización química de la verruga plantar

Por JOSE FAUS CUNAT
Podólogo - Valencia.

AGENTE. ACIDO SALICILICO
Modo de acción. Maceración y exfoliación.
Potencia y grado de acción. Reacción inflamatoria, ligera y suave.
Preparación. Pomada: 40 al 60 %

AGENTE. ACIDO LACTICO SALICILICO
Modo de acción. Maceración y exfoliación.
Potencia y grado de acción. Suave. Lenta.
Preparación: Pomada. 25 % Láctico; 25 % Salicílico; 50 % Lanolina.

AGENTE. ACIDO GLACIAL ACETICO
Modo de acción. Oxidación.
Potencia y grado de acción. Muy suave. Lenta.
Preparación. Cristales. Solución saturada.

AGENTE. ACIDO PIROGALICO
Modo de acción. Oxidación.
Potencia y grado de acción. Ligeramente irritante. Moderadamente rápida.
Preparación. Pomada 50 %

AGENTE. FENOL
Modo de acción. Oxidación.
Potencia y grado de acción.
Potencia y grado de acción. Oxidación.
Precipitación de proteínas o necrosis.
Fuertemente irritante.
Moderadamente rápida.
Preparación. Solución en agua del 80 al 89 %

AGENTE. ACIDO MONOCLORACETICO
Modo de acción. Hidrolisis de las proteínas.
Potencia y grado de acción. Fuertemente irritante con acusada inflamación. Rápida.
Preparación. Cristales. Solución saturada.

AGENTE. ACIDO TRICLOROACETICO
Modo de acción. Precipita después de la hidrolisis de las proteínas.
Potencia y grado de acción. Fuerte pero menos doloroso que el ácido monocloroacético.
Rápido pero ligeramente más lento que el ácido monocloroacético.
Preparación. Cristales. Solución saturada.

AGENTE. ACIDO NITRICO
Modo de acción. Oxidación.
Potencia y grado de acción. Fuertemente irritante.
Preparación. Solución el 70 %

AGENTE. ACIDO SULFURICO
No utilizado hoy en día.

AGENTE. HIDROXIDO SODICO
Modo de acción. Deshidratación.
Potencia y grado de acción. Altamente irritante. Moderadamente rápida.
Preparación. Solución saturada.

AGENTE. HIDROXIDO POTASICO

Modo de acción. Deshidratación.

Potencia y grado de acción. Altamente irritante con mucho dolor. Moderadamente rápida.

Preparación. Solución saturada.

AGENTE. NITRATO DE PLATA

Modo de acción. Combina la albúmina y el cloro en la piel, produciendo causticidad.

Potencia y grado de acción. Antiséptico. Astringente. Irritante (depende de la concentración). Cáustico.

Preparación. Solución sobre 25% En forma de toques, 75 al 95%

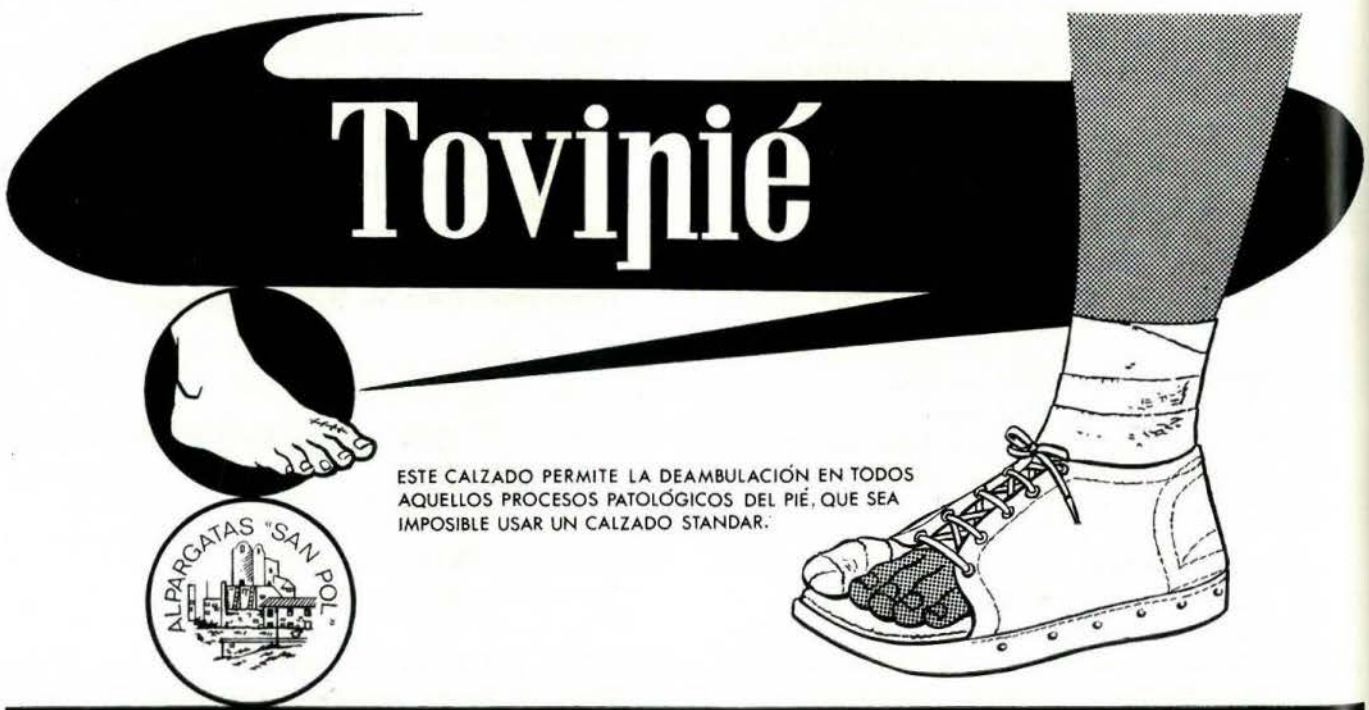
AGENTE. FORMALDEHIDO

Modo de acción. Deshidratación.

Potencia y grado de acción. Antiséptico. Astringente. Cáustico (depende de la concentración).

Preparación. Solución, 3 al 5%

REF. 92: SUELA DE GOMA ● PISO DE MADERA CON PLANTILLA ACOLCHADA



FABRICADO POR TOMAS VIDAL - SANT POL DE MAR (BARCELONA)

TELEF. 760 05 64

Ejercicios musculares activos contra resistencia de los músculos tibial anterior y tibial posterior

Por DOMINGO BEJIGA GARRIGA
Podólogo - Vilasar de Mar

Antes de pasar a detallar dichos ejercicios, efectuaremos un recuerdo anatómico y funcional de estos 2 músculos.

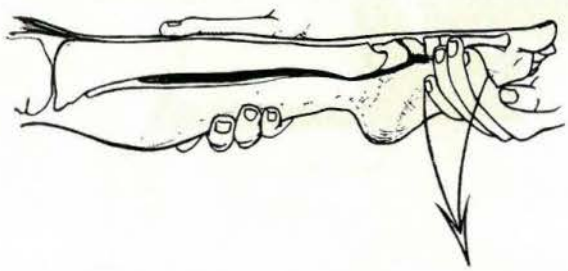
MUSCULO TIBIAL POSTERIOR

Origen: Membrana interósea tibio-peronea y los 2/3 proximales de la superficie interna del peroné.

Insercción: Tuberosidad del escafoides principalmente.

Inervación: N. Tibial L4, 5 y S1.

Acción: "*Supinación del retropié*" y flexión plantar de la articulación del tobillo.



M. Tibial posterior

Prueba: Para efectuar su valoración el paciente debe estar en posición supina, el pie en flexión plantar y rotación externa con los dedos en posición neutra. La mano del examinador efectuará como es lógico un movimiento de acción contraria a la del músculo, esto es, pronación y flexión dorsal del pie. Si durante el examen el paciente para contrarrestar nuestra acción se ve obligado a efectuar la flexión plantar de los dedos, nos evidenciará claramente la debilidad del mismo.

MUSCULO TIBIAL ANTERIOR

Origen: Meseta tibial externa y mitad proximal de la superficie externa de la tibia.

Insercción: Superficie interna y plantar de la 1.ª cuña y del 1er. metatarsiano.

Inervación: N. Peroneo L4, 5 y S1.

Acción: Supinación del antepié y flexión dorsal del pie.

M. Tibial anterior

NUEVO

Sillón eléctrico Mod. STARLINE

ELEGANCIA DE LINEA — FUNCIONALIDAD Y UTILIDAD EN EL DISEÑO — ROBUSTEZ — PERFECTO ACABADO

Mod. 1

Mod. 4

PRECIOS Y CONDICIONES EXCEPCIONALES

SERVICIO TECNICO GARANTIZADO EN TODA ESPAÑA POR EL SERVICIO POSVENTA SUDENTA, S. A.

SOLICITE AMPLIA INFORMACION SIN COMPROMISO A:

sudenta, s. a.

Rda. San Antonio, 98, Pral.
Barcelona-11 - Telfs. 318 95 66 - 318 96 16

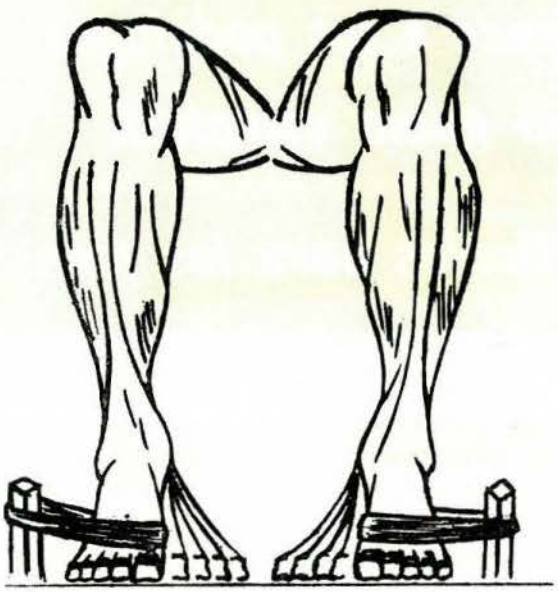
DEPARTAMENTO PODOLOGIA

Espoz y Mina, 7
Madrid-12 - Telfs. 221 40 44 - 222 45 69

Prueba: Para efectuar su valoración el paciente estará en decúbito supino si no hay retracción del músculo triceps, y si es que existiera cierto equinismo o sea retracción de dicho músculo, la posición del paciente será la de sedente con lo que conseguimos que no trabajen los gemelos. Durante la prueba el 1er. dedo debe estar en flexión plantar para que de esta forma ejecute una acción pura sin la ayuda del extensor del 1er. dedo.

EJERCICIOS ACTIVOS CONTRA RESISTENCIA PARA EL DESARROLLO DEL MUSCULO *"TIBIAL POSTERIOR"*

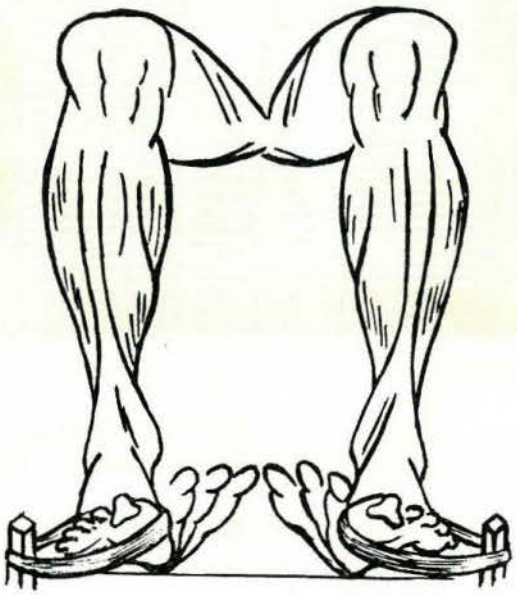
En primer lugar debemos de proveernos de un par de trozos de goma elástica ancha de unos 30 cms. de longitud cada una, cosidas por sus extremos, con lo que obtendremos lo más parecido a unas ligas sujeta medias, de estas que usan en ciertos momentos, o mejor dicho usaban las señoras, ya que actualmente el uso indiscriminado del llamado "panty" ha hecho que ya



casi no se vean. Dicho ejercicio se puede efectuar tal como indica el dibujo adjunto, de la siguiente forma: sentados, por ejemplo en la cama, colocaremos las 2 gomas elásticas, una en cada pata de una silla situada delante e introduciremos el antepié en cada una de ellas, pudiendo entonces iniciar el ejercicio que consiste sencillamente en aproximar entre sí ambos antepiés *"sin que estos pierdan contacto con el suelo en ningún momento"*, esto es importantísimo. Los movimientos se deben efectuar lentamente y se ha de vencer una resistencia que está en función de la elasticidad de la goma y del número de veces que diariamente hagamos realizar al paciente dicho ejercicio.

EJERCICIOS ACTIVOS CONTRA RESISTENCIA PARA EL DESARROLLO DEL *"MUSCULO TIBIAL ANTERIOR"*

La posición del paciente para efectuar dicho ejercicio es la misma descrita para el músculo Tibial Posterior, la maniobra también es igual, con tan sólo la variante que durante la aproximación de los antepiés *"estos se despegan pro-*



gresivamente del suelo", manteniendo durante el movimiento los dedos flexionados para evitar con ello el ejercitar el extensor propio del 1er. dedo si es que ello no nos interesa.

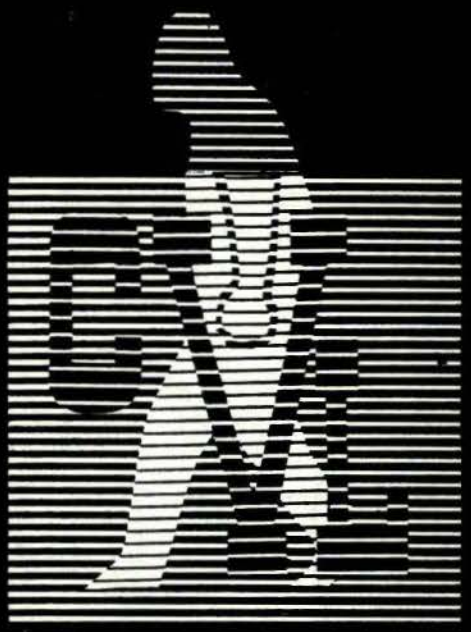
constantino velasco laínz

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. Gimo.)
Tel. 257 76 05. — BARCELONA-9

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

TEORIA DEL DOLOR

Por FERNANDO MUÑOZ CAMPOS
Podólogo (Málaga)

Esa sensación desagradable anormal que llamamos dolor, es producida por los nervios de la sensibilidad común. Este estado, generalmente se asigna a la terminación de los filetes nerviosos libres correspondientes. Las excitaciones dolorosas son transmitidas al sistema nervioso central a través de los cordones nerviosos sensibles con inclusión de los nervios vegetativos, y seguidamente tomamos conciencia de tales excitaciones en determinadas estructuras cerebrales.

El dolor es una manifestación causal. Es sintomático de ciertas enfermedades de componente general, como por otra parte, de localización por su comportamiento regional.

A veces, no puede precisarse a punto fijo dónde reside el dolor; y otras, se atribuye a un punto donde no existe ninguna excitación anormal, es decir, a aquellas terminaciones nerviosas cuyos puntos sanos están distantes de la verdadera excitación anormal. La percepción del dolor varía según sea la índole e intensidad de la causa excitadora, como asimismo, de las circunstancias individuales para resistirse al mismo que mencionaremos más adelante. También varía, según sea el estado de conductibilidad del nervio correspondiente, pudiendo llegar a ser nulo el dolor pese a que exista evidente causa: esto sucede cuando ese nervio sensitivo está paralizado por degeneración o está cortado o abolido su funcionalismo por anestesia, el histerismo o el hipnotismo. Ello no implica, que al mismo tiempo pueda percibirse el dolor proveniente de otras regiones, cuya corriente nerviosa no esté interrumpida. Un ejemplo, lo demuestra la falta de sensibilidad (anestesia) por lesión causada en un punto determinado del cerebro o de la médula y por el contrario, no existir esa falta de sensibilidad en los nervios que nacen en otros puntos del cerebro y de la médula. Además pueden estar afectos los filetes nerviosos sensitivos de un órgano y no estarlo los filetes nerviosos motores y a la inversa.

Generalmente, las excitaciones nerviosas dolorosas pueden ser debidas a causa mecánica (compresión), física (frío, calor, electricidad), orgánica (inflamación) y cuyos tres casos manifiestan el dolor sintomático. Cuando se trata de un determinado nervio (neuralgia) se considera la esencia del dolor mismo.

No todos los tejidos son igualmente sensibles al dolor, pues mientras los huesos son casi insensibles, el periostio es muy sensible. La piel má sensible que el músculo y así, sucesivamente, podríamos descubrir estas diferenciaciones en los demás órganos de la economía.

Si clasificamos los dolores en «local» y «excéntricos», diremos que el «local» como su nombre indica, se manifiesta en la parte afecta. De los «excéntricos» están: el «irradiado» que se prolonga más allá del punto afecto. «El reflejo» cuya sensación al correr por el nervio hacia la médula y el cerebro, impresiona a otro nervio cercano y entonces el cerebro atribuye el dolor al sitio u órgano en que termina este nervio o a la región de ambos nervios. Pongamos por ejemplo, el comienzo infectivo de un heloma duro implantado en el tercer dedo del pie, el dolor se siente a veces, no en el mismo dedo sino en el segundo o cuarto o bien en los tres dedos a la vez. Por añadidura, citemos el «sim-

pático» que teniendo asiento en un órgano determinado, despierta dolor en otro que está en relaciones nerviosas íntimas aunque sea distante, tal ocurre con los cólicos ventrales a consecuencia de la frialdad de los pies.

Como caso curioso e impresionante, menciono el «dolor fantasma» cuya sensación, aparece a través de nervios seccionados en miembros que por haber sido amputados, ya no existen, como ocurre con la mano y el pie.

El dolor, a diferencia de las demás impresiones sensoriales, añade directamente al yo del sujeto, el sufrimiento, que puede presentar todos los grados; desde el malestar apenas perceptible, hasta la tortura destructora. El dolor impone al afectado como reacción corporal, cierta postura anímica, la cual, puede ejercer una influencia decisiva sobre la vivencia del dolor. Por otro lado, la intensidad del sufrimiento depende en gran parte: 1.º De la importancia que dé el afectado al dolor; 2.º Del grado con que viva el dolor; 3.º De la mayor o menor atención que se le preste al hecho. De lo cual, deduciremos que el grado con que se manifieste el dolor, no sólo dependerá de la causa material que lo produzca sino que también podrá estar determinado por la actitud que adoptemos frente al dolor. Un afectado que tenga personalidad humana cuyos rasgos sean, fuerza de voluntad, energía, resistencia y actividad, serán más que suficientes para soportar el dolor. Lógicamente un dolor muy intenso, puede llegar a vencer la resistencia activa antagónica de dichos rasgos e incluso, como dijo Plebner «el hombre sin defensa alguna queda replegado sobre su propio cuerpo». Sin embargo, el gran médico Strümpell es mucho más optimista cuando dice: «el dolor, ese gran atormentador de los seres vivientes, sirve al mismo tiempo para conservar la vida de manera insustituible. Hay que considerarlo por tanto, como benéfico para los seres vivientes».

BIBLIOGRAFIA

Prof. F. Hoff. — Rev. Propharmacon. 74/2
Pimullier. Dic.
Rev. X. s/r.

SERRA-FARGAS, S. A.

BARCELONA-1 — Plaza Castilla, 3
Tel. 301 83 00

DENTALITE, S. A.

MADRID-8 — San Bernardo, 74
Tel. 232 02 88

«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.

Obtención de moldes para pie valgo

Por EVARISTO RODRIGUEZ VALVERDE
Podólogo - Barcelona

Señalaremos con lápiz copiativo justamente por detrás de las cabezas metatarsales, escafoides y los puntos que creamos necesarios retener. Aplicaremos la férula, una vez humedecida, sobre el dorso de los dedos; a continuación la iremos adaptando a lo largo de la planta del pie en sentido distal-proximal y mismo tiempo por los laterales, una vez que se llega al talón se adaptará a éste por detrás y el pliegue lateral resultante se doblará hacia adelante por debajo de los maléolos, continuando el alisado hasta que quede una superficie bien fina. Al mismo tiempo iniciaremos las correcciones, lógicamente antes del fraguado, para mantenerlas mientras dure éste.

Las correcciones a realizar consistirán en las siguientes maniobras: Si se trata de un pie izquierdo, colocaremos el pulgar de la mano derecha por debajo de los dedos excepto del primero, acto seguido desprenderemos la férula del dorso de los dedos, de manera que esta doblez quede en el mismo sentido que el pie (o sea hacia su borde distal) con el índice y corazón desplazaremos sobre el dorso del pie a nivel de las cabezas metatarsales, presionaremos con el pulpejo de éstos sobre la cabeza del 1.º M.T.T. al mismo tiempo que colocamos el resto de los dedos en dorsiflexión. Esta maniobra tiene como objeto el acentuar el abovedado del arco longitudinal interno y corregir la supinación del antepié en caso de que ésta se manifieste.

Con la mano izquierda corregiremos la posición en valgo del retropieó (talón), para ello nos valdremos de la siguiente posición: El dedo pulgar presionará sobre el escafoides, con la palma de la mano abarcaremos por detrás del talón y con el resto de los dedos ejerceremos presión sobre el borde lateral externo de éste, por debajo de maléolos aproximadamente al eje sagital del cuerpo, de manera que queden en el mismo plano los tres puntos de apoyo o de sustentación del pie: cabeza del 1.º M.T.T. y talón. Al mismo tiempo la alineación pie pierna debe quedar completamente restablecida, quedando en ángulo recto.

Una vez fraguado el molde tiraremos de la piel del dorso y laterales del pie, suavemente hasta conseguir que se desprende éste, una vez conseguido colocaremos los dos pulgares de nuestras manos por debajo de ambos maléolos del pie y el resto de los dedos por detrás del talón, ejerciendo palanca sobre los maléolos en dirección plantar y con el resto de los dedos en dirección distal.

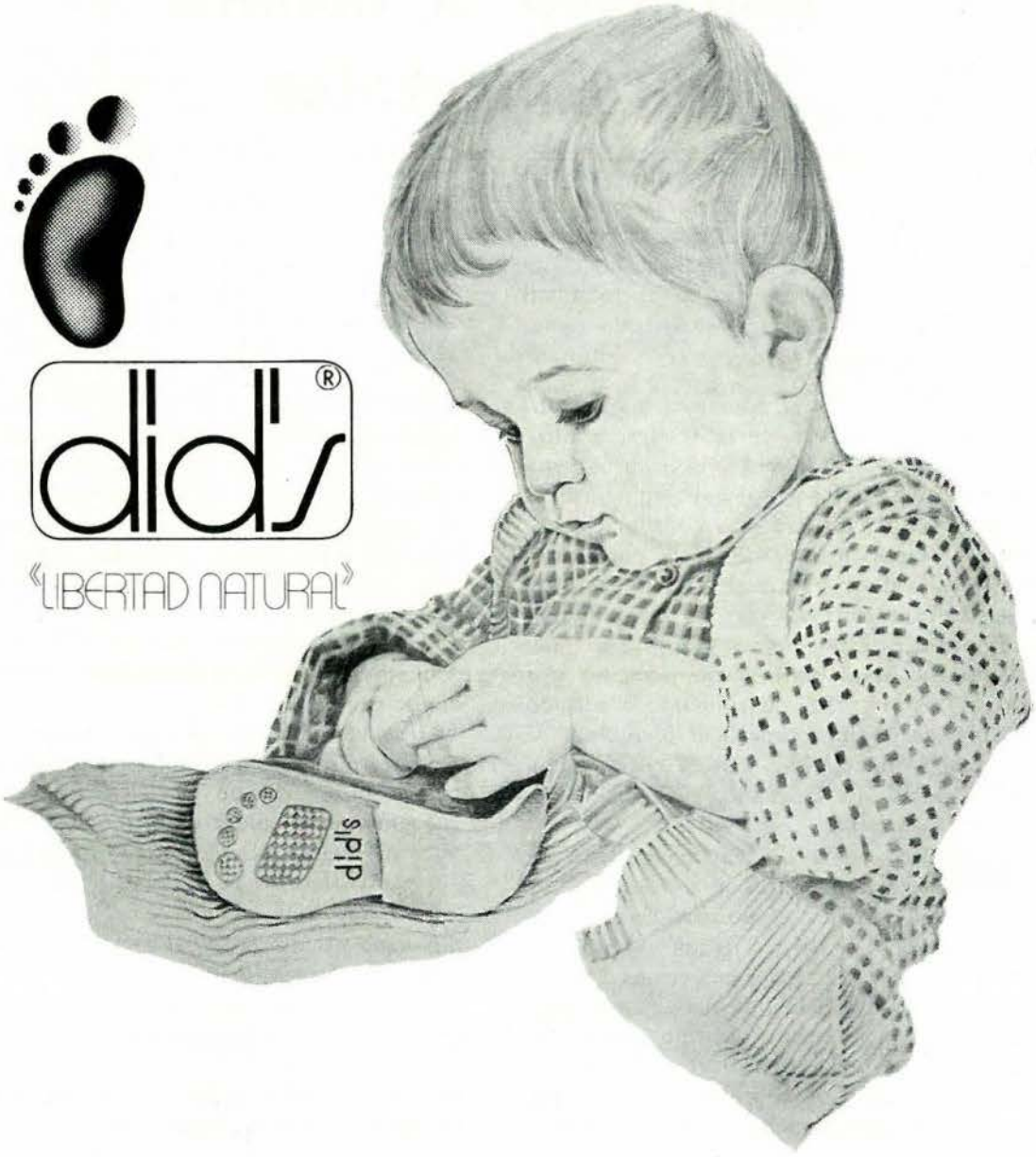
Una vez extraído el molde si lo requiere se procederá a su estabilización, si a pesar de la corrección realizada persistiere una ligera desviación en valgo de la línea de Helbing, ejerceremos la corrección de ésta colocando los dedos índice de nuestras manos, el uno sobre el borde póstero-lateral externo del talón y el otro sobre la cabeza del 1.º M.T.T., ejerciendo presión sobre el primero hasta conseguir su corrección, lo cual conseguiremos sin deformar el molde, gracias a la presión en sentido plantar que ejercemos a nivel de la cabeza del 1.º M.T.T.

En caso de observar una desviación de la línea de Helbing en varo procederemos de ma-

EL NUEVO CALZADO INFANTIL

did's®

"LIBERTAD NATURAL"



BARO/VICENTE

ZAPATOS INFANTILES PARA EL NATURAL CRECIMIENTO DEL PIE

OFICINA CENTRAL: Av. Blondel, 40-42. Tel. 973 - 23 80 65. LERIDA

nera inversa a la detallada anteriormente, es decir presionando sobre el borde póstero-lateral interno del talón y cabeza del 5.º M.T.T. En los casos en que nos interese asimismo realizar una descarga, la conseguiremos sujetando el molde con las dos manos de manera que por el interior del negativo nuestros pulgares sostengan y eviten la deformación que pueda derivarse de la presión que ejercerán al mismo tiempo los dedos corazón de nuestras manos externamente y por detrás de la o las cabezas metatarsales.

En los casos en que coexista metatarso aducto-varo, al mismo tiempo que ejercemos las correcciones descritas anteriormente, simultaneamos la corrección de escafoides con la de una presión correctora que ejercemos con el mismo dedo a lo largo del 5.º M.T.T. con objeto de elevar éste, con lo cual conseguiremos al mismo tiempo la corrección del valgo y así mismo del metatarso aducto-varo.

NOTA. — En la mayoría de los casos el metarso aducto-varo es consecutivo al pie valgo como compensación a éste (acercamiento al eje sagital del cuerpo). La relación pie pierna será siempre en ángulo recto.

PLANTILLA ORTOPEDICA ELASTICA «FERRIZ»

Medalla de Plata en el X Salón Internacional de Bruselas

JAEN

Fábrica y oficinas:

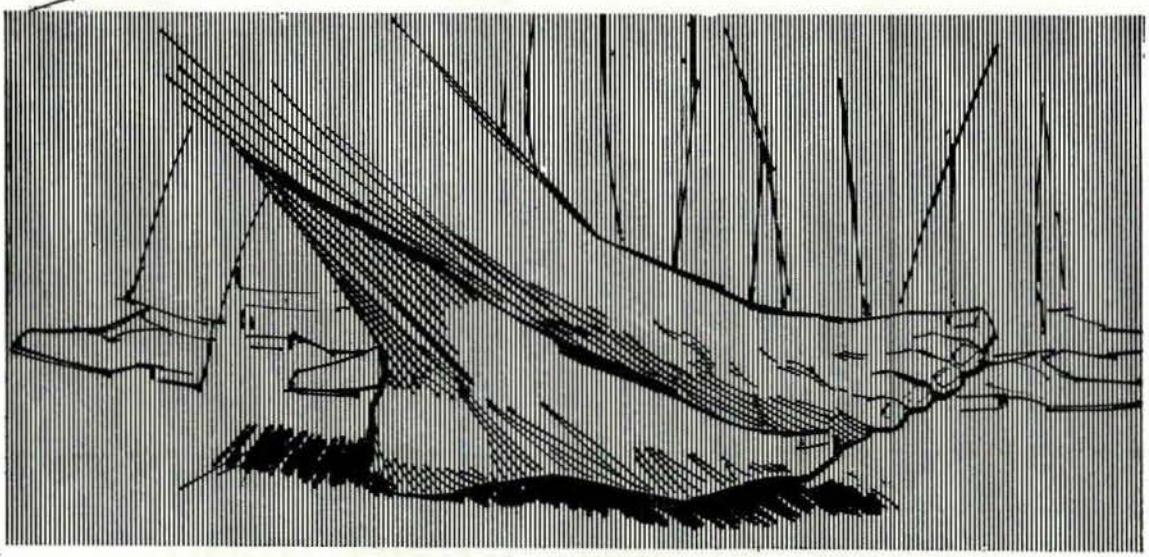
Arrastradero, 8 - Teléfono 22 33 92

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

¡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

MADAUS CERAFARM, S.A.

Pujol, 22 - Tel. 211 91 12 - Barcelona-6. Cristóbal Bordiu, 35 - Tel. 254 64 44 - Madrid-3. Perez Galdós, 95 - Tel.326 33 76 Valencia-8.

Historia Natural del pie humano

Por PABLO VILATÓ, Podólogo
Conferencia a beneficio de Medicus Mundi en la Delegación de la Agrupación de Podólogos de España de Zaragoza y Barcelona

I — *GENERALIDADES DE ANTROPOLOGIA*

En la actualidad, han sido descartadas rotundamente las teorías que se mantuvieron por algunos hace ya algunas décadas de que el hombre procediera según la raza de troncos de animales diferentes. Tres troncos principales sostenían estas polémicas teorías. Uno para la raza blanca, otro para la negra, y por último otro para la amarilla.

Hoy está admitido absolutamente por todos los antropólogos que todos los hombres proceden de un tronco común. Sea cual sea su situación geográfica, su raza, y esto ha pasado a ser una verdad tan convincente como la forma aproximadamente redonda de la Tierra.

Por muy halagüeños que sean por su semejanza con los monos las teorías darwinianas podemos considerar a estos animales en todo caso como unos parientes lejanos colaterales pero no como progenitores del Hombre.

Los Primates quedan definidos como animales superiores de mayor evolución y perfección anatomo-fisiológicas. Los Primates se dividen en Simios (monos), Prosimios (Lemoideos, hoy desaparecidos), Homoideos (Hombres). Pero no todos los Homoides existen en la actualidad, pues solamente se ha conservado el Homo Sapiens que constituye la humanidad entera en sus tres razas principales, blanca, negra y amarilla.

Las características principales que diferencian el Hombre del mono son tan importantes que de por si solas los definen. El Hombre ha llegado a unos grados tan elevados de evolución que hasta ahora no ha podido llegar ningún animal a ellos, aunque a veces nos sorprenda la laboriosidad, por ejemplo, de las abejas.

Estas características principales del Hombre podrían quedar sintetizadas en los puntos siguientes:

1.º) Lenguaje articulado
2.º) Posición erecta y marcha bípeda esencial
3.º) Gran diferencia entre los pies y las manos
4.º) Curvatura en «S» de la columna vertebral adaptada a la posición bípeda.

Las diferencias más notorias del Hombre con los monos son:

1.º) El cráneo del mono es dolicocefálico, o sea muy alargado el eje ántero-posterior; por el contrario, el cráneo del Hombre es braquicefálico o sea más corto el eje ántero-posterior dando al cráneo un aspecto más redondo.
2.º) La cara del mono se halla proyectada hacia delante a consecuencia del alargamiento de la mandíbula inferior, la sínfisis del hueso malar es oblicua de delante a atrás. En el Hombre, la cara se extiende verticalmente y la sínfisis del hueso malar es vertical.
3.º) En el mono el arco superciliar constituido por el borde frontal no tiene solución de continuidad, es muy proeminente, presentando la forma de visera.

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.
132,– ptas.

INFAR NATTERMANN

Apartado 400 – Zaragoza
Infanta Carlota, 84-88
Barcelona-15

En el Hombre los arcos superciliares son dos: uno para cada ojo.

4.º) Las extremidades superiores en el mono son mucho más alargadas que en el Hombre ya que en éste no sobrepasan del tercio superior del fémur.

5.º) La columna vertebral que, en el Hombre, como ya se ha dicho, presenta una curvatura en «S», en el mono es convexa en su cara posterior adaptada a la marcha cuadrúpeda.

6.º) El pie del mono es prensil y en el Hombre no.

7.º) Las caderas en el Hombre están abiertas en la forma de pala en el mono son estrechas y el eje longitudinal de los huesos ilíacos son paralelos al eje de la columna vertebral.

El Homo Sapiens no aparece hasta la Era Cuaternaria. De esta época se descubre la existencia de utensilios como son las hachas de piedra y grabados sobre este material. El Homo Sapiens de la época no difería en lo esencial del Hombre actual, pudiendo constatar sus sentimientos artísticos por las obras que realizaban.

La vida se inició en el agua. La evolución de los animales se produciría como en los vegetales en orden de organismos más simples, unicelulares hasta los más complejos. Así aparecieron antes los invertebrados, después los vertebrados y antes los peces que los animales de vida aérea, pasando por los intermedios que podían vivir en el agua o en la tierra con respiración branquial o sea los anfibios.

Las aletas de los peces es la forma más precoz de extremidades y el origen sin dudas de todas las extremidades de toda criatura de la naturaleza. «La función crea el órgano». Así las extremidades de los animales evolucionarían adaptándose y adquiriendo la forma necesaria para la función encomendada. En las aves se transformaron en alas o bien incluso desaparecieron como en las serpientes.

Los anfibios poseían cuatro extremidades que terminaban en manos y pies provistos de cinco dedos. Los Primates conservaron en manos y pies los cinco dedos, mientras que otros animales perdieron el número inicial de dedos y así vemos cómo el gato y el perro sólo tienen tres dedos y el caballo anda sobre la falange del dedo medio. En consecuencia, el pie de los Primates sufrió menos transformación a partir de los anfibios que los otros animales.

Los monos tienen esencialmente una marcha arbórea, sus largos brazos les permiten propulsarse de rama en rama. El Hombre, el Homídeo, progenitor del Homo Sapiens, es posible que tuviera también una translación arbórea. El hecho del sincronismo del movimiento pendular de sus brazos durante la marcha normal explicaría un recuerdo neurológico de esta translación arbórea.

II. *EVOLUCION DEL PIE HUMANO*

Cuando el Hombre descendió de los árboles para andar sobre la tierra firme, se produjeron transformaciones en sus pies importantes.

1.º) La adaptación plantígrada modificó considerablemente el tarso porsterior y así se hicieron más robustos el astrágalo, calcáneo y cuboides. Se hicieron más cortos y en especial el hueso calcáneo que adquirió una consistencia de bloque pasando de su posición horizontal a la oblicua para constituir el pilar posterior del abovedado plantar.

2.º) Fue entonces cuando la planta del pie adquirió su forma arqueada. Esta condición arqueada es exclusiva del ser humano y común a todas las razas que la poseen en mayor o menor grado.

3.º) La región metatarsiana y los dedos contrariamente al tarso sufrieron una regresión, se debilitaron y se hicieron más cortos, a excepción del primer metatarsiano y su correspondiente dedo que se desarrolló más que en los otros Primates.

4.º) El primer dedo pasó del varismo, disposición propia de los pies prensiles como los monos y el eje del primer segmento dígito-metatarsal se hizo paralelo a los otros dedos. Es curioso observar cómo este primer dedo que en el Hombre está hipertrofiado, en las otras especies está atrofiado o en vías de desaparición.

5.º) El pie pasó de ser un órgano prensil a ser un brazo de palanca que le permite elevar el cuerpo y propulsarlo hacia adelante. Así se comprenderá que los músculos gemelos que son el motor principal de la flexión plantar constituya esa voluminosa masa carnosa de la pantorrilla, si se compara con las delgadas piernas de un gorila, por ejemplo.

6.º) En el curso del proceso de la evolución,

Podólogos:

Calzados Blasi les ofrece su establecimiento especializado en zapatos para señora y niño que precisen plantillas ortopédicas.
Siempre a su disposición con las mejores marcas.

MANITOS ORTHO

PIEDRO

Taberner

Blasi

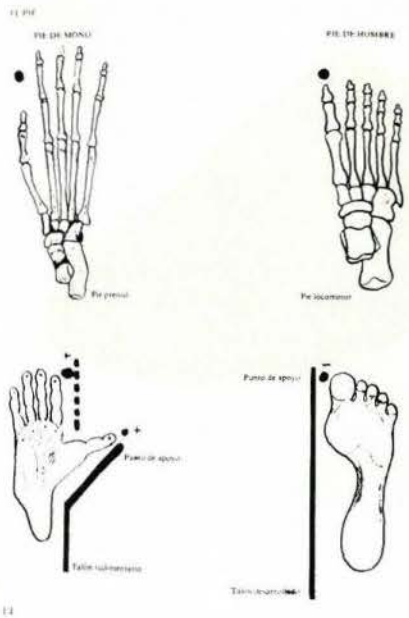
Calzados Blasi
Mariano Cubi, 2 Tel. 218 54 95
Barcelona-6

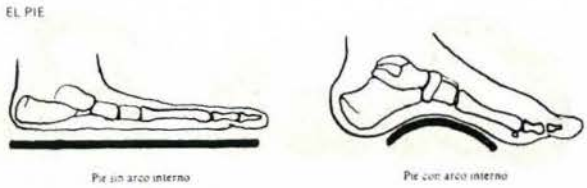
el eje lonitudinal del pie que en un principio, transcurrió por la línea media, se desplazó a la línea que hoy conocemos con el nombre de línea Mayer y que como se sabe pasa por el eje del segundo metatarsiano y su correspondiente dedo.

7.º) Probablemente el pie del Homoideo al igual que el pie del mono, y del pie del feto humano se encontraba en marcada supinación, al adaptarse sobre el terreno firme se produjo el movimiento de pronación hasta llegar a normalizarse la consabida línea de Helbing.

III. *LA DIFICIL ESTATICA DE LA BIPEDESTRACION*

En este capítulo entraría aquí la consideración de los datos biométricos en los que no nos vamos a entretener demasiado, pero sí brevemente diremos que si analizamos la longitud de un pie y la comparamos con la talla estatuaria del individuo, pronto nos daremos cuenta que las dimensiones de las peanas del Hombre no son físicamente suficientes para mantener erguido verticalmente a su cuerpo. Un Hombre que tenga una talla de 1,75 a 1,80 m. no rebasaría mucho la longitud de su pie a los 27,5 cm. de longitud que corresponden al número 42 de calzado. Este hecho explicaría lo frágil que es la conservación del abovedado





Pie sin arco interno — Pie con arco interno

plantar así como los trastornos tan frecuentes de la estática del pie.

La patología en relación con el esfuerzo obligado por la posición erecta, no sólo se manifiesta a nivel del pie sino que también en otras zonas del organismo, eptosis gástrica, varices, escoliosis o sifosis vertebral, geno valgo, etc.

En ciertas ocasiones, en que tenemos que extremar nuestras condiciones de equilibrio se recurre instintivamente a la posición del cuadrúpedo por ejemplo, al pasar por un puente estrecho y sin barandilla, llevamos las manos sobre la superficie del suelo. El preandante con frecuencia, anda a «cuatro patas».

La posición erecta del Hombre sólo es posible merced a unos complicados mecanismos entre los cuales el más importante es el tono muscular, acto éste reflejo, que permite ese estado de semicontracción de los músculos, que se alterna ora unos, ora otros, según las exigencias en cada momento dependiente de la actitud postural, actuando sobre nuestro esqueleto como las cuerdas de las marionetas.

IV. *DISFUNCION DEL PIE*

El pie por su origen prensil posee los mismos músculos que la mano, esto se hace evidente cuando un electromélico se ve obligado a servirse de los pies como manos, estos seres son capaces de producir verdaderas obras artísticas o escribir con sus pies. La falta del ejercicio en los músculos especialmente intrínsecos del pie que se halla encarcelado dentro del calzado trae consigo la consiguiente atrofia, origen de los dedos en martillo, hallux valgus, dedos en garra y una cadena de etcéteras.

V. *PATOLOGIA POR PRIMITIVISMO*

Existe una patología del pie que podríamos llamar de retorno al primitivismo. Los americanos consideran el hallux valgus como consecuencia del primus metatarsus varus que co-

César Puig

FABRICA DE CALZADOS INFANTILES TERAPEUTICOS

- Zapatos fisiológicos.
- Calzado profiláctico.
- Zapatos ortopédicos con simple modificación de elementos normales (tacón thomas para varo y valgo), tipo Lowet, etc.
- Hormas correctoras, 2 anchos.
- Horma invertida.
- Diferentes modelos para la colocación de férulas.

TODOS LOS FABRICADOS SON CON MATERIALES DE LEGITIMO CUERO VACUNO DEL PAIS.

Colón, 14
Tel. (977) 60 01 42
VALLS
TARRAGONA - ESPAÑA

locaría el primer dedo en oponencia como en el pie prensil. El pie plano sería en el caso de congénito un pie ancestral. La hipertrofia del segundo metatarsiano en el caso de atavismo del primer segmento digitometatarsal devuelve a este segundo metatarsiano la función que tenía en el pie primitivo.

VI. *EVOLUCION DEL PIE FETAL*

El pie del feto pasa por una serie de estados comparables a los diferentes grados de la escala animal, desde los seres más simples hasta los más complejos.

Las extremidades inferiores empiezan a desarrollarse a partir de la 3.ª semana de gestación, los miembros superiores preceden a los inferiores. Alrededor de la 6.ª semana, pueden apreciarse los tres segmentos de las extremidades inferiores: muslo, pierna y pie, empieza a dibujarse la prominencia dorsal del pie y el primer dedo. Las uñas aparecen al 3er. mes y están colocadas en los extremos de los dedos, para situarse después en la cara dorsal de las falanges distales. En un principio, los pies están extendidos formando un mismo plano con la pierna, como las aletas de los peces y el dedo gordo situado en la parte interna, posteriormente, el pie gira sobre su eje quedando situado el primer dedo en la parte externa, que sucesivamente, se producirá un nuevo giro del pie para quedar definitivamente el dedo gordo en la parte interna. En los últimos tiempos del embarazo, el pie se acoda formando un ángulo con la pierna hasta llegar próximo a los 90°, durante la mayor parte de la gestación el pie permanece supinado, o sea las dos plantas encaradas, incluso puede observarse en el momento del nacimiento aún en estado normal un cierto grado de supinación, que poco a poco se va reduciendo en un movimiento de pronación que le permitirá al niño alrededor de los 12 meses colocar las plantas paralelamente al plano del suelo en el momento de iniciar la deambulación autónoma.

Los diferentes pies zambos: pie plano, supinatus, equinovaro, talo, etc. se explicarían por la detención durante la gestación en una de las posiciones del pie del feto.

La forma arqueada del pie en ocasiones puede ya visualizarse en el momento del nacimiento en los individuos delgados pero generalmente el tejido adiposo de la planta del pie del recién nacido la oculta, pero si se practica una radiografía, se hace evidente.

VII. *CONCLUSION*

Terminemos diciendo que si el que no conoce la Historia no puede conocer a los pueblos así, nosotros creemos también que para conocer la patología del pie habría que conocer a fondo la filogenética del mismo.

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

LABOR DE LAS DELEGACIONES

BARCELONA

El 16 de marzo el Dr. Muiños, Traumatólogo de la Residencia Infantil de la Ciudad Sanitaria Fco. Franco, nos expuso, en una brillante conferencia, diferentes casos de anomalías congénitas en relación con las extremidades inferiores, así como un estupendo estudio del desarrollo embriológico para detectar las malformaciones ya desde el estado fetal. Demostró un gran interés por todo lo relacionado con la Podología y los tratamientos ortopédicos. Fue muy animado el capítulo de preguntas.

° ° °

En el mes de abril nuestro compañero Miguel Vila Borrás nos obsequió con un magnífico estudio sobre el calzado, sus condiciones, cualidades y alteraciones, lo que provoca el uso de zapatos inadecuados a la fisiología del pie.

° ° °

En el mes de mayo nos visitó de nuevo nuestro amigo el neurólogo infantil Dr. Royo Sanz, con el tema "Miopatías y neuropatías infantiles", de gran valor profesional para nosotros, por la importancia que representa el poder establecer un diagnóstico previo de dichos cuadros clínicos.

Asimismo, en el mes de mayo, aprovechando su estancia en la Escuela de Barcelona, el compañero M. Bernard, de París, tuvo la gentileza de obsequiarnos con una charla sobre las alteraciones que se presentan en las marathones atléticas, en referencia con la marathon París-Estrasburgo, con 535 kms. que recorren los participantes en cuatro días y cuatro noches sin descanso y de la cual es el encargado de los problemas podológicos que se presentan en el transcurso de la misma. Vimos, a través de innumerables diapositivas, como se presentan las quemaduras de I grado (Flictenas), hasta los grandes problemas micóticos que se van presentando conforme aumenta el desarrollo de dicha marathon.

Son de destacar las soluciones desarrolladas, así como el estudio bacteriológico de las micosis, que ellos mismos llevan a cabo.

° ° °

Se ha iniciado el ciclo de conferencias dedicado a la Tercera Edad, en distintas Asociaciones de Vecinos y Centros Sociales, en las que han participado:

Los estudiantes Andrés Rueda, Torres, Gil, Couso y Reig en los centros sociales de San Paciano, Badalona y San Felipe Neri.

Los compañeros Capella, Ayuso y Bernadó en el Centro Social de la Parroquia del Port.

Los compañeros Evaristo Rodríguez, Sergio Bonamusa y el estudiante José M.ª Terradell en la Asociación de Vecinos Badal-Brasil.

Dichas conferencias fueron acompañadas de proyección de diapositivas y hubo un intenso coloquio en todos los temas tratados. Se aprecia en estas charlas un gran interés y una gran aceptación del Podólogo como parte integrante de la sociedad y de la Medicina.

° ° °

Los interesados en participar en estas charlas, que próximamente se ampliarán a Asociaciones de Vecinos y de Padres de Alumnos, pueden ponerse en contacto con la Agrupación de Podología, los miércoles a partir de las 22,30 horas.

MAFRE
Instruments

FRESCO®

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

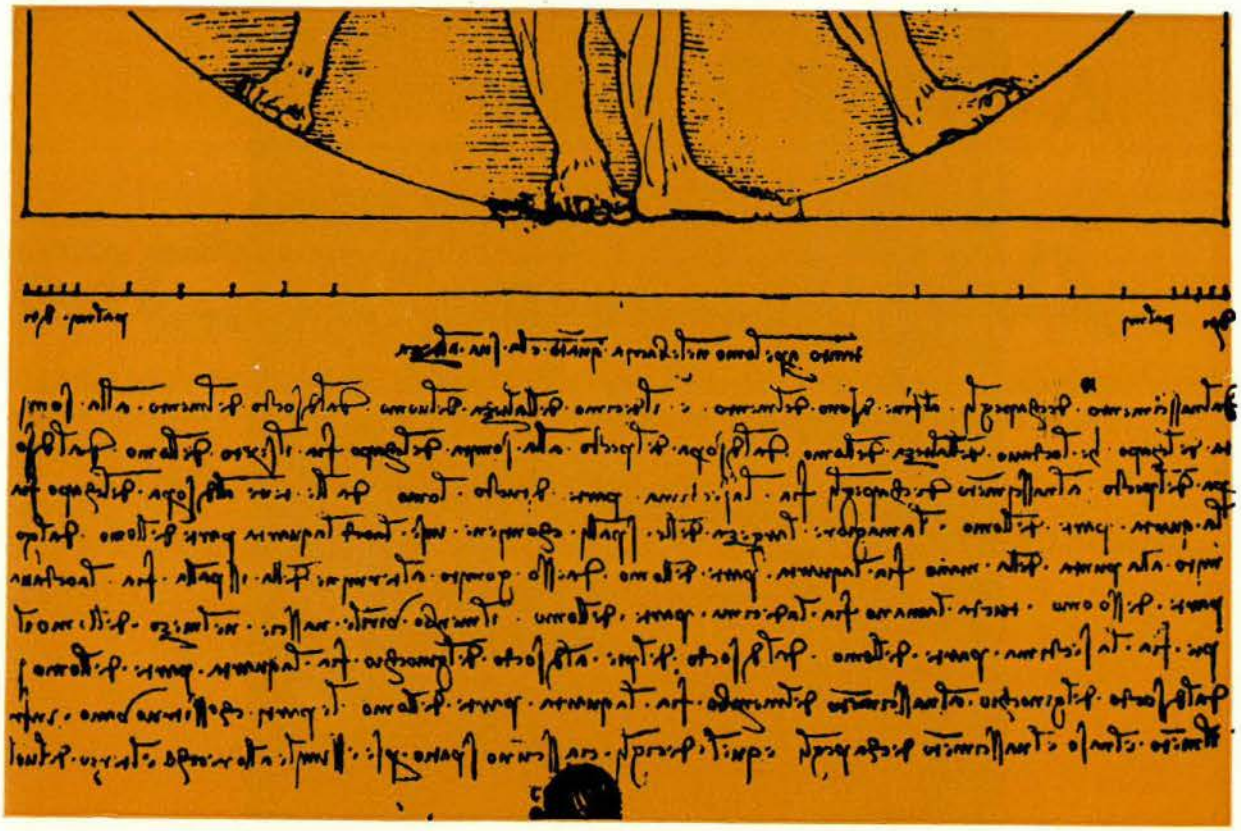
VIOLETA DE GENCIANA
ACIDO NITRICO
PERCLORURO FERRICO

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
PLANCHAS DE PLEXIDUR «O»
PLANCHAS DE PLEXIDUR «T»

Motores con eje flexible
LECHE DE LATEX
SERRIN PARA PODIASIN
MASCARILLAS
EQUIPO PODOLOGIA - Metálicos y de madera forrada
FRESAS DIAMANTADAS

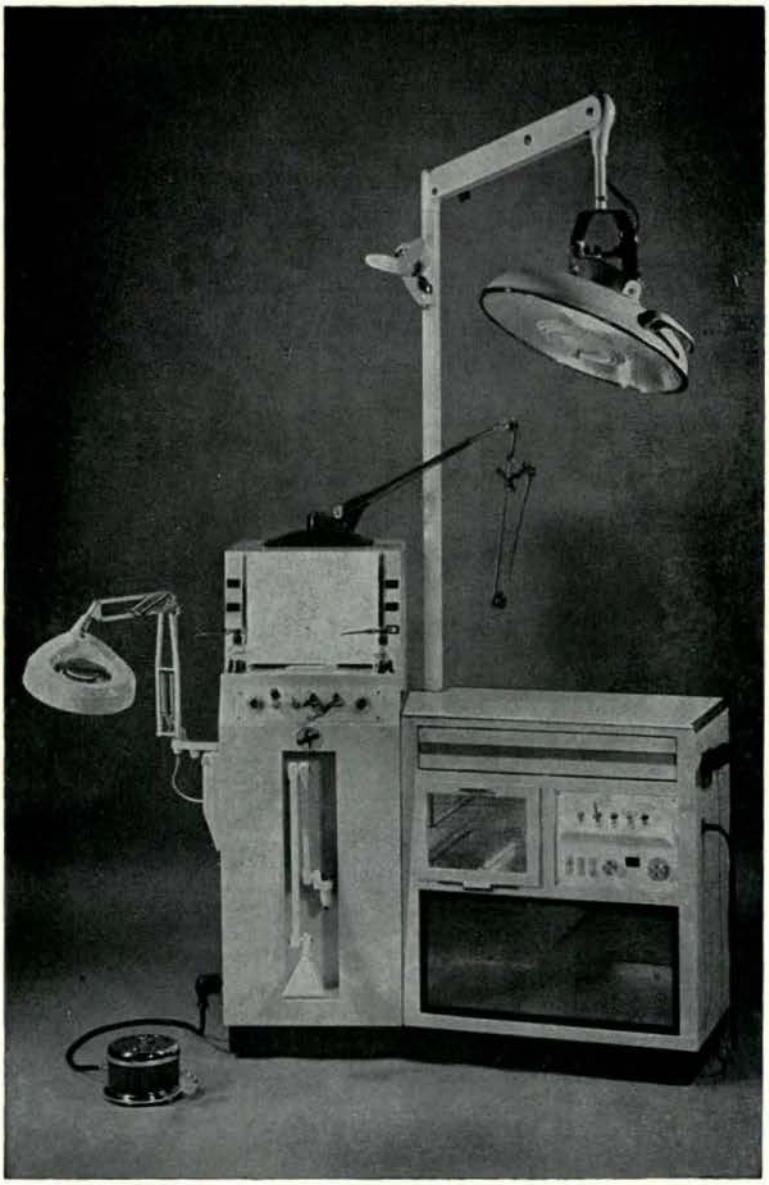
... y todo lo que Ud. desee puede encontrarlo con solo hacer la consulta



REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

A. P. E. Julio-Agosto

n.° 64 1978



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.°, 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.°, 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

3 Junta de Gobierno

5 Editorial

7 XI Congreso Nacional de Podología

11 Luxaciones y fracturas del pie (IV)

15 Ultima técnica de corrección de la uña incarnada

17 Curso para postgraduados sobre técnicas podológicas

19 Recuerdo Anatómico y Funcional

21 Charla podológica

30 Transtornos sudorales del pie

35 Avances en Podología

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 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

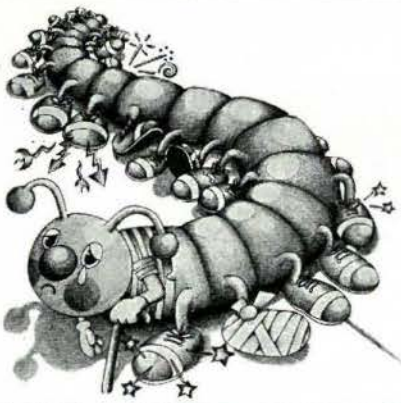
Presidente Nacional	D. LEONARDO ESCACHS CLARIANA	Barcelona
Vice-Presidente 1.°	D. ZACARIAS GARCIA ANDRES	Madrid
Vice-Presidente 2.°	D. ISAIAS DEL MORAL CEJALVO	Valencia
Secretario General	D. JOSE A. CALVO GARCIA	Zaragoza
Vice-Secretario	D. FRANCISCO FARRERAS MORCILLO	Barcelona
Tesorero	D. MANUEL GAVIN BARCELO	Barcelona
Contador	D. LUIS AYCART VIJUESCA	Madrid
Vocal	D. JOSE OLCINA MORALES	Alicante
Vocal	D. JUAN VIDAN TORRES	Santiago de Compostela
Vocal	D. LUIS INCHAURRONDO	Irún
Vocal	D. JOSE M.ª BAEZ BASAURI	Bilbao
Vocal	D. FCO. MORAN VENTURA	Las Palmas G. Canaria

DELEGADO DE ZONA

D. Juan Vidán Torres. Preguntoiro, 10. SANTIAGO DE COMPOSTELA.
D. Isaías del Moral Roberto. 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.°. MALAGA.
D. Juan José Araolaza. Fermín Calbetón, 4. EIBAR.
D. José Sánchez Luna. Avda. Cataluña, 24. ZARAGOZA.
D. Evaristo Rodríguez Valverde. Córcega, 505. BARCELONA.

DELEGADOS PROVINCIALES

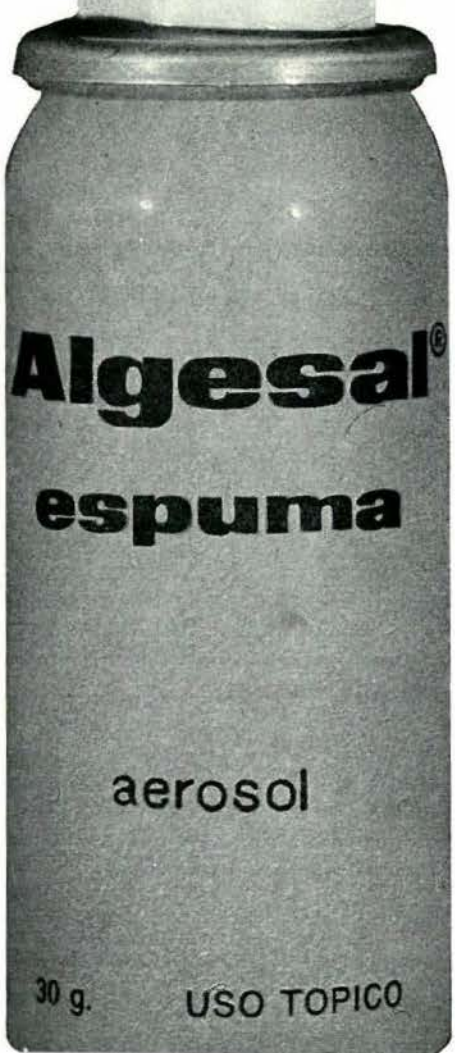
ALAVA: **D. Julio Crespo.**
ALBACETE: **D. Luis Juan Navarro.**
ALICANTE: **D. José Ochoa Morales.**
ALMERIA: **D. Esteban de Haro.**
ASTURIAS: **D. José Luis Alonso Alvarez.**
BADAJOZ: **D. José Villafaina de la Cruz.**
BARCELONA: **D. Evaristo Rodríguez Valverde.**
BILBAO: **D. Pedro M.ª Galardi.**
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.**
HUESCA: **Delegado de Zaragoza.**
JAEN: **Víctor Nieto Molina.**
LA CORUÑA: **D. Francisco de la Cruz.**
LAS PALMAS: **D. Francisco Morán Ventura.**
LEON: **D. Luis Pascua San Miguel.**
LERIDA: **D. Alfredo Puchol.**
LOGROÑO: **D. Vicente Alvarez.**
LUGO: Sin Delegado Provincial.
MALAGA: **D. José Godoy.**
MADRID: **D. Mariano Rodríguez Esteban.**
MELILLA: **D. Fernando Bosch Palós.**
MURCIA: Sin Delegado Provincial.
ORENSE: **D. Elisardo Bralo Rego.**
PALENCIA: **D. Damián Porro Villarroel.**
PALMA DE MALLORCA: **D. Juan B. Brines.**
PAMPLONA: **D. Javier Gallo.**
SALAMANCA: **D. Antonio Basas Encinas.**
SANTANDER: Su Delegado Provincial.
SAN SEBASTIAN: **Sebastián Tenés Iturriza.**
STA. CRUZ DE TENERIFE: **D. Armenio Méndez.**
SEGOVIA: **D. Francisco García Rodríguez.**
SEVILLA: **José Cañero Ramos.**
SORIA: Sin Delegado Provincial.
VALENCIA: **D. Angel Sanchiz Cortina.**
VALLADOLID: **D. Alfonso Domínguez Milán.**
ZAMORA: **D. Juan J. Miguel Barrios.**
ZARAGOZA: **D. José A. Calvo García.**



cuando aprieta el dolor...

Algesal®
espuma

espuma antirreumática, analgésica, antiinflamatoria



COMPOSICION: Laurilsulfato de nopoxamina, 10 mg.; Salicilato de dietilamina, 100 mg.; Excipiente c.s.p. 1 gr. de emulsión.

INDICACIONES: Terapia percutánea del dolor local, dolores reumáticos, articulares y musculares, torceduras, tortícolis, lumbago y otros de parecida naturaleza.

POSOLOGIA Y MODO DE EMPLEO: Apliquese varias veces al día una cantidad suficiente de espuma según la extensión de la zona dolorosa, practicando una suave fricción hasta su completa absorción.

EFECTOS SECUNDARIOS: Hasta el momento no se han observado.

CONTRAINDICACIONES: No se aplicará sobre heridas abiertas ni mucosas.

PRESENTACION Y P.V.P.: Envase con

KALICHEMIE ARZNEIMITTEL

KALIFARMA, S.A.
Apartado 12.068 - BARCELONA - Tel. 239 29 07
Madrid. Tel. 276 92 76 - Sevilla. Tel. 21 39 22

EDITORIAL

Hasta ahora el marco jurídico sobre el cual tomaba su desarrollo la enseñanza, titulación y ejercicio profesional de las distintas especialidades médicas estaba esencialmente constituido al amparo de la ley de 20 de junio de 1955. Así, hemos pasado un largo lapso de tiempo en el cual la forma en que se obtenían los diferentes títulos de especialidades médicas no satisfacían ni al Estado, ni a la Universidad, ni tan siquiera al propio interesado, situación ésta que se ha ido palpando a lo largo de estos años y que ha sido plenamente captada en la Comisión para la Reforma Sanitaria.

Los nuevos cauces por los que en lo sucesivo ha de desarrollarse la medicina requieren una modificación muy a fondo de todas las Especialidades médicas (recientemente se han incrementado en número hasta llegar a más de cuarenta), así como la creación de unas carreras universitarias de rango inferior, pero con unos conocimientos teórico prácticos a la altura de las exigencias, ya que las nuevas técnicas de diagnóstico y tratamiento se han ido desarrollando de una forma tan espectacular, que requieren la existencia de unos profesionales no médicos capacitados plenamente para su ejecución, y en otros aspectos, unos profesionales médicos con una formación básica diferente según el marco en que posteriormente se vaya a desarrollar su actuación profesional.

Una especialidad viene dada en función de unos conocimientos y unos métodos de diagnóstico y tratamiento que la hacen diferente a las demás, así como de la existencia de un personal específico, con un campo propio, si bien en relación con otros especialistas, pero con dedicación a la patología y estudio de un determinado órgano o función.

Este es justamente el caso de la Podología: campo definido, métodos de diagnóstico y tratamiento no empleados por otro profesional, dedicación plena y absoluta a un solo órgano: EL PIE, y la no necesidad de estudiar medicina para su ejercicio, lo prueban más que suficiente.

Yo pregunto, quién hasta ahora se había preocupado de la salud del pie, quién se había preocupado de la formación de unos profesionales capaces, quién ha elevado el nivel de la Podología en nuestro país, quienes son los podólogos en otros países? Sólo encuentro una respuesta: el Podólogo, y la Agrupación a nivel nacional; y profesiones independientes en todo el mundo. Así lo entendemos todos, así lo entiende el Gobierno y así lo necesita la sociedad y la nueva Reorganización y Reestructura Sanitaria Nacional. No se puede ignorar la figura del podólogo en los diferentes estamentos sanitarios, porque sencillamente, es

imprescindible. Sería vergonzoso para un país democrático, el contemplar como hombres que han dedicado años de su vida a impulsar una profesión, pudiesen verla ahora devorada por otras de actividades académicas divergentes y que además nunca hicieron nada por impulsar algo que la exigencia social y el progreso de la medicina han hecho intangible: el cuidado y tratamiento de las afecciones de los pies.

Los momentos son ahora decisivos. Sin darnos cuenta estamos siendo protagonistas de una etapa histórica trascendental. De nuestra actuación va a depender mañana la realidad social, por eso nosotros no podemos hacernos sordos a la llamada de la Asociación, que ahora nos requiere para dar en Madrid el do de nuestra existencia, bajo la mirada de altos cargos de la vida política, y muy posiblemente de S. M. el Rey.

Hemos pasado unos años ajetreados sin tregua y en primera línea pero ha valido la pena, pues tal como se han ido desarrollando las cosas, podríamos tener pronto, el premio a nuestros desasosiegos. Nuestra meta ha sido clara y concisa, no hemos interferido con nadie, ni quitado nada a nadie, no hemos pedido nada que no haya sido nuestro derecho por propio y por Ley y así esperamos lo entiendan las Autoridades Sanitarias y Docentes, por eso anhelamos en Madrid celebrar algo más que un Congreso.

No te obligamos porque no podemos hacerlo, pero sí te pedimos tu valiosa colaboración y presencia.

MARTIN RUEDA

XI CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA

AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

Madrid del 12 al 15 de octubre de 1978

Querido amigo y compañero:

Este primer contacto es para comunicarte que el próximo Congreso Nacional está proyectado como sabes celebrarse en Madrid los días 12, 13, 14 y 15 de octubre del año en curso.

Esta Comisión Organizadora hace una llamada general a todos los Podólogos:

1.º) A los interesados en mandar alguna ponencia que será bien recibida;
2.º) A todos los congresistas con el fin de que puedan acomodar su tiempo libre para estas fechas.

El lugar donde se celebrará dicho Congreso, será el HOTEL CONVENCION sito en la calle O'Donnell n.º 53, Madrid-19, Tel. 274 68 00.

La Comisión Científica seleccionará entre todas las ponencias recibidas las diez más apropiadas, para ello es imprescindible que obren en nuestro poder antes del día 25 de septiembre próximo.

El tema del Congreso es: LA PODOLOGIA COMO NECESIDAD SOCIAL.

Las ponencias se ceñirán a los siguientes temas:

1.º) Estudio estadístico de los problemas Podológicos en las diferentes edades y sexo.
2.º) Profilaxis del pie infantil.
3.º) La Podología en Geriatría.
4.º) Problemas Podológicos en la medicina; La Educación Física y Deportes.
5.º) Problemas Podológicos en el campo laboral.
6.º) Problemas de la Papilomatosis en la sociedad actual.
7.º) Diferentes tratamientos del Papiloma.
8.º) Alteraciones del aparato locomotor como consecuencia de las afecciones y deformidades de los pies.
9.º) La Osteocondrosis en Podología.
10.º) Problemas de la arquitectura ósea por uso y abuso de plantillas.

Igualmente serán seleccionadas tantas comunicaciones libres como nos permita la programación.

De interés para la Podología.

Esta Comisión Organizadora ha solicitado a S.M. el Rey Don Juan Carlos I, se digne aceptar la Presidencia de Honor de este Congreso.

Con tal motivo asista S.M. o delegue en otra personalidad, habrá gran afluencia de personalidades. Por ello hemos pensado presentar un stand-museo, con una completa exposición de trabajos que abarque todo nuestro campo profesional. Momento ideal para mostrar la labor que estamos realizando y demostrar la necesidad del podólogo en la sociedad actual.

Los trabajos que mandeis serán expuestos con el nombre del interesado. En estos trabajos hemos de cuidar el detalle y la elegancia. Pueden estar compuestos de fotografías seriadas, escayolas, siliconas, etc... También se pueden mostrar técnicas e instrumental fruto de nuestra capacidad investigadora impuesto por la necesidad y la ausencia de investigación oficial. También se puede exponer libros y todo aquello que sirva para una mayor comprensión de nuestro trabajo.

Relación de hoteles donde se ha previsto la reserva de plazas:

HOTEL CONVENCION. — 4 Estrellas.
Calle O'Donnell n.º 53, Madrid-9. Tel. 274 68 00
Precio habitación doble diaria: 1.850 pesetas sin desayuno.
Precio habitación sencilla diaria: 1.300 pesetas sin desayuno.

César Puig

FABRICA DE CALZADOS INFANTILES TERAPEUTICOS

- Zapatos fisiológicos.
- Calzado profiláctico.
- Zapatos ortopédicos con simple modificación de elementos normales (tacón thomas para varo y valgo), tipo Lowet, etc.
- Hormas correctoras, 2 anchos.
- Horma invertida.
- Diferentes modelos para la colocación de férulas.

TODOS LOS FABRICADOS SON CON MATERIALES DE LEGITIMO CUERO VACUNO DEL PAIS.

Colón, 14
Tel. (977) 60 01 42
VALLS
TARRAGONA - ESPAÑA

HOTEL CLARIDGE. — 3 Estrellas.

Plaza del Conde de Casals n.º 3, Madrid-7. Teléfono 251 94 00.

Precio habitación doble diaria: 1.820 pesetas con desayuno.

Precio habitación sencilla diaria: 1.010 pesetas con desayuno.

HOTEL COLON. — 4 Estrellas.

Calle Dr. Esquerdo n.º 117 y 119, Madrid-7. Teléfonos 273 59 00 y 273 08 00.

Precio habitación doble diaria: 1.960 pesetas con desayuno.

Precio habitación sencilla diaria: 1.295 pesetas con desayuno.

HOTEL RESIDENCIA AGUMAR. — 4 Estrellas

Paseo Reina María Cristina n.º 7, Madrid-7. Teléfono 225 69 00.

Precio habitación doble diaria: 1.850 pesetas sin desayuno.

Precio habitación sencilla diaria: 1.300 pesetas sin desayuno.

Desde el momento del recibo de la presente podeis reservar habitación en los hoteles mencionados, llamando directamente y si teneis cualquier problema al respecto dirigiros al compañero Don Ricardo Becerro de Bengoa al Teléfono 256 06 36 de Madrid.

En próxima carta recibireis más ámplia información de todo lo relacionado con el Congreso, así como importe de la carta de congresista.

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

Podólogos:

Calzados Blasi les ofrece su establecimiento especializado en zapatos para señora y niño que precisen plantillas ortopédicas.
Siempre a su disposición con las mejores marcas.

MANITOS ORTHO

PIEDRO

Taberner

Blasi

Calzados Blasi
Mariano Cubi, 2 Tel. 218 54 95
Barcelona-6

Luxaciones y fracturas del pie (IV)

(Fracturas tibio - tarsianas)

Por Fernando MUÑOZ CAMPOS
Podólogo
MALAGA

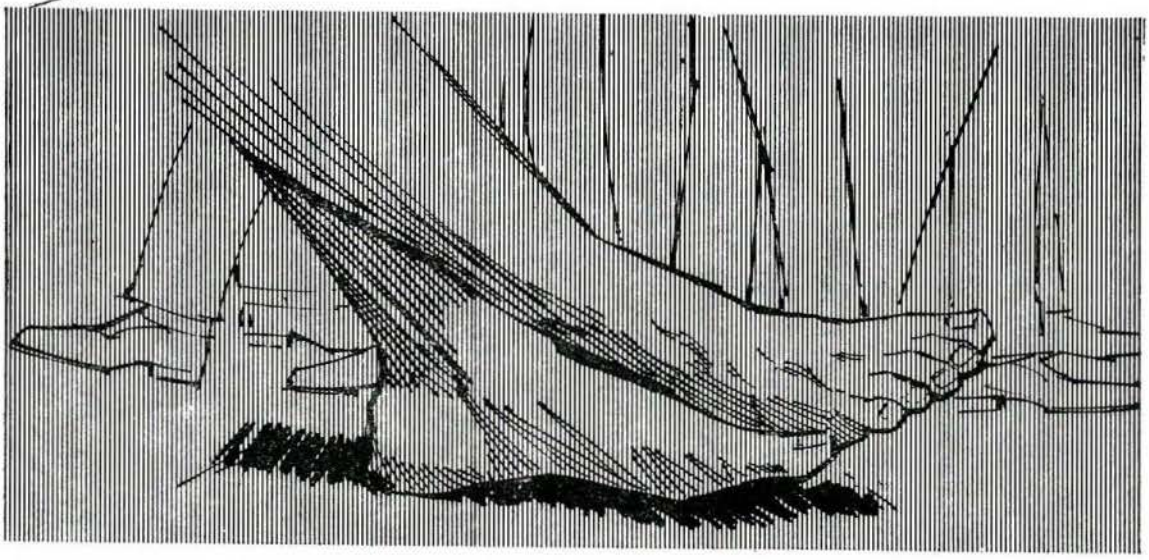
Con este capítulo iniciamos el tema de las fracturas del pie propiamente dichas, a cuya historia y esperiencias, se unen los nombres de P. Pott, Dupuytren, Boyer, Maisonneuve y Tillaux.

Antes de abordar la descripción de las fracturas de la región tibio-tarsiana que involucra el tobillo, haremos una breve referencia anatómica del mismo. Dividamos esta articulación en dos sistemas: interno y externo, cada uno de los cuales, difieren en sus estructuras anatómicas óseas-ligamentosas, y por tanto, se comportan de forma diferente frente a lesiones traumáticas. El sistema interno está formado por la mitad interna de la carilla articular de la tibia, el maléolo interno y el ligamento lateral interno. El sistema externo lo forman la mitad externa de la carilla articular de la tibia, el maléolo peroneal y el ligamento lateral externo.

Las fracturas más frecuentes en la región tibio-tarsiana son producidas por adducción y por abducción. Sin embargo, existen otras variedades tales como las fisuras radiales de las fracturas espiroidales del tercio inferior de la tibia, fractura simple o complicada, transversal u oblicua de uno o de ambos huesos, consecutivas a una violencia que actúa directamente sobre la extremidad inferior de la pierna, o por otra parte, una fuerte presión vertical sobre el pie por caida desde gran altura que origina fractura por aplastamiento cuyo proceso de producción comienza por fractura transversal epificiaria de la tibia; seguidamente, el fragmento inferior aplastado por el superior se rompería en múltiples esquirlas y las diversas líneas de fractura, se prolongarían en la misma dirección sobre el peroné dividiendo en cinco o seis fragmentos la superficie articular.

ETIOLOGIA. — Generalmente las causas de las fracturas maleolares son: una caida sobre la planta del pie con torcedura hacia adentro o hacia afuera; un paso en falso, en el cual, interviene la acción muscular al mismo tiempo que el arrancamiento de las apófosis óseas. Por otra parte, hay que considerar que son muy complejas las condiciones etiológicas de las fracturas

¡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

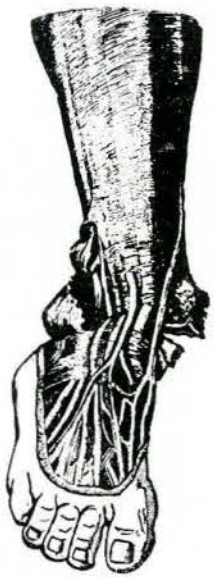
MADAUS CERAFARM, S.A.

Pujol, 22 - Tel. 211 91 12 - Barcelona-6. Cristóbal Bordiu, 35 - Tel. 254 64 44 - Madrid-3. Perez Galdós, 95 - Tel.326 33 76 Valencia-8.

tibio-tarsianas, ya que a la caida sobre la planta del pie, puede sumarse un movimiento de torsión, la extensión o la flexión, como asimismo, la adducción o la abducción combinadas con las mencionadas. Expondremos el mecanismo de producción de este tipo de fracturas.

a) Por adducción
b) Por abducción
c) Por divulsión

POR ADDUCCION. — Según experimentos realizados por Tillaux, se llega a la conclusión que la caida sobre la planta del pie, determina un movimiento de lateralidad; la cara plantar mira a la pierna del lado opuesto y el dorso del pie hacia afuera. Esta situación es concomitante con la distensión de los ligamentos laterales externos. Si los ligamentos resisten, la tracción se ejercerá sobre las inserciones de los ligamentos, es decir, sobre el maléolo externo que unas veces se rompe por su punta y otras, más comunmente, por su base, produciéndose la vulgarmente conocida fractura por arrancamiento. Al resumir, digamos también que al movimiento de adducción forzada ya expuesto, puede añadirse una conjunción de otras lesiones que enumeraremos: 1.°) Simple arrancamiento del maléolo externo por su punta o por su base. 2.°) Arrancamiento del maléolo externo combinado con una fractura del maléolo interno. 3.°) Una fractura del peroné en su cuello inferior por encima de los ligamentos peroneo-tibiales y una fractura epificiaria parcial o total de la tibia.



POR ABDUCCION. — En este movimiento la planta del pie mira hacia afuera, el dorso del pie y los ligamentos internos son susceptibles de arrancar el maléolo interno por su base. Si el movimiento de abducción continúa, el pie se inclina más hacia afuera y la cara externa del astrágalo tiende a separar el maléolo externo, al mismo tiempo que la punta de éste, se apoya sobre la cara externa del calcáneo. Si resisten los ligamentos, puede provocar una fractura del vértice del maléolo. De lo que resulta fractura de ambos maléolos (fractura bimaleolar de Tillaux designada también con el nombre de fractura de P. Pott.

POR DIVULSION. — Se atribuye una acción preponderante a los movimientos forzados de lateralidad, en los cuales, el astrágalo tenga tendencia a desviarse transversalmente. En tal caso, la fractura de la extremidad inferior del peroné podría efectuarse en dos condiciones distintas: 1.°) estando fijo el pie en una ranura, siendo el cuerpo arrastrado hacia adelante y hacia el lado interno. 2.°) estando fija la pierna cuando el antepié es llevado violentamente hacia afuera. En ambos casos, el astrágalo hace presión contra el maléolo externo para separar la mortaja y el peroné. Si los ligamentos peroneostibiales resisten, se rompen (fractura por divulsión) en cuyo caso, los huesos de la pierna se separan. En el supuesto de que continuase la acción del astrágalo, el peroné se fracturaría en el tercio medio o en el superior (fractura por diástasis).

SINTOMATOLOGIA. — Todas las fracturas de los maléolos presentan síntomas comunes. Sin embargo, es de suma importancia observar el pie y comprobar qué deformidad ha producido la fractura. Aunque no exista desviación del pie, la región presenta hinchazón y un dolor vivo a la presión localizado en la punta del maléolo externo o en la base del maléolo interno. Muchas veces, este dolor se prolonga hacia arriba debido a la oblicuidad de la línea de fractura. El sín-

toma subjetivo del dolor, es un signo de gran valor, ya que en este tipo de fractura resulta difícil percibir la crepitación, para cuyo intento, sería necesario en primer lugar inmovilizar bien las articulaciones subastragalinas y después comprobar los movimientos de lateralidad que podrían servir para el diagnóstico. Como observaciones complementarias diremos que con o sin hinchazón y equímosis, es fundamental conocer el estado vascular de la región que puede evaluarse controlando la coloración de la piel, la temperatura, el pulso y los lechos ungueales.

TRATAMIENTO. — La regla básica en las fracturas de tobillo, consiste en la inmovilización de la articulación por encima y debajo de la fractura. Por otra parte, es imprescindible la necesidad de un adecuado estudio radiológico a fin de que no pase inadvertida una posible fractura de peroné que, como ya dijimos, puede asociarse a estas lesiones. Cuando las fracturas del maléolo externo es evidente y radiológicamente clara, la mortaja de la garganta del pie aparece normal. Entonces el tratamiento de elección sería una bota corta de yeso con tacón de apoyo. Hay que hacer notar que al colocar el yeso, la mortaja tibio-peronea puede dislocarse. Por esto, tras el enyesado es necesario comprobar su exactitud mediante la radiografía, ya que de no considerar esta precaución, podría resultar a posteriori secuelas traumáticas manifestadas por la inestabilidad del tobillo, debido al desequilibrio ligamentoso del mismo, lo cual, alteraría la funcionalidad estático-dinámica del pie.

(Continuará)

SERRA-FARGAS, S. A.
BARCELONA-1 — Plaza Castilla, 3
Tel. 301 83 00

DENTALITE, S. A.
MADRID-8 — San Bernardo, 74
Tel. 232 02 88

«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.

ULTIMA TECNICA

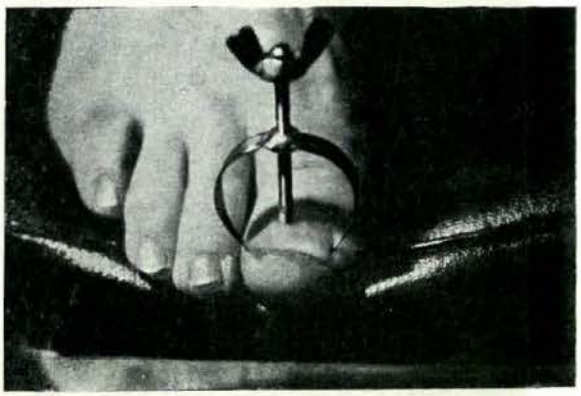
DE CORRECCION DE LA UÑA INCARNADA

Comentarios: J. SANJUAN
Podólogo - Córdoba

Gracias a nuestro compañero extremeño Don ENRIQUE RASERO MANSILLA dedicado a la investigación podológica, la Delegación Provincial de Córdoba, ha promocionado y patentado un pequeño pero eficaz instrumento, de fácil utilización y magníficos resultados en el tratamiento de la uña incarnada.

En esta Delegación, se tiene una amplia casuística con un porcentaje altamente elevado de resultados positivos, su aplicación es indolora totalmente.

Pretendemos facilitar directamente este instrumento a los compañeros Podólogos, con el fin de poder mejorar con los beneficios, las instalaciones de nuestra Delegación y para ingresar fondos en la Agrupación de Podólogos de España.



La forma de obtener el ELEVATOR UNGUEAL, es mediante solicitud del mismo a Agrupación Podólogos España, Delegación Provincial, calle Fernando de Córdoba, 3 CORDOBA, enviándose acompañado de sus instrucciones de empleo y contra reembolso de 1.450 pesetas.

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

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.
132,– ptas.

INFAR NATTERMANN

Apartado 400 - Zaragoza
Infanta Carlota, 84-88
Barcelona-15

Curso para postgraduados sobre Técnicas Podológicas

Coincidiendo con la conmemoración del X Aniversario de la Fundación de la Escuela Oficial de Podología de la Facultad de Medicina, Universidad Complutense, Madrid, se ha llevado a cabo en la misma un importante curso para post-graduados sobre Técnicas Podológicas, durante los días 19 al 24 de junio.

Ha sido un curso interesantísimo, no sólo por los temas impartidos en el mismo y el gran número de asistentes, sino por lo que ha significado para la Podología Española la unión en semejante ocasión de las Escuelas de Madrid y Barcelona, unión plasmada no sólo por la participación en el mismo del profesorado de ambas Escuelas, sino por la identidad y coincidencia en cuanto a buscar juntos un nivel de estudios a la altura de las exigencias sociales, con un programa unificado y amplio pues hemos de tener muy presente que en ellas se están formando los profesionales, de cuya preparación depende directamente el futuro de la Podología, futuro por el que todos estamos luchando, cada cual con sus armas y desde su lugar, pero con el mismo deseo de constituir una Podología libre, autónoma y brillante, a la cual puedan pertenecer con orgullo nuestros hijos el día de mañana.

Los temas se han desarrollado bajo el siguiente programa:

PROGRAMA MEDICO - PODOLOGICO

Día 19: Entrega de Documentación en Secretaría.

APERTURA DEL CURSO por el Prof. Dr. D. HIPOLITO DURAN SACRISTAN, Catedrático de Patología Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Madrid e Inspector de la Escuela de Podología. *Tema*: "Diagnóstico diferencial de la calcificación de la inserción de la apeneurosis plantar y exóstosis o espolón calcáneo. Tratamiento en los procesos dolorosos".

Prof. Dr. D. TOMAS LUIS AGUIRRE SOLANO, Prof. Médico de la Escuela de Podología de Madrid. *Tema*: "Diagnóstico en las desviaciones y dismetrías en el miembro inferior".

D. JUAN DIAZ POZA, Prof. de la Escuela de Podología de Madrid. *Tema*: "Posiciones radiográficas más frecuentes en el pie. Técnicas".

D. FRANCISCO ALVAREZ SANTOS, Prof. de la Escuela de Podología de Madrid. *Tema*: "Interpretación de fotopodogramas y diseños de plantillas".

MESA REDONDA PARA TRATAR LOS TEMAS PODOLOGICOS DEL DIA.

Día 20: D. PABLO VILATO RUIZ, Prof. de la Escuela de Podología de Barcelona. *Tema*: "Radiodiagnóstico en Podología".

D. JULIO ALONSO GUILLAMON, Prof. de la Escuela de Podología de Barcelona. *Tema*: "Cirugía de la uña. Exóstosis subungueal y resección de la matriz de la uña".

Proyección de películas.

D. MARTIN RUEDA SANCHEZ, Prof. de la Escuela de Podología de Barcelona. *Tema*: "Electroterapia en Podología".

D. EVARISTO RODRIGUEZ VALVERDE, Prof. de la Escuela de Podología de Barcelona. *Tema*: "Ortopodología en el pie del niño".

MESA REDONDA PARA TRATAR LOS TEMAS PODOLOGICOS DEL DIA.

Día 21: D. JOSE LUIS VELASCO BARRIUSO, Prof. Ayudante de la Escuela de Podología de Madrid. *Tema*: "Historia Clínica. Fichas e Informes Podológicos. BIOESTADISTICA".

D. FRANCISCO FARRERAS MORCILLO, Prof. de la Escuela de Podología de Barcelona. *Tema*: "Técnicas de exploración en el pie".

Proyección de películas.

D. MELCHOR HORCAJO SANZ, Prof. de la Escuela de Podología de Madrid. *Tema*: "Profilaxis y tratamiento rehabilitador en las primeras fases del pie plano".

D. MANUEL MENESES GARDE, Prof. Ayudante de la Escuela de Podología de Madrid. *Tema*: "Etiopatogenia y tratamiento de la ONICOCRIPTOSIS".

MESA REDONDA PARA TRATAR LOS TEMAS PODOLOGICOS DEL DIA.

Día 22: D. JOSE LUIS GONZALEZ GOMEZ, Prof. de la Escuela de Podología de Madrid. *Tema*: "Observaciones de la evolución en los diferentes tratamientos ortopédicos. Errores más frecuentes en los mismos".

D. MANUEL MONTES VICENTE, Prof. de la Escuela de Podología de Madrid. *Tema*: "Tratamiento en el heloma subungueal".

D. ANTONIO BAEZ PRIETO, Prof. de la Escuela de Podología de Madrid. *Tema*: "Angulos y líneas en el pie".

D. ENRIQUE GONZALEZ GOMEZ, Prof. de la Escuela de Podología de Madrid. *Tema*: "Diagnóstico diferencial del heloma neurovascular y el papiloma plantar. TRATAMIENTO".

D. PIO MILLA SANCHEZ, Prof. de la Escuela de Podología de Madrid. *Tema*: "Tratamiento fisioterápico en el pie equinovaro".

MESA REDONDA PARA TRATAR LOS TEMAS PODOLOGICOS DEL DIA.

Día 23: Mr. IAN S. COA'ES, M. CH. S., SR. CH., CHIROPODIST DEL GRUPO DE COMPAÑIAS UNILEVER EN MERSEYSIDE, INGLATERRA. *Tema*: "Aplicación de compuestos de siliconas en las ortosis. Exposición del Tema".

PRACTICAS EN GRUPO DE ALUMNOS, CON MANIPULACIONES DE SILICONAS EN LA REALIZACION DE LAS ORTOSIS.

En esta clase, es necesario la bata de Clínica, una espátula y tijeras rectas de tamaño normal.

Estos temas se realizarán con traducción en español.

MESA REDONDA PARA TRATAR EL TEMA DEL DIA CON TRADUCCION EN ESPAÑOL.

Día 24: Prof. Dr. ECHEVARRIA, Jefe Adjunto del Servicio de Radiodiagnóstico de la Residencia Sanitaria PRIMERO DE OCTUBRE de Madrid. *Tema*: "Semiología Radiológica articular en el pie".

Prof. Dr. D. ANTONIO ESTADES VENTURA, Prof. de la Facultad de Medicina de Madrid. Director de la Escuela de Podología de Madrid. *Tema*: "Enfermedades Köhler I y Köhler II. Patogenia. Sintomatología Clínica. Imagen radiográfica. Tratamiento".

CLAUSURA DEL CURSO POR el Ilmo. Subsecretario de la Salud Prof. Dr. D. JOSE PALACIOS Y CARVAJAL. *Tema*: "Fracturas de tobillo".

A continuación se procedió a la entrega de diplomas a los asistentes.

A las 14 horas, la Escuela de Podología ofreció a las Autoridades Académicas, a los Sres. Profesores y Podólogos cursillistas, un almuerzo en el Suite Hotel Residencial de Madrid.

Continuación al tema de los Ejercicios Musculares Activos. Músculos Peroneo Lateral Largo y Peroneo Lateral Corto.

Recuerdo Anatómico y Funcional

Peroneo Lateral Largo:

Origen: Meseta tibial externa, cabeza y 2/3 proximales de la superficie externa del peroné y tabiques interoseos.

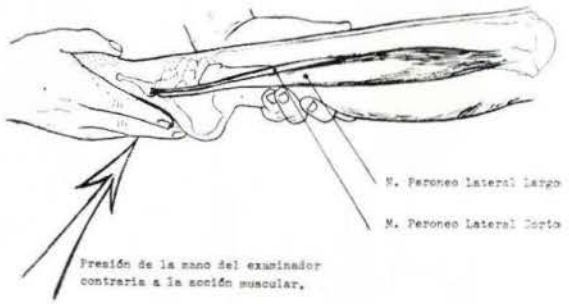
Inserción: Borde externo de la base del 1.° Metatarsiano y 1.ª cuña.

Acción: Pronación del pie ayudando a la flexión plantar de la articulación del tobillo.

Inervación: N. Peroneo, L4, L5, S1.

Peroneo Lateral Corto:

Origen: 2/3 distales de la superficie externa del peroné y tabiques interoseos adyacentes.



Inserción: Tuberosidad externa de la base del 5.° metatarsiano.

Acción: Igual al anterior.

Inervación: Igual al anterior.

EJERCICIOS ACTIVOS CONTRA RESISTENCIA PARA EL DESARROLLO DE LOS MUSCULOS PERONEO LATERAL LARGO Y CORTO

M. Peroneo Lateral Largo y P. Lateral Corto

Con una de las gomas elásticas preparadas y ya descritas anteriormente para los ejercicios de los Tibiales, abrazaremos con ella los antepiés con los talones ligeramente separados tal y como indica el dibujo adjunto, procediendo de esta forma a la abertura en abanico de ambos pies manteniendo los talones fijos y sin que las plantas de los pies pierdan el contacto con el suelo durante la abertura.

M. Peroneo anterior

Idem que el anterior con la única variante de que durante la abertura en abanico iremos despejando paulatinamente los antepiés del suelo.

DOMINGO BEJIGA GARRIGA
PODOLOGO
VILASSAR DE MAR

EL NUEVO CALZADO INFANTIL

did's®

"LIBERTAD NATURAL"

BARO/VICENTE

ZAPATOS INFANTILES PARA EL NATURAL CRECIMIENTO DEL PIE

OFICINA CENTRAL: Av. Blondel, 40-42. Tel. 973 - 23 80 65. LERIDA

CHARLA PODOLOGICA

(Extracto)

Por MARTIN RUEDA
PODOLOGO

En repetidas ocasiones hemos anotado que una profesión nace y/o muere como consecuencia de su necesidad social, y que el poseer el diploma como trámite oficial para el desarrollo de una profesión, conlleva una enorme responsabilidad, cual es el ser útil a los demás, no sólo paliando o curando sus ya adquiridas alteraciones, sino aplicando una medicación preventiva al respecto. Creo que la mejor manera de hacerlo es explicando a los demás cual es nuestra función como podólogos, es decir, proyectando nuestra profesión a la sociedad. Para ello disponemos de infinidad de ocasiones cuales pueden ser los colegios, las Asociaciones de vecinos o los Hogares para Pensionistas, o en un plan más amplio, los medios de difusión: prensa, radio o T.V. Estas conferencias deben ser cortas y claras, adaptándose siempre al índice de calidad del público receptor, en cuanto a nivel de comprensión. Creo debe hablarse poco y proyectar el mayor número de imágenes posibles para facilitar su comprensión, procurando no sobrepasar en conjunto la media hora de charla, y dejando al final tiempo para coloquio.

Tenemos noticias de que varias Delegaciones, entre ellas la de Barcelona, han iniciado ya con gran éxito esta tarea de divulgación, así como gran número de compañeros, a nivel particular, tarea llevada a cabo ya por la Agrupación en varias ocasiones en prensa, radio y T.V., además de los Congresos nacionales y múltiples manifestaciones científico-profesionales con difusión directa o indirectamente sobre el ámbito social.

Reproduzco seguidamente un extracto de Conferencia que con distintas variantes e idénticos objetivos he pronunciado en distintas ocasiones.

Al iniciar esta charla, es mi deseo aportar a la reunión algunos conocimientos sobre el cuidado de los pies en los niños, ya sea en aquellos que no presentan anomalías, en cuyo caso serán consejos preventivos, o bien en aquellos otros que sufran algún trastorno en su arquitectura ósea o ligamentosa, siendo entonces unos consejos superficiales, ya que las anomalías del pie son tantas y tan diversas que en cada caso particular debe ser el ESPECIALISTA encargado de sus cuidados el que debe darles las normas a seguir.

En primer lugar quiero darles las gracias anticipadas por soportar con paciencia mis palabras, en cuya compensación trataré de serles lo más útil posible, y de una forma llana, sencilla, sin utilizar el lenguaje médico, poner mis conocimientos y mi práctica al servicio de todos ustedes. Espero pues, aclararles conceptos, y al final de este coloquio me pondré a disposición de todos por si algún otro punto no ha quedado lo suficientemente aclarado.

Consecuente a la evolución y desarrollo social, actualmente vivimos en la época de la Tecnología del motor. Del motor pasamos a la energía termonuclear. La prisa nos oprime y en este

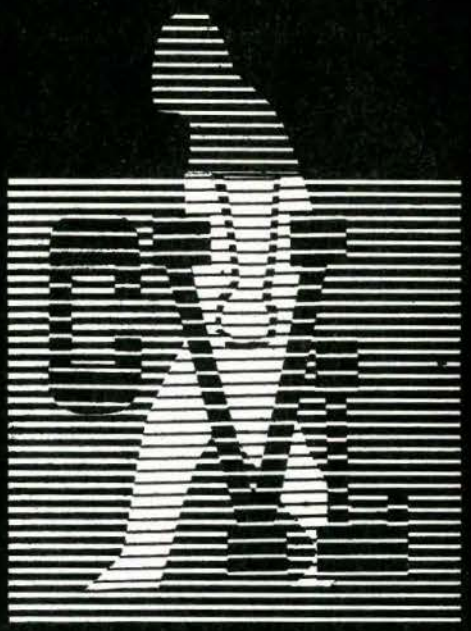
constantino velasco laínz

y

BERKEMANN

en
colaboracion
con
la revista española de

PODOLOGIA



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

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

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

DELEGACION CATALUÑA — Calle Mallorca, n.° 336 (esq. Avda. 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.

ritmo vertiginoso que llevamos los pies nos van a servir sólo de acelerador, no cumpliendo de esta manera el fin a que están destinados.

Todos sabemos que la función hace el órgano. Cada vez son más los pies débiles o con anomalías. Vamos poco a poco heredando las condiciones del medio ambiente. La herencia y el carácter demográfico adquieren funciones alarmantes. Cuando manda la genética hay que resignarse haciendo frente al peligro y sus consecuencias.

Dentro de todo este laberinto, vamos a ver como se desenvuelven esta parte tan importante y hasta ahora tan olvidada de nuestro organismo como son los PIES.

Para ello yo creo que debemos partir de la base de que la humanidad creó al pie descalzo. La civilización lo ha encarcelado dentro de unos zapatos que más bien se hacen para la cabeza que para los pies. Ya tenemos aquí, pues, dos puntos importantes que de una forma clara y contundente van a repercutir en el desarrollo del aparato locomotor: LA CIVILIZACION, con sus pavimentos, su falta de zonas verdes y de terreno desigual donde el pie desarrolle toda su potencia, y el calzado que con frecuencia limita los movimientos y comprime las articulaciones de sus 26 huesos que componen nuestra base. Pero claro, no podemos vivir de una forma aislada, hemos de desenvolvernos dentro de un medio ambiente con todas sus consecuencias, y a ninguno de nosotros se nos ocurriría ir todo el día descalzos. Veamos, pues, lo que podemos hacer para paliar estas dificultades.

Para ello creo que no vendría nada mal a modo somero explicar la evolución y desarrollo del niño desde su nacimiento.

Hasta los tres meses, las extremidades presentan cierta rigidez con movimientos incoordinados.

Al cuarto mes, el niño debe intentar sentarse y levantar la cabeza.

A los seis meses se mantendrá sentado varios minutos e intentará gatear.

A los doce meses el niño debe mantenerse en pie durante cinco segundos sin ayuda, y con ayuda ensayar la deambulación (es la edad más frecuente que empiecen a caminar), intentará repetir sonidos, imitar movimientos simples y reconocer objetos que le sean familiares.

A los dieciocho meses ha de ser capaz de beber sorbos de un vaso, esporádicamente intentará alimentarse, pronunciará claramente palabras sencillas y reconocerá en dibujos objetos simples.

Alrededor de los dos años se forman los últimos núcleos de osificación del pie y es la edad óptima para corregir con procedimientos ortopodológicos las anomalías que presente el pie o rodillas; es esta una edad en que se presentan también más descompensaciones estructurales en los pies, ya que sufren un período muy rápido de crecimiento que no es compensado por el aumento de fuerza muscular y ligamentosa.

Existen también muchas enfermedades hereditarias que con sólo padecerlas uno de los cónyuges, serán posiblemente heredados por los hijos, y entre estas enfermedades podríamos incluir las deformaciones de los pies, rodillas y uñas.

A veces ocurre que al nacer no se presentan deformidades, y, sin embargo, a medida que el niño va creciendo harán su aparición, y así vemos y oímos decir que tal o cual niño tiene unos pies que cada vez se parecen más a los de sus padres o a su abuelo o algún familiar directo.

Morton dice que tres cuartas partes de la juventud sufre de los pies padeciendo trastornos hereditarios o adquiridos que pueden llevarlos a la incapacidad. Partiendo de afirmaciones tan contundentes como las de Morton, uno de los primeros médicos que han profundizado en el estudio de los pies comprenderemos la importancia capital que adquiere el cuidado del desarrollo del pie del niño. La importancia de las deformaciones adquiridas es grande, si tenemos presente que es una edad en la que el pie del niño está formado por un conglomerado de huesos blandos, cartilaginosos en estado de formación y de ligamentos con gran elasticidad, que unidos a la relación peso edad, que normalmente está alterada, pues todos los niños pesan más de lo que debieran pesar de acuerdo con su estatura y su edad, harán que el pie adopte formas poco fisiológicas que acabarán siendo, si no se soluciona a tiempo, irreversibles.

El niño al nacer ya presenta sus bóvedas bien

NUEVO

Sillón eléctrico Mod. STARLINE

ELEGANCIA DE LINEA — FUNCIONALIDAD Y UTILIDAD EN EL DISEÑO — ROBUSTEZ — PERFECTO ACABADO

Mod. 4

Mod. 1

PRECIOS Y CONDICIONES EXCEPCIONALES

SERVICIO TECNICO GARANTIZADO EN TODA ESPAÑA POR EL SERVICIO POSVENTA SUDENTA, S. A.

SOLICITE AMPLIA INFORMACION SIN COMPROMISO A:

sudenta, s. a.

DEPARTAMENTO PODOLOGIA

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

conformadas, pero la abundancia de tejido graso a nivel de la planta puede llevarles a confundir este pie fisiológicamente normal con un pie plano.

El hecho de que haya tantos pies con deformaciones de diversa índole, podemos achacarlo a causas diversas, siendo las más importantes las que vamos a enumerar a continuación, ya que en gran parte, la salud de nuestros pies se debe a la forma en que fueron cuidados durante su infancia, pues aunque indudablemente todos los pies no son iguales, y a pesar del trato recibido unos serán mejores y otros peores, porque han heredado de sus progenitores una constitución, es deber de los padres y de los PODOLOGOS, como especialistas, vigilarlos desde el principio para paliar en lo posible estos defectos heredados y evitar asimismo deformidades adquiridas, unas veces por el empleo de zapatos no aconsejables, y otras por una serie de circunstancias que van a actuar como enemigos del desarrollo del pie, y que muchas veces no se tienen en cuenta tal vez porque hasta no hace mucho el pie ha sido la parte más olvidada de nuestro cuerpo.

Refiriéndose al zapato del niño, debe tener unas condiciones especiales que han de tenerse en cuenta desde que nace el niño, porque muchas veces, ya desde las primeras semanas de vida es costumbre, aunque ya se va perdiendo, el envolver al niño y enfajarle, limitando los movimientos de sus miembros inferiores e interfiriendo en su desarrollo. También es costumbre el colocarle escarpines o botitas demasiado apretadas, que le son totalmente perjudiciales; tengan en cuenta que el niño está en constante crecimiento y necesita patalear y mover todas sus articulaciones para desarrollar así su musculatura y prepararse para la deambulación. En caso de que debido al frío se le coloquen botas de lana, hay que procurar que sean anchas y largas; además tener presente que al ser una época de la vida con un crecimiento rápido, pronto le quedarán pequeñas y le dificultarán la movilidad.

Después el pequeño va creciendo, y hay el orgullo mal entendido de sus padres en que camine lo más pronto posible, porque el primo o el vecino a los diez meses andaba solo, y claro, el suyo no puede ser menos; pues bien yo les diría que es más probable que sufra deformidades en los pies el niño que anda a temprana edad que aquel que lo hace a la edad que le corresponde, como serán los 12 ó 14 meses. Tengamos presente que el niño no aprende a andar, sino que la marcha es un fenómeno intuitivo y característico de la especie humana, y el niño, tan pronto como se vea capaz se pondrá en pie y dará sus primeros pasos. Es conveniente que gateen para de esta forma desarrollar sus músculos y prepararlos para la marcha. El zapato en esta edad debe ser blando y flexible. Hemos de pensar en el dinero que se gasta en zapatos, pero también debemos pensar en que los pies de nuestra civilización serían más sanos si se les permitiera andar descalzos. A los niños deberíamos acostumbrarlos a caminar descalzos siempre que fuese posible sobre suelos irregulares, blandos o duros, como puede ser montaña o playa, sin pensar jamás que al caminar descalzos cogerán resfriados o enfriamientos, sino al contrario, contribuirán a tener un futuro saludable. Desde luego, no creo que el pequeño deba estar descalzo en casa, a no ser que lo haga sobre moqueta gruesa o alfombradas, porque en un pavimento liso, el ejercicio muscular queda prácticamente anulado. No es aconsejable tener al niño en andadores demasiado tiempo ni en parque, porque su hueso aún es cartilaginoso y fácilmente deformable.

Igualmente la suela del zapato no debe ser demasiado gruesa porque aisla prácticamente al pie y hace que pierda ese reflejo plantar que nos dará la impresión de la desigualdad del suelo.

La bota es uno de los puntos que también quiero tocar, porque son muchos los niños que se presentan a consulta con unas botas que además de pequeñas son apretadas, mantienen el pie cohibido, y por si fuera poco todavía se les aconseja a los padres que sobre todo les aprieten bien los cordones para que la bota quede sujeta a la caña. Esto es falso y perjudicial, estas botas, además de comprimir unos huesos en crecimiento interfiriendo su desarrollo, comprimen tanto la pierna por encima del tobillo que muchos niños descalzos presentan una verdadera estrangulación, y como consecuencia no dejan trabajar

PIEDRO

OFRECE AL PODOLOGO:

cuatro distintos anchos
cuatro tipos distintos de suela

- **100 % cuero crupón marca-royal**
- **palmilla entresuela cuero y bloque de composición controlada**
- **íd., íd., íd. y crepé superior virgen**
- **100 % cuero crupón reforzado**

tres tipos distintos de tacón **(recto, estilo Thomas y recto con estabilización central)**

dos tipos de hormas (normal y recta)

ochenta distintos modelos y siempre:

Máxima sujeción de empeine y retropié
Espacio para el movimiento de dedos
Máxima calidad de materiales
Espacio para el crecimiento
Máxima indeformabilidad

PIEDRO INTERNATIONAL
En España

J. L. Vila-Plana
Conde Borrell, 211-prta. 33
teléfono 93/239 53 06
Barcelona-29
telegramas: KIRITA-Barcelona
exposición: Conde Borrell, 87
(rogamos hagan cita)

PIEDRO

libremente a ese grupo de músculos que actúan como tirantes manteniendo al pie en su posición correcta tirando de él desde la rodilla, y dificultan asimismo la circulación de la sangre. A la hora de elegir un zapato debe orientarse siempre por una persona entendida, por un especialista que les diga en cada caso qué tipo de calzado es más conveniente, y que normalmente además no es el más caro.

Hay trastornos en el pie del niño que van a repercutir directamente en la columna vertebral, y lo peor del caso es que muchos de ellos son motivados inconscientemente. Es frecuente ver a unos padres paseando con un pequeño de la mano, y también es frecuente que ese pequeño vaya materialmente colgado de la mano de su padre, adoptando una posición anómala de columna y manteniéndola durante largo rato.

También se ven muchos niños ir o venir al colegio, esto es bonito, denota cultura y ansia de aprender, pero lo que yo no creo sea necesario es que estos niños lleven unas enormes carteras, llenas de libros con un peso exagerado que les obliga a ir con una desviación de columna durante tiempo, porque a la salida de la escuela la mamá lo está esperando para ir a hacer recados, o a la tienda y así aprovechar más el tiempo, indudablemente sin saber que está perjudicando a su hijo. Me parece que ésta es una observación importante en la que también deben cooperar los maestros, diciendo a los alumnos los libros que han de llevar al día siguiente para evitar estas costumbres tan generalizadas.

Después de esta primera introducción, que aunque muy superficial creo les habrá servido tal vez para aclarar algunas dudas o para recordar algunas cosas, que aunque ya se saben es necesario refrescarlas de vez en cuando para ponerlas en práctica, les voy a enumerar de una forma muy superficial para no recargarles demasiado las causas más frecuentes por las que los padres acuden o deben acudir al especialista, para su tratamiento. Entre ellas tenemos los problemas de rodilla y los de pie valgo infantil o bien del pie plano específico.

Si observamos a los niños entre las edades de los dos y siete años aproximadamente, veremos que en gran número de ellos las rodillas están muy unidas y los pies muy separados, y más raramente el caso contrario. Esto es lo que denominamos GENU VALGO o GENU VARO, según la rodilla esté desplazada hacia adentro o hacia afuera del eje de la pierna. Con frecuencia esta deformidad está favorecida por permanencias prolongadas en parques andadores o por pañales demasiado abultados, a temprana edad, cuando el hueso todavía no ha alcanzado un índice de osificación suficiente para aguantar el peso del cuerpo y por tanto susceptible de adquirir posturas que si no se tratan a tiempo serán irreversibles. Con mucha frecuencia estas deformidades de las rodillas van unidas a deformidades del pie, haciendo que el talón se desplace hacia afuera y caiga el arco o puente del pie dando lugar entonces a un pie valgo o plano valgo, que debe ser tratado o vigilado en revisiones periódicas para ver su evolución, y en caso de que no sea favorable, ayudarle con procedimientos ortopédicos o simplemente con ejercicios encaminados a reforzar una serie de músculos atónitos o con menos fuerza de la normal que a duras penas pueden llevar a cabo su función.

El tratamiento ortopédico consiste en la aplicación de plantillas ortopédicas y más rara vez férulas nocturnas. La plantilla ortopédica... esto es un tema delicado pero obligado dentro de esta charla que estamos desarrollando. En primer lugar les diré que no todas las deformaciones del pie se curan con plantillas, ni que todos los que usan plantillas es porque tengan un pie plano. La plantilla es una forma de hacer un reparto de fuerzas fisiológico en el pie, descargando las zonas más sobrecargadas y al mismo tiempo dando al pie una arquitectura en la que haya una perfecta linealidad ósea, cosa francamente difícil de conseguir si no es con una plantilla hecha a medida para cada caso, previo examen del pie y pierna, observación de la huella, etc., y sobre todo la confección de un molde exacto del pie sobre el que la vamos a aplicar. Si no se hace así podemos decir que la plantilla difícilmente podrá cumplir su función muchas veces incluso será perjudicial. De ahí se deriva la necesidad de que sean fabricadas a LA JUSTA MEDIDA DE CADA PIE UNA VEZ CONOCIDA Y DIAGNOSTICADA SU AFECCION Y POR UN ES-

tome medidas para sus pies con

Peusek®

desudorante y desodorante

un baño mantiene su eficacia 3 meses

dos productos
para dos problemas que son dos soluciones

ARCANDOL SPRAY

para pies ardientes,
cansados, doloridos.

su aplicación alivia de inmediato

Productos Peusek

Avda. Infanta Carlota, 19-21 * Telf. (93) 239 83 34 * Barcelona-29

consulte a su podólogo. venta en farmacias

PECIALISTA, en este caso un PODOLOGO.

Hay muchos padres que están conformes porque sus hijos usan plantillas y creen que con ellas se corregirá su defecto, pero resulta que muchas veces son FABRICADAS EN SERIE, todas con la misma forma. Este tipo de plantillas es totalmente inaceptable, perjudicial e inoperante. En el tiempo que llevo de profesión, todavía no he visto dos pies exactamente iguales o con el mismo grado de deformación, por lo tanto, no puedo concebir que unas plantillas fabricadas en serie puedan llegar a corregir un pie plano o cavo, sino todo lo contrario, al pasar el tiempo y el niño ir creciendo, persistirá su problema y cada vez será más difícil de corregir. Tampoco conozco a ningún dentista que coloque una prótesis sin un reconocimiento previo ni un molde de la dentadura del enfermo, y mucho menos que ponga prótesis dentales o dentaduras fabricadas tipo estandard, porque para cada caso ha de fabricarse con unas medidas especiales. Volviendo a la plantilla, hay que asegurarse no de que lleve sin molestias, sino que corrija y cumpla su función, aunque para ello haya que pasar por unos días o período de habituamiento. Sólo de esta forma, haciendo las cosas con conciencia y con seguridad se puede solucionar los problemas de los pies de los hijos. DEBEN POR TANTO DESTERRAR TODA PLANTILLA QUE SEA HECHA TIPO ESTANDARD.

Para finalizar y saliéndome un poco del tema general, pero dado el creciente número de verrugas plantares que acuden a mi consulta, y debido a que tal afección está producida por un virus filtrable, muy contagioso y autoinoculable, quiero darles unos consejos muy por encima sobre lo que deben hacer en caso de padecer una verruga plantar o papiloma.

Como acabo de decir, las verrugas son unas tumoraciones que se forman entre la dermis y la epidermis (capas de la piel) producidas por un virus y por tanto muy contagiosas. La época en que más se ven es justamente durante el verano y los meses que le suceden, motivado a que es una época del año en que no sólo se frecuentan lugares públicos donde se va descalzo como las piscinas, playas, gimnasios, etc., sino que también hay muchos que tienen la costumbre de ir descalzos por el piso con el riesgo de que si algún familiar tiene una verruga y cree que es una callosidad, se la contagie, dado que estas tumoraciones van generalmente recubiertas por una capa de callosidad más o menos gruesa, lo que hace que muchas veces se apliquen callicidas o parches, con lo que no sólo es imposible curarlas sino que hay peligro de extenderlas más, y así cuando acuden a la consulta para que se les quite una callosidad resulta que traen una verdadera siembra de verrugas, siendo lógicamente más difícil su tratamiento. Por lo tanto, siempre que vean una especie de callosidad, que a veces sale en lugares donde no hay ningún punto de presión ni roce, y que duele más de lo normal, exacerbándose el dolor al comprimirlas con los dedos de la mano como si se pellizcasen, deben acudir a un profesional, porque posiblemente sufran una de estas afecciones tan frecuentes y tan contagiosas como son las verrugas plantares.

Creo que de un modo somero han quedado todos los puntos explicados, pero si alguno de ellos no ha quedado lo suficientemente claro, les ruego pregunten con toda libertad, dado que mi mayor deseo no ha sido el tenerles un rato reunidos escuchando mis palabras, sino todo lo contrario, explicarles mi punto de vista sobre una parte tan necesaria de nuestro organismo como son los pies y, desgraciadamente, tan descuidada para muchos, tal vez porque no sabían las consecuencias que puedan tener para la persona el padecer tales deformidades. Ahora que ya están un poco informados si observan a la gente en su ir y venir, se darán cuenta de que muchos tienen unos andares muy penosos, y de que el pie envejece antes a la persona cuando el paso de los años ha ido dejando huella y agravando todos aquellos trastornos que de haberse cogido a tiempo se habrían corregido con toda seguridad. No obstante, yo creo que podemos estar tranquilos porque hay una rama de la medicina que es tan antigua como el pie, que cuida, vigila y atiende los pasos de todos nosotros: LA PODOLOGIA, para que el día de mañana no nos quede ese gusanillo de decir: "si esto se hubiese vigilado a su tiempo, ahora yo no estaría sufriendo".

TRASTORNOS SUDORALES DEL PIE

Por *Manuel Gavín Barceló*, Podólogo.
Barcelona

Durante los nueve años que llevo integrado en el servicio médico de una empresa filial de la Sociedad General de Aguas de Barcelona, he podido observar que una de las dolencias más frecuentes que presentan sus trabajadores, es el problema de la suduración en sus pies.

El caso tiene su explicación, pues al estar la mayor parte de su jornada laboral introducidos en terreno de humedad, les es preciso para su trabajo el uso de botas altas, la mayoría de las veces, de goma, lo cual dificulta extraordinariamente su traspiración.

Son muy frecuentes sus consultas a este respecto y de momento puedo decir, que a pesar de que siempre existe el caso rebelde, en general, si el propio individuo se cuida un poco, tiene constancia y un verdadero sentido de lo que supone una perfecta higiene, puede a pesar de sus dificultades de ambiente, mejorar mucho su problema e incluso tenerlo prácticamente controlado.

Esto mismo ocurre en otro sentido, con nuestros clientes particulares, los cuales, todos los tenemos, que acuden algunos de ellos a nuestras consultas, desesperados por el dichoso problema sudoral de sus pies, lo que hace que en algunos casos constituya para ellos una verdadera preocupación que a veces incluso puede llegar a ocasionar complejos de tipo social ya que debido a la fuerte bromhidrosis que presentan, casi no se atreven a asistir a ciertas reuniones, fiestas, o se sienten incómodos al tener que permanecer en ambiente de colectividad, ya sea trabajo, clases, comunidad, etc.

Hoy en día con la cantidad de productos que a este fin se expenden en las farmacias, casi se puede decir que este problema se tiene un setenta y cinco por ciento dominado, lo que pasa es que debido a la vida agitada que hoy se lleva, principalmente en las grandes capitales, a veces nos traiciona el factor tiempo, lo que hace que el paciente no pueda dedicar los escasos minutos diarios que precisa para cumplir con su higiene y demás tratamiento de sus pies. Lo que falta pues en la mayoría de las veces, es constancia y dedicación, pues de lo contrario se fracasa.

Para poder llegar a fondo al problema sudoral del pie, veremos que si examinamos detenidamente la fisiología del mismo, tanto en su región dorsal como en la plantar sólo hallamos glándulas sudoríparas ecrinas. Visto desde el punto de vista anatómico podemos observar que se hallan inervadas por el sistema simpático, pero farmacológicamente se demuestra claramente que en ellas influye de una manera poderosa el sistema parasimpático.

Las drogas colinérgicas actúan aumentando la secreción sudoral y por el contrario, las anticolinérgicas, disminuyéndola.

Mirando el orden en cuanto al número de consultas que a este fin se presentan, creo que bien se podría definir según su importancia, de la siguiente manera:

1.º Hiperhidrosis, o suduración excesiva.

2.º Bromhidrosis, suduración excesiva pero con el agravante de estar acompañada de un fuerte olor desagradable, a veces incluso pestilente.

3.º Anhidrosis o disminución del sudor.

Los trastornos de secreción sudoral han sido estudiados concienzudamente por algunos fisiólogos demostrando sus experiencias que el sistema simpático controla su secreción y por tanto una reacción simpática puede pues, suprimirla o aumentarla.

Normalmente, toda causa de inestabilidad del sistema nervioso, ya sea general o local, puede ser causa de una hiperhidrosis. Tenemos el ejemplo de la hemiplejia, las paraplejias, la siringomelia, la tabes, las neuritis, los traumatismos de los nervios periféricos y ya no hay que decirlo, en todas las alteraciones simpáticas.

¿Quién de nosotros no se habrá encontrado en la consulta con el tipo de paciente que dejándose llevar de su estado nervioso, al practicarle la extirpación de un heloma, hiperqueratosis, etc. ha visto sudar sus pies y manos de una manera exageradamente sorprendente?

De todos estos problemas, creo que todos nos encontramos con dos de más frecuentes: la hiperhidrosis y la bromhidrosis, siendo menos frecuente la anhidrosis.

Si se estudia la hiperhidrosis en sí, podremos ver que en muchas ocasiones existen síntomas diferentes, por lo que incluso podría-se dividirla en seudohiperhidrosis e hiperhidrosis en sí.

Podemos pues entender por seudohiperhidrosis aquel proceso en el cual el sudor se revela en la superficie del cuerpo cuando la evaporación no se produce con la suficiente rapidez. Este proceso suele ocurrir en una atmósfera cálida, en donde la secreción del sudor representa una reacción normal del mecanismo de regulación del calor. Esto no implica que el estado de suduración constituya un hecho patológico. Todo individuo que trabaja en atmósfera de calor intenso, es apreciable la retención de sudor sobre su cuerpo. En el caso anteriormente citado, de los trabajadores con los que trato, que hacen uso de botas que mantienen por falta de traspiración un calor excesivo en sus pies, durante muchas horas de trabajo, hace que estos sufran un exceso de sudor que en muchos de los casos desaparece tan pronto son liberados de dicha carga e incomodidad y de haber tomado después de su trabajo las debidas medidas de limpieza e higiene.

Por tanto, teniendo en cuenta que estos estados de exceso de suduración son solamente transitorios y desaparacen tan pronto como cesan las circunstancias ambientales que les acompaña, podremos decir que caben dentro de lo que se puede calificar la seudohiperhidrosis.

Así es, se considerará una hiperhidrosis verdadera, el cuadro que presente unas glándulas sudoríparas con persistencia en el aumento de la secreción, a pesar de las medidas preventivas que en menor o en mayor escala puedan ponerse en práctica y solamente cuando la cantidad de secreción produce una perspiración apreciable durante el reposo o en condiciones de baja temperatura debe considerarse que el proceso es patológico. La enfermedad se reduce a un aumento de la cantidad de sudor segregado, generalmente de una manera más notable en la región plantar e interdigital que en la dorsal. La hiperhidrosis conlleva un estado de humedad desagradable que macera y engruesa la capa córnea, inflama difusamente la piel, enrojeciéndola, favoreciendo la aparición de ampollas, fisuras, infecciones micóticas y microbianas, dificultando la marcha y provocando una hipersensibilidad plantar muy molesta.

Tal como nos ocurre a todos, supongo que hemos podido apreciar que la hiperhidrosis lo mismo se presenta a edades avanzadas, mediana o infantil. He tenido ocasión de visitar en poco tiempo en mi consulta a varios niños y adolescentes pertenecientes a un club de tenis a quienes el problema sudoral se les manifestaba plenamente con sus correspondientes molestias ya que en algunos presentaba a pesar de su corta edad, características muy avanzadas, privándolo incluso en algún caso concreto de poder participar a un campeonato, por presentar una superficie plantar sumamente macerada y dolorida.

Si algún día se llegaba a formar el tan soñado por nuestro compañero Escachs "Patronato pro Salud del Pie" quizá valdría la pena que los podólogos estudiáramos a fondo jun-

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.
224,— 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.
118,— ptas.

INFAR NATTERMANN

Apartado 400 - Zaragoza Infanta Carlota, 84-88 Barcelona-15

tamente con las partes correspondientes, el problema del calzado con suelas y materiales sintéticos que tantos estropicios causan y seguirán causando en la salud del pie, bajo muchos conceptos, si no se pone remedio debidamente.

Tratar médicamente con buenos resultados una hiperhidrosis no siempre es fácil, no obstante tal como indico anteriormente tenemos a nuestro alcance gran cantidad de productos que pueden facilitar nuestra labor.

El empleo de drogas anticolinérgicas como por ejemplo la atropina, es peligroso por cuanto se necesitan dosis altas para que surta efecto y su eficacia es sólo temporal.

Yo en mis pacientes me ha dado un resultado muy bueno el pediluvio diario, durante diez minutos con agua ligeramente tibia, mezclando en ella una cuchara sopera, bien cargada de bicarbonato sódico acompañando a estos baños la aplicación de algunas de las cremas que todos conocemos por venir anunciadas en nuestra revista o en el anuario de la agrupación, alternándolas en según qué casos con la aplicación de fórmulas en polvo. En casos rebeldes aconsejo al paciente ir alternando pediluvios también a diario cambiando el contenido, es decir, en vez de ser la solución de agua tibia con bicarbonato sódico por una solución casi fría de permanganato al 1/4.000; los espolvoreados con talco salicílico al 1/100 y bórico al 10/100, y si el caso es tan rebelde que no da los efectos apetecidos pueden probarse las pincelaciones con soluciones al 10/100 con cloruro de alumina o con formol al 2/100, aunque esta última fórmula es sólo aconsejable en casos ya muy rebeldes o extremos ya que con frecuencia ocurre el que este producto provoque trastornos dolorosos.

Poco conseguiremos con estos tratamientos si además no mentalizamos a nuestros pacientes para que tomen muy en serio el cambio diario de calcetines; uso de zapatos ligeros y a ser posible de fácil ventilación, porosos y confeccionados con suelas de cuero evitando si se puede el uso de zapatos con materiales sintéticos, gomas, crepé, aconsejando los calcetines de algodón y desechando los de nylón.

He podido comprobar casos muy concretos con los productores que ya he citado, pues algún individuo que al día que formuló su primera consulta presentaba unos pies que eran un verdadero desastre, después de haberse tomado formalmente en serio el querer solucionar este problema, aunque algunas veces se trata de personas que han realizado un verdadero esfuerzo y heróica constancia puedo asegurar que han triunfado y hoy sus pies no parecen los mismos que cuando los enseñaron por primera vez.

Ahora bien; no todos tienen la misma comprensión e interés y muchas veces nos encontramos que falla el tratamiento por culpa del propio paciente que no pone de su parte lo que debería poner pero en este caso hay que hacerle ver claramente que la culpa de esta falta de éxito no la tenemos nosotros sino él.

Otras veces, una frotación enérgica con una toalla áspera puede proporcionar una tonificación beneficiosa de la piel. Es igualmente ventajosa la aplicación final de una esponja empapada con una sustancia alcohólica, como por ejemplo, agua de colonia, procurando que esta sea de una marca que posea los máximos grados de alcohol.

Si enfocamos, el tratamiento de cara a tomar medidas astringentes, quizás nos encontraremos que una de las más cómodas y que presenta más ventajas es la del uso de polvos ya que en ella pueden emplearse infinidad de fórmulas, pudiendo usarse la acción astringente en conjunción con un agente que no solamente sea suavizante sino que también obture mecánicamente las oberturas de las glándulas sudoríparas y actúe como absorbente.

He aquí alguna de las fórmulas que pueden aconsejarse por haber obtenido más éxito o eficacia, según cada uno de los casos:

Acido salicílico	5
Almidón	10
Talco	85

El ácido salicílico se emplea por su acción astringente y queratolítica, el almidón es un absorbente y el talco obtura mecánicamente los poros sudoríparos, así como también actúa como astringente. A veces se incorpora al ácido bórico por su valor como antiséptico y contra la fricción.

He aquí, pues, otra de las muchas fórmulas que se pueden aconsejar:

Tanoformo	3
Acido bórico	2

Almidón	10
Talco	10

Hay que tener en cuenta que le tanoformo actúa como poderoso astringente. Por tanto se puede muy bien usar de acuerdo con la fórmula siguiente:

Tanoformo	1
Oxido de zinc	2

Tanto la una como la otra, estas sustancias son astringentes; el óxido de zinc ejerce a la vez una acción suavizadora y al mismo tiempo obturadora. No obstante, no constituye un buen polvo para usarse aisladamente ya que tiende a formar acúmulos de polvos sólidos entre dedos. El estearato de zinc es un astringente de gran utilidad, pero hay que saberlo usar con prudencia y en fórmula no exagerada a fin de evitar posibles irritaciones.

Una fórmula que puede ser aconsejable y que resulta discreta es:

Alumbre	20
Talco	80

El espolvoreamiento debe ser abundante. No obstante, es conveniente aplicar previamente una loción alcohólica con el objeto de eliminar la humedad del pie e impedir así que se formen grumos al aplicar los polvos.

Con la finalidad de no anarlar más este artículo, dejo para otro número de nuestra revista el tratar sobre la Bromhidrosis y la Anhidrosis con lo que quedará de esta manera completado el tema propuesto sobre los problemas sudorales del pie.

Avances en
PODOLOGIA

por *T. P. Bradley, F.C.H.S., S.R.CH.*
Head of the Northern College of Chiropody,
SALFORD College of Technology

"El pie del hombre es sólo suyo. Es diferente de todos los demás pies. Es la parte más humana de toda su estructura anatómica". — Wood Jones.

El avance más notable en podología en los últimos años ha sido su mayor reconocimiento por las autoridades sanitarias y la aceptación médica del servicio que puede ofrecer a los enfermos. Esto se observa tanto en el campo clínico como en el administrativo, e indudablemente procede de la percepción de que la podología ocupa un lugar en el campo médico que puede llenarlo sólo una persona con un entrenamiento paramédico especializado y con una habilidad extrema. Ha habido un avance continuo durante los últimos 5 a 10 años en el campo de la terapéutica podológica, que, aunque no es espectacular, ha producido una mejoría general en el servicio ofrecido. Estos cambios han modificado considerablemente la imagen del podólogo colegiado de hoy en día, que ocupa su lugar como miembro esencial del equipo médico.

CAMPO DE ACCION

En los años de la preguerra el podólogo era considerado como un técnico que ofrecía un servicio útil, que estaba separado del ambiente médico y que tenía poco contacto con la profesión médica. Se consideraba que la podología se ocupaba principalmente de dar un servicio paliativo. Ahora los estudiantes de podología tienen que seguir unos estudios de tres años, después de lo cual pueden colegiarse en Inglaterra (lo que es necesario para poder trabajar en el National Health Service). Estos estudios están diseñados para entrenar a los estudiantes a diagnosticar muchas afecciones del pie que caen dentro del campo del podólogo oficialmente colegiado, y proporcionan una experiencia profesional y técnica para llevar a cabo el tratamiento de estas enfermedades.

CAMPO DE TRABAJO

Muchos estudiantes, a menudo los mayores, entran en la consulta privada, y además, aceptan puestos de media jornada en el National Health Service. Los médicos privados hoy en día ofrecen los mismos servicios que los colegas en el campo del seguro nacional, y sus servicios son muy solicitados. Trabajan en colaboración con los médicos generales locales, y llevan a cabo un servicio útil e importante. Esto reduce la carga del médico general muy ocu-

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
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 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

pharma consult sa

pado, además de la de los podólogos que trabajan en el seguro. Muchos podólogos en la práctica privada forman parte de un equipo médico. Algunos prefieren emplearse en la industria, pues un número cada vez mayor de entidades industriales emplean un podólogo durante media jornada o jornada completa. Este concepto de la podología desempeña un papel importante para mantener la actividad física de los empleados y aumentar la producción. Es sorprendente que no haya más compañías que consideren ésto como un servicio médico importante que podrían ofrecer a sus empleados.

Un número cada vez mayor de estudiantes forman parte ahora del sector público a jornada completa, ya sea trabajando para departamentos sanitarios de la autoridad local o para juntas de dirección de hospitales. En el sector público la mayoría de los podólogos son empleados por las autoridades locales y con la actual estructura el servicio es muy flexible. Esto da lugar a un tipo muy variable de servicios. En los casos en que las autoridades han desarrollado al máximo los servicios, el podólogo desempeña un papel importante al tratar escolares, embarazadas o madres lactantes, las que tienen necesidades médicas o quirúrgicas, y los ancianos.

Cierto número de autoridades locales ha desarrollado servicios de sanidad escolar que comprenden la inspección rutinaria de los pies de los escolares, llevada a cabo por podólogos empleados a media jornada o jornada completa. Estas instrucciones van seguidas después de tratamiento especializado de las verrugas, pie de atleta, anormalidades de las uñas, y afecciones ortopédicas mínimas de los pies. Este servicio está diseñado principalmente como preventivo, y con el tiempo y su expansión reducirá el número de enfermos adultos que busquen consejo y tratamiento.

Muchos servicios que las autoridades locales desean implantar tropiezan con el pequeño número de podólogos existentes para llevar a cabo el trabajo. La escasez actualmente es aguda. Con la nueva estructura de los servicios sanitarios, la podología será obligatoria en todas las organizaciones, lo que aumentará aún las dificultades actuales de personal.

CLINICAS DIABETICAS Y ORTOPEDICAS

Dentro del servicio hospitalario, los podólogos trabajan en las clínicas para diabéticos. Muchos consultores de hospital insisten ahora en que un podólogo forme parte de su equipo. El tratamiento de los pies, junto con los cuidados médicos en los enfermos con riesgo elevado, a menudo puede controlar los casos pregangrenosos e impedir la presentación de gangrena. El trabajo del podólogo lo valoran cada vez más los que se ocupan de mantener activos a enfermos que son propensos a ulceraciones de los pies a causa de una circulación periférica deficiente. Muchos enfermos de este tipo, con presión indolente y ulceraciones isquémicas, están hoy en día ayudados, y puede impedirse la formación de úlceras mediante la atención especializada adecuada.

Los cirujanos ortopedicos actualmente utilizan los servicios de los podólogos en sus unidades. Cuando la intervención quirúrgica no está indicada, el podólogo a menudo puede mantener al enfermo ambulatorio y libre de dolor, haciendo aparatos paliativos o correctores para los pies. Estos aparatos o prótesis se hacen especialmente para cada enfermo con un molde de yeso de su pie. El podólogo hoy en día sabe hacer moldes negativos y positivos de cualquier tipo de deformidad de los pies, y después hace la prótesis adecuada para cada caso. Cuando sea necesario la prótesis, el cirujano ortopédico puede recetarle al mismo tiempo que prescribe el calzado quirúrgico. La prótesis la fabrica entonces el podólogo, y después se hace el calzado quirúrgico para acomodar al pie y a la prótesis. Este arreglo resulta muy satisfactorio tanto para el médico como para el enfermo.

PROTESIS PARA LOS PIES

En el campo de las prótesis se han hecho avances considerables en los materiales utilizados y en las técnicas de fabricación. Un material muy utilizado es el "plastazote", un polietileno expansionado. Cuando se calienta, se moldea muy bien y es un excelente material

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)

aislante. Puede moldearse directamente en el pie del enfermo, y evita la necesidad de moldes de yeso. Aunque no es muy duradero, y por tanto las prótesis tienen una duración limitada, se utiliza bastante satisfactoriamente como prótesis protectora. Tiene muchos usos, entre los cuales figuran aparatos de protección de los dedos, apoyos para los dedos, y plantillas protectoras plantares. Es suave para la piel, ligero de peso y reduce el tiempo necesario para fabricación . El plastazote puede utilizarse solo o combinado con otros materiales para prótesis (McDonald, 1967).

PIE VALGO

Una de las deformidades más corrientes de los pies para las cuales se recetan prótesis es el pie valgo o en pronación. Esta deformidad, en la que hay una rotación medial de la parte posterior del pie y una desviación lateral o abducción de la parte anterior, es bastante corriente a todas las edades. Este tipo de pie no puede transmitir el peso corporal correctamente al suelo, ni puede funcionar perfectamente durante la propulsión, por lo que se cansa fácilmente. La enfermedad produce muchas afecciones secundarias del pie: por ejemplo, bursitis y callosidades. Al hacerse crónico el esfuerzo realizado por los pies, algunos enfermos presentan una osteoartrosis, generalmente en el área del tarso. En esta fase puede hacerse poco, aparte de hacer prótesis paliativas en reposo.

Cuando la corrección es posible, el podólogo puede hacer prótesis con unos moldes de yeso individualmente corregidas.

La técnica para hacer estas prótesis comienza haciendo un molde negativo del pie en una posición corregida. Para esta técnica el podólogo utiliza una masilla en la cual coloca el pie y lo aguanta en la posición correcta. El calcáneo y parte trasera del pie se aguantan en una posición invertida y la parte anterior evertida. El grado de corrección cuando se hacen las primeras impresiones negativas es importante: el pie nunca debe ser hipercorregido. El grado de corrección puede aumentarse gradualmente durante un período de tiempo.

El tipo de prótesis que hay que hacer en el molde corregido está determinado ahora y puede ser del tipo de cuero más convencional a base de un compuesto de látex, polvo de cuero, serrín y corcho triturado. Un nuevo enfoque para hacer estas prótesis correctivas está en el uso del "vitrateno" (Smedley, 1970). El vitrateno es una sábana de polietileno que puede moldearse cuando se calienta a una temperatura de 125 grados y se endurece de nuevo deprisa aproximadamente a 110 grados.

Puede obtenerse en dos grosores, de 3 ó de 1,5 mm. Se hace una impresión negativa del molde positivo apoyando este molde en un lecho de masilla, después se calienta un trozo de vitrateno preformado hasta la temperatura necesaria de 125° C. A esta temperatura el vitrateno se hace transparente. Esta sustancia caliente se coloca entonces por encima del molde negativo de masilla y el molde positivo se aprieta firmemente en él. Así se modela el vitrateno entre el molde de masilla y el molde positivo. Cuando se enfría, el vitrateno se saca del molde negativo y se modela con la máquina de esmerilado.

La forma de la prótesis completada es importante. Según observa Gibbard (1968a).

Hay que recordar que la característica básica necesaria para que la prótesis corrija es que se haya hecho sobre un molde del pie corregido, y que tenga un talón cóncavo y un reborde lateral para aguantar la presión que se ejercerá sobre él cuando el talón intenta evertirse al elevar el peso. El reborde medio convencional no debe exagerarse, o sea no debe ser mayor de lo necesario, aunque tampoco debe reducirse tanto que caiga debajo del arco medio del pie al llevar el peso, pasando por dentro de él y hundiéndose en sí mismo.

Cuando está modelado con rebordes medios y laterales, la prótesis está preparada para la prueba dentro del zapato del enfermo. La prótesis completada es ligera, higiénica, y cómoda de llevar. Citando de nuevo a Gibbard (1968b).

La plantilla correctora es especialmente adecuada para el tratamiento de la pronación móvil en los niños, pues la prótesis es ligera, fácil

CALZADO FISIOLOGICO INFANTIL CLASICO

UN ESTILO QUE PERMANECE

Todo el calzado Taberner, se confecciona con inmejorables materias nobles.

40 fases del proceso de fabricación artesanal, garantizan su calidad.

CARACTERISTICAS ANATOMICAS:

HORMAS PARA INCORPORAR PLANTILLAS:

- **base planta con ancho normal.**
- **base planta mas ancha.**
- **recta.**

NORMALIZADAS:

- **recta con capacidad normal.**
- **normal para pies sanos.**

Contrafuerte resistente que asegura la adecuada sujeción pie-calzado.

Enfranque resistente.

Oscar 1975 y 1976 al mejor diseño de zapatos, anatómico infantil, patrocinado por la Comisión Española pro Suela de Cuero.

GREGORIO TABERNER, S.L.
Weyler, 53
Tel. - (971) 66.01.56
LLUCMAJOR (Mallorca).

de llevar, ocupa poco sitio en el zapato y puede utilizarse para niños muy pequeños.

PROTESIS DE MOCASIN

Se han hecho avances al fabricar prótesis para los enfermos que presentan amputaciones de los dedos de los pies o parte del pie por artritis o traumatismo. Estos tipos de prótesis en forma de mocasín se hacen con moldes individuales de yeso del pie del enfermo. Si solamente se ha amputado parte del pie se hace la prótesis de una longitud igual a la del otro pie para permitir que el enfermo lleve zapatos quirúrgicos de tamaño y forma iguales. Los enfermos valoran ésto mucho, pues a veces incluso pueden llevar zapatos normales comprados en zapatería.

De vez en cuando la habilidad del podólogo se ve en un aprieto cuando se encuentra con algunas de las anormalidades congénitas más raras, tales como la del pie con la deformidad semejante a la pata de langosta. En este caso se hizo un recubrimiento de apoyo en un molde de yeso que se oclocó en un zapato quirúrgico con una lengüeta ornamental que ocultó la afección con mucha eficacia.

PROTESIS PROTECTORAS

Hoy en día muchas prótesis paliativas pequeñas para la protección de los dedos de los pies y las cabezas de los metatarsianos primero y quinto se hacen con goma de silicona o elastómeros de silicona (Gibbard, 1967). El término de "goma de silicona" es incorrecto, pero se utiliza porque la silicona tiene un parecido con algunas formas de gomas naturales o sintéticas. La goma de silicona se mezcla con un catalizador, y se aplica directamente al pie. Entonces se modela para formar la prótesis protectora. La prótesis puede reforzarse con un vendaje de nylón o tubular. Estos tipos de prótesis reemplazables requieren poco tiempo y no producen irritación alguna. Son especialmente útiles en enfermos diabéticos, que pueden ser especialmente vulnerables a ulceraciones en los pies. Redistribuyen la presión eficazmente fuera de la región dañada y ayudan a la curación.

Así pues, se utilizan cada vez más las prótesis con fines protectores y correctores en podología. Ayudan mucho en el aspecto preventivo de nuestro trabajo. La ventaja principal es que están fabricadas para el enfermo individual. Aunque hoy día existen podólogos para llevar a cabo las prótesis, solamente algunos departamentos de ortopedia disponen de facilidades para su fabricación. Estas prótesis a menudo son más baratas que las que proporcionan las firmas comerciales y, como están hechas sobre un molde de yeso preciso y con un mejor conocimiento de la afección del enfermo, resultan más adecuadas y proporcionan un alivio del dolor más duradero. En personas jóvenes pueden reducir la frecuencia de deformidad en la vida posterior.

ABRAZADERA UNGUEAL

Una afección corriente dolorosa de las uñas que se encuentra en la práctica podológica es la involución de la placa ungueal. En esta afección la curvatura transversal de las uñas está aumentada, de forma que los rebordes laterales se hunden en el surco sin penetrar en la dermis. A menudo va acompañado de una pequeña callosidad en el surco. Estos casos no son uñas encarnadas como muchas veces se diagnostican. En una una encarnada el reborde lateral ha penetrado en la dermis y está asociado a sepsis y tejido de hipergranulación.

El tratamiento de la uña involucionada, durante muchos años ha sido puramente paliativo. El tratamiento consistía en eliminar los residuos epiteliales del surco ungueal, y envolverlas con un material blando. En los últimos años se ha utilizado con éxito un tratamiento correcto, que consiste en la colocación de una abrazadera ungueal de alambre correctora. Aunque estas abrazaderas se utilizaron por primera vez antes de la guerra de 39-45, sólo recientemente los médicos han utilizado este método de una forma generalizada y han informado acerca de unas correcciones satisfactorias.

Las abrazaderas se fabrican con alambre del utilizado en estomatología, de acero inoxidable, de un grosor de 1 mm, 0,8 mm o 0,5 mm. Los modela individualmente el podólogo

SMITH NEPHEW IBERICA, S. A.

INFANTA CARLOTA, 61
Teléfono 250 79 25 - BARCELONA-15

SN-77001

Solicite por escrito La Edición Especial "TECNICAS GYPSONA"

Airstrip® Tensoplast	APOSITO PROTECTOR DE HERIDAS EN LOS PIES IMPERMEABLE-TRANSPIRABLE-AUTOADHESIVO ALMOHADILLADO- Medidas: 6 cm. x 9 cm.
Crepe S.N.®	VENDA ELASTICA SIN HILOS DE GOMA 100% algodón - Color crudo Medidas: 5 cms. x 4 m. /7 x 4 /10 x 4 / 10 x 10
Gypsona®	VENDA DE YESO UNICA, CON GASA DE TEXTURA ENTRELAZADA Medidas: 5 / 10 /15 y 20 cms. x 2,70 m.
Melolin®	APOSITO ABSORBENTE Y NO ADHERENTE A LAS HERIDAS - ESTERIL Medidas: 5 cm. x 5 cm. / 10 x 10 / 10 x 20.
NYLEX® Tubinylex	VENDA DE PAPEL CREPADO VENDAJE TUBULAR EXTENSIBLE — PARA APLICAR ANTES DEL ENYESADO
Op-Site®	VENDAJE DE HERIDAS - Medida: 14 cm. x 10 cm. HERIDAS - CIRUGIA MENOR - QUEMADURAS AUTOADHESIVO-IMPERMEABLE- TRANSPIRABLE TRANSPARENTE - ELASTICO
Retelast®	MALLA ELASTICA IDEAL PARA SUJETAR APOSITOS EN LOS DEDOS Y PLANTA DEL PIE n.° 0 - 1.
Stuca®	VENDA DE YESO PARA MOLDES Medidas: 5 / 10 / 15 y 20 cms. x 3 m.
Tensocrepe®	VENDA ELASTICA, NO ADHESIVA - POROSA, Color carne Medidas: 5 / 7,5 y 10 cms. x 4,5 m.
Tensoplast® venda elástica	VENDA ELASTICA, ADHESIVA - POROSA, Medidas: 5/7,5 y 10 cms. x 2,70 m.
Tensoplast® tiras	TEJIDO ELASTICO ADHESIVO-PARA PROTECCION DE HERIDAS Y ROZADURAS Tira 1 mt. - Tira 5 mt.

según la curvatura de la uña. Los extremos de la abrazadera están formados por dos pequeños ganchos que se colocan alrededor de los rebordes laterales de la placa ungueal. La abrazadera que está cerca de la superficie dorsal de la placa ungueal tiene una curvatura en U en el centro, y apretando esta asa central se puede aplicar tensión en dirección hacia arriba y hacia fuera, en ambos rebordes de la placa. Cuando se coloca la abrazadera se deja en su posición con cemento acrílico. La tensión de la abrazadera durante cierto período de tiempo reduce la curvatura de la uña con lo que disminuye el dolor en el surco de la uña. Estas abrazaderas no producen dolor cuando se llevan y no causan molestia alguna al enfermo.

También se ha informado del éxito en la corrección de uñas muy involucionadas mediante la aplicación de calor antes de colocarse la abrazadera. Se calientan unos fórceps especialmente diseñados mediante la inmersión en agua hirviendo, y se aplican al reborde lateral del lecho ungueal. La uña se reblandece cuando se calienta, lo que facilita la colocación del alambre (Back, 1970).

TECNICAS PODOLOGICAS GENERALES

El énfasis de la práctica podológica se centra en la profilaxis de las deformidades, como las que tratan en aquellas afecciones que pueden producir callosidades. Desgraciadamente, en muchos casos que el podólogo ve por primera vez la deformidad y lesiones secundarias asociadas se han presentado ya y se hacen crónicas e irreversibles. Aquí el podólogo continúa aliviando el dolor e impidiendo el empeoramiento de la afección mediante una buena técnica con el bisturí, sus propias técnicas especializadas de colocación de almohadillado, y medicación.

Otra técnica con goma de silicona, que ahora se utiliza con éxito en estos casos crónicos, es la aplicación de goma de silicona directamente a la piel, generalmente con un almohadillado adecuado. Esta técnica es excelente para reducir las lesiones persistentes en la cara plantar del pie. El efecto emoliente de la goma de silicona sobre la epidermis parece reducir la formación de callosidades.

Debido a su experiencia práctica, durante muchos años el podólogo ha administrado un tratamiento libre de dolor para extirpar las callosidades. Sin embargo, en muchas ocasiones, como cuando trata callosidades neurovasculares, ha tenido una desventaja pues su campo de tratamiento se ha visto limitado por no tener la formación para administrar analgésicos locales. Sin embargo, The Chiropodists Board of The Professions Supplementary to Medicine, ha aprobado el que los podólogos colegiados administren analgésicos locales en ciertas circunstancias, y se sometan al entrenamiento adicional adecuado. Esta técnica permitirá que el podólogo lleve a cabo el tratamiento y utilice las técnicas podológicas para las que se ha entrenado en un grado más elevado de eficacia. La analgesia local será especialmente útil en casos de onicriptosis y callosidades neurovasculares dolorosas que se encuentran en el dorso de los dedos de los pies y por encima de su cara plantar. Indudablemente, el uso de esta técnica proporcionará un beneficio considerable al enfermo.

RESUMEN

El desarrollo y avances realizados en los servicios podológicos dentro del sector privado y de los servicios de la Seguridad Social, se tratan en este artículo. En especial, se acentúa el valor del podólogo que trabaja en clínicas diabéticas, departamentos ortopédicos, unidades geriátricas, y servicios de higiene escolar. El papel del podólogo en hacer las prótesis, y los avances realizados en este sentido se explican con detalle.

Se discuten nuevas técnicas, especialmente en relación con la corrección de las uñas.

Agradezco a M. T. Nicholls, Sr. fotógrafo médico del Department of Medical Illustration, Salford Hospital Management Committee, al dejarnos sus fotografías.

BIBLIOGRAFIA

Back. A. C. (1970): *Chiropodist, 25,* 391.
Gibbard. L. C. (1967): *Ibid., 22,* 119
—— (1968a): "Charlesworth's Chiropodial Orthopaedies, second edition. Baillière, Tindall & Cassell. London, p. 11.
—— (1968b). *Ibid.,* p. 151
McDonald, R. (1967): *Chiropodist, 22,* 232.
Smedley, R. (1970): *Ibid., 25,* 4.

Artículo publicado en la Revista «The Practitioner», N.º 93, Vol. X, de mayo 1978, remitido a esta Redacción por el compañero de Albacete D. Isidro Mari Berto

REF. 92: SUELA DE GOMA ● PISO DE MADERA CON PLANTILLA ACOLCHADA

Toviñié

ESTE CALZADO PERMITE LA DEAMBULACIÓN EN TODOS AQUELLOS PROCESOS PATOLÓGICOS DEL PIÉ, QUE SEA IMPOSIBLE USAR UN CALZADO STANDAR.

ALPARGATAS "SAN POL"

FABRICADO POR TOMAS VIDAL - SANT POL DE MAR (BARCELONA)

TELEF. 760 05 64

MAFRE
Instruments

ORTOPEDIA-MATERIAL CLINICO

FRESCO

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

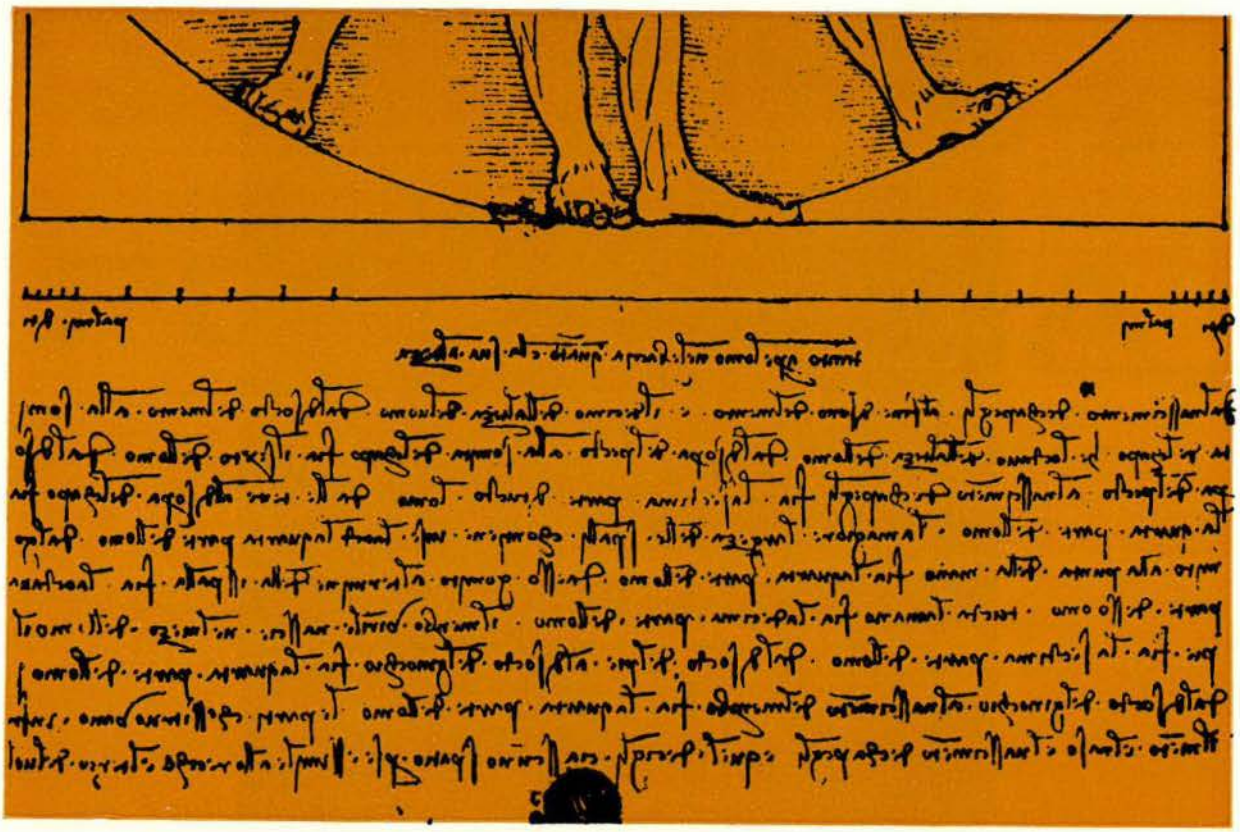
VIOLETA DE GENCIANA
ACIDO NITRICO
PERCLORURO FERRICO

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
PLANCHAS DE PLEXIDUR «O»
PLANCHAS DE PLEXIDUR «T»

Motores con eje flexible
LECHE DE LATEX
SERRIN PARA PODIASIN
MASCARILLAS
EQUIPO PODOLOGIA - Metálicos y de madera forrada
FRESAS DIAMANTADAS

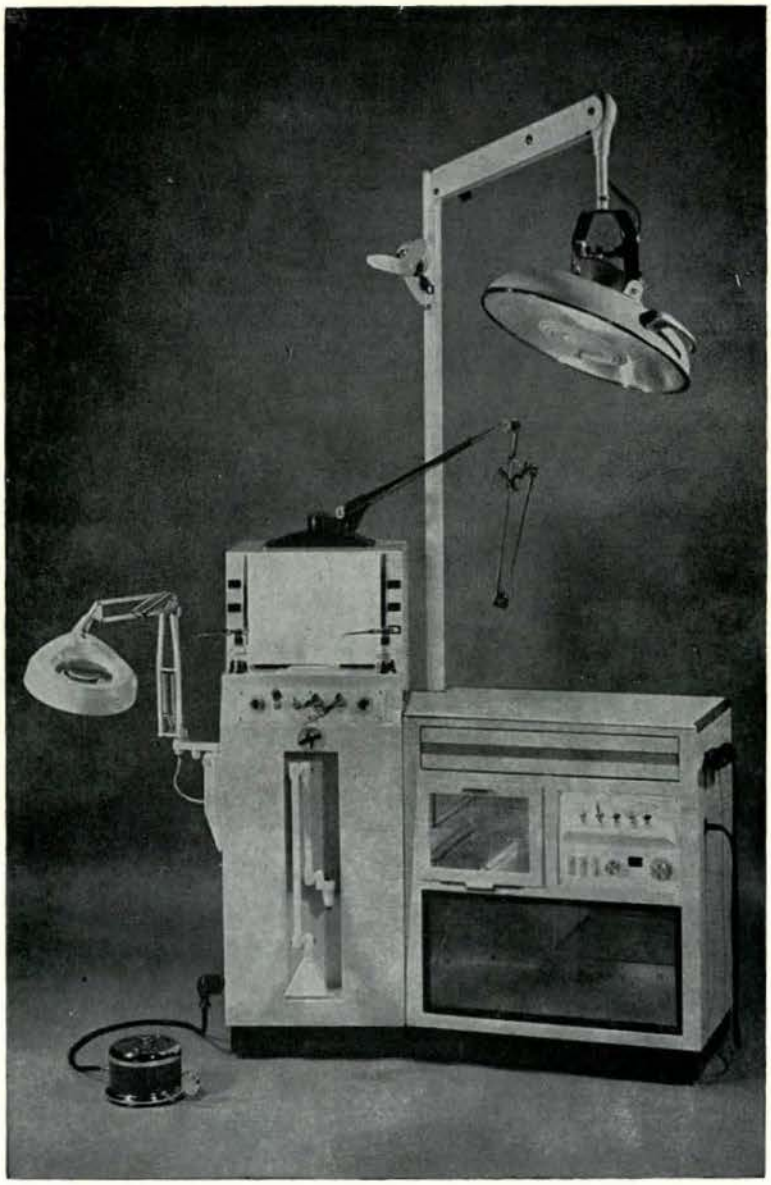
... y todo lo que Ud. desee puede encontrarlo con solo hacer la consulta



REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

A.P.E. Septiembre-Octubre

n.° 65 1978



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**

Pallars, 65 a 71 **BARCELONA-18** **Teléf. 241 72 75**

REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

ORGANO DE LA AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

A. P. E.

Redacción:
Diputación, 118, 2.°, pral., 2.ª, Barcelona-15

Director:
Leonardo Escachs Clariana

Sub-director:
Pablo Vilató Ruiz

Redactor jefe:
Martín Rueda Sánchez
Avda. Caudillo, 68, bajos, 2.ª
Santa Coloma de Gramanet. Barcelona

Administrador:
Manuel Gavin Barceló
Rda. Guinardó, 23, 1.°, 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

3 Junta de Gobierno

5 Editorial

7 El pie gotoso

23 La bleomicina intralesional en el tratamiento de las verrugas

27 Las heridas de los pies

31 Labor de las Delegaciones: Barcelona

33 Labor de las Delegaciones: Vizcaya

37 Labor de las Delegaciones: Valencia

39 «Onicoprótesis»

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 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.°	D. ZACARIAS GARCIA ANDRES	Madrid
Vice-Presidente 2.°	D. ISAIAS DEL MORAL CEJALVO	Valencia
Secretario General	D. JOSE A. CALVO GARCIA	Zaragoza
Vice-Secretario	D. FRANCISCO FARRERAS MORCILLO	Barcelona
Tesorero	D. MANUEL GAVIN BARCELO	Barcelona
Contador	D. LUIS AYCART VIJUESCA	Madrid
Vocal	D. JOSE OLCINA MORALES	Alicante
Vocal	D. JUAN VIDAN TORRES	Santiago de Compostela
Vocal	D. LUIS INCHAURRONDO	Irún
Vocal	D. JOSE M.ª BAEZ BASAURI	Bilbao
Vocal	D. FCO. MORAN VENTURA	Las Palmas G. Canaria

DELEGADO DE ZONA

D. Juan Vidán Torres. Preguntoiro, 10. SANTIAGO DE COMPOSTELA.
D. Isaías del Moral Roberto. 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.°. MALAGA.
D. Juan José Araolaza. Fermín Calbetón, 4. EIBAR.
D. José Sánchez Luna. Avda. Cataluña, 24. ZARAGOZA.
D. Evaristo Rodríguez Valverde. Córcega, 505. BARCELONA.
D. Jesús Tocino. HUELVA.

DELEGADOS PROVINCIALES

ALAVA: **D. Julio Crespo.**
ALBACETE: **D. Luis Juan Navarro.**
ALICANTE: **D. José Ochoa Morales.**
ALMERIA: **D. Esteban de Haro.**
ASTURIAS: **D. José Luis Alonso Alvarez.**
BADAJOZ: **D. José Villafaina de la Cruz.**
BARCELONA: **D. Evaristo Rodríguez Valverde.**
BILBAO: **D. Pedro M.ª Galardi.**
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.**
HUESCA: **Delegado de Zaragoza.**
JAEN: **Víctor Nieto Molina.**
LA CORUÑA: **D. Francisco de la Cruz.**
LAS PALMAS: **D. Francisco Morán Ventura.**
LEON: **D. Luis Pascua San Miguel.**
LERIDA: **D. Alfredo Puchol.**
LOGROÑO: **D. Vicente Alvarez.**
LUGO: Sin Delegado Provincial.
MALAGA: **D. José Godoy.**
MADRID: **D. Mariano Rodríguez Esteban.**
MELILLA: **D. Fernando Bosch Palós.**
MURCIA: Sin Delegado Provincial.
ORENSE: **D. Elisardo Bralo Rego.**
PALENCIA: **D. Damián Porro Villarroel.**
PALMA DE MALLORCA: **D. Juan B. Brines.**
PAMPLONA: **D. Javier Gallo.**
SALAMANCA: **D. Antonio Basas Encinas.**
SANTANDER: Su Delegado Provincial.
SAN SEBASTIAN: **Sebastián Tenés Iturriza.**
STA. CRUZ DE TENERIFE: **D. Armenio Méndez.**
SEGOVIA: **D. Francisco García Rodríguez.**
SEVILLA: **José Cañero Ramos.**
SORIA: Sin Delegado Provincial.
TARRAGONA: **D. Miguel Manzano Hernández.**
VALENCIA: **D. Angel Sanchiz Cortina.**
VALLADOLID: **D. Alfonso Domínguez Milán.**
ZAMORA: **D. Juan J. Miguel Barrios.**
ZARAGOZA: **D. José A. Calvo García.**

cuando aprieta el dolor...

Algesal®
espuma

espuma antirreumática, analgésica, antiinflamatoria

COMPOSICION: Laurilsulfato de nopoxamina, 10 mg.; Salicilato de dietilamina, 100 mg.; Excipiente c.s.p. 1 gr. de emulsión.

INDICACIONES: Terapia percutánea del dolor local, dolores reumáticos, articulares y musculares, torceduras, tortícolis, lumbago y otros de parecida naturaleza.

POSOLOGIA Y MODO DE EMPLEO: Aplíquese varias veces al día una cantidad suficiente de espuma según la extensión de la zona dolorosa, practicando una suave fricción hasta su completa absorción.

EFECTOS SECUNDARIOS: Hasta el momento no se han observado.

CONTRAINDICACIONES: No se aplicará sobre heridas abiertas ni mucosas.

PRESENTACION Y P.V.P.: Envase con 30 gr. de emulsión, 257,90 Ptas.

KALICHEMIE ARZNEIMITTEL

KALIFARMA, S.A.
Apartado 12.068 - BARCELONA - Tel. 239 29 07
Madrid, Tel. 276 92 76 - Sevilla, Tel. 21 39 22
Valencia, Tel. 334 63 06 - Bilbao, Tel. 441 66 54

EDITORIAL

Nuestro maratoniano periplo en busca de conseguir una carrera universitaria de Podólogos, está ya tocando a su fin victorioso. Los obstáculos surgidos han sido múltiples y desde luego habrían resultado infranqueables de no ser por el ímpetu puesto para vencerlos. Esto nos demuestra una vez más que todo es cuestión de trazarse una meta, previo estudio de las posibilidades de salir airosos, y examen razonable de la fuerza y veracidad de nuestras aspiraciones. Esta meta será siempre el punto de mira de nuestra actividad profesional, al que hay que llegar de la forma más honesta, anteponiéndolo siempre a los problemas o estados personales. Esto requiere una política efectiva con base en unos principios comunes y materializada en unas actividades convergentes que deberán llevar a cabo todas y cada una de las piezas que constituyen la entidad. No obstante en cualquier entidad profesional, lógicamente ese "todos" siempre es relativo, debiendo existir distintos puntos de vista y consecuentemente diversas formas de arrivar a la meta, aunque ésta sea común para todos. Ello va en función del estado anímico, capacidad de trabajo y sacrificio y grado de profesionalidad de cada uno, sirviendo de todas maneras las excepciones para, a través de su comparación y debate, afianzar más todavía la postura que resulte victoriosa, como punto coincidente de la mayoría. Lógicamente, cuando las excepciones al todo son de carácter monetario y escaso de representatividad, huelgan comentarios.

En estos debates nunca debemos considerar ni vencedores ni vencidos, siempre que el estímulo que nos ha llevado a la lucha haya sido común: la superación profesional de la clase.

En nuestro caso, creo queda bien claro y patente que la fuerza para llegar al momento actual ha radicado en nuestra unidad, unidad que forzosamente debe ser encabezada por alguien que sepa lo que queremos y adonde vamos, siendo el nombre de ese alguien lo que menos deba importarnos. Si en lugar de obrar así, personalizásemos las acciones o tuviésemos afán de protagonismo, más valdría no habernos lanzado. Podemos encontrar obstáculos y vencerlos o no, según nuestra habilidad, pero no podemos ni debemos jamás ir contra la corriente.

Recientemente, los días 12 al 15 de octubre, hemos sido testigos presenciales de un acontecimiento científico-profesional que nos ha demostrado cuan grande es la fuerza de la podología, a juzgar por el número de asistentes. Este acontecimiento, el XI Congreso Nacional, también nos ha servido para poder constatar hasta qué extremo necesitamos una independencia profesional, unos organismos nuestros, que nos agrupen a todos bajo un mismo patrón estandarte:

el colegio de Podólogos. También hemos podido contemplar el ritmo vertiginoso que llevamos, a través de la observación de unos jóvenes entusiastas, y de unos menos jóvenes conservadores. Dos premisas siempre imprescindibles para mantener un equilibrio: la juventud, que se lanza hasta llegar al vértice exponencial de nuestras posibilidades legales de actuación profesional, y los mayores, que con el mismo entusiasmo que los primeros tienen el valor y la franqueza de explicarnos algo que a ellos nadie les enseñó pero que han aprendido a base de tesón y constancia, y una vez conseguido, nos lo ofrecen a nosotros para que recojamos sus frutos aprovechándonos de su sacrificio. Decididamente, tenemos que felicitar a las dos partes, pero tenemos que construir con esa base, no una pirámide triangular con un equilibrio inestable en su vértice superior, sino un prisma, que con la misma base, de más seguridad cuando estemos encaramados en su cúspide, pues nos esperan, y tendremos ocasión de comprobarlo, vientos huracanados.

M. RUEDA

REF. 92: SUELA DE GOMA ● PISO DE MADERA CON PLANTILLA ACOLCHADA

FABRICADO POR TOMAS VIDAL - SANT POL DE MAR (BARCELONA)

TELEF. 760 05 64

UNIVERSIDAD DE BARCELONA
FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA OFICIAL DE PODOLOGIA

Director: Profesor Dr. Ramón Arandes Adán
Sub-Director: D. Leonardo Escachs Clariana

PONENCIA AL IX CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA
Madrid, del 12 al 15 de octubre de 1978

EL PIE GOTOSO

por el

DR. ENRIQUE-JOSE RASO RODRIGUEZ

Profesor de Teoría Médica de la Escuela y A. de la I Clínica Universitaria de Patología Quirúrgica.

A mi esposa Sara y a mis hijos: Enrique-José, José-Carlos y Sara-Mercedes, por su ayuda y estímulo, en el ejercicio de mi profesión.

Cuatro son las razones fundamentales que me han inducido a desarrollar el título de esta Ponencia Nacional: 1.ª) Al considerar el caso que, el índice de frecuencia de la patología gotosa va en aumento paralelamente, con el transcurso de nuestros días y que las consultas por esta enfermedad, empiezan a ser habituales, 2.ª) que la localización preferente de esta enfermedad, asienta en el antepié, 3.ª) que las investigaciones efectuadas en los últimos decenios, han permitido y nos permiten ahora, un mejor y crítico conocimiento de su patogenia y 4.ª) que afortunadamente, su tratamiento específico, es cada vez más rápido y eficaz.

HISTORIA:

La gota, clínicamente, es conocida desde la antigüedad. Ya los griegos la denominaban PODAGRA (pie cogido en una trampa, o pie atrapado); como quiera que, quienes la padecían eran figuras relevantes en aquella sociedad, fijaron los Asclepiades más su atención en esta discrasia, para solventar, dentro de sus posibilidades las consecuencias de esta enfermedad, en sus miembros militar, cultural y políticamente influyentes, a tenor de las estructuras de la misma.

HIPOCRATES (siglo V antes de J.C.) en sus aforismos, cita la aparición de la podagra, selectivamente por el *sexo* masculino, la rareza de su padecimiento en la mujer antes de la menopausia, su ausencia antes de la pubertad, su evolución por crisis y finalmente la concreción de formaciones pétreas periarticulares. Vino, comida y sexo en exceso, fueron a juicio hipocrático, los factores etiológicos que, coincidentes fuera

SMITH NEPHEW IBERICA, S. A.

INFANTA CARLOTA, 61
Teléfono 250 79 25 - BARCELONA-15

SN-77001

Solicite por escrito La Edición Especial "TECNICAS GYPSONA"

Airstrip® Tensoplast	APOSITO PROTECTOR DE HERIDAS EN LOS PIES IMPERMEABLE-TRANSPIRABLE-AUTOADHESIVO ALMOHADILLADO- Medidas: 6 cm. x 9 cm.
Crepe S.N.®	VENDA ELASTICA SIN HILOS DE GOMA 100% algodón - Color crudo Medidas: 5 cms. x 4 m. /7 x 4 /10 x 4 / 10 x 10
Gypsona®	VENDA DE YESO UNICA, CON GASA DE TEXTURA ENTRELAZADA Medidas: 5 / 10 /15 y 20 cms. x 2,70 m.
Melolin®	APOSITO ABSORBENTE Y NO ADHERENTE A LAS HERIDAS - ESTERIL Medidas: 5 cm. x 5 cm. / 10 x 10 / 10 x 20.
NYLEX® Tubinylex	VENDA DE PAPEL CREPADO VENDAJE TUBULAR EXTENSIBLE — PARA APLICAR ANTES DEL ENYESADO
Op-Site®	VENDAJE DE HERIDAS - Medida: 14 cm. x 10 cm. HERIDAS - CIRUGIA MENOR - QUEMADURAS AUTOADHESIVO-IMPERMEABLE- TRANSPIRABLE TRANSPARENTE - ELASTICO
Retelast®	MALLA ELASTICA IDEAL PARA SUJETAR APOSITOS EN LOS DEDOS Y PLANTA DEL PIE n.° 0 - 1.
Stuca®	VENDA DE YESO PARA MOLDES Medidas: 5 / 10 / 15 y 20 cms. x 3 m.
Tensocrepe®	VENDA ELASTICA, NO ADHESIVA - POROSA, Color carne Medidas: 5 / 7,5 y 10 cms. x 4,5 m.
Tensoplast® venda elástica	VENDA ELASTICA, ADHESIVA - POROSA, Medidas: 5/7,5 y 10 cms. x 2,70 m.
Tensoplast® tiras	TEJIDO ELASTICO ADHESIVO-PARA PROTECCION DE HERIDAS Y ROZADURAS Tira 1 mt. - Tira 5 mt.

de los límites de la normalidad, la desencadenaban. De ahí tres de sus más famosos aforismos que, sobre la gota estuvieron vigentes y fueron creídos durante muchos siglos:

1.º) Los eunucos, no contraen la gota ni se quedan calvos.
2.º) La mujer no enferma de gota a no ser que, le haya desaparecido la regla.
3.º) El varón no padece de gota hasta que se inicia en las relaciones sexuales.

PLINIO el Viejo, afirma que, la gota llegó a Roma a través de los griegos y como testimonio aduce y aporta como prueba el que, entre todos los vocablos romanos no existía la palabra adecuada para designarla. Grecia leyó su cultura a Roma y le obsequió a mayores, con la gota, en irónica frase atribuída a Delpeuch.

CELSUS (25 a J.C. - 50 a d J.C.) emplea el vocablo podagra para hablar indistintamente de enfermedades reumáticas, usando también las de chiagra y artritis.

El gran filósofo SENECA, sufrió gota y en sus escritos hace alusiones personales de su enfermedad.

LUCIANO DE SAMOSATA —muy probablemente gotoso— en una de sus tragicomedias, dice que la gota, diosa denominada podagra —Tragopodagra, era su nombre— hará fracasar con la mayor crueldad los tratamientos empleados por los médicos, mutilando incluso a éstos y que "su" enfermedad (de dominio personal de la diosa) sería una de las no derrotadas de entre las afecciones terrenales.

Hasta el siglo II de nuestra Era Cristiana, hierbas, minerales, sapos vivos y excrementos humanos, eran los remedios más usados en el tratamiento de la gota.

ALEJANDRO DE TRALLES —siglo VI, período Bizantino— recomienda el HERMODACTIL o dedo de mercurio; actualmente se piensa que el Hermodáctil no era otra cosa que el cólchico, confirmándolo PSICHRISTA (s V d. J.C.) médico de LEON el GRANDE (457-474).

En la Edad Media, un monje dominico llamado RADULFO, obispo de Chichester a fines del siglo XIII, creyendo que la enfermedad se debía a la presencia en la sangre de un humor que era expulsado por ella y depositado "gota a gota" en las articulaciones, trueca y cambia el nombre de podagra por el de GOTA.

La enfermedad gotosa, ha reinado durante siglos en los anales clínicos de la patología y han sufrido sus consecuencias: Emperadores, Reyes, Papas y un sinnúmero de gentes, habituadas al buen vivir. Recuérdese sin embargo, uno de los lemas tradicionalmente en uso de la medicina: Lo más frecuente es lo más corriente y las excepciones confirman esta regla. Pues bien, personas sobrias y morigeradas como el Papa Gregorio el Magno, hombre ascético, estuvo afectado de gota durante treinta años y acabó de escribir sus obras usando tan sólo dos dedos: quiragra (manos atrapadas o cogidas en una trampa).

Se cita, sin una base histórica firme, a HIERON DE SIRACUSA, como el primer gotoso conocido por la historia.

El Emperador AUGUSTO aún y cuando en las estatuas del Vaticano aparece como muy bien configurado anatómicamente, era un gotoso, reconociéndolo él mismo en una epístola dirigida a MECENAS. El poeta HORACIO estaba afecto de podagra y de la quiragra (localizaciones gotosas en pies y manos).

En un Códice Manuscrito del siglo IV y conservado en Viena, existe en una de sus páginas iconografía de la aplicación de la betónica (planta labiada medicinal) para el tratamiento de la gota. La cara, las manos y los pies, caracterizan la personalidad de los gotosos, como se evidencia también en el arte de los aztecas y de los mayas. Su dios de la lluvia —Tláloc— una de las grandes divinidades aztecas, castigaba a los hombres por sus excesos y pecados, exclusivamente con afectarles de gota. El denominado CHIBALOC era la forma de gota que tenía localización en los pies.

Curiosa y anecdóticamente desde el inicio del Cristianismo, no existe entre las curaciones milagrosas aceptadas por la Iglesia, ninguna que haga referencia directa ni indirectamente a la gota. Cabe pues el pensar que, si se tenía por cierto que, esta era la pena y castigo por sendos excesos, no podría posteriormente curarse sin una larga marcha expiatoria. Los Papas: NICOLAS V, PIO II, CLEMENTE VI, HONORIO IV, PIO IV, JULIO III y hasta BENEDICTO XIV —que se vio imposibilitado de decir misa— fueron todos ellos grandes gotosos.

PEDRO II de los Médicis, ha pasado a la historia con el sobrenombre de PEDRO II el GOTOSO.

CATALINA de MEDICIS, El Gran Duque de Toscana FRANCISCO MARIA y su hijo FRANCISCO I, son unos eslabones más, de esa gran cadena de gotosos coronados. Para mayor abundancia diré que a través de ENRIQUE IV la gota continuará con la familia de los BORBONES.

LORENZ FRIES en 1518, en su "Spiegel der Artny", daba consejos a los gotosos. ANDREW BOORDE, médico de ENRIQUE VIII, en 1542, se ocupó también de la gota en su obra "Breviary of Health".

AMBROSIO PARE, el gran cirujano francés (1510-1590), era un gotoso y utilizó para su personal tratamiento, el dedo de mercurio o Hermodáctil (cólchico).

Uno de los grandes genios de la humanidad MIGUEL ANGEL, en un Autorretrato, aparece con una deformación carpo-primer-metacarpiano, deformación concomitante de los dedos pulgar e índice y acusados engrosamientos periarticulares (quiragra y tofos).

En la historiografía médica española, EL EMPERADOR CARLOS V, gotoso desde que tenía treinta y un años, y FELIPE II, con su silla expuesta en el Real Monasterio de El Escorial, en la que descansaba su cuerpo y era trasladado, son otras muestras de esta afección en testas coronadas. Este último en una de las cartas dirigidas a sus hijas y fechada el 12 de febrero de 1590 escribía: "amy se me ha dado alguno la gota, estos dias y medio otro despues de los Rreyes... y asi agora quedo mejor y puedo escrivir con esta mano y comenzar a andar, que algunos dias, no he podido lo uno ni lo otro..."

Los Reyes LUIS XV y LUIS XVI, éste cuya comida normal y ordinaria de mediodía se componía de dos sopas, veinte platos distintos de asados y fiambres, además de tener preparadas más de ciento cincuenta camas para gozar, fueron grandes gotosos allende de los Pirineos.

Otro gotoso, TOMAS SYDENHAN en 1685, en su "Tratado de podagra y de la hidropesia" no menciona al cólchico, preconizando además la abstención de toda terapéutica antigotosa, describiendo con una serie de pormenores y de una forma muy precisa con infinidad de particulares detalles las crisis gotosas. El propagaba el empleo de la corteza del Perú —la quinina— para el tratamiento de la malaria y su nombre hasta nuestros días quedó unido para siempre a una preparación líquida del opio, que recibe el nombre, por otra parte por todos nosotros conocido como "El Láudano de Sydenhan".

"...Uno se acuesta en buen estado, abandona el sueño hacia las dos de la madrugada despertado por un dolor intenso que afecta preferentemente al dedo gordo, talón, pierna o tobillo. Este dolor recuerda al del esguince, pero se le añade la sensación como la producida por el agua tibia, vertida sobre estas regiones. Luego viene, frío, escalofríos y fiebre. Inicialmente el dolor es moderado, pero aumenta y desaparece de hora en hora, hasta que llega a su máximo a la caída de la noche. Este dolor viene expresado como una tensión violenta, como un desgarro de fibras, como algo que roería los huesos; otras veces como una compresión. La parte afecta ha adquirido una sensibilidad viva, hasta tal punto que, no puede soportar el peso de las ropas de la cama que la cubren. El enfermo va poniendo el pie en diversas posiciones, hasta que finalmente, después de un nictámero transcurrido desde el comienzo del ataque cede, atribuyéndose muy erróneamente a la última posición adoptada, la liberación de los dolores. Cubierto de un suave sudor, se duerme. Al despertar hay tumefacción local, el dolor disminuido y existe una notable prominencia de la red venosa regional. Todo se ha calmado al cantar el gallo". Esta es la descripción de la crisis gotosa, según SYDENHAN, fechada en 1683.

THOMAS DOVER (1660-1742) discípulo de SYDENHAN ideó el "polvo diaforético de Ipecacuana" para tratar la crisis gotosa. Lo recetaba a tan grandes y altas dosis que los farmacéuticos que la despachaban aconsejaban a los pacientes que antes de tomarlo, hicieran testamento y arreglaran sus asuntos terrenales y espirituales.

Los tratamientos en balnearios —termales— fueron aconsejados por WILLIAM CODOGAN (1711-1797) y GEORGE CHEYNE (1671-1743).

WILLIAM HEBERDEN (1710-1801), médico de JORGE III, opinó que los baños de mar, eran preferibles y más efectivos bajo el punto de vista terapéutico que los baños termales.

Para HORACIO WALPOLE, que empleaba las "BOOTIKINS gotosas" —botas que llega-

ban por encima de la rodilla y que estaban fabricadas con seda acolchada y tejidas con lana— creía que mientras un paciente estaba afecto de gota, evitaba una serie de enfermedades mucho más graves. "Considero que la gota es un remedio, no una enfermedad, por lo que, no hay que maravillarse que no exista ninguna solución para ella".

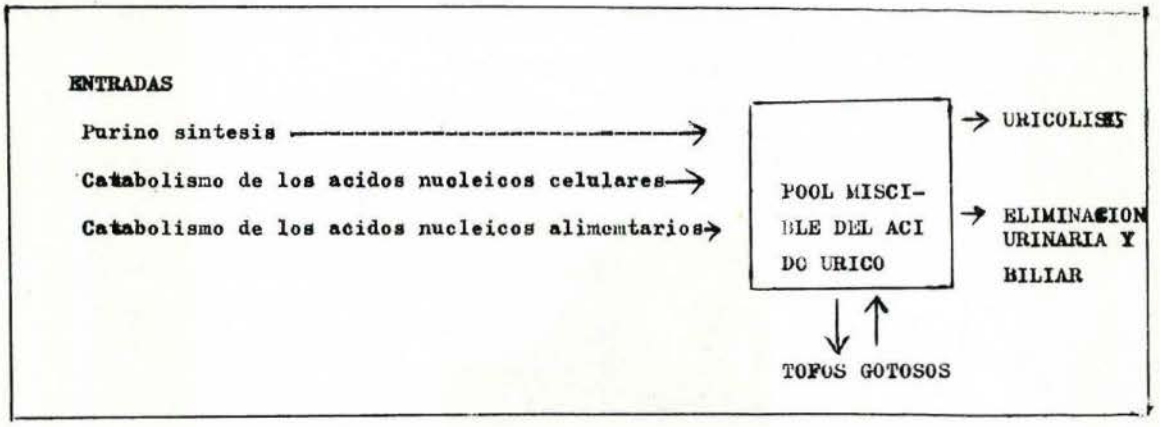
SIR ALFRED GARROD (1819-1907), identificó al ácido úrico como "el humor mórbido específico que inflama todas las articulaciones en las que penetra", y que el monje dominico RADULFO, había propugnado y defendido en el siglo XIII.

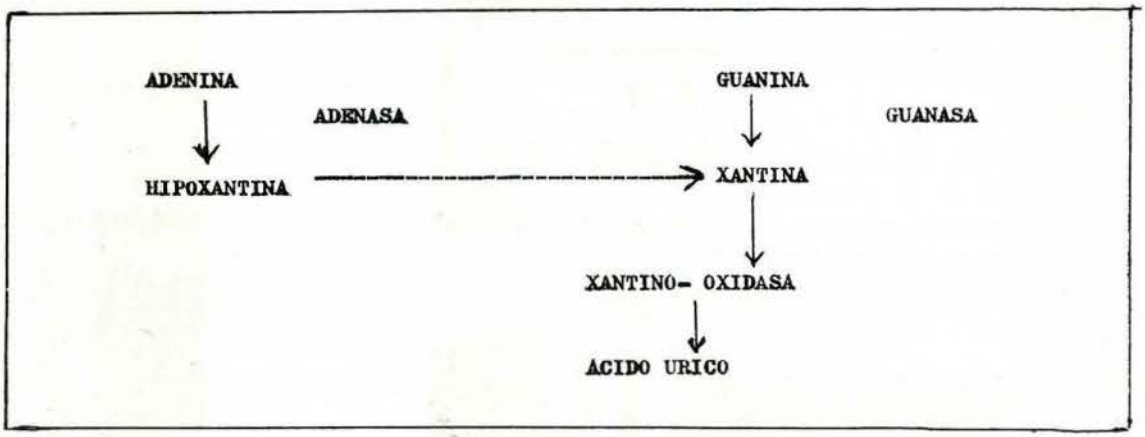
El uso de la colchicina en el siglo XIX, fue uno de los más destacados triunfos de la terapéutica médica. En el siglo XX, el metabolismo de las purinas, el empleo de la fenilbutazona y la indometazina, el descubrimiento por JENNINGS, en 1932 de los salicilatos como agentes altamente uricosúricos, el probenecid, la sulfopirazona y los uricolíticos, 1965, alopurinol, encaminan una racional, crítica y efectiva terapéutica, que es la base en nuestros enfermos.

ETIOLOGIA

La medicina científica a finales del siglo pasado y durante el presente ha demostrado que la GOTA ES UNA ENFERMEDAD PRODUCIDA POR LA PRECIPITACION (GOTA AGUDA) O LA DEPOSICION (GOTA CRONICA) DE CRISTALES URATICOS. La localización preferente de esta patología se halla ubicada en el 80 % de los casos en el antepié, y entre todos los gotosos, un 85 % de ellos han sufrido ataques agudos en su antepié.

Existe una predisposición o componente hereditario con claro predominio hacia el sexo masculino (95 %). El carácter familiar y la predisposición hereditaria, están condicionados por un gen autosómico por penetración incompleta, o





CALZADO FISIOLOGICO INFANTIL CLASICO

UN ESTILO QUE PERMANECE

Todo el calzado Taberner, se confecciona con inmejorables materias nobles.

40 fases del proceso de fabricación artesanal, garantizan su calidad.

CARACTERISTICAS ANATOMICAS:

HORMAS PARA INCORPORAR PLANTILLAS:

- **base planta con ancho normal.**
- **base planta mas ancha.**
- **recta.**

NORMALIZADAS:

- **recta con capacidad normal.**
- **normal para pies sanos.**

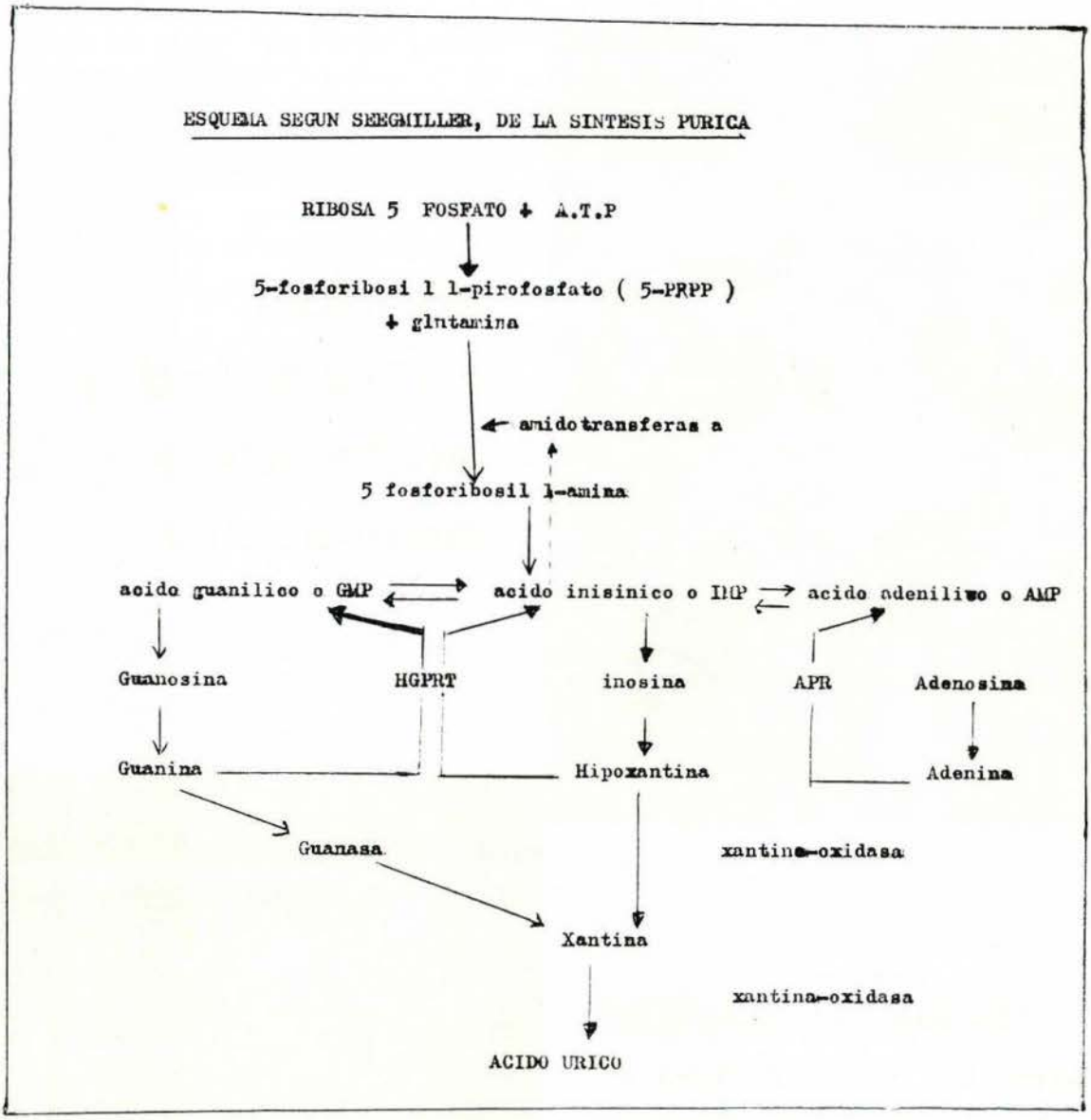
Contrafuerte resistente que asegura la adecuada sujeción pie-calzado.

Enfranque resistente.

Oscar 1975 y 1976 al mejor diseño de zapatos, anatómico infantil, patrocinado por la Comisión Española pro Suela de Cuero.

Taberner®

GREGORIO TABERNER, S.L.
Weyler, 53
Tel. - (971) 66.01.56
LLUCMAJOR (Mallorca).



por acción acumulativa. Aparece en individuos buenos comedores, y más frecuentemente entre las clases sociales económicamente más elevadas. El alcoholismo la favorece; téngase en cuenta que, el etanol interfiere el metabolismo del ácido úrico, aumentando la uricemia y la uraturia. Como quiera que las nefropatías aumentan la uricemia y a su vez la gota lesiona la función renal, se produce un círculo o circuito vicioso, en el caso que no se rompa el mismo con la terapéutica específica.

PATOGENIA

La gota es debida a una aceleración del ciclo del metabolismo de las purinas que condiciona la síntesis del ácido úrico. Existe un fallo, una carencia de glutaminasa renal que ocasiona un déficit de la amoniogénesis, una sobrecarga en glutamina, favoreciendo la superproducción del ácido úrico, y un descenso del pH. Los uratos en forma de microcristales, se depositan en la sinovial del gotoso, produciendo una reacción inflamatoria, tanto si están libres, como si 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
VILLENA (ALICANTE)

células polinucleares los han fagocitado, formando ragocitos. Estos dan lugar a la liberación de enzimas flogógenas lisosómicas, que son los causantes de los fenómenos inflamatorios: dolor, tumor e impotencia funcional (CELSO, GALENO). El calor y el rubor pueden o no estar coexistiendo coetáneamente.

Cristales de ácido úrico → precipitación (GOTA AGUDA)
y uratos, colesterina → deposición (GOTA CRONICA)

GOTA

1)	Ataques o crisis agudas		
2)	Manifestaciones crónicas	a) Bursitis	aberrantes
		b) Tofos	subcutáneas
		c) Artropatías	yuxta-tendinosos
3)	Otras localizaciones	a) Esclerosis arteriolar gotosa	
		b) Granuloma gotoso renal	
		c) Flebitis gotosa	
		d) Hidrartrosis gotosa de la rodilla	
		e) Mialgias y fibrosis gotosas	
		f) "Metastasis" viscerales gotosas	
		g) Sensibilizaciones miocárdicas (infarto gotoso)	
		h) Orquitis aguda	
4)	*PATOLOGIA GOTOSA EN EL ANTEPIE*		
5)	Secundaria	a) Hematopatías	
		b) Oxálica	
		c) Esplenomegalias mieloideas	
		d) Etc.	

CLINICA

Hay que hacer una distinción nosológica entre 1.°) el ataque agudo, 2.°) las manifestaciones crónicas y 3.°) en lo que a nosotros hace especial referencia, a la patología clínica en el antepié.

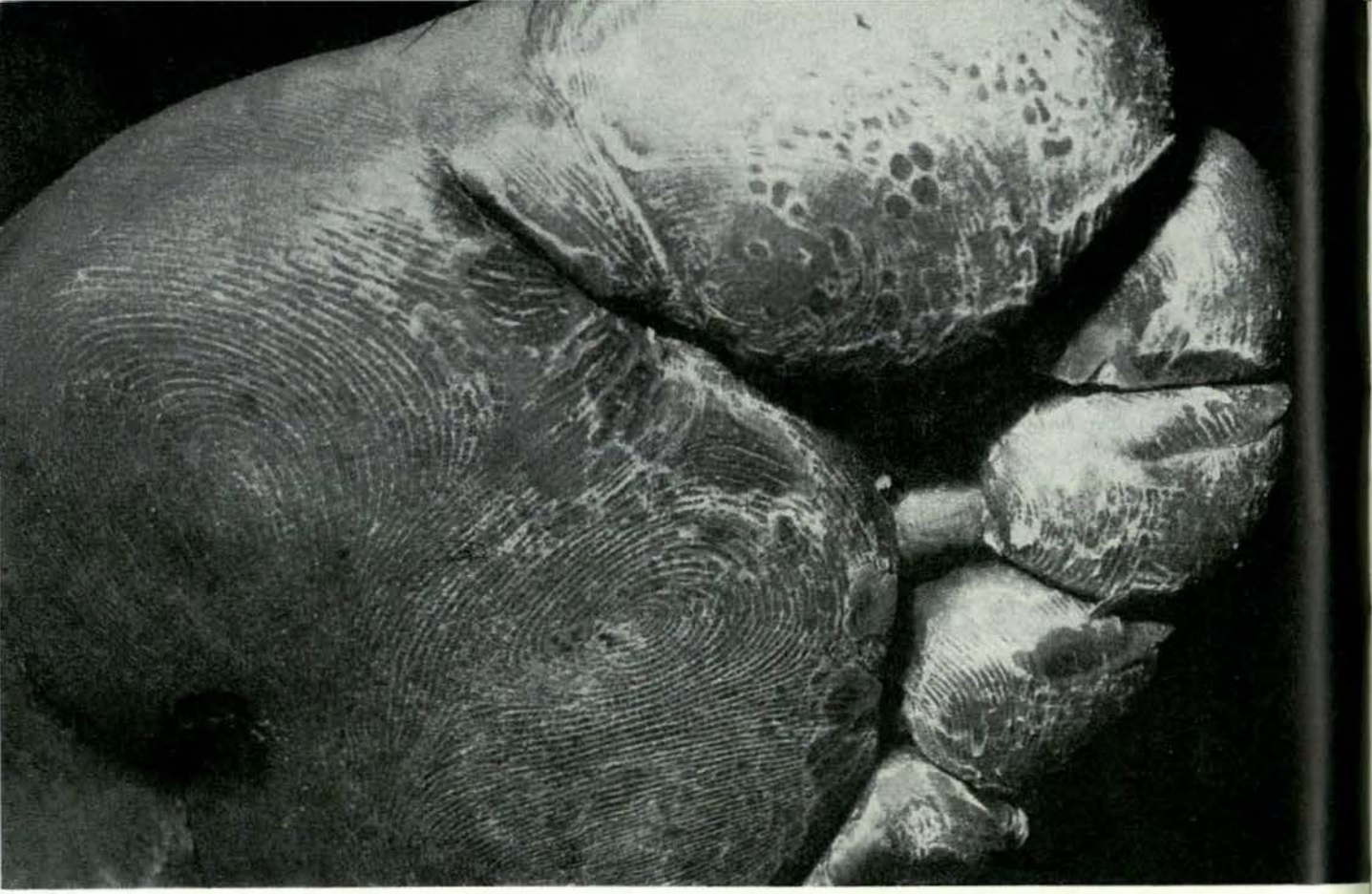
1.°) Ataque agudo

Su comienzo es de forma brusca y habitualmente durante la noche o al amanecer. Existe dolor intenso a nivel de la articulación metatarso-falángica del dedo gordo, éste se inflama, se tumefacta y adquiere una coloración rojiza. El dolor impide conciliar el sueño. El enfermo está inquieto. En menos ocasiones el inicio se sitúa en el tobillo y pueden existir poliartralgias gotosas. La red venosa regional se hace más marcada y evidente. El roce de la zona o parte afecta o el mismo peso de las ropas de la cama, exacerba el dolor, hasta tal punto de llegar a hacerlo insoportable.

2.°) Manifestaciones crónicas

Se presentan alrededor de los cincuenta años y al final de numerosas crisis agudas, pero puede ser también crónico desde un principio, sin pasar obligatoriamente por una serie de crisis agudas previas.

También incluyo en este apartado de manifestaciones crónicas, otras formas clínicas de gota que pueden evidenciarse de forma persistente o agudizada y que son las siguientes: esclerosis arteriolar gotosa, granuloma gotoso renal, hidrartrosis gotosa de la rodilla, mialgias y fibrositis gotosas, las llamadas metastasis visce-



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
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 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.

pharma consult/sa

Avda. Generalísimo Franco, 520
Barcelona-11

ISDIN

Técnica e investigación en dermatología

rales gotosas, las sensibilizaciones miocárdicas que inducen al infarto de etiología gotosa y finalmente la orquitis aguda gotosa.

Los microcristales de ácido úrico, pueden precipitarse en los tejidos poco vascularizados o bien hacerlo en otros tejidos con buena vascularización, dando lugar a depósitos uráticos denominados TOFOS SUBCUTANEOS (los tofos están compuestos por ácido úrico, uratos y colesterina), BURSITIS URATICAS Y ARTROPATIAS URATICAS, con la presencia típica de GEODAS en los huesos. Pueden existir TOFOS ABERRANTES a nivel de algunos tendones dando la sensación de cuentas de rosario. Existe una imagen típica del tofo interóseo periférico geoide que, ensancha o rompe la cortical, enrollando el hueso y dándole la forma de media luna o alabarda, descrita por MATHIEU-PIERRE VEIL.

3.°) *La Patología Clínica de la Gota en el Antepié*

Se localiza específicamente a nivel de la articulación metatarsofalángica del primer dedo. En su inicio puede acarrear el error de ser confundido con un proceso infeccioso y en su fase crónica hay que hacer el diagnóstico diferencial con un hallux rigidus. La articulación interfalángica del primer dedo puede afectarse y lesionarse, bien conjuntamente con las lesiones iniciales, bien en dos estadios clínicos distintos. Con una menor frecuencia (6-7 %) la gota puede lesionar a los demás dedos del pie. En la porción o parte interna de la cabeza del primer metatarsiano es muy característica la aparición de una bursitis, dando origen a un juanete, en la mayoría de los casos muy voluminoso.

Las deformidades del antepié con tumefacción del metatarso y del dorso de los dedos, son secuelas típicas de algunas formas de gota antiguas o crónicas.

EXAMENES DE LABORATORIO

Las pruebas analíticas denotan un discreto aumento de la Velocidad de Sedimentación Globular. La cifra de hiperuricemia, es casi constante, pudiéndose afirmar a título orientativo, la existencia de la discrasia gotosa cuando la tasa de ácido úrico en sangre es superior a 70 mgrs. en el hombre y a 60 mgrs. en la mujer.

Puede existir hiperuricemia, sin gota, en las siguientes enfermedades: leucemia, policitemia, insuficiencia renal, neumonía, obesidad, insuficiencia cardíaca grave, coma diabético, eclampsia, saturnismo, durante el parto y en estados pre-agónicos.

RADIOLOGIA

Es típica la aparición de imágenes yuxtaepifisarias en forma de geodas, de apariencia pseudoquística, bien delimitada y de tamaños variables, acompañadas o no de imágenes de osteoporosis difusa de los huesos del pie. Las zonas óseas yuxta-articulares se densifican y en las articulaciones lesionadas aparecen también, un rodete osteofítico, exuberante con imágenes en sacabocado. Periarticularmente se evidencia la presencia de calcificaciones.

Los depósitos de urano sódico son transparentes a los rayos X. Este extremo no debe ser jamás olvidado a fin de interpretar correctamente las placas radiológicas.

Los huesos del tarso y del metatarso pueden sufrir una osteolisis masiva y el hueso o huesos destruidos se reemplazan por una masa de tipo homogéneo formada por uratos (LELIEVRE).

Antes de las orientaciones terapéuticas haré constar que existen otras formas, con menor incidencia en la patología gotosa habitual pero que deben ser conocidas. Se trata de:

1.°) La tatalgia gotosa que es el resultado de múltiples depósitos de uratos en los tejidos fibrosos y adiposos sitos en el tarso posterior debajo del talón y que fisiológicamente tienen una función protectora y amortiguadora. Esta tatalgia con la ablación de los cristales anormalmente depositados desaparece.

2.°) HENRI PALLARD describió una forma musculotendinosa de la gota que se caracteriza por calambres, contracturas, pie en equino —cuando se afecta el músculo triceps— y que interesa a los músculos de la pierna con poca manifestación o presencia de tofos y que puede confundirse con un proceso reumático inflamatorio.

TRATAMIENTO

Distinguiremos según sea el tratamiento de de la crisis gotosa filgótica o el tratamiento de-

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.
224,— 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.
118,— ptas.

INFAR NATTERMANN

Apartado 400 - Zaragoza Infanta Carlota, 84-88 Barcelona-15

nominado de fondo y de las alteraciones purínicas.

En el tratamiento de la crisis aguda de gota, el medicamento específico y cuya efectividad resulta positiva en un 85% de los casos es la colchicina. La dosis empleada, como es lógico, está en dependencia de la tolerancia personal del enfermo, habida cuenta que la colchicina produce síndrome diarréico en algunos casos y que éste, casi siempre, se manifiesta cuando se sobrepasan los cuatro gramos diarios. A menor dosis que la terapéutica de límite —dosis mínimas diarias— la colchicina coadyuva como tratamiento preventivo de nuevas crisis.

Dosis de colchicina a título orientativo:

A. 1 mgr. cada 15 minutos hasta totalizar 4 mgrs.
B. 1 mgr. cada dos horas hasta totalizar 3 mgrs.
C. 0,5 mgrs. cada dos horas hasta totalizar 4 mgrs.
D. 1 mgr. cada 1 ó 3 horas hasta totalizar de 4 a 8 mgrs.

El alcaloide del cólchico, recibe el nombre de colchicina.

No hablo de tratamientos con Hepatocatalasa ni con Griseofulvina, por no tener experiencia personal sobre este particular.

Se ha demostrado clínicamente que asociaciones medicamentosas complementarias del tipo de los corticoides, indometazina y fenilbutazona, por sus acciones anti-inflamatorias, dan unos excelentes resultados. Las dosis aconsejadas son: de 100 a 200-300 mgrs. diarios de indometazina por vía rectal y de 300-400 mgrs. de fenilbutazona por vía parenteral u oral. Los corticoides se emplearán a dosis de 3-50 mgrs. diarios (dosis de ataque) y de 5 a 15 mgrs. diarios (dosis de mantenimiento).

Las incompatibilidades de estos medicamentos: la hipertensión sanguínea, las retenciones hidrosalinas, la vacunación variólica, el embarazo, las gastroduodenopatías, las hipocalcemias, colitis ulcerosas, abscesos o infecciones microbianas, miastenia grave, herper ocular simple y osteoporosis.

Algunos de dichos inconvenientes, han sido soslayados con otros preparados, v. gr.: a base de pirazino-butazona, metabolito de la fenilbutazona (CARUDOL) que, ofrece mejor tolerancia digesctiva, no provoca retención hidrosalina (muy importante) y respeta la crasis sanguínea.

Las alteraciones debidas a las fistulizaciones gotosas con o sin infección sobreañadida intraoanalicular y/o cutánea.

El tratamiento de las alteraciones de las purinas y el denominado tratamiento de fondo —que en definitiva es uno, pero algo complejo— es el que soslaya todas las complicaciones posteriores, de las crisis agudas inicialmente presentes, las deformaciones a posteriori, las sucesivas reiteraciones de las crisis y toda la serie de secuelas de la patología gotosa y deberá comprender:

1) Una terapéutica hipouricemiante a base de antiuricogénicos, (impedir la formación anormal de ácido úrico).

2) Tratamiento con Uricosúricos (favorecer la eliminación de ácido úrico cuando su tasa es superior a los límites de la normalidad).

3) Régimen higiénico y alimenticio (dieta específica en relación con la patología gotosa).

Tratamiento hipouricemiante

Se fundamenta en parametabolitos que son compuestos que interfieren el metabolismo protídico o de los protidos, en el ciclo corto de las síntesis o formación de ácido úrico. El allopurinol, la uricasa y el ácido orótico, son los más recomendables y, de entre ellos el primero, por ser un inhibidor de xantino-oxidasas, oponiéndose a la oxidación de xantina en ácido úrico. La dosis aconsejada es de 150-200 mgrs.

Tratamiento con uricosúricos

Estos actúan farmacológicamente sobre los tubulos renales y su acción es la de impedir la reabsorción de uratos a nivel tubular. Nefrológicamente, por consiguiente, estarán contraindicados en las insuficiencias renales concomitantes a pacientes gotosos. La Aspirina y el Probenecid, son los más aconsejados, salvo la contraindicación ya mencionada y las gastropatías por la acción de antiangregación plaquetaria de la Aspirina, específicamente.

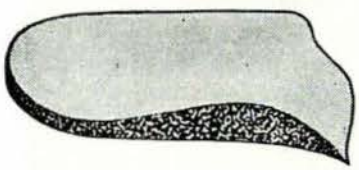
Régimen higiénico y alimenticio

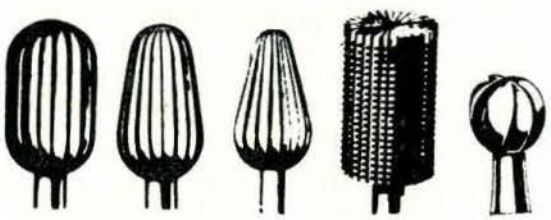
El alcohol, en todas sus formas y las comidas grasas, deberán ser prohibidas a los pacientes gotosos. En los enfermos obesos se les prescri-

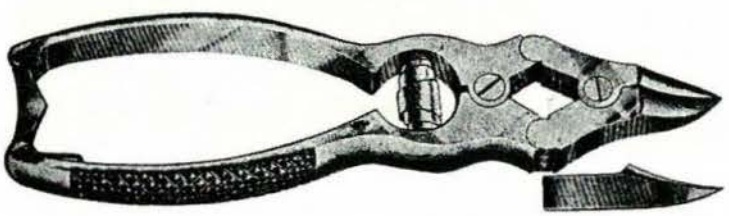
LUGA

CLARA DEL REY, 47. MADRID-2. TELEF. 416 84 45

LA CASA DEL PODOLOGO







SILICONAS

Silone, Sta-Sesi, Impresil, Caf 3, Silafem, etc.

PLANTILLAS

Plexidur, moldeadas y sin moldear, duroaluminio, corcho y latex, cuero, corcho vulcanizado, de detorsión para valgo, etc.

MATERIAS PRIMAS

Tubifoam, fieltros, latex, plexidur, degaplast, goma, salpa, espuma H. B., Cuñas, Bóvedas, Arcos, en corcho y goma, etc.

ORTOPEDIA

Férulas Denis Browne, botitas férulas, Hallux Valgus nocturnos, separadores, etc.

INSTRUMENTAL

Mangos y hojas de bisturís, tijeras, alicates, gubias, etc. Nacionales e importados.

ACCESORIOS PODOLOGICOS

Equipos, sillones, tornos, fresas, esterilizadores, soportes de frascos y fresas, podómetros, podoscópios, electro bisturíes, mecheros eléctricos, goniómetros, etc.

Estamos añadiendo nuevos articulos constantemente a nuestro catálogo.

Solicite cualquier informacion adicional que considere necesaria.

Atenderle será para nosotros motivo de satisfacción.

LUGA

LA CASA DEL PODOLOGO

birá una dieta equilibrada, como cura de adelgazamiento. En todos los casos se reducirá la carne, en particular la carne de cerdo y los tomates.

Siempre y en cada consulta, deberá reiterarse a los gotosos, la extricta prohibición de ingerir bebidas alcohólicas, para responsabilizarles que éste actúa como factor desencadenante de crisis gotosas agudas.

El gotoso debe beber bastante cantidad de agua, como mínimo dos litros diarios, para facilitar la eliminación de ácido úrico y consecuentemente hacer bajar la tasa de hiperuricemia.

Finalmente reservamos un tratamiento quirúrgico para aquellos casos en que existen fistulaciones de tipo crónico de tofos infectados o no, en los que los propios gotosos lo soliciten por meros motivos de índole estética, a tenor de su personalidad psíquica, y en las circunstancias en la que las localizaciones de los tofos mecánicamente alteren, impidan o perturben gravemente la función articular.

Antes de adoptar una actitud quirúrgica por motivos metabólicos en los enfermos que por la ingente cantidad de ácido úrico depositado en el pie, sea difícil que los riñones consigan su eliminación, debe cerciorarse el podólogo y el clínico que el paciente ha seguido un tratamiento completo correcto y durante un tiempo prudencial.

BIBLIOGRAFIA

1. ARANDES R., VILADOT A., y VILANOVA X. — Clínica y tratamiento de las enfermedades del pie, Editorial Científico-Médica. Barcelona, 1956.
2. BOSCH OLIVES V. — Enfermedades de los pies. Monografía Médica. Barcelona, 1964.
3. CORTEJOSO L. — Su Majestad la Gota. Arte y Patología. Revista J.A.N.O. Año 1977.
4. ESCARPENTER J. — Tratamiento actual de la gota. III Congreso Nacional de Podología. Gandía, 1970.
5. GAMBLE F.O. — Applied Foot Roentgenology. The Williams & Wilkins Company. Baltimore, 1957.
6. HOHMANN G. — Pie y pierna. Editorial Labor. Barcelona, 1948.
7. KOHLER A. ZIMMER E.A. — Roentgenología. Editorial Labor. Barcelona, 1959.
8. LELIEVRE J. — Patología del pie, 3.ª Edición. Editorial Toray. Masson, 1976.
9. MARAÑON G. — Manual de diagnóstico etiológico. Editorial Espasa Calpe. Madrid, 1946.
10. PIULACHS P. — Lecciones de Patología Quirúrgica. Editorial Toray. Barcelona, 1966.
11. RASO RODRIGUEZ E.J. — Metatarsalgias. Ponencia al IX Congreso Nacional de Podología. Salamanca, 1976.
12. ROTES Y MUÑOZ. — La gota. Ediciones Toray. Barcelona, 1968.
13. VILADOT A. Patología del antepie. Ediciones Toray. Barcelona, 1974.

tome medidas para sus pies con

Peusek®

desudorante y desodorante

un baño mantiene su eficacia 3 meses

dos productos
para dos problemas que son dos soluciones

ARCANDOL SPRAY

para pies ardientes,
cansados, doloridos.

su aplicación alivia de inmediato

Productos Peusek

Avda. Infanta Carlota, 19-21 * Telf. (93) 239 83 34 * Barcelona-29

consulte a su podólogo, venta en farmacias

La bleomicina intralesional en el tratamiento de las verrugas

Por DOMINGO BEJIGA GARRIGA
Podólogo - Vilassar de Mar

Este artículo en el que comunicamos nuestras experiencias, sobre el tratamiento de las verrugas por medio de la bleomicina tiene su base, en el comunicado presentado en la XVI Reunión Anual de la North American Clinical Dermatologic Society por Ronald M. Bremmer de Saskatoon (Canadá) en abril-mayo de 1975.

La utilización de la Bleomicina para el tratamiento de las verrugas, se inició en el Japón. El Dr. K. Fugita presentó en Tokio, el 19 de junio de 1970, una comunicación en la que resume su tratamiento para las verrugas, por medio de inyección local de Bleomicina, en forma de solución al 1 % de suero fisiológico. Trató a 50 pacientes y notó que durante la segunda semana después de esta terapia, las verrugas comenzaron a secarse y desprenderse de una forma espontánea, con una tasa de curaciones del 100 % sin recidivas.

El primer canadiense que tuvo noticia de esta comunicación puso en práctica este método, fue el Dr. Byron Hyde, un médico general de Ottawa. Durante el año 1973 trató con la Bleomicina a un total de 60 pacientes, con 149 verrugas en varias zonas del cuerpo, incluyendo 44 plantares. Las 149 lesiones respondieron satisfactoriamente a una o dos inyecciones intralesionales, requeriendo una segunda infiltración 20 de ellas. No apreció efectos colaterales ni observó recidivas después de varios meses de vigilancia.

Somos tres compañeros, el Dr. Vicente Fuster que es a su vez podólogo, Antonio Bononad y el que firma este artículo Domingo Bejiga, podólogos, los que hace más de 1 año venimos tratando las afecciones verrugosas que acuden a nuestras consultas, por este método. Ahora, cuando llevamos más de 100 pacientes tratados con una tasa de curaciones del 100 %, lo proponemos como el tratamiento de elección en nuestro campo, por los siguientes motivos:

1.º) Por ser dicho tratamiento prácticamente indoloro para el paciente, si el material usado para la infiltración, la dosis del fármaco y la infiltración han sido las adecuadas. La inyección produce una ligera sensación punzante y de ardor durante unos minutos en la mayoría de pacientes, tan sólo unos pocos la han descrito como dolorosa.

2.º) Por ser rápida la curación en comparación con otros métodos empleados. En la mayoría de los casos, con sólo 2 veces de asistir a nuestras consultas, su afección se ha visto resuelta, la 1.ª para el diagnóstico e infiltración, y la 2.ª para la enucleación de la verruga, desecada ya, como si de un simple heloma se tratara. Nos hemos encontrado con casos en que no ha sido necesaria la enucleación o deslaminación si el tiempo transcurrido entre la infiltración y la próxima visita, ha sido superior a los 15 días, espacio este de tiempo que consideramos generalmente el idoneo para proceder a la enucleación. En tan sólo 9 verrugas ha sido necesaria una 2.ª infiltración; creemos que esto puede obedecer a que la infiltración no haya sido la correcta, que la dosis no haya sido suficiente, o bien que la actividad del fármaco haya disminuido debido a un almacenaje superior a 30 días después de preparada la solución.

3.º) Porque al cabo de pocas horas de la infiltración, aproximadamente 48 h. y si ésta ha sido bien realizada, la sintomatología propia de la verruga, o sea el dolor, cede

PIEDRO

OFRECE AL PODOLOGO:

cuatro distintos anchos
cuatro tipos distintos de suela

- **100 % cuero crupón marca-royal**
- **palmilla entresuela cuero y bloque de composición controlada**
- **íd., íd., íd. y crepé superior virgen**
- **100 % cuero crupón reforzado**

tres tipos distintos de tacón **(recto, estilo Thomas y recto con estabilización central)**

dos tipos de hormas (normal y recta)

ochenta distintos modelos y siempre:

Máxima sujeción de empeine y retropié
Espacio para el movimiento de dedos
Máxima calidad de materiales
Espacio para el crecimiento
Máxima indeformabilidad

PIEDRO INTERNATIONAL
En España

J. L. Vila-Plana
Conde Borrell, 211 - prta. 33
teléfono 93/239 53 06
Barcelona-29
telegramas: KIRITA-Barcelona
exposición: Conde Borrell, 87
(rogamos hagan cita)

PIEDRO

de forma rápida y progresiva. Durante la primera semana posterior a una infiltración con buenos resultados, se hace evidente la presencia de trombosis y/o desintegración de la verruga por desecación.

4.º) Porque hasta la fecha no se han observado recidivas en las verrugas tratadas.

5.º) Porque, si la infiltración ha sido intralesional y la dosis la adecuada, no se ha observado ninguna alteración a destacar en los tejidos circundantes sanos.

6.º) Porque el paciente no necesita de ningún cuidado especial después del tratamiento. Aconsejamos tan sólo, efectuar una descarga zonal con fieltro o espuma, si la lesión está situada en una zona de hiperpresión, para evitar con ello a que el fármaco pudiera desplazarse a tejidos vecinos no verrugosos.

7.º) Porque en caso de que fracasáramos con este tratamiento, a posteriori podríamos emplear otros métodos, incluida la intervención quirúrgica, sin que ello presuponga complicaciones.

DESCRIPCION DEL FARMACO:

La Blemicina es el nombre genérico para un grupo de antibióticos citotóxicos glucopeptídicos con azufre, que se derivan del Streptomyces Verticillus, se inactiva con rapidez en todos los órganos, excepto en los pulmones y la piel, mediante escisión del grupo amonio. Es única entre los fármacos antineoplásicos por su falta aparente de actividad inmunosupresora. Su presentación es en forma de vial liofilizado, conteniendo 15 mg. de Sulfato de Blemicina activa y ampolla de 10 cc. de suero fisiológico para su disolución, lo que supone una concentración de 0,15 mg. de sustancia activa, por cada 0,1 cc. de solución. No se conoce el tiempo exactamente de actividad óptima de la Bleomicina una vez preparada la solución. Por nuestras experiencias aconsejamos no usarlo transcurrido 1 mes después de preparada la solución, siendo aconsejable guardar la mezcla refrigerada.

DOSIFICACION Y FORMA DE ADMINISTRACION:

La dosificación y según nuestras experiencias varía según sea el tamaño de la verruga, entre 0,1 y 0,4 mg. de sustancia activa. Debemos poner toda nuestra atención en que la infiltración sea intralesional, deslaminando ligeramente la hiperqueratosis que se forma sobre la lesión, para así mejor visualizar el campo. Lógicamente si la infiltración es extralesional, fracasará el tratamiento, y si infiltramos en tejido celular subcutáneo, podemos originar una necrosis dadas las características citostáticas del fármaco. La infiltración debe realizarse casi paralela a la piel, nunca perpendicular, por la mayor dificultad de que sea intralesional. La entrada del fármaco debe ser lenta, de esta forma resulta poco dolorosa su entrada. En nuestra práctica diaria usamos para la infiltración jeringuillas desechables de insulina con aguja incorporada de 1 cc. tipo largas, ello nos permite un pinchazo prácticamente indoloro, dado el calibre de la aguja, una exactitud en la dosis y una entrada lenta y sostenida del líquido. En un mismo paciente tratado con más de una verruga, la dosis total acumulativa, se ha limitado a 1 mg. de sustancia activa o sea el equivalente aproximado de 0,7 cc. de la solución preparada. Este límite arbitrario consideramos se puede aumentar si se cree necesario, dada la inocuidad de esta dosis, si se tiene en cuenta que la toxicidad cutanea de la bleomicina no aparece hasta administrar cantidades acumulativas superiores a 150 mg. según las bibliografías consultadas.

Para nosotros, las verrugas plantares de cualquier tipo, ha dejado de ser una lesión larga e insidiosa de resolver, acompañada de multitud de fracasos y deseamos que a todos los colegas que se decidan a usar este tratamiento, puedan comunicarnos lo mismo.

DOMINGO BEJIGA GARRIGA
Podólogo - Vilassar de Mar

B I B L I O G R A F I A

Dr. Ronald M. Bremmer. "La Bleomicina intralesional en el tratamiento de las verrugas".

XVI Reunión Anual de la North American Clinical Dermatologic Society, Grecia y Yugoslavia, abril-mayo 1975.

Dr. K. Fugita. "Tratamiento de las verrucosis" Comunicado 19 de junio de 1970. Tokio.

Dr. Byron Hyde. "Comunicado sobre el tratamiento de las verrugas". 1973 Ottawa. (Canadá).

NUEVO

Sillón eléctrico Mod. STARLINE

ELEGANCIA DE LINEA — FUNCIONALIDAD Y UTILIDAD EN EL DISEÑO — ROBUSTEZ — PERFECTO ACABADO

Mod. 4

Mod. 1

PRECIOS Y CONDICIONES EXCEPCIONALES

SERVICIO TECNICO GARANTIZADO EN TODA ESPAÑA POR EL SERVICIO POSVENTA SUDENTA, S. A.

SOLICITE AMPLIA INFORMACION SIN COMPROMISO A:

sudenta, s. a.

DEPARTAMENTO PODOLOGIA

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

LAS HERIDAS DE LOS PIES

Por FERNANDO MUÑOZ CAMPOS
Podólogo - Málaga

Es muy común que se subestimen las heridas de los pies, ya que las producidas en la cabeza, tronco y abdomen, son objeto de mayor atención. Sin embargo, de no existir éstas como de inmediata necesidad asistencial y hallarse el traumatizado con alguna o algunas heridas en el pie, debe tratarse con la consideración que requiere tan importante segmento del cuerpo humano.

Cualquier variedad o tipo de herida puede encontrarse en el pie. De un modo sucinto, señalaremos las producidas por instrumentos cortantes, punzantes, contundentes y por arrancamiento.

a) Punzantes. — La región plantar está siempre predispuesta a este género de accidentes. Desde las pequeñas heridas resultantes de la perforación de los clavos del calzado, se observan las producidas por agujas, clavos en un trozo de madera, fragmentos de madera, de paja dura o puntas de erizo de mar etc. Fuera de la complicación, bastante rara, de los cuerpos extraños que lleguen a lesionar nervios y vasos, la levedad de estos traumatismos pronostican pronta curación.

b) Cortantes. — En estos casos, sigue siendo la planta del pie la más vulnerable, pues está expuesta a los cortes por pedazos de vidrio en los obreros del campo que trabajan con los pies desnudos, como asimismo, los bañistas que se cortan la planta del pie con trozos de vidrio que se hallan en el fondo del agua de las playas. Por otra parte, señalaremos las heridas por hachazos, golpes de hoz o la caída de un instrumento cortante sobre la cara dorsal del pie. Sea cual fuere su causa, estas heridas alcanzan un espesor variable que pueden interesar hasta los huesos tras lesionar en mayor o menor grado los vasos, nervios y tendones.

c) Contusas. — La práctica diaria, evidencia que este tipo de heridas son las más frecuentes. En la mayoría de los casos, se trata de una violencia que obra directamente de fuera adentro. Ejemplo de ello tenemos el paso de la rueda de un vehículo, la caída de un cuerpo pesado, el magullamiento del pie en un engranaje etc.; algunas veces los huesos se luxan, los cuales, laceran los tegumentos produciendo de este modo un foco articular abierto.

d) Por arrancamiento. — Es muy raro llegar a ver un pie arrancado por completo de la articulación tibio-tarsiana. Se conoce el caso de un niño en que uno de los pies quedó aprisionado en una rueda de molino, el arrancamiento tuvo lugar a nivel de la garganta del pie, los tendones quedaron adheridos a éste y los vasos se encontraban lacerados a diferentes alturas. La amputación fue inevitable en este caso. En otros casos de arrancamiento, se citan los de los dedos del pié, en el momento en que el herido retira bruscamente el pie aprisionado debajo de un cuerpo muy pesado.

Ante la presencia de una herida en el pie, es necesario seguir un orden de curación; asegurar la hemostasia por medio de la ligadura de los vasos, limpieza antiséptica de la herida, reunión de nervios y tendones divididos, establecer drenaje de la cavidad si fuera necesario, suturar los bordes de la herida e inmovilizar el pie en una posición que favorezca su aproximación. Finalmente, aplicamos un apósito esterilizado.

Hay que tener presente que antes de proceder a la restauración o cura de la herida es de vital importancia obtener la valoración funcional de la región cuyo examen, aunque sencillo de practicar, es de la incumbencia del

César Puig

FABRICA DE CALZADOS INFANTILES TERAPEUTICOS

- Zapatos fisiológicos.
- Calzado profiláctico.
- Zapatos ortopédicos con simple modificación de elementos normales (tacón thomas para varo y valgo), tipo Lowet, etc.
- Hormas correctoras, 2 anchos.
- Horma invertida.
- Diferentes modelos para la colocación de férulas.

TODOS LOS FABRICADOS SON CON MATERIALES DE LEGITIMO CUERO VACUNO DEL PAIS.

Colón, 14
Tel. (977) 60 01 42
VALLS
TARRAGONA - ESPAÑA

especialista en la cirugía del pie que comprobará la normalidad de los pulsos de las arterias tibial posterior y pedia, a fin de determinar la existencia de la integridad vascular. Acto seguido se procede al examen de la función motora y sensitiva para descartar posible lesión nerviosa. Por último, se realiza la exploración de la función músculo-tendinosa, cuya respuesta sensitiva, se logra puncionando con una aguja estéril la región afecta. En el supuesto de pérdida de la sensibilidad, es evidente de que existe alteración en la inervación de la región. Es indudable que el especialista que domina la anatomía funcional, conoce la función de cada nervio y sus relaciones con las demás estructuras del pie, con cuya experiencia, logra el éxito que espera de sus procedimientos para determinar la extensión y naturaleza de cualquier herida del pie.

Otro aspecto importante del tema, radica en que todas las heridas accidentales deben explorarse en el quirófano y nunca en el servicio de urgencias o fuera del mismo. El hecho se explica en razón de que únicamente en una unidad quirúrgica, bien equipada, se logra cumplir la limpieza correcta de la herida y la intervención adecuada a las estructuras lesionadas.

Como resumen diremos que las diversas complicaciones inmediatas o consecutivas que puedan presentarse en la curación de las heridas del pie, resulta obvio indicarlas a nuestros colegas. Sin embargo, nunca está de más, por banal que parezca una herida en el pie, recordar la prevención tetánica con la administración de las ya tradicionales gammas, o por otra parte, la aplicación de una determinada vacuna antitetánica que dosificada en tres ampollas se administra; la primera el día mismo de la lesión; la segunda al mes de la primera; y la tercera, de recuerdo, al año de la segunda. Parece ser que este tratamiento antitetánico uniforma una inmunidad más duradera.

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

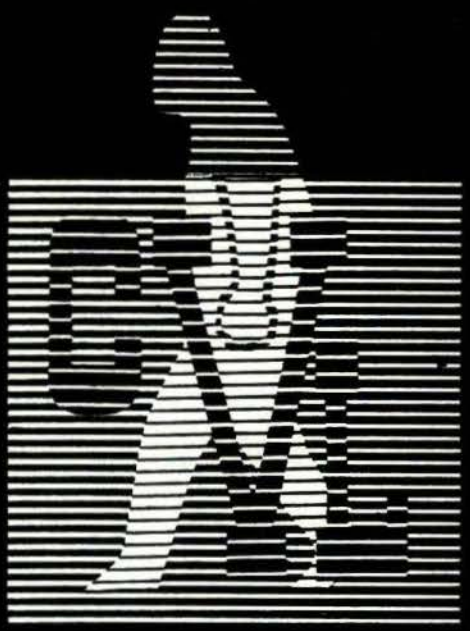
constantino velasco laínz

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

BARCELONA

Transmitimos nota recibida de la Delegación de Podólogos de Barcelona para su publicación en esta revista:

"Por motivo de interés profesional rogamos a todos aquellos Podólogos que presten sus servicios en Hogares de Pensionistas, se pongan en contacto directo con esta Delegación con la mayor brevedad posible, indicando su situación laboral (contrato o acto médico)."

"Asimismo, siendo inminente la creación en esta Delegación la puesta en marcha de una Sección de Podólogos Acupuntores, rogamos a todos aquellos compañeros que practiquen dicha Especialidad o estén interesados en la misma, se pongan en contacto con el Delegado de Zona de Cataluña y Baleares, Sr. Evaristo Rodríguez Valverde (Tels. 318 64 98 - 207 16 58 - 258 72 27)."

Distinguidos compañeros:

Para el próximo día 24 de noviembre, tenemos prevista una cena de homenaje a los compañeros Alfonso Alvarez Murtro, Gavín Barceló y Francisco Farreras Morcillo, en el Restaurante "Pedralbes Paradis", en el P.º Manuel Girona, n.º 7, a las 22 horas.

Al primero, por habérsele otorgado una placa conmemorativa en el XI Congreso Nacional de Podología, celebrado en Madrid el pasado mes de octubre, en mérito y reconocimiento a su labor profesional ejercida durante tantos años, y que tanto ha dignificado a nuestra querida Podología.

A los compañeros Gavín y Farreras, con motivo de habérseles concedido e impuesto, en la penúltima Asamblea de la Agrupación celebrada en Madrid, la Medalla de Oro de la Agrupación, en mérito a la labor desarrollada.

Creo que los tres compañeros son dignos de este homenaje nuestro, y no podemos negar de forma alguna nuestra asistencia a él, sabiendo lo que han luchado cada uno con su propia personalidad, y colaborado para elevar y dignificar nuestra profesión. No quiero hacer más extensa esta carta alabando sus méritos, pues de sobras son conocidos entre nosotros.

También, con motivo del 5.º Aniversario de la inauguración de la actual Delegación, aprovecharemos para testimoniar nuestro agradecimiento al compañero Sala Pich, promotor de la misma.

Los tiquets podéis retirarlos en la Delegación, todos los días laborables de 10 a 12 de la mañana, excepto jueves; y también dirigiéndoos a los compañeros:

- J. Luis Martínez Soriano. Tel. 239 28 48 (tardes).
- Eduardo Mediavilla. Tel. 321 87 46 (tardes).
- José Manuel Naves. Tel. 357 11 11 (tardes).
- Evaristo Rodríguez. Tels. 207 16 58 y 258 72 27 (tardes).

Os recordamos que la Junta se reúne todos los miércoles a las 23 horas, excepto la semana en que tenemos actos programados, que lo hacemos coincidiendo con ese día, pudiendo también retirar los tiquets en esa ocasión.

POR FAVOR: Para una buena organización, os rogamos hagáis la reserva lo antes posible, aunque sea de momento por teléfono, y luego paséis a recoger los tiquets. El precio del tiquet es de 1.300 ptas. La cena será de estilo diferente, ya que el Buffet será abierto, y por lo tanto cada cual podrá escoger su menú, (que por cierto es muy amplio) y repetir todo lo que quiera. Este sistema creemos irá muy bien para las personas que, por unas causas u otras estén a régimen.

Hasta pronto, recibid un abrazo, que espero daros personalmente a todos,

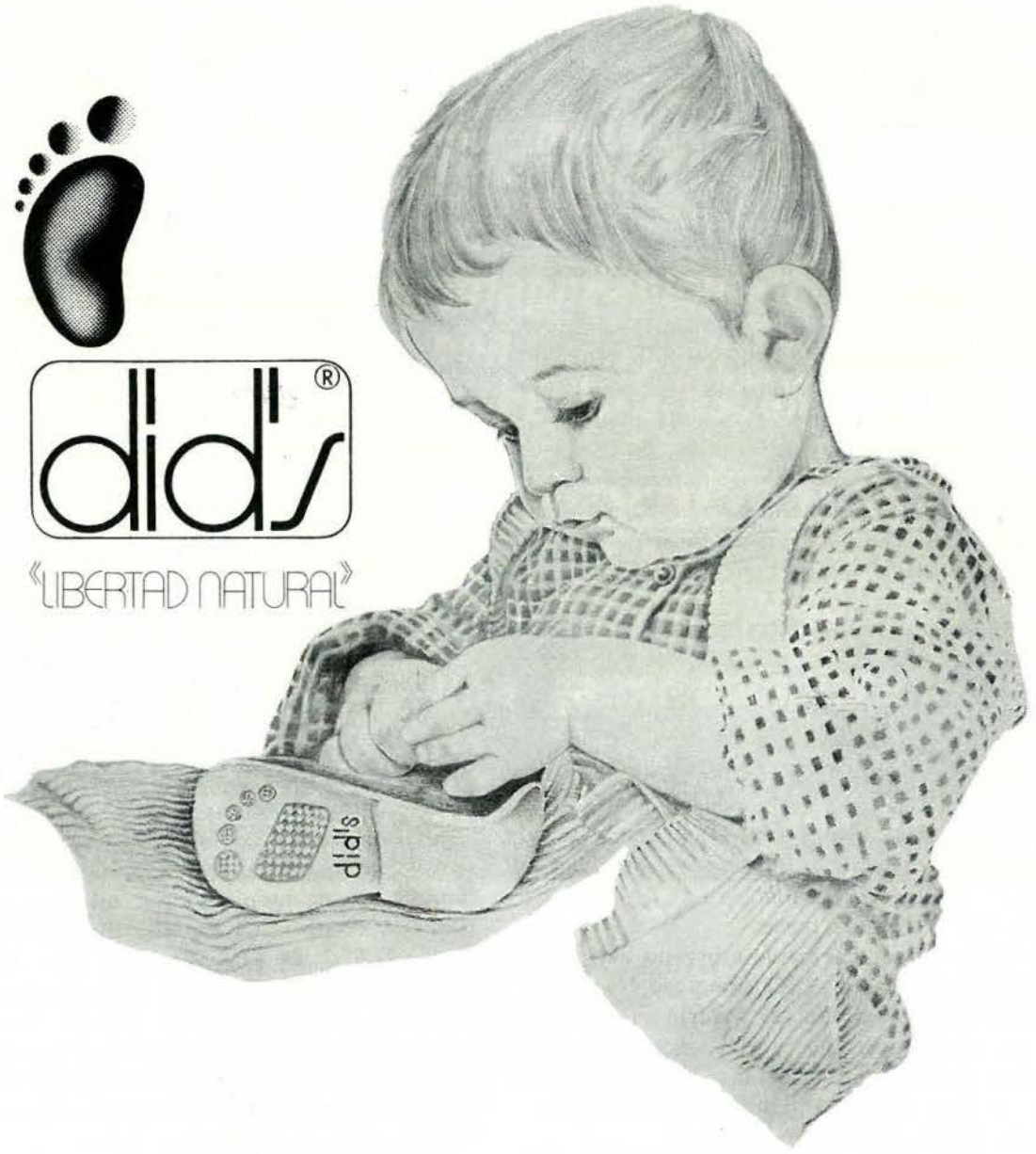
El Delegado Provincial
EVARISTO RODRIGUEZ VALVERDE

En el mes de junio cerramos el Curso Académico con la presencia de nuestro Presidente Nacional y Subdirector de la Escuela Ofi-

EL NUEVO CALZADO INFANTIL

did's®

"LIBERTAD NATURAL"



BARO/VICENTE

ZAPATOS INFANTILES PARA EL NATURAL CRECIMIENTO DEL PIE

OFICINA CENTRAL: Av. Blondel, 40-42. Tel. 973 - 23 80 65. LERIDA

cial de Podólogos de Barcelona, D. Leonardo Escachs Clariana, el cual nos ofreció una brillante disertación sobre el tema "Estado actual de las diferentes acciones referentes a Podología y aspectos legales de la misma".

Siguiendo con el ciclo de conferencias dedicado a la Tercera Edad, nuestro compañero Xavier Capella asistió al Centro Social de Horta y en compañía de José M.ª Bernado al de Sants.

Insistimos una vez más en que los compañeros interesados en estas charlas se pongan en contacto con esta Delegación los miércoles por la noche, ya que, como podéis ver, se repiten los nombres por falta de más colegas que quieran colaborar.

Avance del programa del Curso Académico 1978-1979

27- 9-78	Podólogo	D. José M.ª Bernado	TEMA:	Nuevas ortosis de polietileno.
2-11-78	"	D. Manuel Naves	"	Onicoprotesis.
28-11-78	"	D. Sergio Bonamusa	"	Papilomas.
15-12-78	"	D. Joaquín Solé Cuch	"	Algias falángicas.
11- 1-79	"	D. Jaime Sala Pich	"	Enfermedades reumáticas con repercusión en el pie.
7- 2-79	"	D. Manuel Gavín	"	Transtornos circulatorios en el pie.
23- 2-79	"	D. Jaime Arenas	"	Dermatología.
15- 3-79	"	D. Andrés Rueda	"	Triceps sural y su repercusión en alteraciones podológicas.
4- 4-79	"	D. Agustín Mayral		
26- 4 79	"	Dña. Fca. Teresa Zabau	"	Podología en la tercera edad.
11- 5-79	"	D. Bernardo Vázquez	"	Cirugía podológica.
- 6-79	"	D. José Luis Martínez	"	Fármacos de aplicación podológica.

Como veréis, faltan determinar algunos temas y fechas. Publicamos este avance y cuando tengamos el programa completo lo remitiremos.

Como de costumbre avisaremos anticipadamente por correo.

VIZCAYA

La Delegación de la Agrupación de Podólogos de Vizcaya, ha clausurado un curso de Podología el pasado día 23 de abril con una Comida de Hermandad, a la que acudieron los sres. conferenciantes, así como los representantes de los medios de comunicación y los Sres. Podólogos, todos ellos acompañados de sus distinguidas esposas.

El curso se ha desarrollado de la siguiente manera, después de que con varios días de antelación hicieran público los medios de comunicación, como son la radio y la prensa, el mismo comenzó el día 15 de abril a las 10 de la mañana y en la Facultad de Medicina se abrió el curso unas breves palabras de presentación, a cargo del Delegado Sr. Galardi Echegaray, sobre el Profesor Sarrat, el cual dio una conferencia magistral, sobre la anatomía y fisiología del miembro inferior, haciendo la conferencia muy agradable con diapositivas y anécdotas que él contaba sobre el tema que estaba explicando. El Profesor Sarrat, exdecano de la Facultad de Medicina y como Profesor de anatomía de la citada Facultad, dijo que estaba a nuestra entera disposición en cualquier momento que le necesitáramos.

El curso prosiguió a la tarde en el Colegio de A.T.S., a las 5 en el salón de actos con una conferencia que pronunció el Diplomado-Podólogo Sr. Galardi Echegaray sobre el tema "Diagnóstico del pie plano valgo infantil", conferencia que fue cumplimentada con diapositivas.

Después de un breve descanso, el Diplomado-Podólogo Sr. Mata Diego, destacado Podólogo de la provincia de Burgos, conferenció

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.
132,— ptas.

INFAR NATTERMANN

Apartado 400 – Zaragoza
Infanta Carlota, 84–88
Barcelona–15

D. Luis Mata Diego, conferenciando sobre el tema «Ortopedia del pie», con la soltura que le caracteriza.

sobre el tema "Ortopedia del pie" siendo esta conferencia eminentemente práctica y amena como lo sabe hacer nuestro querido amigo y compañero Sr. Mata Diego.

Para finalizar este día Podológico, el Diplomado-Podólogo Sr. Guerricaechebarría de la Peña, pronunció una interesante conferencia sobre el tema "La química podológica"; después de la conferencia contestó a innumerables preguntas que los compañeros asistentes le hicieron.

El curso prosiguió el domingo día 16 de abril en el mismo lugar a las 11 de la mañana, con la conferencia del Diplomado-Podólogo Sr. Galardi Echegaray, sobre el tema "Anestesia podológica" conferencia que también fue acompañada de diapositivas. Después de un breve descanso el compañero Diplomado-Podólogo Sr. Baez Gutiérrez, ofreció una conferencia que fue inminentemente práctica sobre el tema "Ortosis del pie" contestando a las preguntas y sugerencias y haciendo las prácticas de las mismas delante de todos los presentes, de una manera que solamente pueden hacer los grandes especialistas en este tema; para las prácticas se presentó voluntario nuestro compañero y amigo Diplomado-Podólogo Sr. Guerricaechebarría de la Peña.

El jueves día 20 a las 7½ de la tarde conferenció el Sr. Dr. Gómez Vals, sobre el tema "Momento actual de la Seguridad Social" este compañero versó sobre un tema harto conocido para él, pues ha sido hasta hace poco Inspector y Director de los Ambulatorios de Seguridad Social. Al terminar la conferencia se le hicieron innumerables preguntas a las que contestó y aclaró muchos puntos sobre el tema, de una forma magistral.

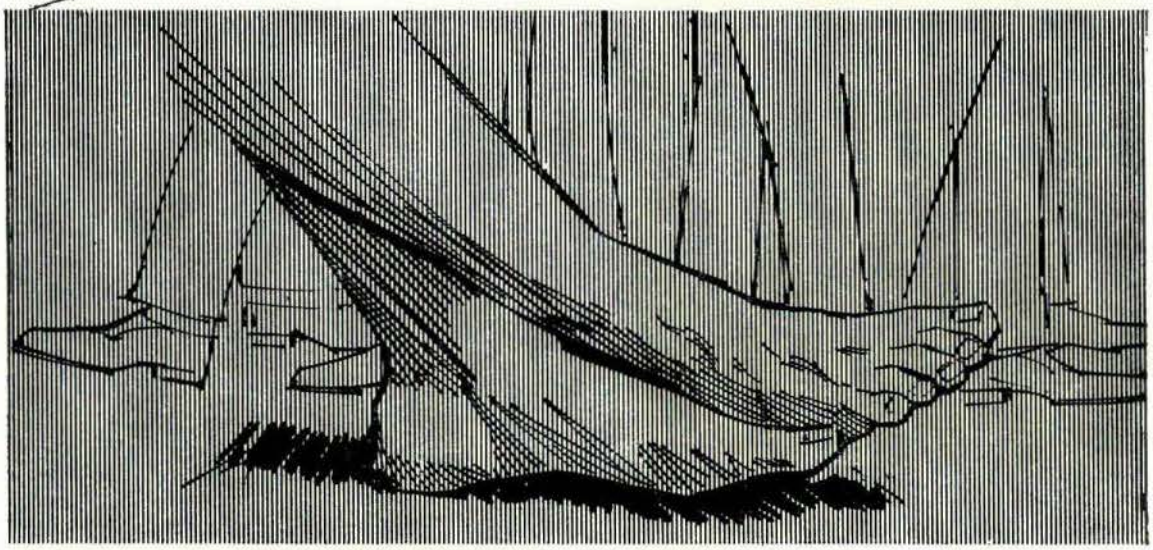
Después de un breve descanso el Dr. don José María Oñate Angiólogo, conferenció la manera magistral sobre el tema Problemas circulatorios en podología", conferencia que fue acompañada de numerosas diapositivas y prácticas, después de esta conferencia magistral el Dr. Oñate entabló un coloquio con todos los presentes aclarando innumerables preguntas.

El curso continuó el día 22 de abril, sábado a las 5 de la tarde con la conferencia "Patología del pie infantil" por el Dr. don Javier Ayuso, Jefe rel Servicio de Podología del Sanatorio Marino de Gorliz, acompañando a su conferencia numerosas diapositivas. Terminada la conferencia invitó a los asistentes a pasar por el servicio de Podología del Sanatorio de Gorliz, invitación que fue aceptada.

Después de un breve descanso nos deleitó con su conferencia el Dr. don José Luis Navarro, adjunto a la cátedra de Patología médica de la Facultad de Medicina de Bilbao, que versó sobre el tema 'Podología del pie" refiriéndose a las enfermedades que residiendo en un punto fuera del pie afectan a este de manera general y que tenemos que tener siempre en cuenta, pues si no podríamos llevarnos grandes disgustos.

Al siguiente día 23 de abril, domingo, a las 11 de la mañana abrieron la mañana Podológica los compañeros Diplomados-Podólogos Sres. Fernández de Valderrama y Molinuevo y el Sr. Mata Diego, que a la limón conferenciaron, perfectamente compenetrados sobre el "Masaje y reeducación de la extremidad inferior" conferencia de la que todos los asistentes aprendimos mucho. Después de un breve descanso, el Diplomado-Podólogo Sr. Galardi Echagaray, sobre el tema "Introducción a la cirugía podológica", conferencia que fue acom-

¡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

MADAUS CERAFARM, S.A.

Pujol, 22 - Tel. 211 91 12 - Barcelona-6. Cristóbal Bordiu, 35 - Tel. 254 64 44 - Madrid-3. Perez Galdós, 95 - Tel. 326 33 76 Valencia-8.

←

De izquierda a derecha, D. José Ignacio Fernández de Valderrama y Molinuevo, el Dr. don José Luis Navarro, conferenciando sobre el tema «Patología del pie», y el Delegado de Vizcaya, don Pedro M.ª Galardi Echegaray.

Día de la clausura. De izquierda a derecha, el Delegado de Vizcaya, don Pedro M.ª Galardi Echegaray, en el centro y conferenciando en este momoento, don José Ignacio Fernández de Valderrama y Molinuevo, y a la derecha, el Secretario de la Delegación de Vizcaya y moderador del Curso, don Javier de la Rica San Juan.

←

pañada de una película, titulada "Exostosis subungueal" comentada ampliamente por el conferenciante y, otra titulada "Metatarsalgias".

También durante el curso se proyectó otra película sobre "Micosis". Estas últimas películas fueron proyectadas y cedidas por los técnicos del Laboratorio SYNTEX, así como también nos visitaron y nos obsequiaron con libros y muestras del laboratorio QUIMICOS UNIDOS, a los que agradecemos públicamente.

Para clausurar el curso habló el moderador del mismo el Diplomado-Podólogo Sr. Rica San Juan, el cual dio las gracias a los Doctores y compañeros conferenciantes, medios de comunicación, laboratorios, a los compañeros asistentes de otras provincias, entre los que se encontraba el Delegado regional Sr. Araolaza y por último a todos los compañeros de Vizcaya que también asistieron al curso; nuestro amigo y compañero Sr. Rica San Juan, hablando de la forma que él nos tiene acostumbrados, que es de forma maravillosa. Acto seguido el curso quedó clausurado con unas palabras de agradecimiento a todos los presentes del Delegado Sr. Galardi Echegaray.

AITZ

VALENCIA

El pasado día 30 de septiembre reunió en Valencia a un buen número de Podólogos para escuchar al compañero José Sánchez Luna, Delegado de Zona de Zaragoza, que disertó sobre el sugestivo tema "EXPERIENCIAS PERSONALES EN ORTOSIS DIGITAL Y PLANTAR".

Con su proverbial sencillez explicó sus experiencias al respecto, logrando interesar a todos, convenciendo de la importancia que el tema tiene en nuestro campo profesional. Muy meritorias las dos películas proyectadas y especialmente constructivo el diálogo-coloquio habido entre los asistentes y el conferenciante, el cual, noblemente expuestos, matizó sus éxitos y fracasos, que de todo había, dijo, evidenciando sobre todo, su gran vocación profesional y entrega total de su tiempo y saber, a la Podología. Por la noche, en el magnífico Restaurante de la Sede del Colegio de Médicos de Valencia, hubo cena de confraternidad, con asistencia de las esposas de todos los compañeros. Una jornada, en fin, muy cordial y esperanzadora, vivida fraternalmente entre los Podólogos valencianos.

Diez días antes, el 22 del mismo mes, en el Colegio Oficial de ATS, tuvo lugar una reunión, previamente convocada, en la que se eligieron los cargos de Delegado Provincial de la APE, Secretario y Tesorero, por renuncia de los compañeros que los ostentaban, siendo elegidos para Delegado, Isaías del Moral Roberto, que a su vez lo es del Colegio, Secretario, José Cuesta Escudero, Vicesecretario, Manuel Blasco Ortiz y Tesorero, José Vilar Fuster.

Podólogos:

Calzados Blasi les ofrece su establecimiento especializado en zapatos para señora y niño que precisen plantillas ortopédicas.
Siempre a su disposición con las mejores marcas.

MANITOS ORTHO

PIEDRO

Taberner

Blasi

Calzados Blasi
Mariano Cubí, 2 Tel. 218 54 95
Barcelona-6

Dentro del Programa del actual curso Académico, el compañero Podólogo de Barcelona, D. José Manuel Naves, ha ofrecido en el local Social de la Delegación Provincial de Barcelona, la siguiente conferencia acerca de:

ONICOPROTESIS

DEFINICION. — La Onicoprotesis es la sustitución de la uña o parte de ella por medio de compuestos acrílicos. En los casos que nos ocupan y podológicamente hablando sólo podremos aplicarla cuando se trate de parte de ella por sernos imprescindible restos de uña original para proceder a la implantación o confección de la artificial.

ONICOGRIFOSIS. — Después del fresado de la uña y para evitar que prosiga la alteración con las mismas dimensiones se recomienda la utilización o confección de la prótesis ungueal que siempre ayuda a disminuir su volumen al mismo tiempo que mejora su estética. También impedirá la formación del rodete distal tan frecuente en estos casos.

ONICOMICOSIS. — Después de la ablación parcial realizada en una uña micótica y una vez constatado que queda bien limpia la superficie y después de haber realizado el fresado necesario para ello, podremos evitar la invasión del lecho ungueal por las partes blandas o rodetes confeccionando la onicoprótesis.

ONICOTRAUMATISMOS. — Cuando a causa de un accidente hemos de proceder a la ablación parcial de la uña, una vez cicatrizada la herida, procede evitar la formación de hiperqueratosis o la deformación de los rodetes periungueales hasta que finalice el crecimiento normal de la misma. Para estos casos nada mejor que una uña artificial para evitar todos estos inconvenientes aparte de la estética.

ONICOCRIPTOSIS. — Después de haber procedido a la ablación o resección de la espícula, será conveniente reeducar esa uña y una de las cosas que podemos muy bien emplear es la resina acrílica rellenando ese espacio que nos ha dejado la operación realizada días antes ya que procede una recuperación o normalización de la caverna dejada por la espícula por lo que se aconseja realizarla al cabo de unos 5 o 7 días.

MATERIALES EMPLEADOS. — POLIMERO (polvo) Y MONOMERO (líquido). Planchita de cristal, plexidur, Bol de porcelana etc. Espátula de dentista con dos palas, una que termina en punta de lanza y la otra en media circunferencia. Acetona. Fresa de acero de forma estriada. Fresa de acero de forma cónica estriada y fina. Fresa cónica fina de diamante. Un trozo del volumen del doble de la uña de polietileno.

PREPARACION DE LA UÑA A TRATAR. — La rebajaremos hasta dejarla del grueso normal, siempre procurando que al hacerlo no se lesionen las partes blandas adyacentes (en caso de producir herida o presentar ulceración, está contraindicado su confección), nos valdremos para ello de la fresa estriada olivar, luego se procederá a la limpieza de los canales ungueales si procede ayudándonos de la fresa cónica de acero o de la de diamante. Tal y como se ha dicho anteriormente deberá quedar un resto de uña que nos sirva de base para la sujeción del material que empleemos. En este resto, practicaremos orificios con la fresa esférica teniendo sumo cuidado de no llegar a lesionar el lecho ungueal, en estos orificios u oquedades penetrará la resina acrílica que formará cuerpo con el resto de uña, fijándola a ella.

Se podrá aplicar la onicoprótesis tanto si el resto que nos queda está situado en la parte proximal, lateral, o distal.

PREPARACION DE LA RESINA ACRILICA. TECNICA A EMPLEAR. — Limpiaremos el lecho ungueal con acetona así como los útiles para evitar vestigios de grasa.

Sobre una plancha de plexidur, cristal etc., de 10 x 10 o 10 x 15 cm. se vierte el polímero (polvo), en una cantidad aproximada de una cucharita de Moka, pudiendo oscilar según el volumen de la uña, de rasa a colmada.

A continuación se vierte el monómero gota a gota sobre el polímero hasta que quede impregnado, seguidamente con la espátula se mezclan ambos componentes hasta formar una pasta homogénea y fluida. Una vez que empiece a perder la fluidez que presentaba, se aplica con la misma espátula borde redondo sobre el lecho ungueal ya preparada, presionándolo para que forme un solo cuerpo y penetre en los orificios practicados en el resto de la uña, iremos presionando con la espátula hasta su completa adaptación (durante esta operación, si se adhiere la resina a la espátula se limpia con un algodón).

Para remodelar los bordes ungueales y formar sus canales nos valdremos de la espátula utilizando el lado de forma de lanza. Si durante esta operación observamos que la espátula no corre sobre el material y éste se va endureciendo, podemos hasta que finalice nuestro trabajo sobre la uña, ir vertiendo una o dos gotas de monómero de acuerdo con esa necesidad. Con ello conseguiremos un ablandamiento transitorio que nos permitirá finalizar nuestro trabajo con más tranquilidad al alargar el tiempo de fraguado.

Si queremos que la uña quede brillante con el trozo de polietileno presionaremos de manera uniforme sobre la superficie.

En el momento de la polimerización el paciente notará un ligero calor (que se hará irresistible en caso de haber herida).

Luego podemos actuar sobre la uña artificial de la misma manera que lo realizamos con una uña natural.

SERRA-FARGAS, S. A.

BARCELONA-1 — Plaza Castilla, 3

Tel. 301 83 00

DENTALITE, S. A.

MADRID-8 — San Bernardo, 74

Tel. 232 02 88

«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.

MAFRE
Instruments

FRESCO

ORTOPEDIA-MATERIAL CLINICO

PRODUCTOS PARA PODOLOGIA

C. NAPOLES 148, bajos — TEL. 225 61 85 — 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

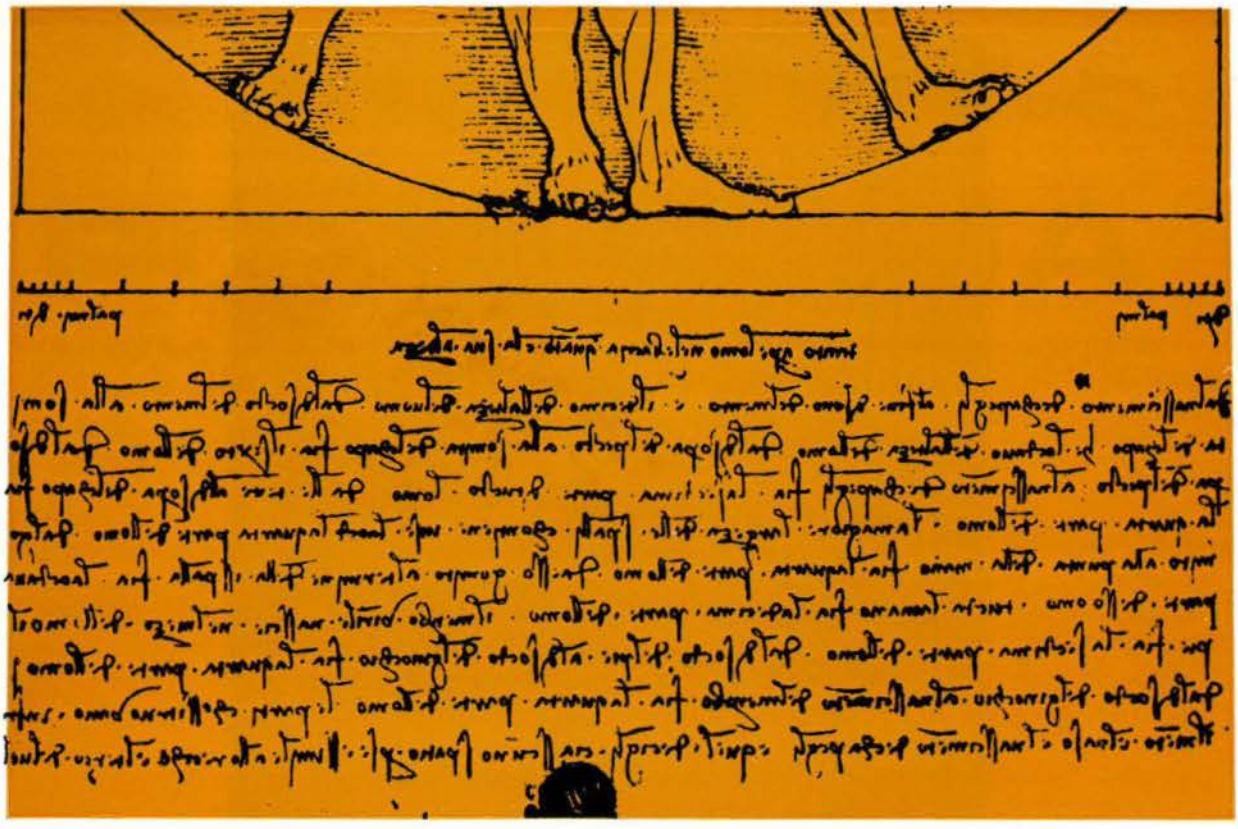
VIOLETA DE GENCIANA
ACIDO NITRICO
PERCLORURO FERRICO

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
PLANCHAS DE PLEXIDUR «O»
PLANCHAS DE PLEXIDUR «T»

Motores con eje flexible
LECHE DE LATEX
SERRIN PARA PODIASIN
MASCARILLAS
EQUIPO PODOLOGIA - Metálicos y de madera forrada
FRESAS DIAMANTADAS

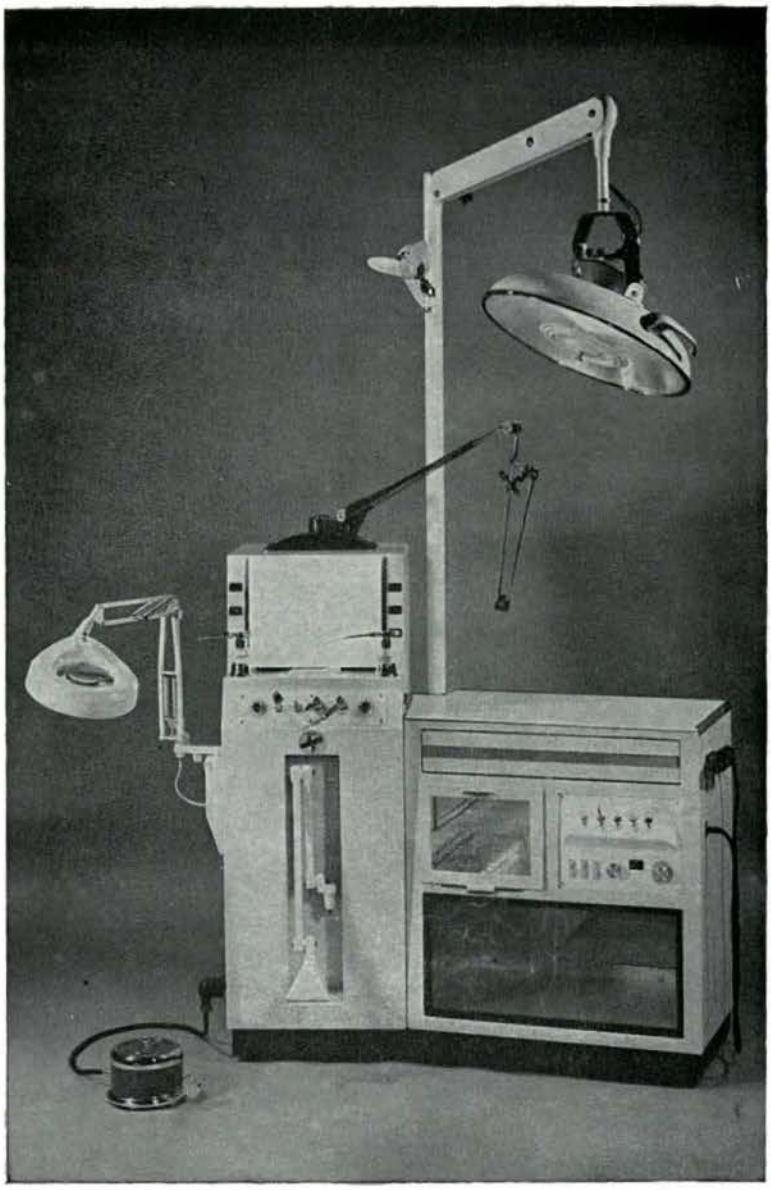
... y todo lo que Ud. desee puede encontrarlo con solo hacer la consulta



REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

A.P.E. Noviembre-Diciembre

n.° 66 | 1978



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**

Pallars, 65 a 71 **BARCELONA-18** **Teléf. 241 72 75**

REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

ORGANO DE LA AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

A. P. E.

Redacción:
Diputación, 118, 2.°, pral., 2.ª, Barcelona-15

Director:
Leonardo Escachs Clariana

Sub-director:
Pablo Vilató Ruiz

Redactor jefe:
Martín Rueda Sánchez
Avda. Caudillo, 68, bajos, 2.ª
Santa Coloma de Gramanet. Barcelona

Administrador:
Manuel Gavin Barceló
Rda. Guinardó, 23, 1.°, 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

3 Junta de Gobierno

7 Editorial

9 XII CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA

10 Estudio estadístico de los problemas podológicos en las diferentes edades y sexo

25 Anestesia local en Podología

41 Reflexiones

42 Labor de las Delegaciones

44 Madrid, Octubre 1978

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 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

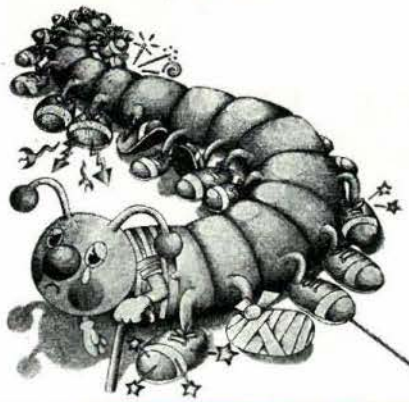
Presidente Nacional	D. LEONARDO ESCACHS CLARIANA	Barcelona
Vice-Presidente 1.°	D. ZACARIAS GARCIA ANDRES	Madrid
Vice-Presidente 2.°	D. ISAIAS DEL MORAL CEJALVO	Valencia
Secretario General	D. JOSE A. CALVO GARCIA	Zaragoza
Vice-Secretario	D. FRANCISCO FARRERAS MORCILLO	Barcelona
Tesorero	D. MANUEL GAVIN BARCELO	Barcelona
Contador	D. LUIS AYCART VIJUESCA	Madrid
Vocal	D. JOSE OLCINA MORALES	Alicante
Vocal	D. JUAN VIDAN TORRES	Santiago de Compostela
Vocal	D. LUIS INCHAURRONDO	Irún
Vocal	D. JOSE M.ª BAEZ BASAURI	Bilbao
Vocal	D. FCO. MORAN VENTURA	Las Palmas G. Canaria

DELEGADO DE ZONA

D. Juan Vidán Torres. Preguntoiro, 10. SANTIAGO DE COMPOSTELA.
D. Isaías del Moral Roberto. 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.°. MALAGA.
D. Juan José Araolaza. Fermín Calbetón, 4. EIBAR.
D. José Sánchez Luna. Avda. Cataluña, 24. ZARAGOZA.
D. Evaristo Rodríguez Valverde. Córcega, 505. BARCELONA.

DELEGADOS PROVINCIALES

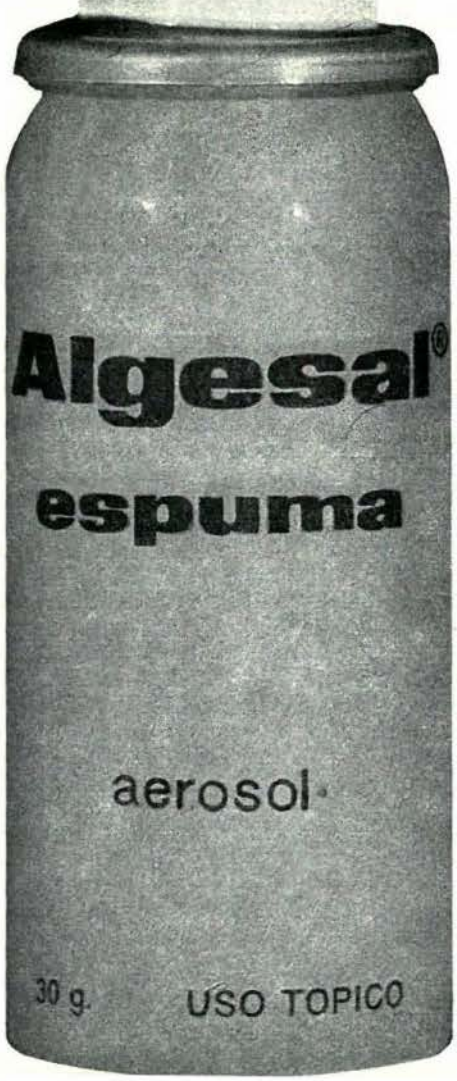
ALAVA: **D. Julio Crespo.**
ALBACETE: **D. Luis Juan Navarro.**
ALICANTE: **D. José Ochoa Morales.**
ALMERIA: **D. Esteban de Haro.**
ASTURIAS: **D. José Luis Alonso Alvarez.**
BADAJOZ: **D. José Villafaina de la Cruz.**
BARCELONA: **D. Evaristo Rodríguez Valverde.**
BILBAO: **D. Pedro M.ª Galardí.**
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.**
HUESCA: **Delegado de Zaragoza.**
HUELVA: **D. Jesús Tocino.**
JAEN: **Víctor Nieto Molina.**
LA CORUÑA: **D. Francisco de la Cruz.**
LAS PALMAS: **D. Francisco Morán Ventura.**
LEON: **D. Luis Pascua San Miguel.**
LERIDA: **D. Alfredo Puchol.**
LOGROÑO: **D. Vicente Alvarez.**
LUGO: Sin Delegado Provincial.
MALAGA: **D. José Godoy.**
MADRID: **D. Mariano Rodríguez Esteban.**
MELILLA: **D. Fernando Bosch Palós.**
MURCIA: Sin Delegado Provincial.
ORENSE: **D. Elisardo Bralo Rego.**
PALENCIA: **D. Damián Porro Villarroel.**
PALMA DE MALLORCA: **D. Juan B. Brines.**
PAMPLONA: **D. Javier Gallo.**
SALAMANCA: **D. Antonio Basas Encinas.**
SANTANDER: Su Delegado Provincial.
SAN SEBASTIAN: **Sebastián Tenés Iturriza.**
STA. CRUZ DE TENERIFE: **D. Armenio Méndez.**
SEGOVIA: **D. Francisco García Rodríguez.**
SEVILLA: **José Cañero Ramos.**
SORIA: Sin Delegado Provincial.
TARRAGONA: **D. Miguel Manzano Hernández.**
VALENCIA: **D. Angel Sanchiz Cortina.**
VALLADOLID: **D. Alfonso Domínguez Milán.**
ZAMORA: **D. Juan J. Miguel Barrios.**
ZARAGOZA: **D. José A. Calvo García.**



cuando aprieta el dolor...

Algesal®
espuma

espuma antirreumática, analgésica, antiinflamatoria



COMPOSICION: Laurilsulfato de nopoxamina, 10 mg.; Salicilato de dietilamina, 100 mg.; Excipiente c.s.p. 1 gr. de emulsión.

INDICACIONES: Terapia percutánea del dolor local, dolores reumáticos, articulares y musculares, torceduras, tortícolis, lumbago y otros de parecida naturaleza.

POSOLOGIA Y MODO DE EMPLEO: Aplíquese varias veces al día una cantidad suficiente de espuma según la extensión de la zona dolorosa, practicando una suave fricción hasta su completa absorción.

EFECTOS SECUNDARIOS: Hasta el momento no se han observado.

CONTRAINDICACIONES: No se aplicará sobre heridas abiertas ni mucosas.

PRESENTACION Y P.V.P.: Envase con 30 gr. de emulsión, 257,90 Ptas.

KALI-CHEMIE ARZNEIMITTEL

KALIFARMA, S.A.

Apartado 12.068 - BARCELONA - Tel. 239 29 07
Madrid, Tel. 276 92 76 - Sevilla, Tel. 21 39 22
Valencia, Tel. 334 63 06 - Bilbao, Tel. 441 66 54

El Presidente y la Junta de Gobierno

DE LA AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

CONJUNTAMENTE CON LA DIRECCION Y CUADRO DE REDACCION DE LA REV. ESPAÑOLA DE PODOLOGIA, DESEAN A SUS AGRUPADOS, AMIGOS Y FIRMAS COMERCIALES QUE NOS HONRAN CON SU COLABORACION, UNAS VENTUROSAS NAVIDADES Y ELEVAN SUS PRECES AL ALTISIMO PARA QUE EN 1979 NOS CONDUZCA A TODOS POR EL CAMINO DE LA SUPERACION Y UNIDAD PROFESIONAL.

Podólogos:

Calzados Blasi les ofrece su establecimiento especializado en zapatos para señora y niño que precisen plantillas ortopédicas.
Siempre a su disposición con las mejores marcas.

MANITOS ORTHO

PIEDRO

Taberner

Blasi

Calzados Blasi
Mariano Cubí, 2 Tel. 218 54 95
Barcelona-6

EDITORIAL

Gracias a la ayuda de todos, al enviarnos vuestras comunicaciones ha sido posible el que un año más esta Revista haya llegado a manos de todos los podólogos. Es una Revista que de alguna manera, representa la proyección gráfica de nuestra profesión a los demás y que trata por tanto de ser real. Contribuye pues, al conocimiento y divulgación del Podólogo, y como tal debe ser de todos y para todos.

No podemos culpar a los que no escriben a la misma por falta de tiempo, por humildad o por diversos motivos, pero sí debemos felicitar abierta y públicamente a los asiduos colaboradores, algunos de ellos diría yo, con mención Honorífica, como el compañero Fernando Muñoz Campos, de Málaga, que número tras número se asoma a su revista para llegar a todos nosotros de una forma desinteresada.

Esta Redacción quiere asimismo pedir disculpas por no corresponder personalmente a las comunicaciones recibidas, pero es norma de la misma, no hacerlo; de todas maneras, ahora aprovechamos la ocasión para agradecer cuantas sugerencias o escritos, unas veces de felicitación y otras de crítica, han llegado hasta ella. Nosotros los aceptamos y agradecemos todos, los unos porque nos reconfortan, y los otros porque nos sirven para tratar de superarnos. La crítica es buena, siempre, claro está, que sea objetiva y cierta, con fundamento, y es necesaria, pues sirve como de aviso para corregir trayectorias y punto de partida para mejorar. Por eso, os invitamos a que sigáis haciéndolo, pero a la vez os pedimos colaboración, para que en este próximo 1979 la Revista pueda ser mejor que lo fue el anterior, ya que de ello nos beneficiamos todos y hacemos profesión participando.

Con la esperanza de que así sea y con el deseo de que en todos los hogares no falte la comprensión, la felicidad ni la paz, y que estas Fiestas de profundo sentir cristianos sean para todos señal de Amor y Prosperidad, despedimos a este caduco 1978 y anheladamente esperamos al flamante Año Nuevo.

SMITH NEPHEW IBERICA, S. A.

INFANTA CARLOTA, 61
Teléfono 250 79 25 - BARCELONA-15

SN-77001

Solicite por escrito La Edición Especial "TECNICAS GYPSONA"

Airstrip® Tensoplast	APOSITO PROTECTOR DE HERIDAS EN LOS PIES IMPERMEABLE-TRANSPIRABLE-AUTOADHESIVO ALMOHADILLADO- Medidas: 6 cm. x 9 cm.
Crepe S.N.®	VENDA ELASTICA SIN HILOS DE GOMA 100% algodón - Color crudo Medidas: 5 cms. x 4 m. /7 x 4 /10 x 4 / 10 x 10
Gypsona®	VENDA DE YESO UNICA, CON GASA DE TEXTURA ENTRELAZADA Medidas: 5 / 10 /15 y 20 cms. x 2,70 m.
Melolin®	APOSITO ABSORBENTE Y NO ADHERENTE A LAS HERIDAS - ESTERIL Medidas: 5 cm. x 5 cm. / 10 x 10 / 10 x 20.
NYLEX® Tubinylex	VENDA DE PAPEL CREPADO VENDAJE TUBULAR EXTENSIBLE — PARA APLICAR ANTES DEL ENYESADO
Op-Site®	VENDAJE DE HERIDAS - Medida: 14 cm. x 10 cm. HERIDAS - CIRUGIA MENOR - QUEMADURAS AUTOADHESIVO-IMPERMEABLE- TRANSPIRABLE TRANSPARENTE - ELASTICO
Retelast®	MALLA ELASTICA IDEAL PARA SUJETAR APOSITOS EN LOS DEDOS Y PLANTA DEL PIE n.° 0 - 1.
Stuca®	VENDA DE YESO PARA MOLDES Medidas: 5 / 10 / 15 y 20 cms. x 3 m.
Tensocrepe®	VENDA ELASTICA, NO ADHESIVA - POROSA, Color carne Medidas: 5 / 7,5 y 10 cms. x 4,5 m.
Tensoplast® venda elástica	VENDA ELASTICA, ADHESIVA - POROSA, Medidas: 5/7,5 y 10 cms. x 2,70 m.
Tensoplast® tiras	TEJIDO ELASTICO ADHESIVO-PARA PROTECCION DE HERIDAS Y ROZADURAS Tira 1 mt. - Tira 5 mt.

XII CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA

VALLADOLID: Días 18, 19, 20 y 21 de Mayo de 1979

La bella e histórica ciudad castellana, Valladolid, será el escenario que acogerá durante cuatro días del próximo mayo a los Podólogos de España, al ser elegida en la Asamblea general celebrada el pasado octubre, en Madrid, para la celebración del XII Congreso Nacional de Podología.

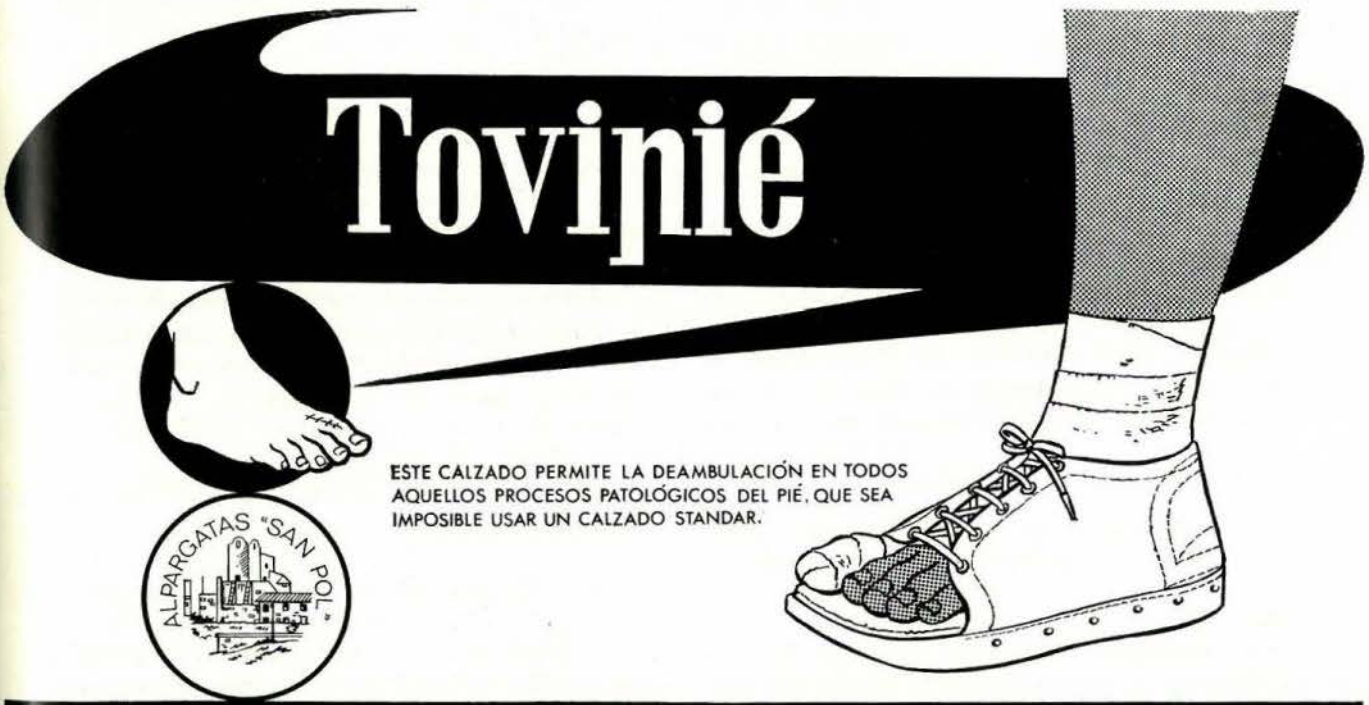
El marco incomparable, la hospitalidad, y la fecha primaveral, serán algunos de los acicates que nos conducirán hasta la vieja Castilla, donde tenemos una cita que en Madrid se escapó por poco pero se afianzó aún más: Una cita con un acontecimiento histórico-profesional. El fin de una etapa gloriosa y el inicio de una, esperanzadora.

Con el objeto de dar una mayor libertad y pluralidad a los temas a tratar, la Comisión Organizadora nos comunica será Temas Libres, con duración de 30 minutos y después de cada uno, mesa redonda. Asimismo remarca la dificultad para reservar plazas en Hoteles de esa ciudad, por lo que es urgente el comunicar la intención de asistencia con objeto de proceder a su reserva, a la siguiente dirección: Claudio Moyano, 16. Valladolid. (Secretaría del Congreso).

Esperando podamos dejar a los vallisoletanos una imagen real de la Podología española, no dudamos una asistencia masiva para pasar juntos unos días en una atmósfera de cordialidad y compañerismo.

¡Hasta mayo, en Valladolid!

REF. 92: SUELA DE GOMA ● PISO DE MADERA CON PLANTILLA ACOLCHADA



FABRICADO POR TOMAS VIDAL - SANT POL DE MAR (BARCELONA)

TELEF. 760 05 64

Estudio estadístico de los problemas podológicos en las diferentes edades y sexo

Ponencia presentada por D. Enrique González Gómez. — Subdirector de la Escuela Oficial de Podología de Madrid, en el XI Congreso Nacional de Podología, octubre 1978

INTRODUCCION EN LA ESTADISTICA

ESTADISTICA. — Es la ciencia que estudia por medio de *números,* la frecuencia de los *fenómenos naturales o accidentales.*

ESTADISTICA MEDICA. — Determina la *nocuidad* propia de cada *especie* de *enfermedad,* con o sin *tratamiento* especial de la *misma.*

BIOESTADISTICA. — Tiene por objetivo el estudio de los *fenómenos fisiológicos* o *patológicos,* que alteran la composición *cualitativa* y *cuantitativa* de todo cuanto afecta al *organismo y humanidad* como ser *colectivo.*

BIOMETRIA. — Se ocupa de la *aplicación de las matemáticas* a los hechos vitales relacionados con el *progreso, experiencial y conocimientos* en la *valoración* de los *fenómenos biológicos* que permiten *índices de frecuencia.*

DEMOGRAFIA. — Ciencia de las estadísticas que estudia *numéricamente* la *vida humana,* comparativas de *raza, profesión, habitación, población,* etc. en relación con las *enfermedades* y la *salud,* referente a la *incidencia* y *progreso humano.* La demografía se aplica al método del *estudio* de la *población.* Marcando los *límites al hombre,* como *ser colectivo,* dentro de la *característica de vida,* en los diferentes *límites geográficos.*

INTRODUCCION

El estudio *BIOESTADISTICO* que vamos a realizar en esta PONENCIA, tiene como base la experiencia de los *diez años* de existencia de la *Clínica Podológica* de la Escuela Oficial de Podología de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, ya que pensamos que puede ser de gran interés para el *desarrollo* y *progreso* de la Especialidad, dentro del marco de la Medicina.

La importancia de la CAUSISTICA dentro del ejercicio profesional, nos recomienda la necesidad de estudiar a fondo los diferentes *casos clínicos* en los centros existentes dentro de la docencia y en la vida cotidiana de todo profesional de la PODOLOGIA. Ya que las *modificaciones y conceptos técnicos.* Se verificarán, según las experiencias obtenidas de los exhaustivos estudios clínicos y de los resultados positivos, que hemos conseguido con la codificación ordenada de los casos tratados.

Finalmente, exponemos estas experiencias por entender que la Podología puede y debe encontrar en el *control podológico* un nuevo *campo de acción,* colaborando en la Medicina especializada de una forma eficaz.

En el marco del estudio realizado en este capítulo, analizamos:

EL PIE DEL NIÑO (varones-hembras)
EL PIE DEL ADULTO (varones-hembras)
EL PIE DEL ANCIANO (varones-hembras)
EL PIE DIABETICO (varones-hembras)

El pie del niño. — Por su importancia en la *prevención* y *tratamiento de las afecciones* del pie, como contribución a su *normal desarrollo físico.*

El pie del adulto. — Para tratar las enfermedades de los pies que *menoscaban su rendimiento* y *comportamiento personal,* dentro de una sociedad, que cada día necesita mayor convivencia en la afectividad de su comportamiento.

El pie del anciano. — Se estudia por qué las dolencias que afectan a los pies conducen a una *inmovilidad perjudicial* para todo intento de rehabilitación funcional, necesaria, orgánica y psicológicamente.

El pie diabético. — Porque es una enfermedad que exige el *cuidado del pie,* por las *complicaciones graves* que en él se originan a partir de una simple lesión, dado sus *trastornos metabólicos.*

Obtención de datos

Los datos de las gráficas que ilustran los temas se obtuvieron de la *casuística* estudiada dentro de las *sesiones clínicas* y departamento de coordinación de investigación podológica, que para tal fin, cuenta el Centro Universitario.

NIÑOS

Se tomaron al azar entre los tratados en nuestro Centro y los visitados en los colegios de E.G.B. dentro de la campaña realizada en los cursos académicos 1973-74, 1974-75, 1975-76, 1976-77.

ADULTOS

En el caso de los adultos, se tomó una cifra de los *enfermos* tratados con asiduidad en la Clínica Podológica, y se llevó a cabo la encuesta entre los asistentes de ambos sexos a las consultas podológicas. Comprobando que el mayor índice de afecciones correspondió a la mujer con el 80 %.

ANCIANOS

En este caso se procedió con el criterio de analizar el significado de las afecciones de los pies en el *anciano,* y comprobar la existencia o no de una patología propia de la *senectud.* Las edades de los enfermos encuestados es de 60 a 85 años.

DIABETICOS

Se estudia a los enfermos de diabetes de ambos sexos concurrentes a nuestra clínica y aquellos estudios que pudimos realizar en el Centro de Diabetología de la Cruz Roja, ya que el célebre diabetólogo Joslin (Universidad de Hasward) fundó la primera *clínica podiatra* en Boston en el 1927. Poco después se inauguró otra, en la *Clínica Mayo.* Actualmente hay en los Estados Unidos más de *mil hospitales* con departamento de podología. Según palabras del propio Joslin, dijo: "Creo que la contribución de los podólogos es incalculable, especialmente con respecto a la asistencia de los enfermos diabéticos en los hospitales y en las consultas". Termina diciendo el prestigioso doctor: "Soy un decidido partidario de la cooperación de los Podólogos con los médicos y cirujanos. Estímulo suficiente para que por nuestra parte, se despertara el interés suficiente para la realización del presente estudio en el campo de la diabetología".

VALORACIONES Y SU NECESARIO ESTUDIO

Patología del pie		*Tanto por ciento*
Alteraciones funcionales (casos consultados)	Congénitas	10 %
	Adquiridas	70 %
Localización Patológica	Extra-Pédica	20 %
	Intrapédica	60 %

ESTADISTICA DE LA PATOLOGIA DEL PIE EN LAS DIFERENTES EDADES Y SEXO

2 a 15 años NIÑOS		15 a 60 años ADULTOS		60 a 90 años ANCIANOS		DIABETICOS	
♀	♂	♀	♂	♂	♂	♂	♂
5 %	7 %	30 %	70 %	65 %	75 %	12 %	25 %

CALZADO FISIOLOGICO INFANTIL CLASICO

UN ESTILO QUE PERMANECE

Todo el calzado Taberner, se confecciona con inmejorables materias nobles.

40 fases del proceso de fabricación artesanal, garantizan su calidad.

CARACTERISTICAS ANATOMICAS:

HORMAS PARA INCORPORAR PLANTILLAS:

- **base planta con ancho normal.**
- **base planta mas ancha.**
- **recta.**

NORMALIZADAS:

- **recta con capacidad normal.**
- **normal para pies sanos.**

Contrafuerte resistente que asegura la adecuada sujeción pie-calzado.

Enfranque resistente.

Oscar 1975 y 1976 al mejor diseño de zapatos, anatómico infantil, patrocinado por la Comisión Española pro Suela de Cuero.

Taberner®

GREGORIO TABERNER, S.L.
Weyler, 53
Tel. - (971) 66.01.56
LLUCMAJOR (Mallorca).

ENFERMOS TRATADOS EN LA CLINICA PODOLOGICA DE LA ESCUELA DE PODOLOGIA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE MADRID

CURSOS ACADEMICOS 1976-77 y 1977-78

TOTAL DE PACIENTES:	5.000
TOTAL DE NIÑOS COMPRENDIDOS ENTRE LOS 2 a 12 AÑOS:	3.000
TOTAL DE MUJERES:	1.500
TOTAL DE HOMBRES:	500

ESTUDIO ESTADISTICO REALIZADO CON NIÑOS DE AMBOS SEXOS CON EDADES COMPRENDIDAS ENTRE LOS 2 A 12 AÑOS

TOTAL:	1.150	RETROPIE EN VALGO SIN DEFECTO BIOMECANICO EN LA ESTATICA Y DINAMICA.
TOTAL:	1.000	PIE PRONADO COMO CONSECUENCIA DE LAXITUD LIGAMENTOSA Y MUSCULAR.
TOTAL:	500	PIE CAVUS CON LIGERO VARUX.
TOTAL:	200	PIE PLANO DE SEGUNDO GRADO, CONGENITO, ENDOGENO Y POR ABUSO DE PLANTILLAS Y CALZADO INADECUADO.
TOTAL:	100	PIE ADDUCTUS.
TOTAL:	4	PIE EQUINOVARUS.
TOTAL:	2	PIE TALO-VARUS.
TOTAL:	44	OTRAS ALTERACIONES DE PARTES BLANDAS, PIEL Y UÑAS.

ALTERACIONES DE PARTES BLANDAS, PIEL Y UÑAS

TOTAL:	18	ONICOPATIAS.
TOTAL:	16	PAPILOMATOSIS.
TOTAL:	8	HELOMAS NEUROVASCULARES
TOTAL:	6	HELOMAS INFECTADOS
TOTAL:	4	BURSITIS RETROCALCANEAS
TOTAL:	2	ALTERACIONES DERMATOLOGICAS.
TOTAL:	1	MAL PERFORANTE PLANTAR.

ESTUDIO ESTADISTICO REALIZADO CON ADULTOS DE AMBOS SEXOS CON EDADES COMPRENDIDAS DE 15 AÑOS A LOS 60

TOTAL MUJERES:	1.500
Retropié valgo	200
Pie plano	180
Pie equinovaro	10
Pie pronado	90
Pie adductus	60
Pie cavo	500
Pie talo-varo	10
Hallux valgus	40
Metatarsalgias	200
Metatarsus varus	10
ONICOPATIAS	100
PAPILOMATOSIS	60
Otras afecciones de la piel	40
TOTAL HOMBRES:	500
Retropie en valgo	10
Pie plano	80
Hallux valgus	30
Pie cavo	100
Metatarsalgias	80
Pie adductus	4
Onicopatias	50
Papilomas	40
Espolón	10
Helomas comunes	30
Helomas neurovasculares	20
Alteraciones circulatorias	46

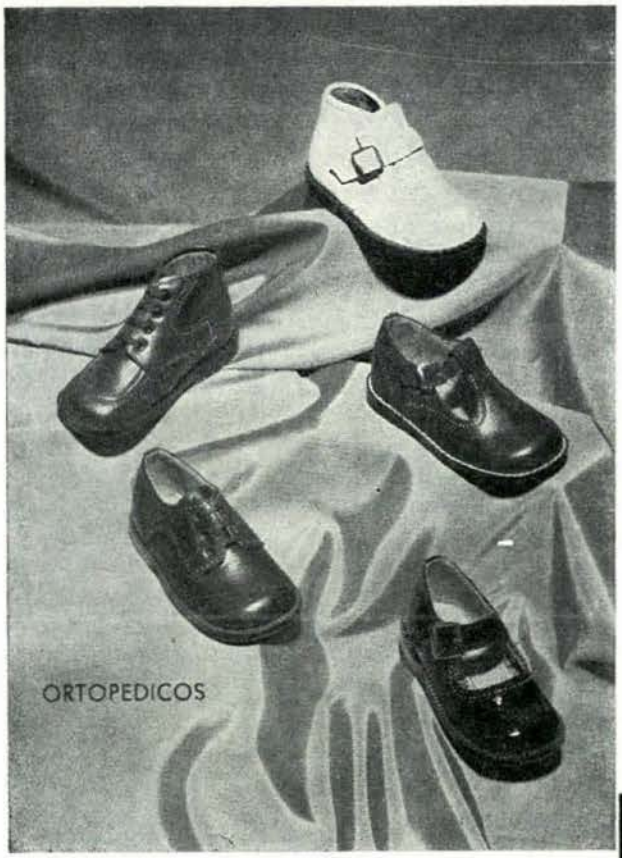
Con relación a las consultas de niños y mujeres, los hombres asisten menos a la Clínica sin conocer las causas.

ESTADISTICA DE ABSENTISMO LABORAL POR ENFERMEDAD EN UNA IMPORTANTE EMPRESA METALURGICA DE MADRID

PROBLEMAS PODOLOGICOS CON BAJA LABORAL

TOTAL DE EMPLEADOS CENSADOS (CENTROS DE TRABAJO, MADRID Y FACTORIA DE VILLAVERDE)	= 14.000
INCIDENCIA DE ABSENTISMO LABORAL	= 10 %
JORNADAS PERDIDAS AL AÑO	= 42.000
CUANTIA ECONOMICA	= 84.000.000 anual

Estas cifras son aproximadas, dada la complejidad de las categorías profesionales y los diferentes sueldos.



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)

FRECUENCIA DE LAS ALTERACIONES PEDICAS CON ALTERACIONES DOLOROSAS

		Niños 1 a 15 años	*Adultos* 15 a 60 años	*Ancianos* 65 a 85 años
Alteraciones Posturales	Pies retropié en valgo	30 %	2 %	10 %
	Pies retropié en varo	20 %	30 %	5 %
	Pies en adductus	5 %	2 %	—
	Pies Pronado	60 %	5 %	35 %
	Pies Talo	1 %	3 %	—
	Pies equino varo	2 %	3 %	3 %
Alteraciones Arquitectónicas	Pies cavo	30 %	60 %	30 %
	Pies plano valgo	—	30 %	60 %
	Pies plano transverso	—	60 %	60 %
	Hallux valgus	—	50 %	60 %
	Dedos en garra o martillo	—	50 %	60 %
Alteraciones Degeberativas	Metatarsalgia	—	55 %	60 %
	Tatalgia	5 %	10 %	20 %
	Bursitis retrocalcánea	—	5 %	—
	Exostosis calcánea y distal de los dedos	—	10 %	20 %
	Mal perforante plantar	—	1 %	—
	Pie diabético	—	20 %	25 %
Insuficiencia Circulatoria	Claudicación intermitente		15 %	15 %
	Arteroesclerosis		15 %	80 %
	Arteritis, flebitis, etc.			25 %
	Eritema pernio		15 %	—
Alteraciones del tegumento	Hiperqueratosis localizada y generalizada		40 %	60 %
	Helomas infectados		15 %	20 %
	Helomas neurovasculares		30 %	—
	Tilomas		4 %	2 %
	Papilomas	5 %	25 %	—
	Ulceras de diferente radiodermites etiología		5 %	15 %
	Radiodermites		2 %	—
	Dermatitis	1 %	3 %	—
	Psoriapsis		1 %	4 %
	Dermatomicosis	5 %	15 %	5 %

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
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 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

pharma consult sa

EL BAJO RENDIMIENTO NO SE ESTIMA AL NO CAUSAR BAJA.

OBSERVACIONES: El 9 % de la *Patología pédica* que se presenta es de fácil solución y costes bajos, tratados por el PODOLOGO, que por no existir dentro del cuadro de Especialidades Médicas, lo realizan los médicos restando tiempo a su propia actividad.

ESTADISTICA DE ABSENTISMO LABORAL POR ACCIDENTES DE TRABAJO

DATOS DE UNA IMPORTANTE EMPRESA METALURGICA DE MADRID

TOTAL DE EMPLEADOS CENSADOS

CENTROS DE TRABAJO MADRID Y FACTORIA DE VILLAVERDE = 14.000
INCIDENCIA CON BAJA LABORAL = 7 %
JORNADAS PERDIDAS AL AÑO = 30.000
CUANTIA ECONOMICA = 60.000.000 anual
CON USO DEL CALZADO DE SEGURIDAD SE EVITARIAN LOS ACCIDENTES = 3,5 %

ESTUDIO ESTADISTICO INFORMAL DE LA PATOLOGIA PEDICA EN EL MUNDO OCCIDENTAL, ENTRE EL PERIODO PRENATAL HASTA LOS 15 AÑOS EN AMBOS SEXOS

De 0 a 2 AÑOS	2 %
De 2 a 3 "	2,5 %
De 3 a 4 "	3 %
De 4 a 5 "	3 %
De 5 a 6 "	4 %
De 6 a 7 "	4 %
De 7 a 8 "	4,5 %
De 8 a 9 "	4,5 %
De 9 a 10 "	5 %
De 10 a 11 "	5,5 %
De 11 a 12 "	6 %
De 12 a 13 "	7 %
De 13 a 14 "	7 %
De 14 a 15 "	7,5 %

EN ESTE ESTUDIO, SE REFLEJAN LAS ALTERACIONES PEDICAS SIGUIENTES:

PIE ZAMBO
PIE CAVO
PIE PLANO
PIE INSUFICIENTE

CONGENITAS

DISMETRIAS DE MIEMBRO
ALTERACIONES DE CADERA
MACROPODIA
MACRODACTILIA
POLIDACTILIA
SINDACTILIA
ETC.

ADQUIRIDAS

TRAUMATISMOS
CALZADO INADECUADO
USO Y ABUSO DE PLANTILLAS
INFECCIONES (Microbianas, víricas y micóticas).

ESTADISTICA INFORMAL DE LA PATOLOGIA PEDICA EN EL MUNDO OCCIDENTAL, ENTRE LOS 15 A 80 AÑOS EN AMBOS SEXOS

HEMBRAS de 2 a 15 años	7 %
HEMBRAS de 15 a 20 "	15 %
HEMBRAS de 20 a 25 "	20 %
HEMBRAS de 25 a 30 "	40 %
HEMBRAS de 30 a 35 "	45 %
HEMBRAS de 35 a 40 "	47 %
HEMBRAS de 40 a 45 "	47 %
HEMBRAS de 45 a 50 "	50 %
HEMBRAS de 50 a 55 "	55 %
HEMBRAS de 55 a 60 "	60 %
HEMBRAS de 60 a 65 "	65 %
HEMBRAS de 65 a 70 "	75 %
HEMBRAS de 70 a 75 "	80 %
HEMBRAS de 75 a 80 "	82 %

VARONES de 2 a 15 años	5 %
VARONES de 15 a 20 "	10 %
VARONES de 20 a 25 "	15 %
VARONES de 25 a 30 "	20 %
VARONES de 30 a 35 "	20 %
VARONES de 35 a 40 "	24 %
VARONES de 40 a 45 "	25 %
VARONES de 45 a 50 "	30 %
VARONES de 50 a 55 "	32 %
VARONES de 55 a 60 "	45 %
VARONES de 60 a 65 "	50 %
VARONES de 65 a 70 "	55 %
VARONES de 70 a 75 "	65 %
VARONES de 75 a 80 "	70 %

SE REFLEJA EN ESTA INFORMACION, LAS ALTERACIONES PEDICAS DE CARACTER CONGENITO Y ADQUIRIDO.

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.
224,— 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.
118,— ptas.

INFAR NATTERMANN

Apartado 400 - Zaragoza Infanta Carlota, 84-88 Barcelona-15

CAUSAS DESENCADENANTES DE LA PATOGENIA DEL PIE

PROBLEMAS ENDOGENOS Y SU PATOLOGIA

- PATOGENIA EXTRAPEDICA
  - ENDOCRINOS
    - GLANDULARES
      - TIMO
      - TIROIDES
      - SEXUALES
      - OTRAS
    - CLIMATERIO
    - EMBARAZO
    - INSUFICIENCIA GENITAL
    - MENOPAUSIA
  - METABOLICOS
    - GOTA
    - REUMATISMO
    - ALTERACIONES BIOQUIMICAS DE ESTRUCTURACION
    - SISTEMAS, APARATOS Y ORGANOS
      - OSEA
      - LIGAMENTOSA
      - NEUROLOGICA
      - MUSCULAR

- PROBLEMAS OSEOS
  - ESTRUCTURA DEL HUESO
  - ALTERACION OSEA
  - ARQUITECTURA OSEA DEL MIEMBRO INFERIOR

- PROBLEMAS LIGAMENTOSOS
  - ALTERACION LIGAMENTOSA (Estructura)
  - SITUACION Y FUNCION DE LOS LIGAMENTOS
  - RESISTENCIA Y ACCION

- PROBLEMAS NEUROLOGICOS
  - SISTEMA CENTRAL Y DE COORDINACION
  - MEDULA ESPINAL
  - PLEXOS, TRONCOS Y TERMINACIONES
    - MOTORAS
    - SENSITIVAS
  - SISTEMA VEGETATIVO

- PROBLEMAS MIOLOGICOS
  - ESTRUCTURA MUSCULAR
  - ALTERACIONES MUSCULARES
    - DISTROFIAS
    - ATROFIAS
    - HIPERTROFIAS

- PROBLEMAS CIRCULATORIOS
  - ARTERIALES
  - VENOSAS
  - CAPILARES
    - ANGIOLOGIA

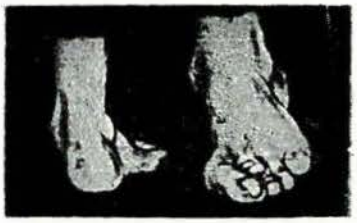
PROBLEMA DE INFECCIONES GENERALES

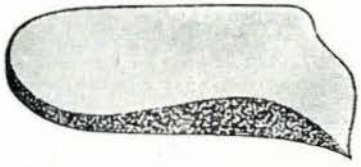
- PATOGENIA INTRAPEDICA
  - ALTERACIONES DE LA ESTRUCTURA DEL PIE
  - ALTERACIONES DE LA ARQUITECTURA DEL PIE
  - ARTERACIONES DE LA FUNCION DEL PIE
  - ALTERACIONES DE LA PIEL Y UÑAS

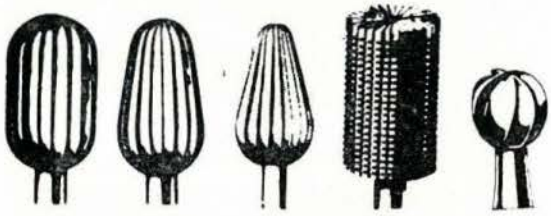
LUGA

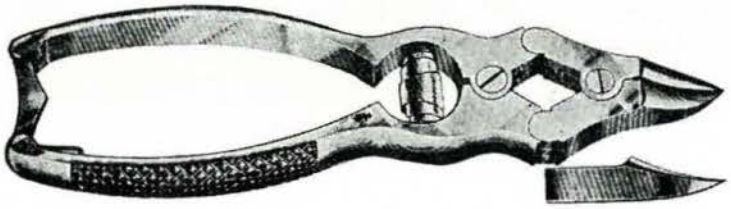
CLARA DEL REY, 47. MADRID-2. TELEF. 416 84 45

LA CASA DEL PODOLOGO









SILICONAS

Silone, Sta-Seal, Impresil, Caf 3, Silafem, etc.

PLANTILLAS

Plexidur, moldeadas y sin moldear, duroaluminio, corcho y latex, cuero, corcho vulcanizado, de detorsión para valgo, etc.

MATERIAS PRIMAS

Tubifoam, fieltros, latex, plexidur, degaplast, goma, salpa, espuma H. B., Cuñas, Bóvedas, Arcos, en corcho y goma, etc.

ORTOPEDIA

Férulas Denis Browne, botitas férulas, Hallux Valgus nocturnos, separadores, etc.

INSTRUMENTAL

Mangos y hojas de bisturís, tijeras, alicates, gubias, etc. Nacionales e importados.

ACCESORIOS PODOLOGICOS

Equipos, sillones, tornos, fresas, esterilizadores, soportes de frascos y fresas, podómetros, podoscópios, electro bisturies, mecheros eléctricos, goniómetros, etc.

Estamos añadiendo nuevos articulos constantemente a nuestro catálogo.

Solicite cualquier informacion adicional que considere necesaria.

Atenderle será para nosotros motivo de satisfacción.

LUGA

LA CASA DEL PODOLOGO

- ALTERACIONES INFECCIOSAS PRODUCIDAS POR AGENTES PATOGENOS
  - MICROBIOS
  - VIRICOS
  - MICOTICOS
- PROBLEMAS TRAUMATICOS PRODUCIDOS POR AGENTES
  - QUIMICOS
  - FISICOS
  - MECANICOS
- PROBLEMAS DE LA CONDUCTA EN LAS COSTUMBRES
  - CALZADO
    - ALTOS DE TACON
    - ESTRECHO
    - CORTO
    - HERENCIA DEL CALZADO
    - MATERIALES INADECUADOS EN SU FABRICACION
  - AGENTES MECANICOS
    - PLANTILLAS STANDARD Y APARATOS CORRECTORES
    - USO Y ABUSO DE ELEMENTOS ORTOPEDICOS SIN PREVIO ESTUDIO CIENTIFICO
  - COSTUMBRES
    - ACTIVIDAD LABORAL
    - USO DE CALLICIDAS
    - CUCHILLAS
    - ETC.

COMO CONSECUENCIA DE LA PROBLEMATICA PRESENTADA, EXIJE UNA INTERVENCION MAYOR DE LOS PROFESIONALES DE LA PODOLOGIA EN BENEFICIO DE LA HUMANIDAD QUE SUFRE DE LOS PIES ¡ADELANTE PODOLOGO! TU ERES EL AUTENTICO GUARDIAN DE LA SALUD DE LOS PIES.

Y para terminar aclararemos el concepto profesional sobre este ESTUDIO.

Las profesiones y las especialidades, dentro de ellas nacen como consecuencia de una necesidad, nunca al contrario. La *podología* no puede ser una excepción y sus técnicas y conocimientos actuales son el fruto del estudio y la experiencia de muchas generaciones. Hoy día, la utilidad de la Podología, está reconocida en el mundo desarrollado, incluso son muchos los profesionales que la ejercen, y centros hospitalarios en el extranjero, que cuentan entre sus servicios, con un *Departamento Podológico.*

En España esta rama de la Medicina está relegada a segundo término, ya que si bien, hay centros con el *Departamento Podológico* son los menos y no siempre bien dotados.

El campo de acción de los PODOLOGOS, está reducido incomprensiblemente al *ejercicio libre* y algunas que otras *Sociedades Médicas de Seguro Libre,* que reconoce su utilidad, ha incluido la PODOLOGIA entre su cuadro de asistencia.

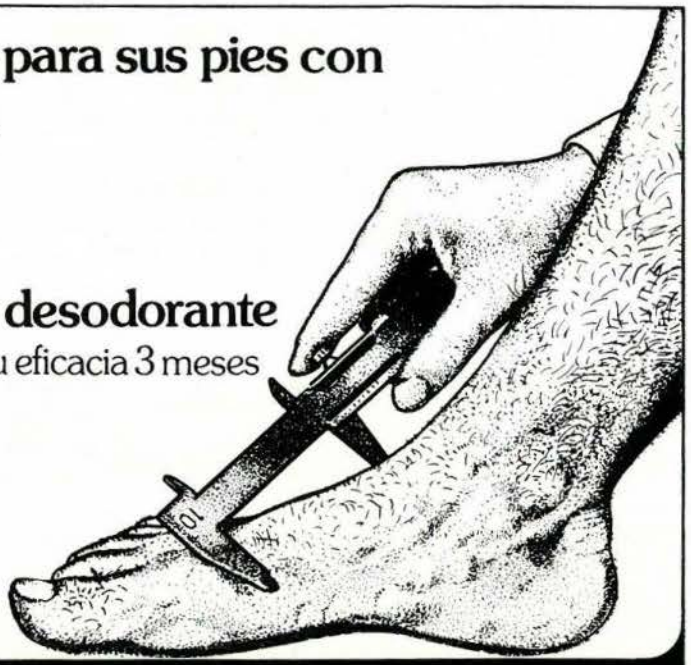
El auge de la Podología responde a la necesidad de ocuparse del cuidado de ciertos trastornos de los pies, que el *médico general y*

tome medidas para sus pies con

Peusek®

desudorante y desodorante

un baño mantiene su eficacia 3 meses



dos productos
para dos problemas que son dos soluciones

ARCANDOL SPRAY

para pies ardientes,
cansados, doloridos.

su aplicación alivia de inmediato

Productos Peusek

Avda. Infanta Carlota, 19-21 * Telf. (93) 239 83 34 * Barcelona-29

consulte a su podólogo, venta en farmacias

cirujano, no suele darle la atención que merece por falta de tiempo y medios.

El Podólogo, está en condiciones de poder descubrir enfermedades constitucionales o generales que presenten síntomas en los pies, para remitirlo al médico especialista correspondiente. Siendo un eslabón muy importante en la medicina preventiva y clínica.

El fundamento de la Seguridad Social, según hemos podido comprobar, es amparar a todos sus miembros, cubriendo, entre otras cosas, sus necesidades sanitarias, que cubre en la actualidad de una forma general en sus centros asistenciales, que están dotados de los mejores y modernos adelantos técnicos.

Pero la Podología, no recibe los beneficios sociales y técnicos en las prestaciones de la Seguridad Social, dentro de la asistencia normal a los pacientes que lo necesitan.

Según las últimas estadísticas, el porcentaje de enfermos con AFECCIONES EN LOS PIES, es muy elevado; aproximadamente el 85 % del censo de adultos, sufren de males de los pies, por *deficiencias constitucionales o adquiridas,* bien por abandono o por falta del personal profesional adecuado. Demostrándose en éste trabajo, que en la mayoría de los casos, es reparable en poco tiempo y con medios de poco coste, evitando el impacto del dolor y su posible complicación grave, que, como Vds. saben, ocasiona grandes pérdidas en el rendimiento personal, agravando notablemente la economía española con horas de trabajo perdidas o disminución de la efectividad del mismo.

Se estima que la Seguridad Social, ha gastado de su presupuesto 6.600.000.000 de ptas. en el año 1977 en plantillas, calzado ortopédico y otras intervenciones. A estos gastos se le puede aumentar el *coste* de las horas perdidas por absentismo laboral por alteraciones patológicas en el pie, más los accidentes de trabajo con baja, con prolongación de los tratamientos y el rendimiento en el trabajo. En total se calcula que los gastos y pérdidas son superiores, con mucho a las pérdidas anuales de la Renfe.

C O N C L U S I O N E S

PRIMERO. — Difundir al máximo la necesidad del Estudio analítico de la problemática podológica en España.

SEGUNDO. — Invitar a todos los podólogos a colaborar en el trabajo de investigación a nivel particular y colectivo, para LA TABULACION Y ANALISIS DE DATOS.

TERCERO. — Crear centros de estudios estadísticos en el ámbito Provincial, Regional y Nacional, promovidos y patrocinados por la Agrupación de Podólogos "CENTROS DE PROMOCION INVESTIGACION Y PROGRAMACION".

CUARTO. — Promover campañas de divulgación podológica en los medios de difusión existentes: *radio, prensa* y *televisión.* "CAMPAÑA DE EDUCACION SOBRE LA SALUD DEL PIE".

QUINTO. — Proyectar la PODOLOGIA PREVENTIVA. - Sobre la *profilaxis pédica,* dentro de la *Medicina escolar, Medicina laboral, Medicina de la Educación Física y el Deporte, Cuerpos Armados, Centros Pediátricos, Instituto de Diabetología.*

SEXTO. — CREAR LA PODOLOGIA CLINICA para el *estudio, diagnóstico* y *tratamiento* a cargo de la Seguridad Social, como prestación dentro de los derechos de sus asegurados y por la iniciativa privada dentro de las prestaciones del *Seguro Libre* e *Instituciones municipales, estatales, paraestatales.*

SEPTIMO. — Conseguir concierto particular con la Seguridad Social, hasta tanto, se resuelva el problema de la inclusión dentro del cuadro de Especialidades. Evitando el uso y abuso en la asistencia comercializada que se esta realizando en la actualidad, con el grave perjuicio para la humanidad.

PIEDRO

OFRECE AL PODOLOGO:

cuatro distintos anchos
cuatro tipos distintos de suela

- **100 % cuero crupón marca-royal**
- **palmilla entresuela cuero y bloque de composición controlada**
- **íd., íd., íd. y crepé superior virgen**
- **100 % cuero crupón reforzado**

tres tipos distintos de tacón **(recto, estilo Thomas y recto con estabilización central)**

dos tipos de hormas (normal y recta)

ochenta distintos modelos y siempre:

Máxima sujeción de empeine y retropié
Espacio para el movimiento de dedos
Máxima calidad de materiales
Espacio para el crecimiento
Máxima indeformabilidad

PIEDRO INTERNATIONAL
En España

J. L. Vila-Plana
Conde Borrell, 211-prta. 33
teléfono 93/239 53 06
Barcelona-29
telegramas: KIRITA-Barcelona
exposición: Conde Borrell, 87
(rogamos hagan cita)

PIEDRO

Anestesia local en Podología

JULIO ALONSO GUILLAMON
Podólogo del Hospital Clínico de Barcelona

Debido al interés que cada día va adquiriendo la cirugía podológica, dentro del marco de nuestra profesión; y teniendo en cuenta que la anestesia local es una de los fundamentos básicos para conseguir los éxitos quirúrgicos deseados, es por lo que me he atrevido a detallar algunos conceptos generales sobre la misma, en su aplicación en el pie.

¿QUE ES UN ANESTESICO LOCAL? — Se define a los anestésicos locales, como sustancias químicas, capaces de bloquear la conducción nerviosa, impidiendo el paso de impulsos sensitivos y motores. La aplicación local de dichas sustancias, debe hacerse en concentraciones adecuadas, para evitar que lesionen de manera permanente el tejido nervioso.

También se puede conseguir la anestesia de una zona con otros procedimientos, que no sean propiamente las sustancias químicas. Podemos lograrla también por medios físicos, por acción de la electricidad o mediante la acupuntura, sofrología, etc.

¿CUALES SON LAS CARACTERISTICAS PRINCIPALES QUE DEBE TENER UN ANESTESICO LOCAL?

a) Que sea de acción rápida.
b) Libre de acción tóxica.
c) Su acción debe ser duradera.
d) Que su acción sea reversible.
e) Eficaz en bajas concentraciones.
f) Que no sea irritable a los tejidos.
g) De fácil eliminación.

¿CUALES SON LOS ANESTESICOS LOCALES MAS EMPLEADOS?

Durante muchos años, los investigadores, han intentado encontrar la sustancia farmacológica que tuviera menos toxicidad y a la vez más potencia con menor dosificación. Hoy en día se disponen de sustancias anestésicas de acción local, si bien no podemos decir que exista la idónea.

Entre los más utilizados están CLORHIDRATO DE PROCAINA, de nombre comercial NOVOCAINA. Normalmente la empleamos en concentraciones al 1 %, tanto en las infiltraciones regionales como en las tronculares. Es poco tóxica.

MEPIVACAINA, nombre comercial Scandicain, igualmente la empleamos en concentraciones al 1 %, es el doble potente que la anterior y menos tóxica. Empieza la acción anestésica por infiltración regional a los 5 minutos aproximadamente y puede durar hasta dos horas.

sillón eléctrico **STARLINE**

ELEGANCIA DE LINEA — FUNCIONALIDAD Y UTILIDAD
EN EL DISEÑO — ROBUSTEZ — PERFECTO ACABADO

PRECIOS Y CONDICIONES
EXCEPCIONALES

SERVICIO TECNICO GARANTIZADO EN TODA
ESPAÑA POR EL SERVICIO POSVENTA
SUDENTA, S. A.

SOLICITE AMPLIA INFORMACION SIN COMPROMISO A:

SUDENTA,S.A.
departamento podologia

Ronda San Antonio, 98
Tels. 318 96 16 - 318 96 12
BARCELONA (1

Espoz y Mina, 7
Tels. 222 45 69 - 221 40 44
MADRID (12)

Tenemos otra sustancia como la LIDOCAINA, XILOCAINA, PROPOXICAINA, BUTETAMINA, etc.

Están alcanzando gran popularidad, el empleo de la mezcla de sustancias anestésicas entre sí; por ejemplo el BAYCAIN.

Creemos que es aconsejable que cada podólogo, utilice siempre el mismo anestésico, con el fin de familiarizarse con él y así poder conocer sus reacciones y combatirlas más fácilmente, si se presentara el caso.

DOSIFICACION DE LOS ANESTESICOS MAS USUALES. — Tanto la Novocaína como el Scandicain, no debe sobrepasar, en un adulto, de los 40 cc. de una solución al 1 %. Cuando la dosificación se efectúa de acuerdo con el peso del paciente, no debe sobrepasar la dosis de 5 mlg. por kilo de peso. Teniendo en cuenta que un centímetro de una solución al 1 % contiene aproximadamente 10 mlg. de sustancia activa.

Cuando en los adultos se tenga que sobrepasar las dosis mencionadas, es preferible, la utilización de la anestesia general.

En los niños menores de 2 años, no está aconsejado la utilización de ningún anestésico local.

PAUTA DE DOSIFICACION RECOMENDADA EN LA MEPIVACAINA Y EN EL CLORHIDRATO DE PROCAINA

Edad	*Dosis máxima al 1 %*	*Dosis máxima al 2 %*
2 años	7 cc.	3,5 cc.
3 "	8,4 "	4,2 "
5 "	10 "	5 "
8 "	13,5 "	6,5 "
10 "	16,5 "	8,2 "
13 "	21,5 "	10,5 "
15 "	28 "	14 "
ADULTOS	40 "	20 "

En la práctica podológica, debemos usar, *concentraciones bajas* y cantidades muy distantes a las permitibles; así aseguramos, que sean muy remotos los peligros que puedan plantearse.

POTENCIACION EN LA ACCION DE LAS SUSTANCIAS ANESTESICAS LOCALES

Para hacer más duradera la acción anestésica, de todos es sabido, la utilización de los agentes vasoconstrictores, cuya acción es la de realizar una vasoconstricción local, retardando la absorción del anestésico local en la zona. En la concentración del 1 : 100.000 de Adrenalina con Procaína, disminuye la absorción general en un 30 % (según Adriani). La Adrenalina al diluirse en soluciones anestésicas, aumenta la potenciación de éstos. Pero, no hay que olvidar que con la potencia aumenta la toxicidad.

En Podología es preferible no usar vasoconstrictores nunca y de manera muy especial en las anestesias tronculares de los dedos.

Creemos que si en nuestras consultas podológicas, no tenemos anestésicos de concentraciones altas (al 3 %), y tampoco tenemos anestésicos con vasoconstrictores, evitaremos los problemas que puedan plantearse con la utilización de los mismos.

ELEMENTOS NECESARIOS PARA REALIZAR UNA ANESTESIA LOCAL

a) Jabón líquido.

b) Torunda de gasa, con pinza de kocher o pean.

c) Solución antiséptica, normalmente empleamos el alcohol yodado.

d) Solución anestésica elegida.

e) Jeringas de 2, 5 y 10 cc., pudiendo ser de material de plástico de un sólo uso, (aunque deben ser de buena calidad) de cristal o bien de uso odontológico.

f) Agujas de 4-5 dm. de mm. de diámetro y de 1 cm. de 3 y 5 de longitud.

g) Gasas, vendas, tallas y guantes.

Es aconsejable disponer de oxígeno, de un barbitúrico de acción ultracorta, por ejemplo el Tiopental (Pentotal), mezclado con Atropina; aparatos para la práctica de una Venoclisis; vasopresores como la Noradrenalina; Antiestamínicos como el Calcio o Benadril; Corticosteroides como el Urbason.

En la práctica no disponemos en nuestras consultas de este material de urgencia, por lo que en el futuro hace aconsejable que los ga-

César Puig

FABRICA DE CALZADOS INFANTILES TERAPEUTICOS

- Zapatos fisiológicos.
- Calzado profiláctico.
- Zapatos ortopédicos con simple modificación de elementos normales (tacón thomas para varo y valgo), tipo Lowet, etc.
- Hormas correctoras, 2 anchos.
- Horma invertida.
- Diferentes modelos para la colocación de férulas.

TODOS LOS FABRICADOS SON CON MATERIALES DE LEGITIMO CUERO VACUNO DEL PAIS.

Colón, 14
Tel. (977) 60 01 42
VALLS
TARRAGONA - ESPAÑA

binetes estuviesen ubicados en centros hospitalarios o clínicas, y así poder resolver con mayor prontitud y eficacia las reacciones tóxicas anestésicas, con la colaboración del médico anestesista.

PREPARACION DEL PACIENTE

1.º Es aconsejable advertir al paciente, que no haya comido en un plazo de 3 a 4 horas antes de realizar la anestesia.

2.º Se colocará al paciente en decúbito (supino o prono).

3.º Se practicará la desinfección de la piel. Primero con agua y jabón y posteriormente se aplicará una sustancia antiséptica.

4.º Se limitará el campo donde vamos a actuar, con tallas estériles.

PREPARACION DEL OPERADOR

Se practicará la desinfección de las manos mediante agua y jabón, durante cinco minutos. Después se sumergirán en una solución antiséptica y posteriormente puede aplicarse guantes de goma estériles.

CONSIDERACIONES GENERALES QUE DEBEMOS TENER EN CUENTA AL REALIZAR LA ANESTESIA LOCAL EN SUS DIFERENTES FORMAS:

A) Conseguir las agujas apropiadas a cada caso.

B) Aplicar la aguja por separado de la jeringa, y a ser posible, y si el caso es apropiado en un golpe seco, para evitar el dolor.

C) Administrar la sustancia anestésica lentamente.

D) Evitar que las soluciones anestésicas estén frías.

E) Evitar inyectar en el músculo y en las vainas tendinosas.

F) Evitar los pinchazos numerosos, siempre y cuando la zona donde se practiquen no esté anestesiada.

G) Evitar la introducción de las sustancias anestésicas en el torrente circulatorio, aunque a pequeñas cantidades no plantearía problemas.

H) No palicar sustancias anestésicas en cardíacos ni diabéticos.

I) No inyectar el anestésico en zona inflamada, ya que produce dolor, al mismo tiempo que resulta la inyección ineficaz, diseminando la infección y aumentando la acción tóxica.

COMPLICACIONES ANESTESICAS. — Vamos a relatar, someramente, aquellas complicaciones, que nos podemos encontrar después de realizar una anestesia local.

1.º DOLOR. Motivado por no tener en cuenta las consideraciones generales para realizar la anestesia local. En raras ocasiones nos podemos encontrar con pacientes con poca sensibilización a la sustancia anestésica, especialmente en personas drogadas o alcohólicas.

2.º INFECCION. Puede ser motivado por una técnica no estéril, o bien por haber practicado la inyección en zona inflamada o infectada.

3.º ANESTESIAS PROLONGADAS. Es poco frecuente que ocurra y ello es debido a la administración del líquido, en el mismo tronco nervioso. Pudiendo ser también por la utilización de otra sustancia, por error y que no sea un anestésico.

4.º EFECTOS TOXICOS. Se basa en una serie de trastornos de las funciones fisiológicas desencadenadas por el agente anestésico.

Según los signos que pueden presentarse, podemos hacer una clasificación de las reacciones en cuatro grupos:

A) ESTIMULACION DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.

B) DEPRESION DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.

C) COLAPSO CARDIACO DE TIPO PERIFERICO.

D) REACCIONES ALERGICAS.

A) ESTIMULACION DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL. — Podemos considerar 3 grados de intensidad:

FORMA BENIGNA. — Semejante a la que aparece, en el comienzo de la ingestión de bebidas alcohólicas. El paciente se siente locuaz, razona poco, pudiendo sentirse mareado, sus movimientos son o pueden ser incoordinados, puede presentar rubor facial, presión arterial aumentada y taquicardia.

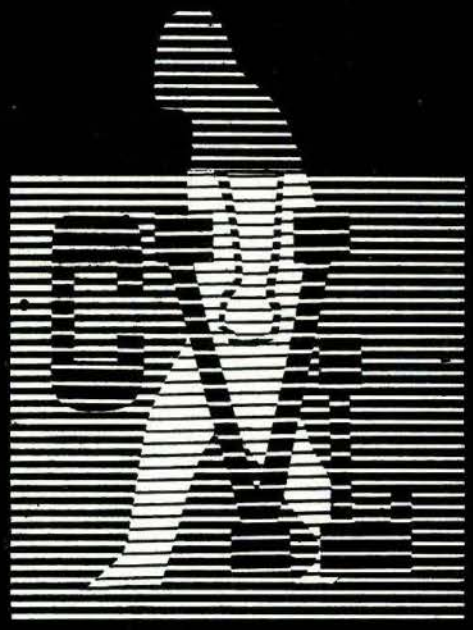
constantino velasco laínz

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.

FORMA MODERADA. — O de estimulación. El paciente está inquieto, se queja de cefaleas, pudiendo presentar diplopia, también náuseas, vómitos y contracciones musculares. La tensión arterial sigue alta, pero el pulso por lo regular, es lento.

FORMA GRAVE. — Presenta los signos anteriores, pasando las contracciones a convulsiones, asfixia y muerte. El tratamiento en este caso será:

1.º Oxígeno, para combatir la asfixia; tendremos que conseguir una vía aérea, preferentemente mediante un tubo endotraqueal. En su carencia ,efectuaremos la respiración boca a boca.

2º Interrumpir las convulsiones. Bien con el Tiopental (aunque a veces requiere grandes dosis y hay que pensar que también es tóxico) o mejor, con el Curare, por vía intravenosa.

b) DEPRESION DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL. En estos casos el paciente, presenta torpor, analgesia, pérdida de la capacidad de respuesta y de la consciencia. Relajación muscular. La piel es pálida y húmeda. Va acompañado de hipotensión y pulso débil. Las respiraciones son superficiales y el paciente muere por hipotensión persistente.

El tratamiento consistirá:

1.º Contar con una vía aérea, o sea colocar una sonda endotraqueal.

2.º Administrar oxígeno.

3.º Administrar una infusión intravenosa como por ejemplo Dextroxa.

4.º Administrar vasopresores por vía intravenosa.

5.º No emplear analépticos estimulantes.

c) COLAPSO CARDIACO DE TIPO PERIFERICO. Puede ser condicionado por la aplicación de la sustancia anestésica en el torrente circulatorio. Se sabe que la procaína, es un vasodilatador potente. La hipotensión que sigue al aplicarlo, a veces progresa y puede llegar al paro cardíaco.

El tratamiento consistirá:

1.º Contar con una vía aérea, es decir colocar una sonda endotraqueal.

2.º Oxígenoterapia.

3.º Infusión intravenosa.

4.º Vasopresores (Noradrenalina).

d) REACCIONES ALERGICAS. Las respuestas alérgicas, suelen aparecer después de uno o varios contactos con el fármaco o con determinado miembro de una familia particular de fármacos. Puede presentarse dos tipos de reacciones:

a) CON SIGNOS CUTANEOS O BIEN EN MUCOSA.

b) CON TRASTORNOS RESPIRATORIOS Y CHOQUE ANAFILACTICO.

Las reacciones alérgicas, que se manifiestan con signos cutáneos o en mucosa, ceden fácilmente con la administración de algún antihistamínico, como el fenergan benadryl etc. En el segundo de los casos, ya será útil la utilización, además de los antihistamínicos, la adrenalina más calcio y corticosteroides.

Es muy importante para evitar estas complicaciones, realizar una buena historia clínica, con la idea de buscar algún posible antecedente de procesos alérgicos o reacciones anómalas. Es importante en los casos dudosos realizar la prueba intracutánea, inyectando una gota de sustancia anestésica en la piel del enfermo, hasta formar una ampolla. A otro lado, se puede realizar otra, con suero, para utilizarla de control.

APLICACION DE LA ANESTESIA GENERAL. — Los casos más frecuentes, que obligan a elegir la anestesia general son:

a) Personas muy sensibles al dolor, o bien que hayan sido tratadas en otra ocasión mediante anestesia local y les haya motivado muchos dolores.

b) Pacientes con declarada sensibilidad, a las sustancias anestésicas locales.

c) En niños menores de 2 años.

d) En niños extraordinariamente nerviosos.

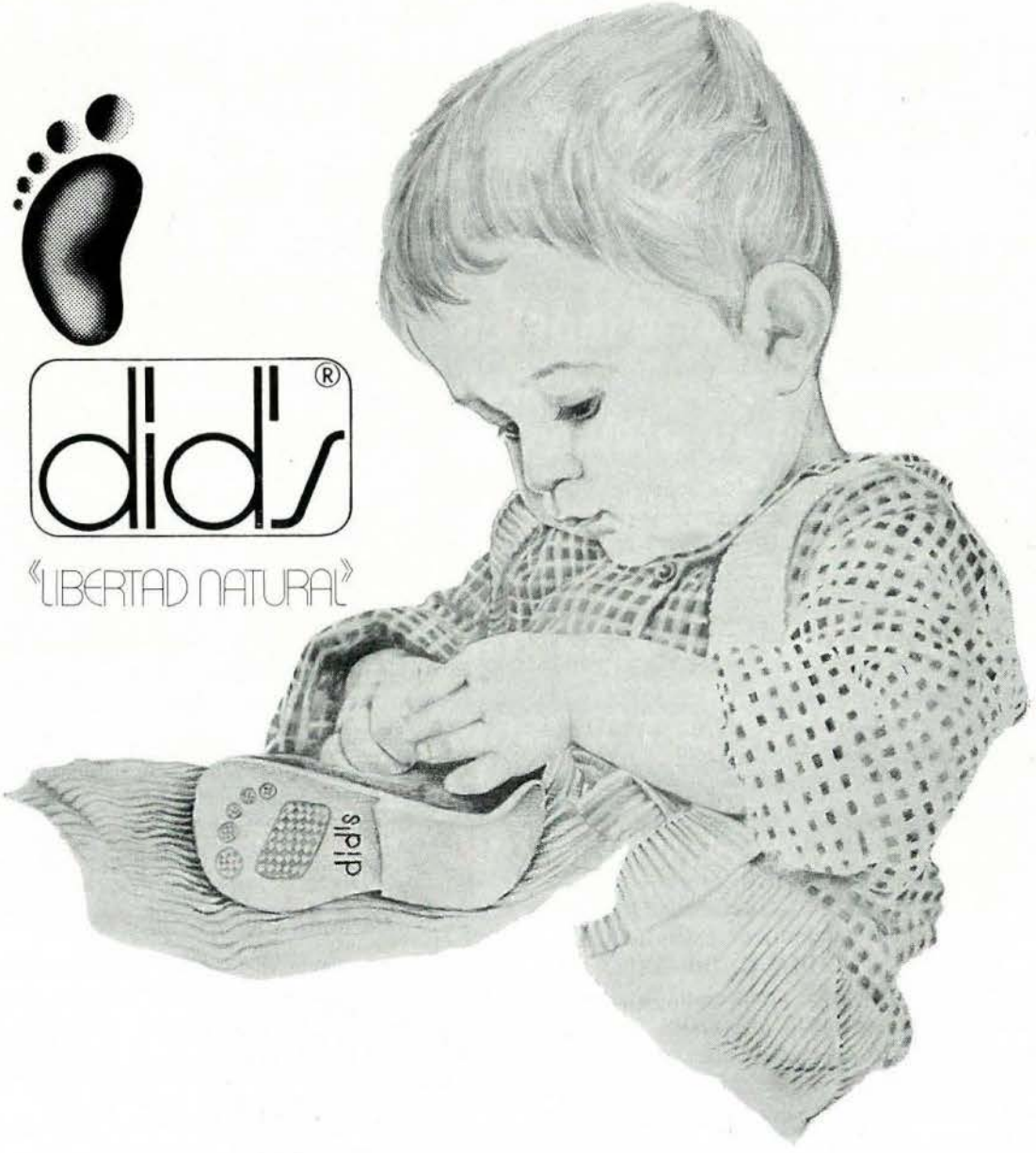
e) Cuando los procesos a intervenir, sean bilaterales o bien extensos, requiriendo por ello cantidades peligrosas de anestésicos locales.

f) En personas mayores que presenten problemas diabéticos, cardíacos o mal estado general, que precise la ayuda del médico anestesista.

TIPOS DE ANESTESIA LOCAL

TOPICA	
POR INFILTRACION	Hipodérmica
	Infiltración regional
	Troncular
	Bloqueo nervioso

EL NUEVO CALZADO INFANTIL



did's®

«LIBERTAD NATURAL»

BARIO/VICENTE

ZAPATOS INFANTILES PARA EL NATURAL
CRECIMIENTO DEL PIE

OFICINA CENTRAL: Av. Blondel, 40-42. Tel. 973 - 23 80 65. LERIDA

DISTRIBUIDORES OFICIALES

ALICANTE

Cdos. Carla. — Limones, 1 - Benidorm.
Francisco González Marca. — Mayor, 15 - Callosa del Segura.
Cdos. Mari Pili. — San Emigidio, 16 - Guardamar.
Pérez Pruñonosa. — Plaza Balmer, 2 - Elche.
Cdos. Isa. — Plaza General Verdú, 3 - Monóvar.

ALMERIA

Cdos. Jockey. — Reyes Católicos, 6 - Almería.

AVILA

Cdos. Beltrán. — Duque de Alba, 4 - Avila.
Cdos. Mimos. — Avda. Portugal, 18 - Avila.

BADAJOZ

Alberto Martínez Ordóñez. — Virgen de la Soledad, núm. 28 - Badajoz.
Cdos. Gara. — Pasaje de San Juan, A-3 - Badajoz.

BALEARES

Boutique Vert. — José M.ª Cuadrado, 26 - Ciudadela.
Petra Riera. — Plaza Convento, 10 - Manacor.

BARCELONA

Amada Fontaner. — Roger de Flor, 277 - Barcelona-25.
Arturo Taltabull. — Avda. Meridiana, 424 - Barcelona.
Cdos. Gubern. — Mar, 54 - Badalona.
Cdos. Ander's. — Muntaner, 248. Mayor de Gracia, 54. Ctra. de Sans, 129 - Barcelona.
Cdos. Gipsy. — Blay, 45 - Barcelona.
Cdos. Kadir. — San Gervasio, 59 - Barcelona.
Cdos. Nicol. — Muntaner, 476 - Barcelona.
El As del Calzado. — Mallorca, 541 - Barcelona.
Cdos. Nieto. — Cerdeña, 520 - Barcelona-24.
Cdos. Clock. — Bertrán, 3 - Barcelona.
Cdos. Marpi. — Cruz Cubierta, 64 - Barcelona.
Martí Miró. — Travesera de Gracia, 270 - Barcelona.
Cdos. Arcor. — Trav. de las Corts, 375 - Barcelona.
Cdos. Royalti. — Avda. Puerta del Angel, 16 - Barcelona.
Cdos. Petits. — Mariano Cubí, 76-78 - Barcelona.
Cdos. Sabaters Majó. — Rbla. Bisbe Pol, 47-49 - Arenys de Mar.
Cdos. Canal. — Anselmo Clavé, 46 - Granollers.
Cdos. Estruch. — Custiol, 9 - Igualada.
Cdos. Alsina. — Román y Fabra, 17 - Masnou.
Cdos. Torra. — Borne, 9 - Manresa.
Cdos. La Innovación. — Rbl. J. Antonio, 10 - Mataró.
Cdos. Puma. — Barcelona, 5 - Mollet del Vallés.
Cdos. Font. — Av. Caudillo, 2 - Olesa de Montserrat.
Cdos. Torra. — Mayor de San Pedro, 58 - Tarrasa.
Cdos. Progress. — Gutemberg, 34 - Tarrasa.
Cdos. Munné. — La Pobla, 41 - San Vicente dels Horts.
Cdos. Serrallonga. — Pza. Paraíso, 5 - Vich.
Cdos. Giralt. — C/. Parellada, 24. Vilafranca del Penedès.

BURGOS

Cdos. Zagalín. — Moneda, 19 - Burgos.
Cdos. Bambi. — Miranda, 2 - Burgos.

CACERES

Farmacia Droguería Castell. — Pl. Gral. Mola, 18 - Cáceres.

CADIZ

Cdos. Payasos. — Alcázar de Toledo, 7 - Cádiz.
Cdos. Bambino. — Cardenal Herrero, 12 - Jerez de la Frontera.

CASTELLON

Cdos. Infants. — San Lucas, 23 - Alzamora.
Cdos. Flipper. — O'Donnell, 12 - Castellón.
Cdos. Tabú. — Magallanes, 35 - Grao.
Cdos. Peques. — Sangre, 6 - Villarreal de los Infantes.
Ortopedia Orto-Vall. — José Antonio, 44 - Vall d'Uxó.

CIUDAD REAL

Cdos. Bambi. — Doctor Bonardell, 4 - Alcázar de San Juan.

GERONA

Cdos. Peacock. — Pl. de España, 4 - Gerona.
Palmira Trilla. — Portella, 7 - Figueras.

GUIPUZCOA

Cdos. Chavaluco. — Avda. Carlos I, 2 - San Sebastián.
Ramón Bouzas Guede. — María Angela, 19 - Eibar.
Cdos. Osoro. — San Francisco, 32 - Elgoibar.
Cdos. Zabala. — Erdikokale, 18 - Mondragón.
Isabel Lister. — Fermín Calvetón, 5 - Irún.

HUESCA

Cdos. El Capricho. — Mayor, 17 - Fraga.

LA CORUÑA

Cdos. Rapaciños. — Médico Rodríguez, 13 - La Coruña.
Aquilino García Hernández. — Real, 84 - El Ferrol del Caudillo.
Zapatería Richard. — Calderería, 16 - Santiago de Compostela.

LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

Cdos. Machín. — Trinidad, 92 -Pas Palmas de Gran Canaria.

LERIDA

Cdos. Badías. — Carmen, 31 - Tárrega.
Cdos. la Sitgetana. — Mayor, 70 - Lérida.

LUGO

Cdos. Chiqui. — San Froilán, 16 - Lugo.
Cdos. Pinky. — Plaza Sto. Domingo, 1 - Lugo.

MADRID

Joaquín de Pablos. — Hortaleza, 2 - Madrid.
Marcelino Muñoz. — Cataluña, 50 - Getafe.
José Gómez Uriarte. — Porto Cristo, 3 - Porto Lisboa.

MALAGA

Cdos. El Angel. — Carretería, 37 - Málaga.

MURCIA
Juan Pallarés Soler. — Gran Vía José Antonio, 19 - Murcia.

NAVARRA
Cdos. Chicos. — Avda. Bayona, 36 - Pamplona.
Cdos. Prese. — José Mina, 18 - Burlada.

OVIEDO
Cdos. Rodríguez. — Plaza Generalísimo, 2 - Gijón.

PALENCIA
Cdos. Gus. — Rizarzuela, 19 - Palencia.
Julia Prieto Fernández. — Mayor, 3 - Palencia.

PALMA DE MALLORCA
Cdos. Argentina. — Quint, 5 - Palma de Mallorca.
Cdos. Jovent. — Alcudia, 5 - Pollensa.
Eugenio Pérez. — Jerónimo Estades, 17 - Sóller.

PONTEVEDRA
Cdos. Teyca. — Velázquez Moreno, 39 - Vigo.

SALAMANCA
Cdos. Blanca Nieves. — Concejo, 9 - Salamanca.
Cdos. Pocholo. — Vázquez Coronado, 1 - Salamanca.

SANTA CRUZ DE TENERIFE
Cdos. Críos. — Viera y Clavijo, 22 - Santa Cruz de Tenerife.
Galería Wehbe. — Herradores, 44 - La Laguna.

SANTANDER
La Cigüeña de París. — San Francisco, 16 - Santander.
S. A. Lainz. — Avda. Parayas, 7 - Santander.
Jaime Bibalaygua. — Los Escalantes, 3 - Santander.
José Luis Sotorrío. — Isabel II, 1 - Santander.
Cdos. Chavalín. — Mártires, s/n. - Torrelavega.
Covadonga Infantil. — Francisco Díaz, 1 - Torrelavega.

TARRAGONA
Cdos. Nin's. — Mayor, 32 - Amposta.
Cdos. La Sitgetana. — Hnos. Landa, 18 - Tarragona.
Cdos. «Vandy'Ux». — Sevilla, 3 - Tarragona.
Cdos. Teia. — Carmen, 1- Cambrils.
Cdos. Roncero. — Jaime Ramón, 4 - Vendrell.

TERUEL
Cdos. Gómez. — Padre Tomás Lozano, 3 - Teruel.
Ortopedia Murciano. — Avda. División Azul, 57 - Teruel.

VALENCIA
Martínez Colomer, S. A. — Espartero, 6 y 8 - Valencia.
Cdos. Gallach. — Calderón de la Barca, 14 - Alcira.
Cdos. Lolín. — Felipe Valls, 45 - Benimamet.
Ortopedia Ibáñez. — Colón, 99 - Burjasot.
Cdos. Belinda. — Avda. José Antonio, 26 - Játiva.
Boutique Infants. — Ejército Español, 9 - Torrente.

VIZCAYA
Mari Fernández. — Careaga Goicoa, 13 - Basauri.
Fco. Fernández Bolado. — Juan de Garay, 17 - Baracaldo.

ZAMORA
Cdos. Deysi. — Ramos Carrión, 7 - Zamora.
Menfis Medical. — Avda. Portugal, 10 - Zamora.

ZARAGOZA
Cdos. Chavales. — Pasaje Palafox, 14 - Zaragoza.
Centro de Distribución Comercial Montolío, S. A. — Granada, 11 - Zaragoza.

SERRA-FARGAS, S. A.

BARCELONA-1 — Plaza Castilla, 3
Tel. 301 83 00

DENTALITE, S. A.

MADRID-8 — San Bernardo, 74
Tel. 232 02 88

«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.

ANESTESIA LOCAL TOPICA

Consiste en la pulverización o aplicación de la sustancia anestésica, sobre la superficie del cuerpo.

La sustancia más empleada en podología, para conseguir la anestesia de una zona es el Cloruro de Etilo. Su eficacia es debida a la acción del frío que presenta los tejidos pulverizados, y no por la acción de la sustancia química. Se encuentra en el mercado en forma de ampollas y en algunos países en spray. No se puede incidir los tejidos, en los cuales hayamos aplicado el cloruro de etilo, hasta que no consigamos la congelación de los mismos, manifestándose por encontrarse completamente blanca la superficie de la piel. Sus efectos son muy rápidos y superficiales (a no ser que se utilice como anestésico general.

Las sustancias anestésicas tradicionales, son muy eficaces en la mucosa aplicándola tópicamente, pero son ineficaces en contacto con la piel.

ANESTESIA LOCAL HIPODERMICA

Consiste en introducir la sustancia anestésica, en el espesor de la piel, mediante un pinchazo, hasta que logremos una isquemia o pápula blanca. Fig. 1.

Técnica: Una vez elegida la zona, según el caso, extenderemos la piel y con una aguja fina y corta aplicaremos el pinchazo, e iremos introduciendo lentamente el anestésico, hasta lograr la pápula blanca. Posteriormente y si el caso lo requiere, podemos aplicar otro u otros pinchazos, pero éstos ya serán en zona anestesiada, atendiéndose a la dirección deseada.

La anestesia hipodérmica, tiene la particularidad, de que sólo duele el primer pinchazo, que sus efectos son inmediatos y que su aplicación sólo está indicada en los casos en cuyas zonas donde vamos a incidir, no lleguen a la profundidad del plano muscular. Hay que tener en cuenta, que el tejido adiposo, no es sensitivo, sí en cambio la aponeurosis muscular y muy poco el músculo.

Está indicada la anestesia hipodérmica, en casos de desbridamiento, quiste, lipomas etc.

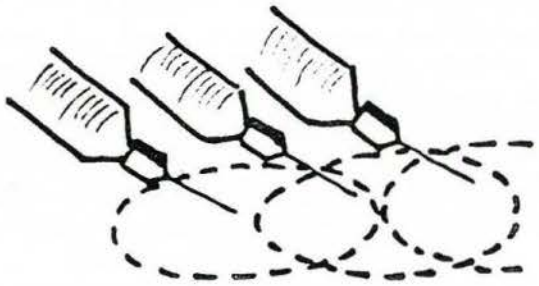


Figura 1

ANESTESIA LOCAL POR INFILTRACION REGIONAL

Consiste en introducir la sustancia anestésica, hasta el tejido subcutáneo, por medio de una punción. Fig. 2.

Técnica: Según el caso y previa elección de la zona a tratar, aplicaremos un pinchazo, con una aguja fina y corta (30/6). Procuraremos clavar la aguja mediante un golpe seco. Iremos introduciendo lentamente el anestésico y desplazando la aguja, en diferentes sentidos si fuera necesario, pues así lo requiere cuando la zona a tratar es muy amplia. También es aconsejable, en el caso de zonas extensas, cambiar posteriormente la aguja, por otra más larga.

La anestesia por infiltración regional, se emplea cuando se quieren abarcar planos más profundos y también para evitar la desfiguración de la imagen neoformativa, al infiltrar la sustancia anestésica.

La anestesia por infiltración regional, está indicada en la extirpación de verrugas, ganglione, etc.

Figura 2

ANESTESIA LOCAL POR INFILTRACION TRONCULAR

Al igual que la anterior, pero con la variedad de que la punción debe realizarse por las zonas donde pasan los troncos nerviosos. Fig. 3.

Técnica: Como en podología utilizamos la anestesia troncular, preferentemente en el primer dedo; aplicamos el primer pinchazo sir-

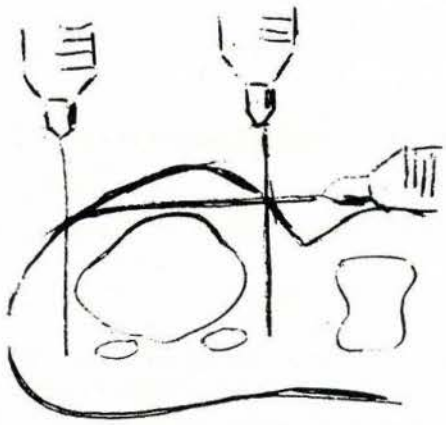


Figura 3

viéndonos de una aguja fina y larga, en la base del dedo, en el surco interdigital, dado que la piel es más fina y por consiguiente más fácil la infiltración. Se va inyectando el anestésico, hasta que apreciamos el relieve en la cara plantar, motivado por la infiltración. Vamos retirando lentamente la aguja, a medida que depositamos la sustancia anestésica. Sin extraer la aguja de la piel, se hace una pápula anestésica, girando la misma en dirección al dorso del dedo, formando un ángulo de 90°, administrando líquido lentamente hasta formar otra pápula en el borde interno. Se extrae la aguja para realizar otra punción en la zona anestesiada, infiltrando nuevamente como anteriormente lo hemos hecho.

No es aconsejable administrar el líquido muy superficialmente ya que es más doloroso y los efectos anestésicos distales, son poco eficaces.

En el caso, que tan sólo se tenga que anestesiar uno de los colaterales del dedo, bastará un solo pinchazo, realizando un ángulo de infiltración de unos 80°, o sea dos lados del triángulo anestésico.

Tendremos en cuenta la misma tónica, si se trata de cualquier otro dedo.

Cuando nos interesa, anestesiar todos los dedos, efectuaremos primeramente anestesia por infiltración regional en todo el dorso del pie y posteriormente, dedo por dedo, la troncular. Fig. 4.

Está indicada la anestesia troncular, siempre que debamos intervenir en los dedos por problemas ungueales, o bien en caso de exóstesis, panadizos, etc.

ANESTESIA LOCAL POR BLOQUEO NERVIOSO

Es la interrupción en el trayecto de un nervio, de los impulsos que normalmente pasarían a través de este punto.

En el pie a nivel del tobillo, penetran los siguientes nervios:

CARA ANTERIOR

Plano superficial: Ramas del músculo cutáneo (interno, externo).

Safeno interno.

Plano profundo: Tibial anterior.

Postero-externa: Safeno externo.

CARA POSTERIOR

Postero-interna: Tibial posterior.

BLOQUEO NERVIOSO DEL TIBIAL ANTERIOR:

1.° Se colocará la pierna extendida y bien apoyada por la parte de la pantorrilla; saliendo el talón del extremo de la mesa.

2.° Con un lápiz de color, se señalará un círculo, a nivel del tobillo a 1 cm. aproximadamente del maleolo interno.

Figura 4

3.° Se practicará una pápula anestésica hipodérmica, sobre un punto del círculo trazado. Este punto selectivo será la parte media localizada entre el tendón del músculo tibial anterior y del tendón del músculo extensor propio del primer dedo.

4.° Introduciremos una aguja de unos 3 cm. de longitud, en el punto de la pápula, orientada perpendicularmente a la pierna e inclinada ligeramente en sentido del hueso peroné, hasta entrar en contacto con la tibia.

5.° Retirar ligeramente la aguja e inyectar de 3 a 5 cc. de anestesia previa aspiración.

6.° Retirar parcialmente la aguja e introducirla de nuevo, para dirigiéndola hacia fuera entre el músculo extensor largo del primer dedo y el extensor común de los dedos, hasta entrar en contacto con la tibia.

7.° Retírese un poco la aguja e inyéctese de 3 a 5 cc. de solución anestésica. En este momento se habrá bloqueado el NERVIO CUTANEO en sus dos ramas.

8.° Por medio de una aguja de 3 cm. de largo, se infiltra el tejido celular subcutáneo, de la cara anterior del tobillo, a lo largo de la línea trazada. La cara anterior del tobillo, comprenderá desde la cara interna del maleolo interno, hasta la cara interna del maleolo externo. Con este trazado longitudinal, se bloqueará el nervio safeno interno. Fig. 5.

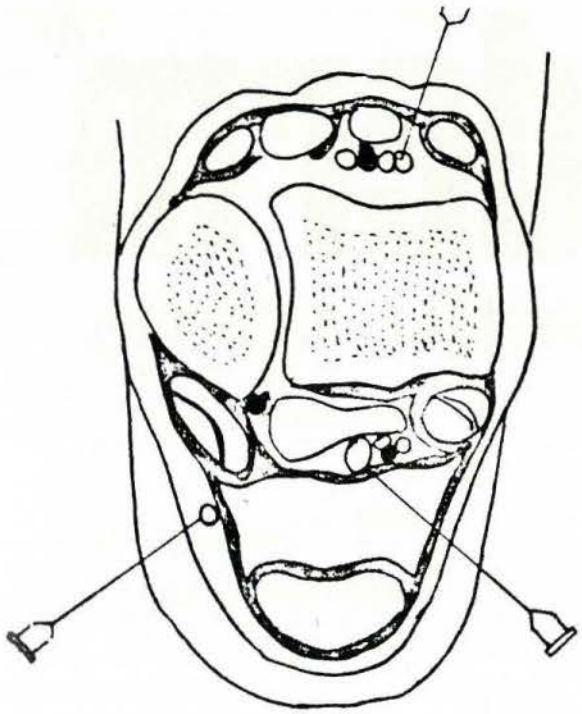


Figura 5

BLOQUEO NERVIOSO DEL TIBIAL POSTERIOR:

1.° Colocaremos al paciente en la posición de decúbito prono.

2.° Marcaremos con el lápiz, el borde interno del tendón de Aquiles, a nivel del circuito trazado anteriormente.

3.° En el punto elegido practicaremos una pápula hipodérmica, con el anestésico.

4.° Por medio de una aguja de 5 cm. de largo, introducida en el punto de la página y orientada en sentido perpendicular, hasta llegar a la tibia.

5.° Retirar ligeramente la aguja e inyectar de 4 a 5 cc. de sustancia anestésica. Fig. 6.

Figura 6

BLOQUEO NERVIOSO DEL SAFENO EXTERNO:

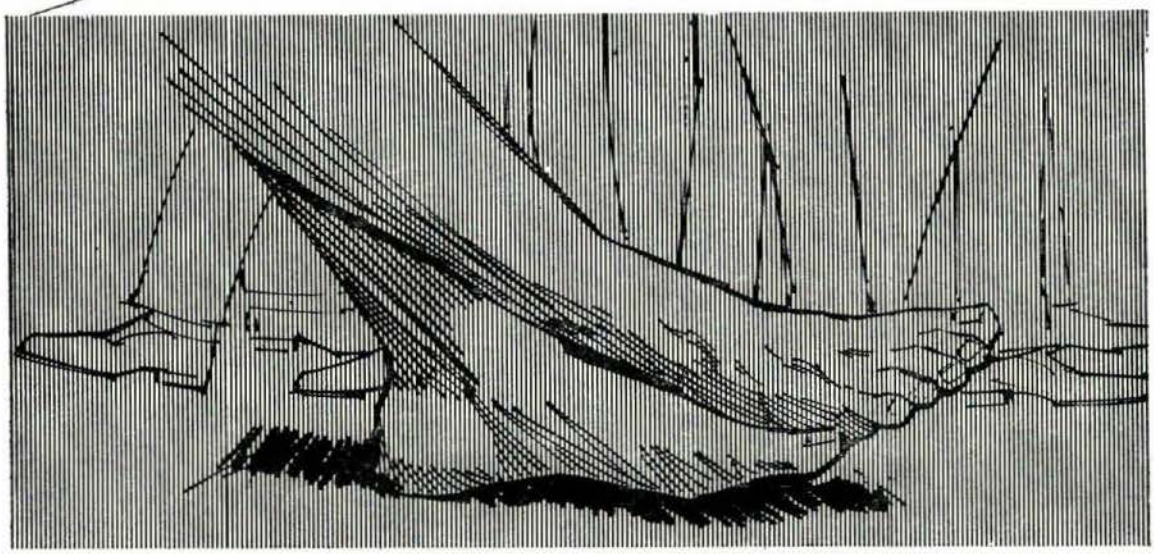
1.° La colocación del paciente, debe ser, la misma que en el caso anterior.

2.° Se marca igualmente, con un lápiz colorante, pero, en este caso el borde externo del tendón de Aquiles, a nivel del círculo trazado anteriormente.

3.° Con una aguja de 2 a 3 cm. de largo, introducida en dirección al peroné, se inyectará de 3 a 4 cc. de sustancia anestésica.

La anestesia local, por bloqueo nervioso, está indicada en traumatología, en cirugía de guerra, cuando hay falta de anestesiólogos; o en personas, que está contraindicada la anestesia general. Fig. 7.

¡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

MADAUS CERAFARM, S.A.

Pujol, 22 - Tel. 211 91 12 - Barcelona-6. Cristóbal Bordiu, 35 - Tel. 254 64 44 - Madrid-3. Perez Galdós, 95 - Tel. 326 33 76 Valencia-8.

Figura 7

INFILTRACIONES ANESTESICAS REGIONALES MAS FRECUENTES EN EL PIE, CON FINES ANALGESICOS Y NO QUIRURGICOS. — Podemos realizar infiltraciones anestésicas, en todos aquellos procesos dolorosos en que queramos calmar dicho dolor; pero normalmente, son en las talalgias y en las metatarsalgias donde con mayor frecuencia las empleamos

Las talargias, suelen ser preferentemente por fascitis plantares, con presencia o no de espolón calcáneo y motivadas por alteraciones postulares del paciente, generalmente en valgo y en personas obesas que permanecen muchas horas de pie. Dichos trastornos acarrean una tensión de la fascia plantar, condicionando dolor en su inserción antero e interna del calcáneo.

La técnica de las infiltraciones en las talalgias, consiste en inyectar un analgésico local (Novocaína o Scandicain) generalmente mezclado con un corticoesteroide, en la proporción de 25 mg. de éste con 5 o 6 cm. de anestésico al 1 %.

El pinchazo debe realizarse abordando la parte interna o externa del talón, hasta canalizarlo al punto doloroso o bien puede realizarse discretamente en la zona de mayor sensibilidad a través de la cara inferior del talón.

Esta infiltración debe realizarse una vez cada semana y con un plazo de sesiones no más de tres, pues ya suelen ser suficientes este número para mejorar el proceso.

Las metatarsalgias rebeldes, que no cedan fácilmente al tratamiento ortopodológico, se pueden acompañar con infiltraciones locales.

La técnica en las metatarsalgias consiste en abordar el pinchazo por el dorso del pie, hasta la zona hiperálgica. Resulta más dolorosa la técnica de realizarlo por su cara plantar, ya que esta piel es más dura.

Suele administrarse la misma cantidad que en las talalgias, pero normalmente es preferible realizar dos pinchazos, uno a cada lado de la cabeza metatarsal afecta.

También es aconsejable las infiltraciones en los esguinces y distensiones ligamentosas. Para ello se inyecta, sobre la zona dolorosa en amplia extensión, cesando instantáneamente el dolor. Siendo un gran colaborador de la inmovilización.

En ocasiones, transcurridos los efectos anestésicos, retorna el dolor, que en ocasiones es más intenso y que se deberá calmar con una terapéutica analgésica general.

BIBLIOGRAFIA

ANESTESIOLOGIA. V.J. Collins. — Anestesia local y complicaciones, 1968.

PODOLOGIA. F. Weinstein. — Nott D. Jr. Total anestesia of the foot 1962.

Adriani J. Nerve Blocks 1954.

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.
132,– ptas.

INFAR NATTERMANN

Apartado 400 – Zaragoza
Infanta Carlota, 84-88
Barcelona-15

Reflexiones

Por SERGIO BONAMUSA. Podólogo. Barcelona

Si partimos del hecho que el hombre nace como todos los animales de este planeta, con los pies desnudos, sin nada que los cubra, es de lógica pensar que la madre naturaleza ya nos da desde ese preciso instante, unas vías de desarrollo, de endurecimiento, unas tendencias, que hacen que nuestra economía, y en el caso que nos interesa, que los pies, al llegar al estado adulto, estén plenamente evolucionados para desempeñar su papel.

Partiendo de esa premisa, mi preocupación estriba en que nos empeñamos en ponernos unos artefactos en los pies, que en lugar de servirles a ellos, sirven a los ojos que los contemplan. Pero este problema se acentúa al referirnos a los niños cuando estos inician la deambulación autónoma.

Es de antiguo conocida la controversia que entre la bota y el zapato, se viene desempeñando entre la clase médica y paramédica. Creo que a partir de aquí, deberíamos unificar nuestros criterios, partiendo de una lógica científica.

Tanto al mayoría de las mamás, como de médicos, recomiendan botas para los niños cuando empiezan a andar, sin pensar en el posible perjuicio que su utilización constante y prolongada puede representar (atrofias musculares, disminución de movimientos articulares, tan importantes como el de la tibio-peroneo-astragalina). Si además le sumamos el efecto del tacón de Thomas, que indefectiblemente llevan todas las botitas (desde las de bebés, hasta los calzados de niños de alrededor de 5 años) nos enfrentamos a preguntas tales como:

— Todos los niños tienen fuertes deformaciones en los pies cuando comienzan a andar?

— Todos los niños recién nacidos tienen pies valgos?

De no ser ciertas las preguntas anteriores, yo personalmente, como podólogo de reciente hornada pregunto:

— No sería más provechoso utilizar en los niños pequeños zapatos? Reservando como es lógico las botas para determinadas alteraciones que por su peculiar forma de ser así lo exijan.

— En cuanto al tacón de Thomas, como tampoco todos los niños tienen pies con el componente de valgo, por qué no se elimina de los zapatos hasta que el podólogo lo indique con sus dimensiones y medidas correspondientes.

LABOR DE LAS DELEGACIONES

MADRID

El pasado día 16 de junio, se celebró en esta Delegación Provincial una reunión, a la que asisieron un buen número ed Compañeros.

Abrió la misma, DON ENRIQUE GONZALEZ GOMEZ, Subdirector de la Escuela de Podología de esta Capital, siendo presentado por el Delegado Provincial, DON MARIANO RODRIGUEZ ESTEBAN. El Subdirector de la Escuela de Podología, hizo una exhaustiva exposición de todos los problemas actuales de nuestra Especialidad, así como, de los procedimientos que se están llevando a cabo para tratar de solucionarlos, sus palabras, fueron seguidas con creciente interés por todos y, al finalizar su disertación, le fueron formuladas innumerables e interesantes preguntas por los compañeros presentes, las cuales, contestó ampliamente con la proverbial objetividad que le caracteriza, siendo calurosamente aplaudido.

Seguidamente, el Delegado Provincial dio varios carnets a nuevos Agrupados, continuando con unas palabras de invitación para todos, a colaborar en lo sucesivo en la Delegación con MESAS REDONDAS, CONFERENCIAS, etc., para así, contribuir a una mejor formación, formación dijo, que nos va a ser cada vez más necesaria para desenvolvernos en la Podología.

Acto seguido, hizo entrega de un Diploma de Conferenciante de Honor, a cada uno de los Compañeros que desde la apertura de la Sede Social de la Delegación, han colaborado con ponencias sobre temas Podológicos, el acto fue muy emotivo, ocasionando fuertes y prolongados aplausos.

Finalmente, D. CONRADO GIMENEZ GIL, conocido y prestigioso Podólogo, disertó sobre el tema, TRATAMIENTO DE DISTINTOS PROBLEMAS PODOLOGICOS POR MEDIO DE LAS ORTOSIS, EN ZONA METATARSAL Y DEDOS.

Con una gran claridad explicó sus experiencias, hizo un extenso estudio anatomo-fisiológico del arco trasverso y dedos, así como de la mecánica de ambos, tanto en estática como en la marcha. Francamente ilustrativas las diapositivas que proyectó de los distintos enfermos por él tratados, en las que se ponía de manifiesto, las diferentes clases de ORTOSIS según las deformaciones, convenciendo de la importancia que el tema tiene en nuestro campo profesional, por haber obtenido francas mejorías y, a veces, curaciones, sobre todo en los dedos, en casos muy antiguos y acentuados, sin olvidar anomalías completamente rebeldes que de todo hay dijo, si bien, es de tener en cuenta que estas técnicas, pueden ser aplicadas, eligiendo bien al enfermo, con tan buenos o mejores resultados que otros procedimientos o prótesis.

Fue escuchado con interés y expectación, contestando a las muchas preguntas que se le hicieron, siendo largamente aplaudido.

BARCELONA

Inaugurando el ciclo de conferencias habitual en esta Delegación el día 27/9 el compañero Bernadó ofreció a la asistencia un seminario sobre orthosis de polietileno, en su "estreno" como colaborador del ciclo. Fue el compañero Naves, el 2 de noviembre, también de estreno en el ciclo, quien deleitó a los concurrentes con la confección de onicoprótesis.

El día 28/11 no pudimos contar con la presencia del Dr. Royo, por imperativos de su profesión de especialista neurólogo, así como el trabajo del amigo Luis Mata, de Burgos, que sólo nos llegó a tiempo (culpa de Correos) la mitad de un caso de Koerler II bilateral. En su lugar, el Sr. Evaristo nos presentó varios casos vividos en su consulta, siempre en la línea que nos tiene acostumbrados.

El día 24 de noviembre celebramos la cena homenaje a los compañeros Alvarez, Gavín, Farreras y Sala Pich, a los cuales se entregó un diploma en conmemoración del acto y a las se-

ñoras un obsequio, haciendo de esta forma extensivo a ellas el homenaje, por entender que ellas con su labor de estímulo y ayuda, contribuyen grandemente al éxito del profesional.

En el ciclo de conferencias de la Tercera Edad, Bernadó, con el alumno J. Antonio Miravalles asistieron al Centro Social del Poble Sec, en la calle Rosal.

Se ha recibido en esta Redacción una simpática carta de la compañera García Torralba, con el ruego de que sea publicada en nuestra Revista, cosa a la que accedemos gustosamente dado que ha sido la primera vez que no hemos contado con la presencia de tan querida colega en un acto de fraternidad, cual ha sido el homenaje a los compañeros Gavín, Alvarez y Farreras:

"Apreciados compañeros Alvarez, Gavín y Farreras: Sentí muchísimo el no poder estar con vosotros el día de vuestro homenaje, que bien merecido teneis los tres, cada cual en su peculiar forma: Farreras con su interés, juventud y simpatía; Gavín con sus problemas monetarios siempre acuestas; Alvarez con su veterano bien hacer y todos con vuestro prestigio profesional de tantos años, señorío y caballerosidad para todos los compañeros. Supongo que, no en ese día, pero después, en algún momento habreis pensado: ¡Qué desagradecida, yo bien asistí al suyo! No, amigos, Torralba, como muchos me llamais, no se olvidó; y mentalmente esa noche en una cama de Traumatología, inmóvil por una fractura de vértebras, estuve con vosotros. Hoy, en casa, pero casi inmóvil por el yeso, hago el esfuerzo de mandaros a los tres mi más cordial y cariñoso homenaje."

Raimunda.

NOTA DE LA REDACCION

Pedimos disculpas al Sr. Delegado y compañeros Podólogos de Huelva por la omisión, en algunos núms. de la Revista, de la mención de esta Delegación, omisión que en el núm. anterior fue además corroborada por un fallo de impresión al ponerla junto con las Delegaciones de Zona.

NOTA DE ADMINISTRACION

Esta Administración de Revista Española de Podología no puede hacerse responsable de las devoluciones de Revistas motivadas por cambios de domicilio no comunicados al Administrador, Sr. Gavín, por lo que rogamos a los que se hallen en tales circunstancias dirijan carta anunciándolo a la mayor brevedad posible.

GRACIAS

Madrid, Octubre 1978

Terminó el Congreso sin haber visto a mi amigo "Pepito Grillo", lo cual me causó estrañeza. Pero al llegar a mi domicilio y abrir el buzón de la correspondencia, me encontré con la agradable sorpresa de hallar una carta suya.

Una vez enterado de su contenido y por estar convencido que ofrece unas consideraciones a tener en cuenta en un futuro no muy lejano, decidí transcribirla.

"Amigo: seguramente esperabas verme en vuestro Congreso para dialogar, pero a veces es conveniente recapacitar para evitar erróneas conclusiones.

En estas líneas, que leerás, te hago partícipe de mis impresiones personales, a las preguntas que tú, me habías formulado.

Mi impresión del Congreso.

Estuvo en una línea muy estimable. Las diferentes ponencias revelaron, en sus autores, unas inquietudes dignas de elogio.

No obstante, en cada Congreso, se patentiza, en mi opinión, un retraimiento en tratar temas de Quiropodia.

Me hubieras dicho, que de este Tema, ya se ha escrito mucho, y yo te hubiera contestado, que queda aún mucho por escribir.

Pregunto:

No llegará el día en que los árboles no os dejarán ver el bosque?

Después de analizarlo detenidamente, he decidido comunicarte, dos sugerencias para saber si tu opinión coincide con la mía.

SUGERENCIA 1.ª:

Te has preguntado alguna vez, de qué se habla en algunas de las pequeñas tertulias que se forman, antes y después de cada conferencia.

Yo, sí. Indagué y quedé asombrado al enterarme.

Figúrate que se comentan, ideas, técnicas de trabajo, dudas, éxitos y también fracasos. Todo ello de forma informal, pero interesante.

Por timidez o por diversas causas, siempre derivadas de un cierto complejo al que "PENSARAN", no se atreven a exponerlas, diríamos oficialmente. En cambio, en reducidos grupos se pierde el "COMPLEJO".

Pués bien, considero que sería interesante programar, en próximos Congresos, unas mesas redondas de trabajo, sin tema previo, con 20 ó 25 participantes por grupo y un moderador, que serían los encargados de transmitir a la asamblea, los temas tratados y las conclusiones a que hubieran llegado.

SUGERENCIA 2.ª:

Un tema que siempre me ha interesado, es la fotografía en la profesión, en sus diversas facetas.

Estoy convencido que muchos Podólogos, en sus clíncias, tienen una cámara fotográfica y la emplean con más o menos asiduidad en diversas intervenciones en anomalías o simplemente en curiosidades, que se presentan en sus consultas. De esta forma confeccionan un archivo de indudable valor científico.

Si en próximos Congresos se dedicara una sesión a pasar diapositivas u otra forma de fotos, limitando a 10 ó 12 como máximo, por ponente y con un escueto comentario de las mismas, el resultado sería sorprendente y de gran interés para todos.

Incluso, creo que fomentaría el deseo de poseer un archivo, de estas características, a muchos de tus compañeros".

...y así terminaba la carta.

Sólo quiero añadir, que comparto plenamente sus opiniones y de llevarse a la práctica, estas sugerencias, posiblemente, sus resultados serían beneficiosos para todos nosotros. C.T.

HUMOR

Por Rafael

El dibujante también desea a todos
FELICES FIESTAS

MAFRE
Instruments

ORTOPEDIA-MATERIAL CLINICO

FRESCO®

PRODUCTOS PARA PODOLOGIA

C. NAPOLES 148, bajos — TEL. 225 61 85 — 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

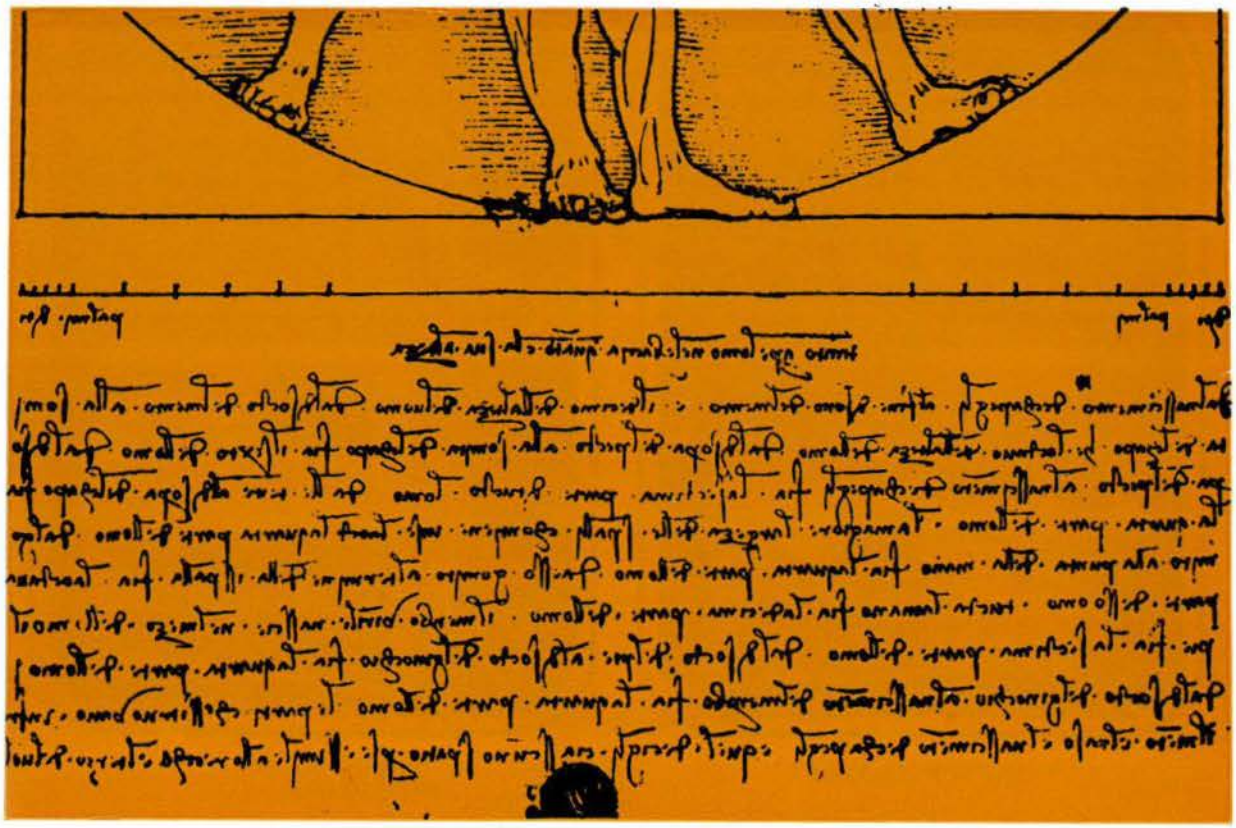
VIOLETA DE GENCIANA
ACIDO NITRICO
PERCLORURO FERRICO

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
PLANCHAS DE PLEXIDUR «O»
PLANCHAS DE PLEXIDUR «T»

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

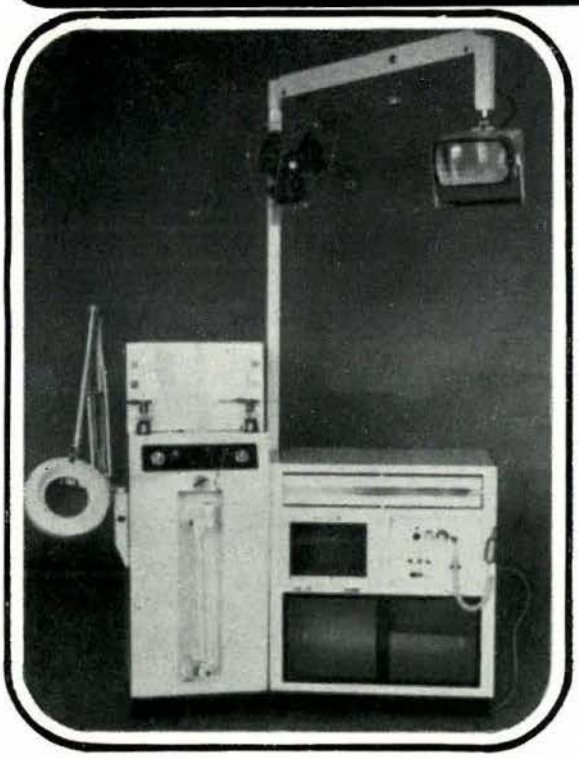


REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

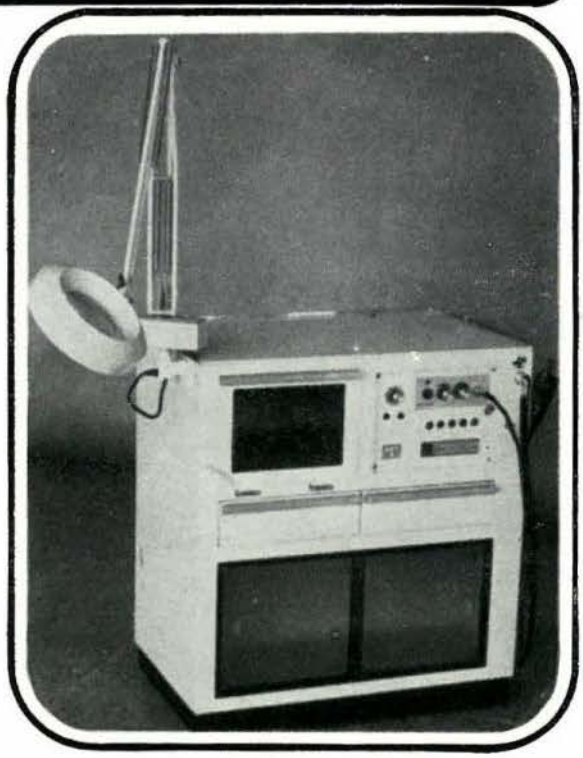
A.P.E. Enero-Febrero

n.° 67 1979

LE OFRECE NUEVOS EQUIPOS PARA SU CONSULTORIO



"SUPER NOVO"



"MINI S 78"

"MICROMOBIL"

Consul

Talleres CONSUL

PALLARS, 65-71 TELEFONO 3002269 BARCELONA-18

REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

ORGANO DE LA AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

A. P. E.

Redacción:
Diputación, 118, 2.°, pral., 2.ª, Barcelona-15

Director:
Leonardo Escachs Clariana

Sub-director:
Pablo Vilató Ruiz

Redactor jefe:
Martín Rueda Sánchez
Avda. Caudillo, 68, bajos, 2.ª
Santa Coloma de Gramanet. Barcelona

Administrador:
Manuel Gavin Barceló
Rda. Guinardó, 23, 1.°, 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

3 Junta de Gobierno

5 Editorial

9 XII CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA

11 9.° Congreso Internacional en Londres

13 Nuevo tratamiento de los papilomas plantares

17 Técnica operatoria de rodetes ungueales por medio de galvanotecnia negativa

27 Recuperación muscular del triceps sural

33 Febrero 1979

35 Labor de las Delegaciones

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 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

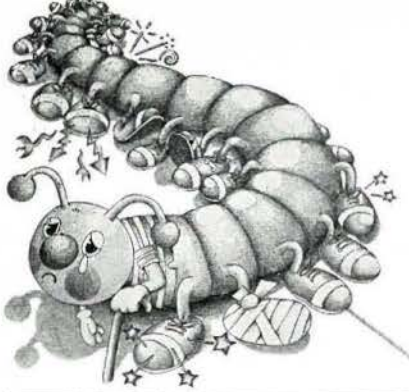
Presidente Nacional	D. LEONARDO ESCACHS CLARIANA	Barcelona
Vice-Presidente 1.°	D. ZACARIAS GARCIA ANDRES	Madrid
Vice-Presidente 2.°	D. ISAIAS DEL MORAL CEJALVO	Valencia
Secretario General	D. JOSE A. CALVO GARCIA	Zaragoza
Vice-Secretario	D. FRANCISCO FARRERAS MORCILLO	Barcelona
Tesorero	D. MANUEL GAVIN BARCELO	Barcelona
Contador	D. LUIS AYCART VIJUESCA	Madrid
Vocal	D. JOSE OLCINA MORALES	Alicante
Vocal	D. JUAN VIDAN TORRES	Santiago de Compostela
Vocal	D. LUIS INCHAURRONDO	Irún
Vocal	D. JOSE M.ª BAEZ BASAURI	Bilbao
Vocal	D. FCO. MORAN VENTURA	Las Palmas G. Canaria

DELEGADO DE ZONA

D. Juan Vidán Torres. Preguntoiro, 10. SANTIAGO DE COMPOSTELA.
D. Isaías del Moral Roberto. 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.°. MALAGA.
D. Juan José Araolaza. Fermín Calbetón, 4. EIBAR.
D. José Sánchez Luna. Avda. Cataluña, 24. ZARAGOZA.
D. Evaristo Rodríguez Valverde. Córcega, 505. BARCELONA.

DELEGADOS PROVINCIALES

ALAVA: **D. Julio Crespo.**
ALBACETE: **D. Luis Juan Navarro.**
ALICANTE: **D. José Ochoa Morales.**
ALMERIA: **D. Esteban de Haro.**
ASTURIAS: **D. José Luis Alonso Alvarez.**
BADAJOZ: **D. José Villafaina de la Cruz.**
BARCELONA: **D. Evaristo Rodríguez Valverde.**
BILBAO: **D. Pedro M.ª Galardí.**
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.**
HUESCA: **Delegado de Zaragoza.**
HUELVA: **D. Jesús Tocino.**
JAEN: **Víctor Nieto Molina.**
LA CORUÑA: **D. Francisco de la Cruz.**
LAS PALMAS: **D. Francisco Morán Ventura.**
LEON: **D. Luis Pascua San Miguel.**
LERIDA: **D. Alfredo Puchol.**
LOGROÑO: **D. Vicente Alvarez.**
LUGO: Sin Delegado Provincial.
MALAGA: **D. José Godoy.**
MADRID: **D. Mariano Rodríguez Esteban.**
MELILLA: **D. Fernando Bosch Palós.**
MURCIA: Sin Delegado Provincial.
ORENSE: **D. Elisardo Bralo Rego.**
PALENCIA: **D. Damián Porro Villarroel.**
PALMA DE MALLORCA: **D. Juan B. Brines.**
PAMPLONA: **D. Javier Gallo.**
SALAMANCA: **D. Antonio Basas Encinas.**
SANTANDER: Su Delegado Provincial.
SAN SEBASTIAN: **Sebastián Tenés Iturriza.**
STA. CRUZ DE TENERIFE: **D. Armenio Méndez.**
SEGOVIA: **D. Francisco García Rodríguez.**
SEVILLA: **José Cañero Ramos.**
SORIA: Sin Delegado Provincial.
TARRAGONA: **D. Miguel Manzano Hernández.**
VALENCIA: **D. Angel Sanchiz Cortina.**
VALLADOLID: **D. Alfonso Domínguez Milán.**
ZAMORA: **D. Juan J. Miguel Barrios.**
ZARAGOZA: **D. José A. Calvo García.**



cuando aprieta el dolor..

Algesal®
espuma

espuma antirreumática, analgésica, antiinflamatori

COMPOSICION: Laurilsulfato de nopoxa mina, 10 mg.; Salicilato de dietilamina, 10 mg.; Excipiente c.s.p. 1 gr. de emulsión.

INDICACIONES: Terapia percutánea d dolor local, dolores reumáticos, articulare y musculares, torceduras, tortícolis, lumba go y otros de parecida naturaleza.

POSOLOGIA Y MODO DE EMPLEO Aplíquese varias veces al día una cantida suficiente de espuma según la extensión d la zona dolorosa, practicando una suave fri ción hasta su completa absorción.

EFECTOS SECUNDARIOS: Hasta el mo mento no se han observado.

CONTRAINDICACIONES: No se aplic rá sobre heridas abiertas ni mucosas.

PRESENTACION Y P.V.P.: Envase co 30 gr. de emulsión, 257,90 Ptas.

KALIFARMA, S.A.
Apartado 12.068 - BARCELONA - Tel. 239 29 07
Madrid, Tel. 276 92 76 - Sevilla, Tel. 21 39 22
Valencia, Tel. 334 63 06 - Bilbao, Tel. 441 66 54

EDITORIAL

Internacionalmente hablando, el año ha empezado bien para los podólogos de las naciones pertenecientes a la Federación Internacional de Podología, ya que durante los días 27 y 28 de enero ha tenido lugar en París la primera reunión del año de Le Boureau representativo de dicho organismo internacional, desplazándose a tal objeto a la ciudad del Sena los Podólogos españoles Sres. L. Escachs y M. Rueda.

Se inició la reunión, bajo la presencia de todas las naciones miembro, con la discusión de los distintos puntos del proceso verbal de la anterior Junta mantenida el pasado año en Zurich, para entrar acto seguido en el debate de los principales problemas que la FIP como Organo representativo tiene de inmediato, entre ellos, el traslado de su Sede a España, Sede que hasta ahora había permanecido en la capital francesa. A tal objeto, el Sr. Escachs había sido encargado en la última reunión para gestionar los requisitos necesarios previos a la inscripción de un Organismo internacional en España, siendo para ello imprescindible que el Presidente, en el momento de efectuar la inscripción, sea español.

Expuesto a la Asamblea se procedió a la votación de los representantes de las naciones presentes, siendo aceptada por unanimidad dicha propuesta, y consecuentemente encargando en la persona de nuestro Presidente la gestión de los distintos pasos a efectuar para la ubicación de la FIP en España. Tomó la palabra el Sr. Escachs exponiendo a los presentes el trabajo que para él significa el ostentar dicho cargo, habida cuenta de los momentos en que nuestra profesión atraviesa actualmente, que le llevarán gran parte de su tiempo. No obstante, añadió, aceptaría ya que es un requisito vital para la podología europea, añadiendo asimismo, que ya hace más de 10 años que se fundó la FIP y que hasta ahora no hemos visto un fruto, motivo por el cual, la condición que ponía es la de dar un giro total a los objetivos que debe cubrir la FIP de inmediato, siendo entre ellos el más urgente y necesario la aglutinación de todos los profesionales europeos que en su labor cotidiana tienen relación con el pie, agrupándolos en diversas secciones dependientes de su altura académica, las cuales tendrían cada una un representante que pasaría a formar parte de la Junta de Gobierno, que además estaría lógicamente compuesta de Presidente, Vicepresidente, Secretario General y Tesorero. Esta es, prosiguió, la única manera de formar todos juntos, no revueltos, un bloque fuerte con una libertad de acción de sus diversas secciones, dentro del marco trazado por la Junta de Gobierno representativa, que permita a la vez la emancipación de todos los profesionales de la Podología mediante cursos bien programados y dirigidos, cuyo objetivo sería el facultar a todos y cada uno de los asociados para el desarrollo de una Podología cada día más científica en bien del ciudadano europeo.

Podólogos:

Calzados Blasi les ofrece su establecimiento especializado en zapatos para señora y niño que precisen plantillas ortopédicas.
Siempre a su disposición con las mejores marcas.

MANITOS ORTHO

PIEDRO

Taberner

Blasi

Calzados Blasi
Mariano Cubí, 2 Tel. 218 54 95
Barcelona-6

Tras esta exposición, se pasó nuevamente a la votación, siendo aceptado unánimemente, y fijando ya la fecha para la próxima reunión, que se llevará a cabo en la ciudad de Barcelona los días 2 y 3 de junio, por deseo de las naciones asistentes.

Así se dio por terminada la reunión, de cuyo desarrollo podemos estar contentos todos los españoles, al comprobar el peso que tenemos en europa, como vanguardistas de la podología. Esperamos que puedan verse cumplidos los deseos de todos, y que de esta nueva FIP salgan unas directrices firmes, que marquen el camino a seguir y no ocurra como hasta ahora, que se han llevado unas políticas de partido que de poco nos han servido a los que pensamos en una Podología grande, única, donde tengamos todos cabida en una atmósfera cordial y de superación.

SMITH NEPHEW IBERICA, S. A.
INFANTA CARLOTA, 61
Teléfono 250 79 25 - BARCELONA-15

SN-77001

Solicite por escrito La Edición Especial "TECNICAS GYPSONA"

Airstrip® Tensoplast	APOSITO PROTECTOR DE HERIDAS EN LOS PIES IMPERMEABLE-TRANSPIRABLE-AUTOADHESIVO ALMOHADILLADO- Medidas: 6 cm. x 9 cm.
Crepe S.N.®	VENDA ELASTICA SIN HILOS DE GOMA 100% algodón - Color crudo Medidas: 5 cms. x 4 m. /7 x 4 /10 x 4 / 10 x 10
Gypsona®	VENDA DE YESO UNICA, CON GASA DE TEXTURA ENTRELAZADA Medidas: 5 / 10 /15 y 20 cms. x 2,70 m.
Melolin®	APOSITO ABSORBENTE Y NO ADHERENTE A LAS HERIDAS - ESTERIL Medidas: 5 cm. x 5 cm. / 10 x 10 / 10 x 20.
NYLEX® Tubinylex	VENDA DE PAPEL CREPADO VENDAJE TUBULAR EXTENSIBLE — PARA APLICAR ANTES DEL ENYESADO
Op-Site®	VENDAJE DE HERIDAS - Medida: 14 cm. x 10 cm. HERIDAS - CIRUGIA MENOR - QUEMADURAS AUTOADHESIVO-IMPERMEABLE- TRANSPIRABLE TRANSPARENTE - ELASTICO
Retelast®	MALLA ELASTICA IDEAL PARA SUJETAR APOSITOS EN LOS DEDOS Y PLANTA DEL PIE n.° 0 - 1.
Stuca®	VENDA DE YESO PARA MOLDES Medidas: 5 / 10 / 15 y 20 cms. x 3 m.
Tensocrepe®	VENDA ELASTICA, NO ADHESIVA - POROSA, Color carne Medidas: 5 / 7,5 y 10 cms. x 4,5 m.
Tensoplast® venda elástica	VENDA ELASTICA, ADHESIVA - POROSA, Medidas: 5/7,5 y 10 cms. x 2,70 m.
Tensoplast® tiras	TEJIDO ELASTICO ADHESIVO-PARA PROTECCION DE HERIDAS Y ROZADURAS Tira 1 mt. - Tira 5 mt.

AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

XII Congreso Nacional de Podología

VALLADOLID, del 17 al 20 de Mayo de 1979

Organizado por la AGRUPACION NACIONAL DE PODOLOGIA, se celebrará en nuestra ciudad los días 17, 18, 19 y 20 de mayo próximo, con la colaboración del MINISTERIO DE CULTURA.

La sede del Congreso será el recinto de la Feria Nacional de Muestras, que dispone de Salones de Convenciones, Restaurante, Sala de Fiestas, Canódromo, Bingo, etc.

Título: *"FINES DE LA PODOLOGIA EN LA SOCIEDAD"*.

AVANCE DEL PROGRAMA:

Día 17, Jueves
- 18 horas: Recepción y recogida de documentaciones.
  Visita de la exposición y museo.
- 20 horas: Inauguración oficial del Congreso.
- 20,30 " Vino de honor en la sede del Congreso.

Día 18, Viernes
- CONGRESISTAS: De 9,30 a 13,30 y de 16, a 20 horas, sesiones de trabajo.
- ACOMPAÑANTES: Viaje turístico.
- 21,30 horas: Cena de hermandad en la sede del Congreso, con atracciones y baile.

Día 19, Sábado
- CONGRESISTAS: De 9,30 a 13,30 y de 16, a 20 horas, sesiones de trabajo.
- ACOMPAÑANTES: Visita a la Ciudad y al Museo Nacional de Escultura.
- 21 horas: Cena medieval en el maravilloso marco del Castillo de Fuensaldaña, amenizada por grupos folklóricos castellanos.

Día 20, Domingo
- Conclusiones, asamblea y clausura, con entrega de Placa de asistencia.

Los días 18 y 19, serán íntegros de trabajo, dedicados a conferencias y mesa redonda.

Los trabajos, tanto conferencias, como aportaciones al museo, podeis enviarlos a esta Secretaría.

Las reservas de alojamiento se efectuarán a través de la Agencia de Viajes YAGO, S. A., con domicilio en Atrio de Santiago, 2, teléfonos: 22 96 78 - 22 96 79 - 22 02 43.

Las inscripciones al Congreso se efectuarán de forma única, mediante Giro Postal, a la Cuenta Corriente 2370747 de la CAJA POSTAL de Valladolid a nombre de *XII Congreso Nacional de Podología.*

Tanto las reservas de habitaciones, como de inscripciones, se efectuarán como mínimo con un mes de antelación.

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.

CALZADO FISIOLOGICO INFANTIL CLASICO

UN ESTILO QUE PERMANECE

Todo el calzado Taberner, se confecciona con inmejorables materias nobles.

40 fases del proceso de fabricación artesanal, garantizan su calidad.

CARACTERISTICAS ANATOMICAS:

HORMAS PARA INCORPORAR PLANTILLAS:

- base planta con ancho normal.
- base planta mas ancha.
- recta.

NORMALIZADAS:

- recta con capacidad normal.
- normal para pies sanos.

Contrafuerte resistente que asegura la adecuada sujeción pie-calzado.

Enfranque resistente.

Oscar 1975 y 1976 al mejor diseño de zapatos, anatómico infantil, patrocinado por la Comisión Española pro Suela de Cuero.

Taberner®

GREGORIO TABERNER, S.L.
Weyler, 53
Tel. - (971) 66.01.56
LLUCMAJOR (Mallorca).

9.° Congreso Internacional de Podología

Londres, del 14 al 17 de Septiembre de 1979

Estimado colega:

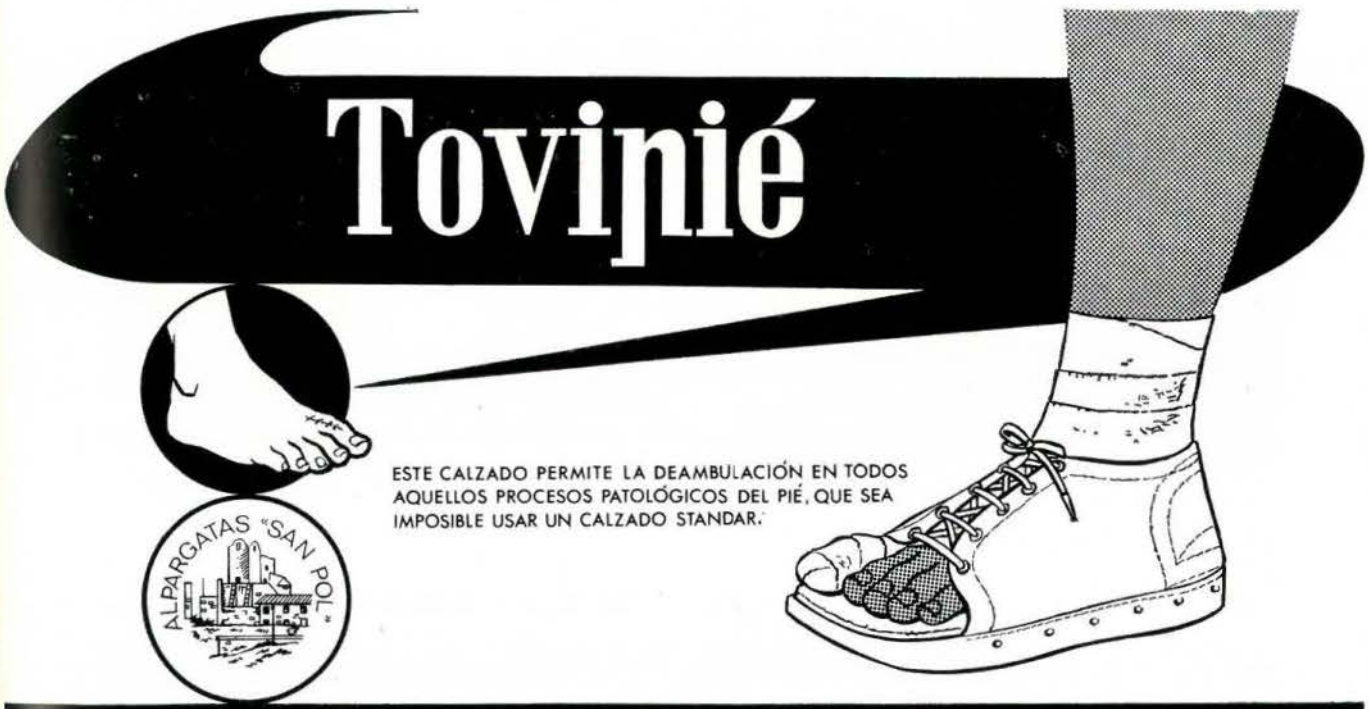
Como posiblemente ya tendrás noticia, se celebrará en la ciudad de Londres, en el próximo mes de septiembre, el 9.° CONGRESO INTERNACIONAL DE PODOLOGIA, organizado por la Federación Internacional, magno acontecimiento que, como en ocasiones anteriores, reunirá a especialistas de todo el mundo y donde se presentarán los últimos adelantos.

Por el interés científiico que despierta el Congreso, las fechas propicias y el maravilloso marco de la ciudad de Londres, estamos convencidos de que en esta ocasión España participará con una nutrida Delegación.

Con el fin de que podamos todos beneficiarnos de las ventajas que ofrecen los desplazamientos colectivos, en avión, sugerimos que para inscripciones y una mayor información sobre el tema, os dirijáis a la Agencia Oficial para España, Cía. HISPANOAMERICANA DE TURISMO, Departamento de Congresos. P.° de Gracia, 11. Teléfono 301 65 00. Barcelona-7. - Edificio España. Teléfono 248 60 05. Madrid-13., nombrada al efecto por el Comité Organizador del Congreso, y a través de la cual se puede abonar el importe de las cuotas de inscripción en pesetas.

Esperando poder contar con tu estimable presencia entre la Delegación Española, recibe un cordial saludo.

REF. 92: SUELA DE GOMA ● PISO DE MADERA CON PLANTILLA ACOLCHADA



FABRICADO POR TOMAS VIDAL - SANT POL DE MAR (BARCELONA)

TELEF. 760 05 64

NO LO MANTENGA EN DIFICIL EQUILIBRIO
Mendivil
LE AYUDARA,
A DARLE LA CONFIANZA Y
SEGURIDAD QUE NECESITA.
Orto-Mendivil s.l.
CALZADO CORRECTOR Y
PARA PLANTILLAS ESPECIALES....
El Aguaor, José Menor Hernández, s/n - Apartado 191 - Teléfono 80 13 77 - VILLENA

Ponencia presentada al XI Congreso Nacional de Podología

Madrid - 1978

Nuevo tratamiento de los papilomas plantares

Conferenciante: JULIO CRESPO. Podólogo (Alava)

En primer lugar quiero agradecer al compañero EVARISTO RODRIGUEZ VALVERDE, la ayuda que me ha prestado para realizar este trabajo pues fue él quien me proporcionó la literatura sobre este preparado y me animó a que plasmara mis experiencias personales sobre este nuevo tratamiento; el cual consiste en la curación de papilomas mediante la inyección intralesional con Bleomicina.

Bleomicina es el nombre genérico de un grupo de antibióticos, citotóxicos, glucopeptídicos, con azufre, que derivan del Streptomyces Verticillus. Aunque en forma de sulfatos resultan muy solubles en agua, se absorben mal por vía oral, por lo que deben ser administrados por vía intravenosa, intramuscular o subcutánea.

La Bleomicina se inactiva con rapidez en todos los órganos excepto en los pulmones y en la piel.

Es única entre los fármacos antineoplásicos por su falta aparente de actividad inmunopresora.

La utilización de la Bleomicina para las verrugas en general se inició en el Japón. El Dr. K. FUJITA, presentó el 19 de junio de 1970 en Tokio en la que exponía su "Tratamiento de la verrucosis con inyección local de Bleomicina" en forma de solución al 1% en suero fisiológico. Trató a 50 pacientes y notó que durante la segunda semana después de la terapia, las verrugas comenzaron a secarse y a desprenderse de modo expontáneo, con una tasa del 100% de curaciones sin recidivas

El Dr. BYRON HYDE de Otawa, trató en 1973 con Bleomicina al 0,1% a un total de 60 pacientes con 149 verrugas en diversas zonas del cuerpo, incluyendo 44 plantares. Las 149 lesiones respondieron a una o dos inyecciones intralesionales. 129 sólo requirieron una inyección, es decir 20 de ellas necesitaron dos pinchazos.

No se apreciaron efectos colaterales y no se observaron recidivas al cabo de varios meses de vigilancia.

TECNICA

El papiloma y la piel se limpian con alcohol de 90° y a continuación inyectamos con aguja y jeringa de insulina desechables, en sentido lateral y oblicuo con relación al papiloma, procurando que la inyección sea intralesional. (No necesariamente la jeringa ha de ser de insulina, pero si la aguja debe de ser muy fina con el fin de que el pinchazo sea indoloro.)

En el momento de ser realizada la infiltración, se produce una sensación de quemazón, que dura un corto lapso de tiempo, por lo que yo me sirvo de un ayudante, que sujete el pie del paciente, sobre todo si éste es un niño, con el fin de que no retire (el pie) al sentir la sensación antedicha y nos veamos obligados a repetir la inyección. No obstante este no es un gran inconveniente ya que el tiempo de infiltrado es muy corto y la cantidad empleada mínima. Además, es posible que el pequeño dolor se pudiera calmar calentando la jeringa con la mano, una vez hayamos extraído la dosis que precisemos.

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
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 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

pharma consult/sa

Hemos podido comprobar; así mismo, que una mayoría de los pacientes sufren molestias, no excesivamente intensas, durante los dos o tres días posteriores a la infiltración.

Según las precauciones impuestas por la Compañía Farmacéutica, no se deben practicar inyecciones en la matriz ungueal o proximales a ésta (aunque nosotros no hayamos tenido ningún caso en esta localización). Sin embargo en caso de papilomas eponiquiales es recomendable no inyectar más de 0,1 mg. para no alterar el trofismo ungueal.

RESULTADOS DE NUESTRA EXPERIENCIA PERSONAL

Desde el mes de mayo hasta finales de septiembre del presente año, he atendido en mi consulta a un total de 58 personas afectas de 129 papilomas y 3 mosaicos. 5 de estas personas habían sido tratadas con técnicas quirúrgicas y 10 lo habían sido con caústicos físicos químicos, habiendo fallado estos procedimientos.

De los 58 pacientes tratados podemos decir que la curación ha sido total en los primeros 45 casos, estando los trece últimos en los veinte días de observación que transcurren desde que son inyectados hasta que se les da el alta.

En estas 45 personas quedó una piel normal, sin signos de atrofia o cicatrices ni alteraciones pigmentarias.

Sólo en uno de los casos quedó una induración perilesional en la cara plantar del 2.° dedo del pie izquierdo, que se resolvió sola a los pocos días.

En dos casos fue preciso inyectar por dos veces, ya que a los 18 días aproximadamente de la primera infiltración y al ir a enuclear los papilomas, éstos seguían sangrando. El alta se produjo a los treinta y cuarenta días del primer pinchazo. Este seudo-fracaso lo achacamos a nuestra inexperiencia (eran de los primeros) y a la falta de paciencia, ya que normalmente el alta y curación total se producen a las tres semanas aproximadamente o incluso algo más.

En un principio empezamos a emplear el producto, mezclándolo con un anestésico al 1% sin adrenalina, pero observamos que el dolor era prácticamente el mismo y la reacción local intensa.

Los estudios de los canadienses hablan de que nunca sobrepasan la dosis de 1 mg. sin embargo hemos comprobado que se puede aumentar esta dosis sin ningún riesgo. Solamente cuando el paciente recibe más de 150 mg. de dosis total, aparecen en la mayoría de los casos reacciones cutáneas y si recibe una dosis superior a 300 mg. aparecen en un 10% reacciones pulmonares.

Por tanto y teniendo en cuenta que 1 cc. tiene una actividad de 1,5 mg. podemos en caso necesario aumentar la dosificación, como en el caso de los papilomas en mosaico, sin ningún riesgo. Como ejemplo nosotros lo hicimos así:

A 11 personas se les inyectó 1 cc. es decir 1,5 mg. de actividad.

A 26 personas se les inyectó 0,5 cc. es decir 0,75 mg. de actividad.

A 20 personas se les inyectó 0,2 cc. es decir 0,30 mg. de actividad.

A 1 persona se le inyectó 2 cc. es decir 3 mg. de actividad.

En algún caso hemos observado, cuando existe mosaico, cómo inyectando en la masa, desaparece en su totalidad.

Se prepara la disolución, que viene en un frasco y una ampolla de disolvente de 10 cc. y lo mantenemos refrigerado por encima del punto de congelación hasta el momento de extraerlo para su inyección inmediata. A propósito de este punto, el Sr. representante del laboratorio me comunicó que la acción del producto dura solamente 48 horas después de hecha la solución. Mas nosotros hemos comprobado que esto no es exacto, ya que manteniendo la medicación refrigerada, puede conservarse al menos 15 días. No obstante, es evidente que la curación es más rápida y esplendente si se utiliza inmediatamente o en las primeras horas de haber hecho la disolución y no por ello los resultados son distintos.

Para paliar el problema de conservación yo recomendaría citar a estos pacientes en el mismo día, una vez tengamos un número determinado de ellos.

En caso de fracaso pueden emplearse otras técnicas sin perjuicio de que el tratamiento previo suponga complicación alguna.

Por todo lo dicho este tratamiento resulta sencillo y seguro, teniendo el convencimiento de que su práctica dará grandes satisfacciones a los podólogos.

Fitex-E Onico-Fitex

Tratamiento local específico de las dermatomicosis y micosis de uña respectivamente.

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.
224,— 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.
118,— ptas.

INFAR NATTERMANN

Apartado 400 - Zaragoza Infanta Carlota, 84-88 Barcelona-15

Técnica operatoria de rodetes ungueales por medio de galvanoterapia negativa

Por L. Aycart
Podólogo
MADRID

El ayudante limpia el pie con una solución antiséptica de Hibitane al 5 %. Después con una torunda de algodón impregnada en merthiolate procede a su completa desinfección.

A continuación se procede a la anestesia del dedo a intervenir, se emplea Scandicain al 2 % sin adrenalina, efectuando las infiltraciones en forma de anillo en la base del mismo.

Seguidamente volvemos a desinfectar con merthiolate los puntos de inyección de la solución anestésica, y procederemos a cubrir el campo con paños estériles, o paño fenestrado de forma que deje expuesto el dedo y cubierto el resto del pie hasta el tobillo.

Según los autores, Robertson, Crawford y Lefler, no es conveniente pinchar o pellizcar el dedo para comprobar la sensación de anestesia, porque con frecuencia ello aumenta la ansiedad del paciente de por si ansioso; retrasando el proceso de analgesia.

Cautelosamente con un estilete abotonado tratar de introducirlo bajo el eponiquio, en el ángulo formado por la base y el borde lateral de la uña, deslizándolo hacia la línea media de la

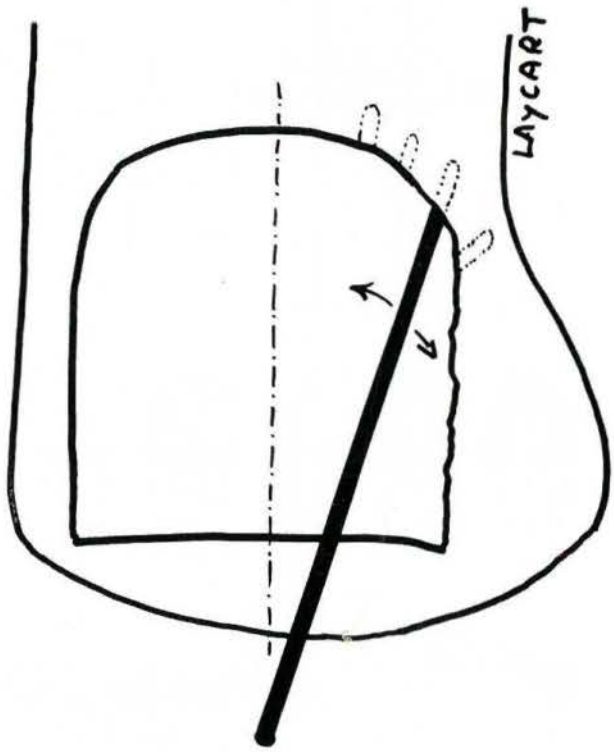
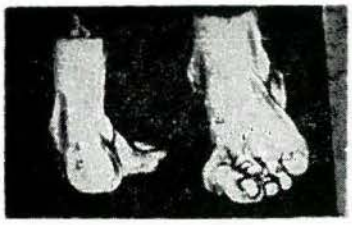


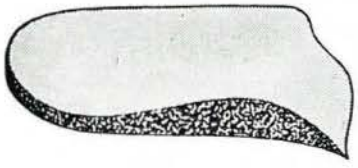
Figura 1

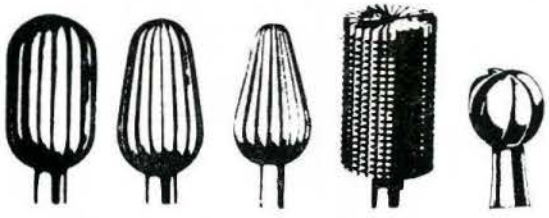
LUGA

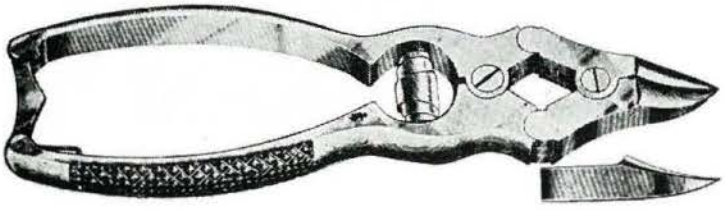
CLARA DEL REY, 47. MADRID-2. TELEF. 416 84 45

LA CASA DEL PODOLOGO









SILICONAS

Silone, Sta-Seal, Impresil, Caf 3, Silafem, etc.

PLANTILLAS

Plexidur, moldeadas y sin moldear, duroaluminio, corcho y latex, cuero, corcho vulcanizado, de detorsión para valgo, etc.

MATERIAS PRIMAS

Tubifoam, fieltros, latex, plexidur, degaplast, goma, salpa, espuma H. B., Cuñas, Bóvedas, Arcos, en corcho y goma, etc.

ORTOPEDIA

Férulas Denis Browne, botitas férulas, Hallux Valgus nocturnos, separadores, etc.

INSTRUMENTAL

Mangos y hojas de bisturís, tijeras, alicates, gubias, etc. Nacionales e importados.

ACCESORIOS PODOLOGICOS

Equipos, sillones, tornos, fresas, esterilizadores, soportes de frascos y fresas, podómetros, podoscópios, electro bisturíes, mecheros eléctricos, goniómetros, etc.

Estamos añadiendo nuevos articulos constantemente a nuestro catálogo.

Solicite cualquier informacion adicional que considere necesaria.

Atenderle será para nosotros motivo de satisfacción.

LUGA

LA CASA DEL PODOLOGO

uña, lo que se requiera para separar unos 5 milímetros; si esto produce algún dolor, se espera algunos minutos más. (Fig. 1).

La operación debe llevarse a cabo sin ningún dolor; si fuera necesario, aplicar más anestesia.

Cuando el epoquinio está separado de la placa ungueal, recorrer con el estilete abotonado la hipergranulación, e inspeccionar el surco ungueal para determinar si la uña está retorcida y entonces decidir la anchura de uña que vamos a eliminar.

Con un cortauñas de hojas finas y rectas; el que disponga de uno con una sola hoja de corte, introducir la parte plana por debajo de la placa ungueal en toda su longitud, asegurándose que el corte sea paralelo a la línea media ungueal y a una distancia apropiada del borde. (Fig. 2).

Cuando se usa este procedimiento de galvanoterapia negativa es ideal cortar la uña de la anchura de los electrodos 2 ó 3 mm. (dependiendo del aparato, el podólogo norteamericano, no mencionó este detalle porque los electrodos son de forma cilíndrica).

Siempre habrá que dejar una anchura razonable y estéticamente aceptable de uña, y tener

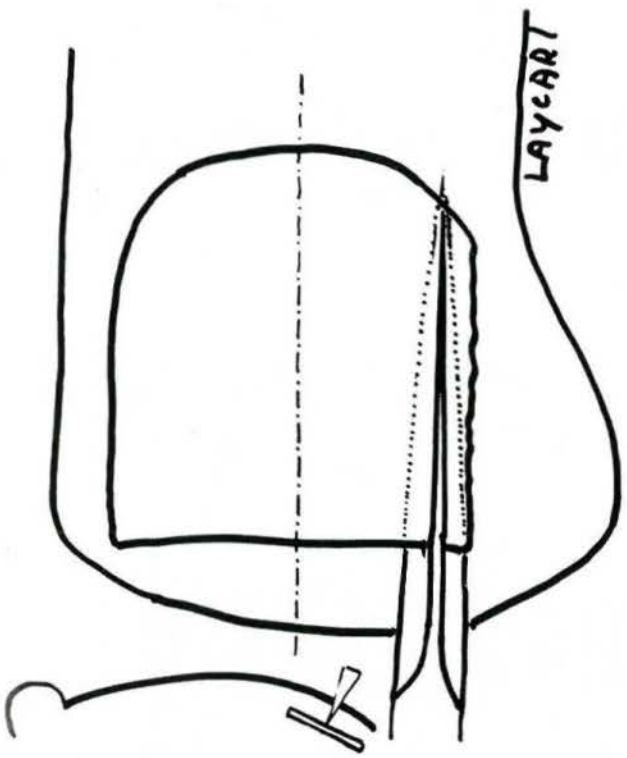


Figura 2

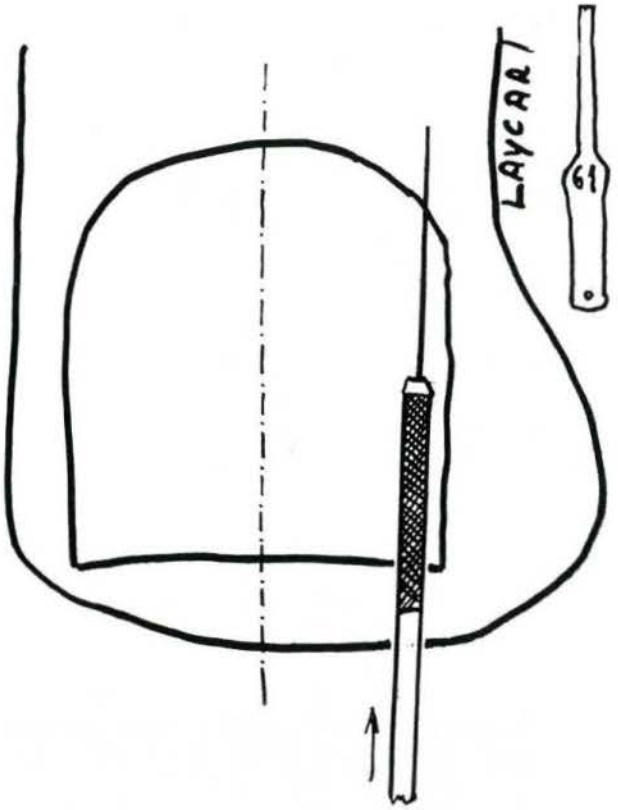


Figura 3

en cuenta cuando se van a tratar dos surcos del mismo dedo simultáneamente.

El corte longitudinal efectuado antes con ayuda del cortauñas se deberá continuar con una hoja Chisel del 61 u 81 (especie de formón de corte anterior de 2 mm. de ancho). (Fig. 3).

El operador debe estar atento al momento en que acaba de cortar la uña, cosa que se nota en un cambio súbito de resistencia al corte. Debe asegurarse de que la cuchilla no se ha elevado sobre su nivel de corte, ya que se obtendrá la misma sensación de falta de resistencia, sin que la uña quede cortada en toda su longitud, ya que pasará por debajo del eponiquio y por encima de la superficie dorsal de la uña. Este último corte, es el que requiere más habilidad, pues debe asegurarse la mano para que un súbito deslizamiento por encima de la uña hacia la parte proximal, no produzca ninguna laceración en los tejidos vecinos.

Con unas pinzas Kocher sin diente de puntas largas y finas, se introducen una de las hojas bajo la porción lateral de la uña para quitarla. Si está situada al lado derecho del operador se arrolla la porción pinzada hacia el lado iz-

tome medidas para sus pies con

Peusek®

desudorante y desodorante

un baño mantiene su eficacia 3 meses

dos productos
para dos problemas que son dos soluciones

ARCANDOL SPRAY

para pies ardientes,
cansados, doloridos.

su aplicación alivia de inmediato

Productos Peusek

Avda. Infanta Carlota, 19-21 * Telf. (93) 239 83 34 * Barcelona-29

consulte a su podólogo, venta en farmacias

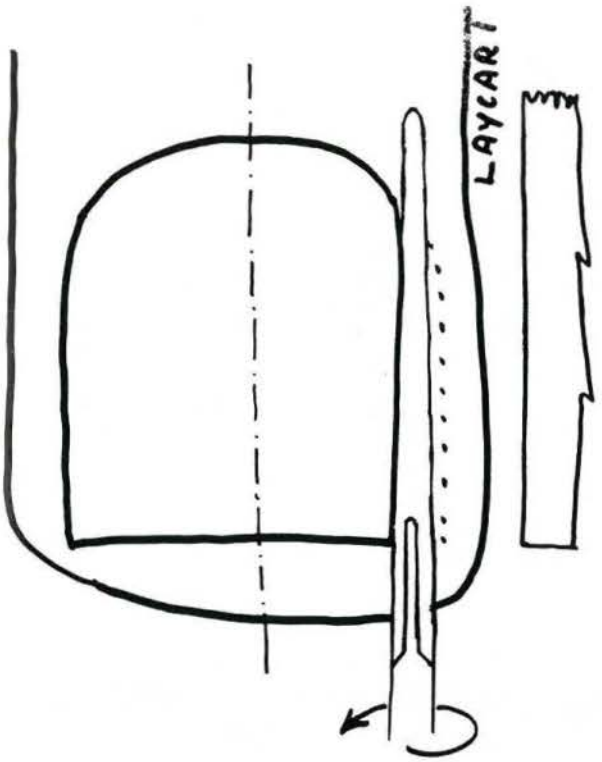


Figura 4

quierdo (es decir hacia el plano sagital). Si fuera al lado izquierdo se dobla en sentido contrario. (Fig. 4).

Seguidamente se examina si el trozo extraído está completo, si todavía quedara algo en el surco, se procede a su extracción, como asimismo a cortar la hipergranulación por medio de tijeras o de bisturí. (Fig. 5).

Para cohibir la hemorragia se podría utilizar un torniquete esterilizado, sin embargo, presionando directamente con una gasa durante 5 minutos (con paciencia) y por medio de presión digital se consigue el mismo efecto. Si se separa la gasa antes del tiempo con intención de inspeccionar, solamente conseguiremos aumentar la hemorragia. Mientras efectuamos esta hemostasia, el ayudante procede a sujetar el electrodo positivo grande a la masa de los músculos de la pantorrilla, fijándolo por intermedio de una franela húmeda para aumentar la conductividad, y lo sujetará con una venda Smarch o un manguito de aire, al objeto de que el electrodo contacte con la piel en toda su superficie. Inmediatamente se conecta a él el cable positivo.

Se enciende el aparato pasando rápidamente de 0 a 3 miliamperes, para subir más lentamente en unos 10 segundos, hasta los 6 miliamperes.

Entonces se pone en marcha el contador de tiempo para 6 minutos.

Durante este tiempo el electrodo pequeño negativo con su mango montado se aplica sobre el surco, en toda su extensión sin dejar de moverlo de arriba a abajo y de izquierda a derecha, llevándolo hasta la profundidad bajo el eponiquio (previamente separado) de manera que el área completa de la matriz y el lecho ungueal extraído sea afectado por la corriente negativa. (Fig. 6).

No se debe incrementar la corriente a más de 6 miliamperes, ni se debe interrumpir súbitamente porque esto es causa de dolores y espasmos musculares.

Mientras transcurren estos 6 minutos, debemos hablar al paciente de la incomodidad que puede tener después de la operación y como hacer para aflojar el vendaje si estuviera muy comprimido, de esta forma se distraerá la atención,

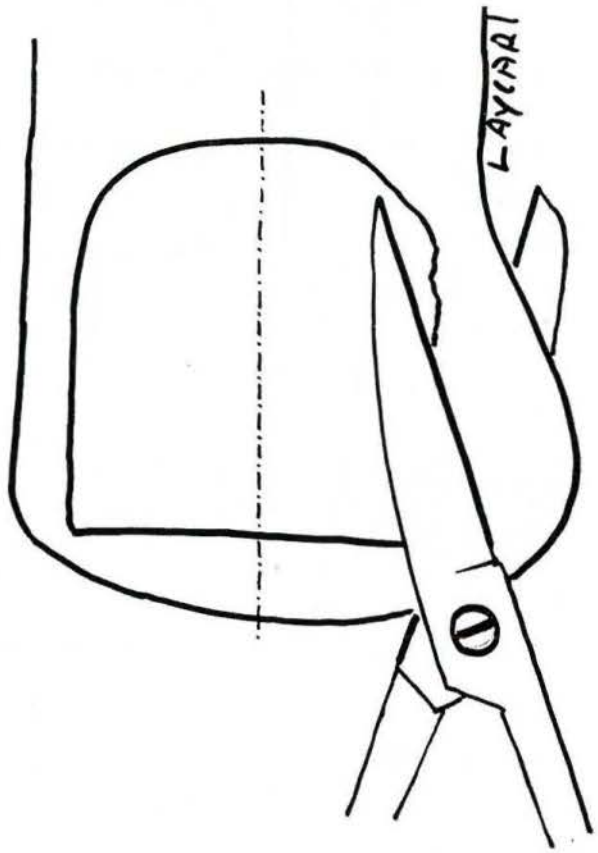


Figura 5

PIEDRO

OFRECE AL PODOLOGO:

cuatro distintos anchos
cuatro tipos distintos de suela

- **100 % cuero crupón marca-royal**
- **palmilla entresuela cuero y bloque de composición controlada**
- **íd., íd., íd. y crepé superior virgen**
- **100 % cuero crupón reforzado**

tres tipos distintos de tacón **(recto, estilo Thomas y recto con estabilización central)**

dos tipos de hormas (normal y recta)

ochenta distintos modelos y siempre:

Máxima sujeción de empeine y retropié
Espacio para el movimiento de dedos
Máxima calidad de materiales
Espacio para el crecimiento
Máxima indeformabilidad

PIEDRO INTERNATIONAL
En España

J. L. Vila-Plana
Conde Borrell, 211 - prta. 33
teléfono 93/239 53 06
Barcelona-29
telegramas: KIRITA-Barcelona
exposición: Conde Borrell, 87
(rogamos hagan cita)

PIEDRO

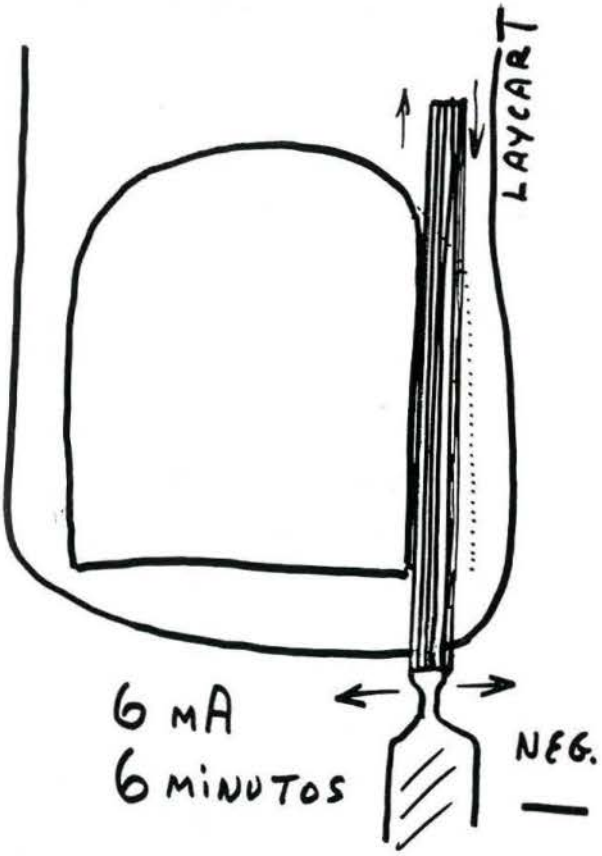


Figura 6

y la sensación de hormigueo en el polo positivo pasará inadvertida.

Bajo el campo operatorio en el electrodo negativo aparecerá la sangre produciendo una efervecencia verde que si fuera excesiva se quitará con una gasa.

Agotados los 6 minutos, se procede a reducir lentamente el paso de corriente negativa de 6 miliamperes a 3, y a continuación se cierra el circuito llegando a Cero.

Vendaje postoperatorio. — Se cubre la herida con un trozo amplio de tulgraso o blastoestimulino-tulgraso, que se empujará dentro del surco y muy especialmente debajo del epoquinio, el cual no debe quedar comprimido, después se cubre con gasa Melolin, luego gasa estéril y finalmente con gasatubo.

Tan pronto como el dedo esté cubierto, haga que el paciente se siente o se incorpore, para reajustar el cambio de la presión sanguínea. Esto nos dará unos minutos para retirar el electrodo positivo, secar la pierna y prevenirle contra la sensación de mareo que pueda experimentar al ponerse en pie, para evitar esto, es recomendable cubrir el instrumental y las gasas manchadas.

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

De 46 casos de surcos ungueales, tratados durante el año 1975, en el London Foot Hospital y en las clínicas privadas, 37 casos se trataron por galvanoterapia negativa. Los 9 restantes se hicieron por otros medios, principalmente por fenolización.

Los 37 surcos padecían onicocriptosis y tenían gran hipergranulación, por lo que no se podían tratar con terapia conservadora. Ya que el único tratamiento posible consistía en la eliminación de la sección ungueal afectada, por medios quirúrgicos bajo anestesia local.

Los pacientes con involuciones graves en ambos bordes que requerían quitar demasiada cantidad de uña, fueron tratados con ablación total.

También fueron rechazados los pacientes que se negaron a la anestesia local; un paciente cardíaco de 70 años, un doctor que había sufrido 3 ataques cardíacos por anestesias en intervenciones dentales; un adolescente con antecedentes epileptiformes y un hombre de mediana edad con claudicación intermitente.

Ninguno de estos están incluidos en el número de los 37 casos tratados. Sin embargo si está incluido un niño de 12 años con fiebre séptica asintomática, que bajo la vigilancia del médico de cabecera le prescribió antibióticos contra la endocarditis bacteriana subaguda.

Todos sabemos que la infección aguda en la mayoría de las onicocriptosis se debe al trauma y laceración del surco ungueal; pero no lo hemos probado por medio de cultivos, si estuviera mezclada con algún hongo o enzima.

Así pues en estos casos de infección subaguda, se prescribirán baños salinos 3 veces al día, para bajar la inflamación, durante la semana anterior a la intervención.

En todos los casos se utilizó la corriente galvánica negativa de 6 miliamperes durante 6 minutos, y se siguió la evolución de todos, por un período entre 6 meses y un año, tiempo durante el cual no volvió a crecer ninguna de las secciones destruidas.

Uno de los pacientes, se le trató de 3 surcos al mismo tiempo sin ningún problema.

En todos los casos el tiempo de curación osciló entre 7 y 14 días.

sillón eléctrico **STARLINE**

ELEGANCIA DE LINEA — FUNCIONALIDAD Y UTILIDAD
EN EL DISEÑO — ROBUSTEZ — PERFECTO ACABADO

PRECIOS Y CONDICIONES
EXCEPCIONALES

SERVICIO TECNICO GARANTIZADO EN TODA
ESPAÑA POR EL SERVICIO POSVENTA
SUDENTA, S. A.

SOLICITE AMPLIA INFORMACION SIN COMPROMISO A:

SUDENTA,S.A.
departamento podologia

Ronda San Antonio, 98
Tels. 318 96 16 - 318 96 12
BARCELONA (1

Espoz y Mina, 7
Tels. 222 45 69 - 221 40 44
MADRID (12)

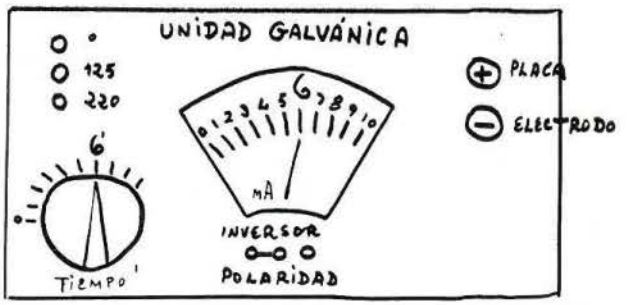


Figura 7

PRINCIPIOS DEL GALVANISMO NEGATIVO

Cuando el cuerpo humano se conecta a través de los dos electrodos de salida de corriente de una unidad galvánica, (Fig. 7) tiene lugar en él la electrólisis de los iones minerales que hay en disolución en los tejidos.

Aumentando la superficie de contacto de un electrodo con el cuerpo se minimiza su efecto, si al mismo tiempo se disminuye la superficie del electrodo contrario (que en este caso es el negativo) se potencia el efecto del mismo, que al actuar bajo anestesia local se hace mucho más soportable.

Como es conocido de todos; los iones se mueven hacia el electrodo que tiene la carga opuesta y son neutralizados.

Electrolitos de la sangre

Na +	Cl −	= Iones negativos
K +	HCO3 —	=
Carga	Carga	
Positiva	Negativa	

Electrolitos de las células

Na +	Cl —
K +	PO4 —
Mg +	HCO3
Carga	Carga
Positiva	Negativa

Al instaurarse la corriente en el *electrodo positivo*, se forman Acido Cl H, y se desprende Oxígeno; esta *reacción ácida* produce la coagulación de las proteínas (como el electrodo tiene mucha superficie la cantidad de corriente es la misma pero, repartida de tal forma que apenas causa al paciente un ligero hormigueo.

En el *electrodo negativo*, se forman bases (álcalis) =Na OH que desprende hidrógeno, cuya reacción alcalina produce licuación de proteínas (por lo que se produce la coloración verde de la sangre en el momento de la destrucción).

FACTORES QUE PUEDEN CAUSAR MOLESTIAS DURANTE LA INTERVENCION

1.° *Electrodo ardiente.* — Podría ocurrir esto, cuando la corriente se concentra en una pequeña área del electrodo positivo, para prevenirlos de ello debemos asegurarnos:

a) Que la franela humedecida en suero fisiológico templado, cubra completamente el electrodo (+) de plomo.

b) Que esté completamente limpio, libre de arrugas y dientes que puedan aproximarse a la piel, más por unos sitios que por otros.

c) Que esté firmemente sujeto en toda su superficie a la pierna, por medio de manguito de aire o venda de Smarch.

d) Que la piel donde se aplica esté exenta de cualquier abrasión.

Si se toman estas precauciones, el ácido formado entre la franela húmeda en suero fisiológico y el electrodo positivo, se distribuye en toda su superficie y la concentración es tan baja, que se diluirá adecuadamente en la solución salina.

2.° *La sensación de calor* en el electrodo positivo se disminuye empleando el suero salino templado, ya que de este modo se disminuye la resistencia al paso de la corriente positiva.

3.° *La descarga eléctrica.* — La ligera descarga que puede experimentar durante la intervención de 6 minutos, se deberá a algunas oscilaciones de la corriente general.

Para eliminar estos trastornos, los electrodos deben colocarse en su posición, *antes de dar la corriente*, cuyo mando debe de estar a Cero. Encender el aparato e incrementar gradualmente hasta los 6 miliamperes. Al final de los 6 minutos, *reducir hasta Cero*, apagar y retirar después los electrodos.

Dos precauciones fundamentales:

a) Al utilizar el aparato, los electrodos deben de estar bien conectados, de forma que no puedan soltarse durante la intervención (pues produciría fuertes dolores y espasmos musculares).

b) No sacar nunca los electrodos con los controles encendidos.

DEDICATORIA:

Como homenaje al gran amigo Mr. Derek Ames, Ex-Director del London Foot Hospital, sin cuya colaboración no habríamos podido ver prácticamente este trabajo, y que en el presente año encontró su relevo por alcanzar la jubilación.

L. AYCART

Recuperación muscular del tríceps sural

Por Domingo Bejiga Garriga
Podólogo - Vilasar de Mar

Para finalizar con la serie de Recuperaciones funcionales que he venido exponiendo, sobre los principales músculos que inciden con mayor frecuencia en los problemas biomecánicos del pie, vamos a estudiar hoy de una manera muy somera, la recuperación de un grupo muscular de capital importancia, el TRICEPS SURAL; así llamado por estar compuesto de 3 músculos: el Sóleo en su capa profunda y los 2 Gemelos el interno y el externo en su capa superficial, terminando en un tendón común, el de Aquiles, que se inserta en la tuberosidad posterior del calcáneo.

DIBUJO N.º 1 *Recuerdo anatómico y funcional del M. SOLEO.* Origen: en su tercio superior y superficie posterior de la cabeza del peroné y en la parte media superior del borde interno de la tibia.

Inserción: juntamente con el tendón de los gemelos en la tuberosidad posterior del calcáneo.

Inervación: N. Tibial L5,S1,2.

Acción: Flexión plantar absoluta de la articulación del tobillo. Con la rodilla flexionada actúa sin la ayuda de los gemelos.

DIBUJO N.º 2 *Recuerdo anatómico y funcional de los M. GEMELOS.* Origen: cabo interno, con un fascículo en el cóndilo femoral interno y porción adyacente principalmente. Cabo externo, con un fascículo en el cóndilo femoral externo y porción adyacente.

Inserción: Con el tendón común al sóleo en la tuberosidad posterior del calcáneo.

Inervación: N. Tibial S1,2.

Acción: Junto con el músculo plantar, ayuda a la flexión de la articulación de la rodilla y a la flexión de la articulación de tobillo.

Constantino Velasco Lainz

PONE A DISPOSICION DE LA PODOLOGIA ESPAÑOLA UNA GAMA COMPLETA DE ARTICULOS PARA LOS PIES CON LOS PRODUCTOS:

für die Füße BERKEMANN

BERKEMANN

Y

VELMANN

VELMANN

...al servicio de sus pies.

INSTRUMENTAL PODOLOGICO
CORRECTORES Y PROTECTORES PARA PIES
MATERIAS PRIMAS. — Plexidur, Ortholen, corcho, goma-espuma, etc.
MATERIAS SEMITERMINADAS. — Cuñas, arcos bóvedas, etc.
CALZADOS FISIOLOGICOS. — Zapatos, botas, sandalias, zuecos, etc.
COSMETICOS PARA PIES. — Sprays, polvos, cremas, bálsamos, etc.
SILICONAS

OFICINA CENTRAL:
Santiago Bernabeu, 4 - Madrid-16 - ☎ 262 18 91 261 44 15 — 261 98 75 (contestador automático) — 261 47 21 261 45 96

DELEGACION CATALUÑA: Mallorca, 336 - Barcelona - 37 - Teléfonos 257 76 05 y 207 01 52

ALMACEN CENTRAL: Ferrocarril, s/n. - Getafe (Madrid) - Teléfonos 695 09 50 y 695 09 54

Prueba funcional: El paciente se eleva sobre los dedos empujando el peso del cuerpo hacia arriba. Es importante recordar que en la flexión plantar además de los mencionados Sóleo, Gemelos y Plantar actúan el Tibial Posterior, Peróneo Lateral Largo y Peróneo Lateral Corto, como flexores plantares del antepié y de la articulación del tobillo y el Flexor largo del primer dedo y el Flexor Largo de los dedos, como flexores plantares de los dedos y también flexores plantares de la articulación del tobillo. Si existe debilidad del Sóleo, en bipedestación podemos observar un genu flexus y si la debilidad es de los gemelos, un genu recurvatum.

Casos en los que debemos hipertrofiar el Triceps: en los pies Talus postraumáticos, en algunos casos de polio, en calcáneos verticalizados y en pies cavos espásticos con gran predominio de flexores.

Casos en que es necesaria la elongación del Triceps: podemos dividirlas en 2 grupos, los de origen congénito y los adquiridos.

Anomalías congénitas: equino varo, plano congénito o no de difícil reducción a la hora de efectuar el molde negativo para la confección de plantillas y en ciertas enfermedades de tipo neurológico, como la Pseudo Hipertrofia Muscular Progresiva. A parte de los ejercicios que relataremos más adelante, a veces se hace necesario el uso de férulas dorsales anti equinas complementarias.

Anomalías adquiridas: alteraciones en las señoras por el uso de calzado de tacón alto, en conductores de profesión, en deportistas (ciclistas, corredores saltadores etc.) por sobreesfuerzo muscular, en cierto tipo de enfermedades endocrinas y en la parálisis del Ciático Poplíteo Externo.

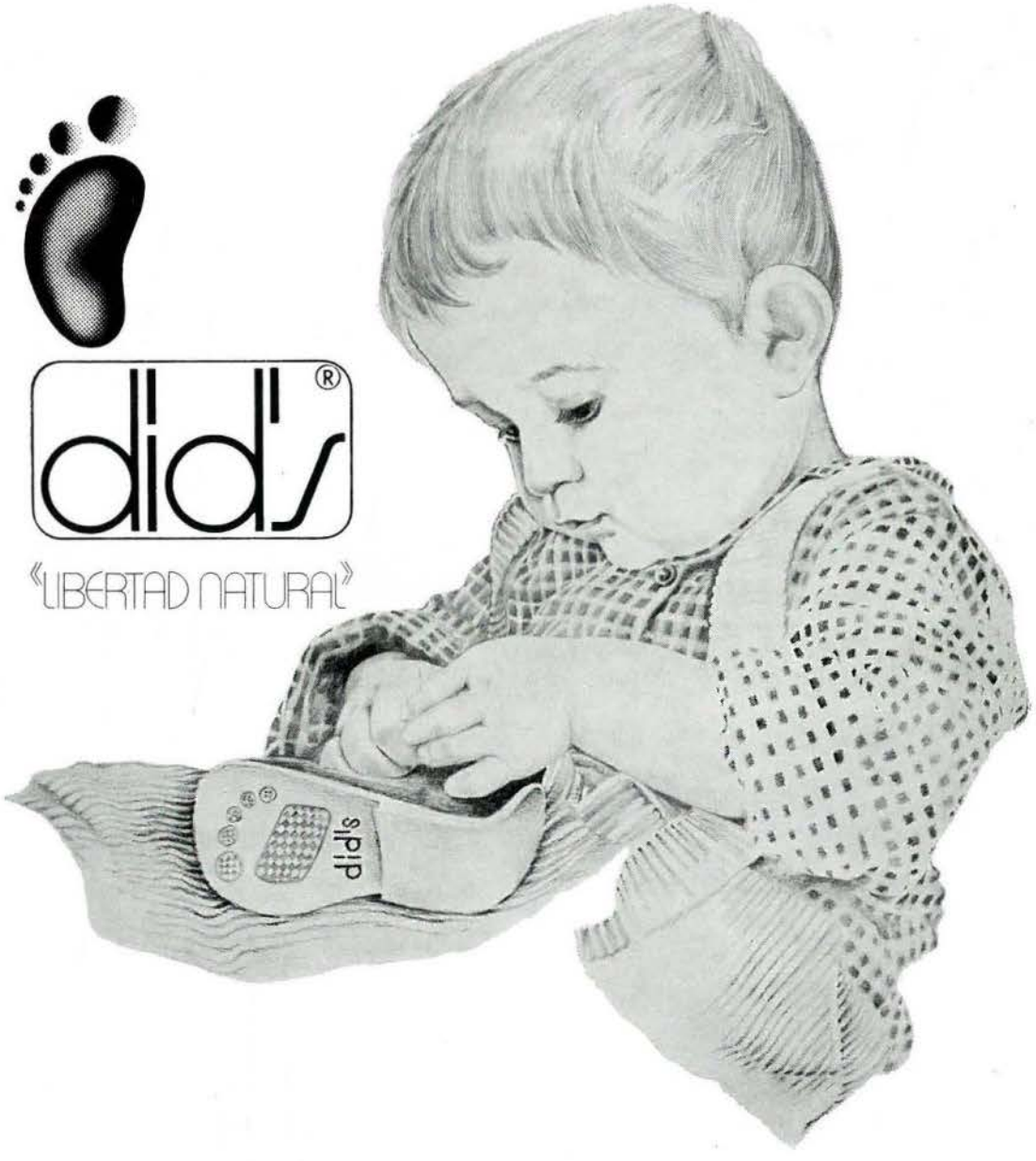
Ejercicios para elongar el Triceps: antes de pasar a enumerar algunos de estos ejercicios, debemos tener siempre presente, que antes de efectuarlos, ya sean activos o pasivos, debemos de preparar el músculo por medio del masaje y en el caso que nos ocupa, si en el momento de flexión dorsal máxima, durante el ejercicio se produce dolor, (contracturas) debemos suspenderlo por el momento. Entre los ejercicios que podemos aconsejar están: la ascensión del paciente por un plano inclinado normal si no existe subluxación astragalina, si existiera el plano inclinado tendrá que tener cierta pendiente hacia su eje sagital que actuará a modo de cuña supinadora para evitar el provocar una mayor subluación astragalina y un mayor valguismo. Otro ejercicio fácil de realizar en casa puede ser el siguiente: apoyar ambos antepiés en el peldaño de una escalera y en esta posición hacer descender el cuerpo, despacio, hasta la máxima amplitud, manteniéndose así por espacio de medio minuto aproximadamente, descender seguidamente del peldaño, para volver a iniciar el ejercicio. Por último citaremos uno, que sirve para la elongación del Sóleo puesto que se realiza sentado, y la hipertrofia de los flexores dorsales que es como sigue: sentado, en una mesa por ejemplo, suspenderemos en el antepié un saquito de arena o cualquier objeto de peso calculado e iniciaremos despacio la flexión dorsal hasta la amplitud máxima posible, parando unos segundos en esta posición y pasar de nuevo al inicio del ejercicio.

En nuestra edición anterior, correspondiente a Noviembre-Diciembre, y en el artículo "Estudio estadístico de los problemas podológicos en las diferentes edades y sexo", del que es autor D. Enrique González Gómez, por un involuntario error de imprenta, se publicó la tabla estadística "Frecuencia en las alteraciones pédicas con alteraciones dolorosas" en la página 15, cuando le correspondía la 19. Aunque estamos seguros que el buen criterio de nuestros lectores lo subsanó en su momento, lo hacemos constar para que quede cada cosa en su sitio..

EL NUEVO CALZADO INFANTIL

didi's®

«LIBERTAD NATURAL»



BARO/VICENTE

ZAPATOS INFANTILES PARA EL NATURAL CRECIMIENTO DEL PIE

OFICINA CENTRAL: Av. Blondel, 40-42. Tel. 973 - 23 80 65. LERIDA

DISTRIBUIDORES OFICIALES

ALICANTE

Cdos. Carla. — Limones, 1 - Benidorm.
Francisco González Marca. — Mayor, 15 - Callosa del Segura.
Cdos. Mari Pili. — San Emigidio, 16 - Guardamar.
Pérez Pruñonosa. — Plaza Balmer, 2 - Elche.
Cdos. Isa. — Plaza General Verdú, 3 - Monóvar.

ALMERIA

Cdos. Jockey. — Reyes Católicos, 6 - Almería.

AVILA

Cdos. Beltrán. — Duque de Alba, 4 - Avila.
Cdos. Mimos. — Avda. Portugal, 18 - Avila.

BADAJOZ

Alberto Martínez Ordóñez. — Virgen de la Soledad, núm. 28 - Badajoz.
Cdos. Gara. — Pasaje de San Juan, A-3 - Badajoz.

BALEARES

Boutique Vert. — José M.ª Cuadrado, 26 - Ciudadela.
Petra Riera. — Plaza Convento, 10 - Manacor.

BARCELONA

Amada Fontaner. — Roger de Flor, 277 - Barcelona-25.
Arturo Taltabull. — Avda. Meridiana, 424 - Barcelona.
Cdos. Gubern. — Mar, 54 - Badalona.
Cdos. Ander's. — Muntaner, 248. Mayor de Gracia, 54. Ctra. de Sans, 129 - Barcelona.
Cdos. Gipsy. — Blay, 45 - Barcelona.
Cdos. Kadir. — San Gervasio, 59 - Barcelona.
Cdos. Nicol. — Muntaner, 476 - Barcelona.
El As del Calzado. — Mallorca, 541 - Barcelona.
Cdos. Nieto. — Cerdeña, 520 - Barcelona-24.
Cdos. Clock. — Bertrán, 3 - Barcelona.
Cdos. Marpi. — Cruz Cubierta, 64 - Barcelona.
Martí Miró. — Travesera de Gracia, 270 - Barcelona.
Cdos. Arcor. — Trav. de las Corts, 375 - Barcelona.
Cdos. Royalti. — Avda. Puerta del Angel, 16 - Barcelona.
Cdos. Petits. — Mariano Cubí, 76-78 - Barcelona.
Cdos. Sabaters Majó. — Rbla. Bisbe Pol, 47-49 - Arenys de Mar.
Cdos. Canal. — Anselmo Clavé, 46 - Granollers.
Cdos. Estruch. — Custiol, 9 - Igualada.
Cdos. Alsina. — Román y Fabra, 17 - Masnou.
Cdos. Torra. — Borne, 9 - Manresa.
Cdos. La Innovación. — Rbl. J. Antonio, 10 - Mataró.
Cdos. Puma. — Barcelona, 5 - Mollet del Vallés.
Cdos. Font. — Av. Caudillo, 2 - Olesa de Montserrat.
Cdos. Torra. — Mayor de San Pedro, 58 - Tarrasa.
Cdos. Progress. — Gutemberg, 34 - Tarrasa.
Cdos. Munné. — La Pobla, 41 - San Vicente dels Horts.
Cdos. Serrallonga. — Pza. Paraíso, 5 - Vich.
Cdos. Giralt. — C/. Parellada, 24. Vilafranca del Penedès.

BURGOS

Cdos. Zagalín. — Moneda, 19 - Burgos.
Cdos. Bambi. — Miranda, 2 - Burgos.

CACERES

Farmacia Droguería Castell. — Pl. Gral. Mola, 18 - Cáceres.

CADIZ

Cdos. Payasos. — Alcázar de Toledo, 7 - Cádiz.
Cdos. Bambino. — Cardenal Herrero, 12 - Jerez de la Frontera.

CASTELLON

Cdos. Infants. — San Lucas, 23 - Alzamora.
Cdos. Flipper. — O'Donnell, 12 - Castellón.
Cdos. Tabú. — Magallanes, 35 - Grao.
Cdos. Peques. — Sangre, 6 - Villarreal de los Infantes.
Ortopedia Orto-Vall. — José Antonio, 44 - Vall d'Uxó.

CIUDAD REAL

Cdos. Bambi. — Doctor Bonardell, 4 - Alcázar de San Juan.

GERONA

Cdos. Peacock. — Pl. de España, 4 - Gerona.
Palmira Trilla. — Portella, 7 - Figueras.

GUIPUZCOA

Cdos. Chavaluco. — Avda. Carlos I, 2 - San Sebastián.
Ramón Bouzas Guede. — María Angela, 19 - Eibar.
Cdos. Osoro. — San Francisco, 32 - Elgoibar.
Cdos. Zabala. — Erdikokale, 18 - Mondragón.
Isabel Líster. — Fermín Calvetón, 5 - Irún.

HUESCA

Cdos. El Capricho. — Mayor, 17 - Fraga.

LA CORUÑA

Cdos. Rapaciños. — Médico Rodríguez, 13 - La Coruña.
Aquilino García Hernández. — Real, 84 - El Ferrol del Caudillo.
Zapatería Richard. — Calderería, 16 - Santiago de Compostela.

LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

Cdos. Machín. — Trinidad, 92 -Pas Palmas de Gran Canaria.

LERIDA

Cdos. Badías. — Carmen, 31 - Tárrega.
Cdos. la Sitgetana. — Mayor, 70 - Lérida.

LUGO

Cdos. Chiqui. — San Froilán, 16 - Lugo.
Cdos. Pinky. — Plaza Sto. Domingo, 1 - Lugo.

MADRID

Joaquín de Pablos. — Hortaleza, 2 - Madrid.
Marcelino Muñoz. — Cataluña, 50 - Getafe.
José Gómez Uriarte. — Porto Cristo, 3 - Porto Lisboa.

MALAGA

Cdos. El Angel. — Carretería, 37 - Málaga.

MURCIA
Juan Pallarés Soler. — Gran Vía José Antonio, 19 - Murcia.

NAVARRA
Cdos. Chicos. — Avda. Bayona, 36 - Pamplona.
Cdos. Prese. — José Mina, 18 - Burlada.

OVIEDO
Cdos. Rodríguez. — Plaza Generalísimo, 2 - Gijón.

PALENCIA
Cdos. Gus. — Rizarzuela, 19 - Palencia.
Julia Prieto Fernández. — Mayor, 3 - Palencia.

PALMA DE MALLORCA
Cdos. Argentina. — Quint, 5 - Palma de Mallorca.
Cdos. Jovent. — Alcudia, 5 - Pollensa.
Eugenio Pérez. — Jerónimo Estades, 17 - Sóller.

PONTEVEDRA
Cdos. Teyca. — Velázquez Moreno, 39 - Vigo.

SALAMANCA
Cdos. Blanca Nieves. — Concejo, 9 - Salamanca.
Cdos. Pocholo. — Vázquez Coronado, 1 - Salamanca.

SANTA CRUZ DE TENERIFE
Cdos. Críos. — Viera y Clavijo, 22 - Santa Cruz de Tenerife.
Galería Wehbe. — Herradores, 44 - La Laguna.

SANTANDER
La Cigüeña de París. — San Francisco, 16 - Santander.
S. A. Lainz. — Avda. Parayas, 7 - Santander.
Jaime Bibalaygua. — Los Escalantes, 3 - Santander.
José Luis Sotorrío. — Isabel II, 1 - Santander.
Cdos. Chavalín. — Mártires, s/n. - Torrelavega.
Covadonga Infantil. — Francisco Díaz, 1 - Torrelavega.

TARRAGONA
Cdos. Nin's. — Mayor, 32 - Amposta.
Cdos. La Sitgetana. — Hnos. Landa, 18 - Tarragona.
Cdos. «Vandy'Ux». — Sevilla, 3 - Tarragona.
Cdos. Teia. — Carmen, 1- Cambrils.
Cdos. Roncero. — Jaime Ramón, 4 - Vendrell.

TERUEL
Cdos. Gómez. — Padre Tomás Lozano, 3 - Teruel.
Ortopedia Murciano. — Avda. División Azul, 57 - Teruel.

VALENCIA
Martínez Colomer, S. A. — Espartero, 6 y 8 - Valencia.
Cdos. Gallach. — Calderón de la Barca, 14 - Alcira.
Cdos. Lolín. — Felipe Valls, 45 - Benimamet.
Ortopedia Ibáñez. — Colón, 99 - Burjasot.
Cdos. Belinda. — Avda. José Antonio, 26 - Játiva.
Boutique Infants. — Ejército Español, 9 - Torrente.

VIZCAYA
Mari Fernández. — Careaga Goicoa, 13 - Basauri.
Fco. Fernández Bolado. — Juan de Garay, 17 - Baracaldo.

ZAMORA
Cdos. Deysi. — Ramos Carrión, 7 - Zamora.
Menfis Medical. — Avda. Portugal, 10 - Zamora.

ZARAGOZA
Cdos. Chavales. — Pasaje Palafox, 14 - Zaragoza.
Centro de Distribución Comercial Montolío, S. A. — Granada, 11 - Zaragoza.

SERRA-FARGAS, S. A.
BARCELONA-1 — Plaza Castilla, 3
Tel. 301 83 00

DENTALITE, S. A.
MADRID-8 — San Bernardo, 74
Tel. 232 02 88

«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.

Febrero 1979

Sonó el teléfono de mi consulta, y cual no sería mi sorpresa, al reconocer la voz de "Pepito Grillo".

Después de saludarnos, inquirí por el motivo de su llamada.

—Tengo interés, me dijo, en cambiar impresiones contigo, sobre algunas consideraciones, que me tienen un poco desorientado.

Quise saber a qué se refería. Me contestó que era preferible que nos viésemos y charlar un rato.

Quedamos de acuerdo en la fecha, y llegada ésta nos encontramos y empezó diciéndome:

—En primer lugar, quiero aclararte, que admiro y respeto a todos los Podólogos. Lo que voy a consultarte, no es con afán de crítica, sino todo lo contrario.

Pues adelante. Me tienes intrigado, le indiqué.

Quedó unos momentos pensativo y se expresó así:

—En el Congreso que celebrásteis en Madrid, la asistencia fue muy nutrida, prueba fehaciente del gran interés que despertó en todos vosotros.

Pero, te fijaste, que en la Asamblea, que se celebró a continuación, la asistencia no llegó al 20%, y que el resto desapareció.

Si, claro que me fijé. Quizás la abstención fue motivada por necesidades de desplazamiento, le respondí, no muy convencido.

—Los que se quedaron también tuvieron que desplazarse al finalizar la Asamblea. Opino, que priva una cierta comodidad, y lo que es más grave, una desconsideración, hacia los compañeros de la Junta, que al fin y a la postre, dedican horas de su trabajo, en las gestiones que realizan, y creo que bien se merecían, como mínimo, la presencia de todos.

Le contesté, que evidentemente tenía toda la razón. Pero que las cosas son así, y será difícil cambiarlas.

No obstante, le comenté. Date cuenta que en dicha Asamblea se consiguieron varias cosas y quizás la más positiva, fue el aumento de la cuota. Para ver si salimos de los números "rojos".

Sonrió, diciéndome:

—Momentáneamente, quizás sea una solución pero tendréis de arbitrar nuevas fórmulas para poder disponer de liquidez, en un plazo no muy lejano.

Tienes alguna sugerencia, quise saber.

—Lo más viable sería una aportación anual, independiente de la cuota mensual y cuyo importe debería ser fijado, de común acuerdo en una Asamblea.

Durante unos momentos quedamos en silencio, hasta que de repente, me hizo el siguiente comentario:

—Existen algunas zapaterías, que además de venderle al cliente zapatos, también le proporcionan plantillas, aunque sean prefabricadas. Tú que opinas?

¡ABSURDO! Deberían limitarse a vender sólo zapatos. Pues al vender plantillas, lo único que consiguen, aparte del negocio, es perjudicar al cliente.

Rápidamente, me replicó.

—Sí tienes razón, pero también es ABSURDO, que algunos Podólogos vendan zapatos en su consulta. Deberían limitarse a su profesión, puesto que lo único que consiguen, aparte del negocio, es dar una pobre imagen del Podólogo.

Y continuó.

—Estos profesionales, son los que se quejan del "Intrusismo" en la profesión, cuando ellos precisamente también están haciendo "Intrusismo". Claro que en su beneficio, y seguramente pensarán, que no es lo mismo, vender plantillas en las zapaterías, que zapatos en su consulta, y SI, moralmente es lo mismo.

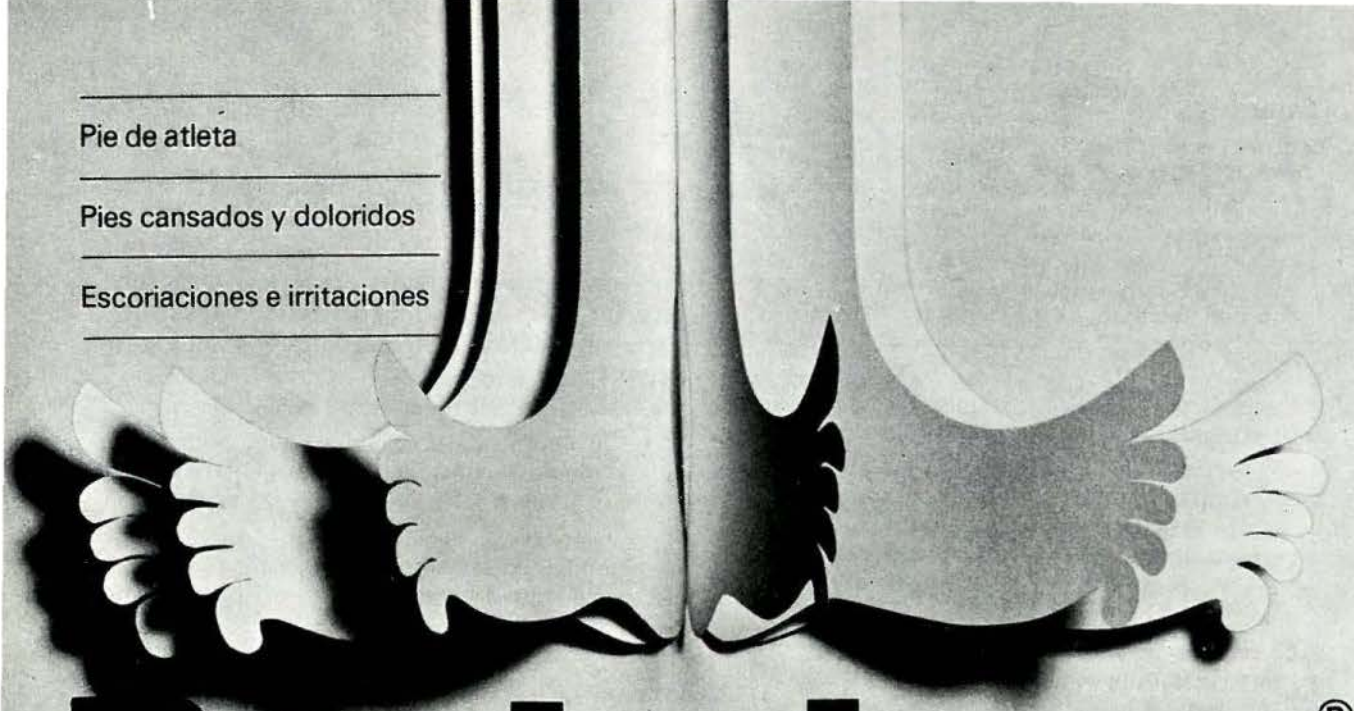
—Lo que el Podólogo debe hacer, y la mayoría lo hace, es aconsejar el calzado más idóneo, pero nunca venderlo. Para eso, están las zapaterías.

—Tú no opinas igual, quiso saber.

Si naturalmente, pero estoy convencido que con el tiempo, esta anomalía desaparecerá.

Antes de despedirnos me dijo:

—Deseo que estos Profesionales, se den cuenta de su error y rectifiquen su actitud, dedicándose exclusivamente a su carrera, y dejen para las zapaterías, la venta del calzado.



Pentoderm®

Crema podológica

- Actúa como antiséptico y antifúngico.
- Ejerce una acción reepitelizante favoreciendo la normalización fisiológica de la piel.
- Desodoriza, refresca y protege la zona dañada de la piel.

Composición:
100 g. de crema contienen:
Acido undecilénico, 2 %; Alcohol fenoxietílico, 1 %; Sal sedativa de Homberg, 0,5 %; Poligalacturonsulfonato sódico, 0,75 %; Tintura de árnica, 0,3 %; Ovolecitina, 0,05 %; Pantotenol, 0,3 %.

Indicaciones:
Escoriaciones e irritaciones de la piel. Pies cansados y doloridos. Dermatofitosis. Pie de atleta.

Posología:
Habitualmente, dos o más veces al día, dada su inocuidad puede aplicarse cuantas veces se sientan molestias, las cuales se corrigen rápidamente.

Contraindicaciones y efectos secundarios:
Carece de contraindicaciones y puede asociarse a cualquier medicación. Suspender la aplicación en caso de hipersensibilidad alérgica a alguno de los componentes.

Presentación y P.V.P.:
Tubo con 50 g. de crema. 78 Ptas.

MADAUS
CERAFARM

MADAUS CERAFARM, S.A.
Barcelona-6 - Tel. 331 26 00 Apartado 9116

LABOR DE LAS DELEGACIONES

BARCELONA

La importancia que tienen las enfermedades reumáticas en nuestra labor

Por J. SALA PICH
Podólogo - Barcelona

En una rueda de prensa y con motivo del Simposium Hispano Francés de divulgación Reumatológica, se dijo que el 15% de la población Española padece y sufre de alguna enfermedad reumatoide y si a dichos datos estadísticos, añadimos que el 80% de la población, sufre y padece de los pies se comprenderá la importancia que tiene el estudio de los mismos.

Pues bien, por su importancia social, nuestra población afectada de los pies por diversos trastornos, con participación de la función y su mecánica (trastornos mecánico-funcionales) y con la aparición de reumatismos metabólicos y degenerativos en el pie es cuando según estadísticas un 10% por lo menos estos enfermos son causa de pérdidas de jornadas de trabajo, dando lugar a problemas socio-económicos, produciendo consecuencias de gran magnitud, conduciendo a unas limitaciones por parte del enfermo con bajos niveles de rendimiento en su destreza y de su actuación social en el mismo.

Ya que las enfermedades reumáticas ocupan un capítulo muy importante, llegando a un tanto por ciento muy elevado de enfermos afectados de sus pies y necesitando de nuestros cuidados en todos sus casos, ayuda tanto moral como socio-económica es donde el profesional puede identificarse ya que precisará rrecurrir a todos los medios que estén a su alcance, poniendo de manifiesto su destreza, para resolver el caso que se presente.

Después de estas breves palabras del tema a tratar, y como introducción del mismo empezaría por lo más elemental de como puede producirse en su fase primaria la pre-artrosis.. Sabemos todos que todas las articulaciones que soportan carga anormalmente (las del pie pueden experimentar traumatismos continuados, y son con frecuencia escenario de cambios artrósicos, tanto mayores cuanto más edad tenga el sujeto).

Ello obedece no sólo a la acumulación de desgaste resultante del uso prolongado, sino también por la pérdida de elasticidad de los tejidos por envejecimiento.

Otro motivo bien puede ser por sobrecarga en las articulaciones por aumento del peso corporal, cuya influencia se duplica cuando los músculos y los ligamentos están debilitados, la lesión de un ligamento, puede así mismo aumentar la tensión de una articulación, lo suficiente para provocar una alteración artrósica.

Durante la marcha arquitectónicamente normal y por tanto exenta de alteraciones, ponemos por ejemplo la articulación metatarso-falángica del primer dedo, es mucho más difícil que se presente una artrosis en ella; pero cuando un proceso de tipo deformativo asienta en ella (hallux valgus, varus, o bien pie plano con fuerte pronación secundaria) se produce la incongruencia articular cuya patogenia al principio no tiene contacto alguno con la artrosis pero si favorece más tarde su aparición debido a la normalidad en el desarrollo del trabajo que ha sido creado.

Pues bien, aquí vemos que cuando alguno de los elementos que acompañan y componen el pie se alteran, por consiguiente la arquitectura deja de ser normal y se presenta la primera enfermedad, llamada arquitectónica, que al hacer que las presiones sobre las caras articulares, sean anormales, da paso a otra enfermedad llamada artrosis en su fase primaria; por consiguiente las artrosis en su fase inicial o primaria son la expresión de una afección cartilaginosa generalizada. En esta fase existe el comienzo del deterioro de la mecánica articular, y que más tarde al llegar o pasar en su segunda fase o fase degenerativa, o bien destructiva se acompaña de la perturbación parcial y a veces total de la mecánica articular.

Aunque en esta fase se acompañan e intervienen factores exógenos (concomitante) que determinan la localización de la artrosis.

Yo creo que es ya el momento que hay que tener una concepción clara y realización de la ortosis o prótesis plantares tanto en el reumatismo artrósico como en otras enfermedades reumatoideas inflamatorias como puede ser por su importancia de agresividad deformante la PO-

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.
132,– ptas.

INFAR NATTERMANN

Apartado 400 – Zaragoza
Infanta Carlota, 84–88
Barcelona–15

LIARTRITIS Reumatoide, por su gran sensibilidad dolorosa y que no sólo en el momento de realizar la ortosis la estética del pie, sino la debilidad de las partes blandas junto con las deformidades del pie actuales y potenciales.

El pie reumático siempre es un pie frágil, creo conveniente por ello que en todo enfermo afecto de Poliartritis, en el inicio de la enfermedad después de su fase aguda o brote, como medida esencialmente profiláctica, la aplicación de una prótesis preventiva.

En estos casos la afectación del pie en el curso de la enfermedad aparece en un 90% de los casos y constituye un factor de invalidez en mitad de los mismos.

Esta afectación es muy precoz, un 40% en ocasiones es el síntoma inicial, en la fase media de dicha enfermedad presenta y afecta a los metatarsianos en forma de *ráfaga* externa o ventolera como se suele llamar es la expresión de su destrucción, y junto con el valgus de talón es habitual.

El calcáneo puede estar descalcificado, destruido por su porción postero superior por una bursitis pre-aquiliana-reumatoidea, que destruye el tejido celular y esclerosa la piel provocando su retracción.

El conocimiento del pie reumático (y cuando la enfermedad no se halla muy evolucionada) sería de vital importancia pues y como he dicho anteriormente el confeccionar una ortesis adecuada es de una gran finalidad preventiva suavizando el apoyo y evitando el dolor.
Las ortosis se pueden clasificar según el estadio evolutivo en las siguientes clases:

PREVENTIVAS. PALIATIVAS. CORRECTIVAS y MIXTAS.

Los materiales utilizados tendrán cualidades especiales.

Las ORTOSIS plantares PREVENTIVAS.

Su principal misión sería una talonera, que recoja el talón en carga y segura una buena estabilidad durante la marcha. Esta talonera frenará el posible valgus potencial. Una barra de apoyo retrocapital, más pronunciada en su parte media y provista de una aleta lateral externa suaviza el apoyo del 5.ª cabeza metatarsiana y dentro de lo posible la protege.

Ortosis plantares PALIATIVAS.

Estas sostienen compensan y descargan, algunas globalmente el apoyo gracias a su calidad neumática y compensan parcialmente la debilidad de la bóveda pero especialmente descargan el apoyo de las zonas más dolorosas, bien haciendo huecos debajo de los mismos o rellenándolos de materiales muy blandos.

El apoyo doloroso es corregible por una talonera muy excavada y está rellena de material blando por un talón alargado y esponjoso.

El apoyo metatarsal sumamente doloroso puede descargarse por una barra que sostiene los cuellos metatarsianos.

Ortosis plantares CORRECTIVAS.

Estas deriban de las ortosis Preventivas, presuponen de la existencia de una enfermedad corregible y comprenden:

Una talonera supinadora, cuando ha aparecido el valgus.

— Una barra de apoyo retrocapital, provista de dos alerones laterales llevando una almohadilla mediana con discreta exageración de la misma. De esta forma se asegura una mejor estática del apoyo metatarsal y una reducción del cavus excesivo.

Ortosis MIXTAS.

Aparte de todas las ortosis anteriores, existen determinados pies reumáticos que precisan de la combinación de ortosis mixtas a la vez pues éstas pueden ser Correctivas y Paliativas o Preventivas y Correctivas.

Las plantillas mixtas podemos decir que son como un puzle de elementos intercalados llamados terapéuticos, de consistencia variable y mantenidos por una base de cuero y protegidos por una cubierta también de cuero. Este sandwich, es debidamente colocado dentro de un buen calzado (adecuado) se entiende, por lo cual se suprimirán si es necesario las partes internas del mismo.

En la Poliartritis reumatoide, el cuero de la base ha de ser delgado, rígido y resistente. La cubierta de cuero u otro material similar con frecuencia renovable ha de ser blando y suave al tacto. De su suavidad depende el buen resultado de adaptación de la plantilla, los elementos terapéuticos intercalados son, una elevación vulcanizada de látex y de corcho en sus variedades más suaves, o bien espuma de látex; ésta como es natural es más ligera.

No quisiera terminar esta charla sin hablar y establecer un concepto del pie del Geronte y del pie Geriátrico.

El pie del Geronte es todo pie de una persona de más de 65 años de edad con manifestaciones propias de la senescencia.

El pie Geriátrico es todo pie de una persona de más de 65 años de edad con manifestaciones patológicas sumadas a las propias de la senescencia.

César Puig

FABRICA DE CALZADOS INFANTILES TERAPEUTICOS

- Zapatos fisiológicos.
- Calzado profiláctico.
- Zapatos ortopédicos con simple modificación de elementos normales (tacón thomas para varo y valgo), tipo Lowet, etc.
- Hormas correctoras, 2 anchos.
- Horma invertida.
- Diferentes modelos para la colocación de férulas.

TODOS LOS FABRICADOS SON CON MATERIALES DE LEGITIMO CUERO VACUNO DEL PAIS.

Colón, 14
Tel. (977) 60 01 42
VALLS
TARRAGONA - ESPAÑA

CONCEPTO.

El pie del Geronte tanto en estado de salud como de enfermedad ha sido pocas veces considerado, pese a los progresos existentes a nuestro alcance en Podología por otra parte también no existe o mejor dicho existe escasa literatura o bibliografía en el tratado de Gerontología, y Geriatría ya que sabemos perfectamente que las afecciones más frecuentes de estas personas de edad avanzada son habitualmente a nuestro criterio: el hallux valgus, dedos en martillo o en garra, las metatarsalgias y las talagias, acompañándose de una osteoporosis. También un motivo de consulta puede ser a esta edad el mal perforante plantar y volviendo a las afecciones reumáticas las encontraremos con preferencia en las etapas finales y acompañando su rigidez, irreductible en la mayoría de los casos de las articulaciones, y de la menor elasticidad de sus partes blandas y con muchas veces con la presencia de trastornos tróficos.

Aunque no del todo existe una falta de interés, ya que últimamente y en estos últimos años, lo están demostrando algunos de nuestros Profesionales y Fisioterapeutas al considerar el pie del anciano en su integración con el aparato locomotor y sus repercusiones psico-somáticas y psico-económicas que produce.

Este interés deriva de la conveniencia de tratar adecuadamente a todo pie Geriátrico y en la necesidad que todo Geronte, ejercite sus masas musculares, estáticas y dinámicas con gimnasia, con marcha y ciertos deportes siempre que las condiciones clínicas locales y generales lo permitan.

Es comprensible que el paciente, al poder desplazarse sin mayores inconvenientes, logre autoindependencia, y adquiera posibilidades para trasladarse a otros ambientes por propios medios o con la ayuda de nuestras ortosis adecuadas.

De esta manera modifica la actitud de espectador que generalmente adopta por la de actor, produciendo una reacción favorable en su vida psíquica.

Así se comprende la necesidad de encarar el estudio del pie, no sólo desde el punto local, sino también general en relación con el resto del aparato locomotor con las enfermedades orgánicas, que pueden padecer y las propias manifestaciones de la senescencia. En función de cada caso particular y rigurosamente (a la medida) el Podólogo y bajo su criterio de la concepción de la misma construirá la plantilla conjugando volúmenes y materiales, la ortosis será vigilada o controlada a intervalos regulares, conservada remodelada, o cambiada, guardando siempre un riguroso paralelismo con estado evolutivo de la enfermedad en el pie.

J. Sala Pich (Podólogo).

PAIS VASCO

Los pasados días 30 de septiembre y 1 de octubre, la Agrupación de Podólogos de España, Zona del País Vasco, programó unas charlas a desarrollar en el Hospital Navarra de Pamplona, bajo el siguiente programa:

Sábado día 30:

3,30. Saludo. Estado actual y proyección de la especialidad.
Condicionantes.
Ponente: D. Juan José Araolaza.

4,30. Anatomía funcional.
Ponente: D. Pedro M.ª Galardi.

5,30. Exploración podológica.
Técnicas. Sesión práctica.
Ponente: D. Sebastián Tenés.

7,00. Quiropodia práctica: Metódica.
Sesión práctica.
Ponente: D. Juan José Araolaza.

8,00. Cirugía Podológica.
a) Uñas.
b) Papilomas.
c) Pequeña cirugía ósea.
Películas.
Ponente: D. Pedro M.ª Galardi.

Domingo día 1:

10,00. Onicopatías.
Tratamiento papiloma por Bleomicina.
Ponente: D. Julio Crespo.

11,00. Descripción somera de alteraciones en la estructura del pie.
Tratamiento Ortopédico. Corrección y Materiales.
Sesión práctica.
Ponente: D. Juan José Araolaza.

12,30. Recuperación funcional.
Ponente: D. Julio Crespo.

El sábado día 30, y con bastante mal tiempo llegamos al Hospital Navarra, preguntamos en

qué salón se reunían los Podólogos y el Sr. Portero del Centro Hospitalario con una gran amabilidad nos indicó el lugar. A las 3,30 en punto, comenzó el saludo, colocándonos todos en mesa redonda, en un agradabilísimo ambiente de familia en el que no había ni que sabían más ni que sabían menos, solamente que unos compañeros hablarían de la forma que diariamente trabajaban en sus consultas; como ya indica el programa este saludo corrió a cargo del compañero Araolaza, el cual después dio una visión del estado actual de la especialidad, proyectándose una película, que para el caso nos habían enviado los compañeros de Barcelona.

Acto seguido, el compañero de Vizcaya, Galardi, habló brevemente sobre anatomía funcional, (haciendo un recordatorio de este tema). Después le tocó al compañero de Guipúzcoa, Tenés, el cual de una manera brillantísima, que sólo él sabe hacer, nos habló de la manera de hacer una exploración podológica que dividió en dos partes, una teórica y otra práctica en la que exploró a una niña, sobrina del compañero Sarasa.

Después de esto, habló otra vez el amigo Araolaza, sobre la quiropodia práctica: Metódica. No hace falta decir que este amigo guipuzcoano habla de una manera que todos lo entienden rápidamente por su claridad y concreción.

Después de esto, hubo un pequeño descanso, pasándonos a la cafetería del Centro hospitalario, donde se tomó un refresco para otra vez pasar a la gran sala en la que se celebraba el fin de semana podológico. Después de este descanso tomó la palabra Galardi al que le tocaba hablar de cirugía podológica, de uñas, papilomas, y para terminar habló de cirugía ósea tema en el que hubo muchas preguntas ya que los amigos y hermanos navarros estaban muy interesados, después de que habló pasó dos películas, que fueron realizadas para este fin de semana y cuyos títulos eran "Tratamiento quirúrgico del papiloma" y la otra "Tratamiento quirúrgico del heloma en el dorso del 5.º dedo". Y con esto terminó el sábado del fin de semana podológico en cuanto a la parte científica; despues de la cual casi todos los compañeros, escepto aquellos que por obligaciones no pudieron asistir, celebraron este acontecimiento con una cena que se dió en un típico restaurante de la capital pamplonica y cosa lógica en la cena se siguió hablando de podología.

El domingo día 1 de octubre, se adelantaron las conferencias a las 9 de la mañana, pues esa madrugada se atrasaban los relojes una hora.

En primer lugar habló el amigo Crespo, de Vitoria. Seguidamente tomó la palabra el amigo Araolaza que habló sobre las alteraciones de la estructura del pie y el tratamiento ortopédico de cada uno de los casos. Materiales, etc. etc., y para terminar este fin de semana podológico volvió a tomar la palabra el amigo Crespo, que habló largo y tendido sobre la recuperación funcional, de la manera que sólo él sabe.

Este fin de semana que nos pareció corto ha servido en primer lugar para conocernos los HERMANOS PODOLOGOS de Navarra, Alava, Guipúzcoa y Vizcaya y se nos ha abierto un camino para que poco a poco vayamos aunando nuestros criterios y estemos en continuo contacto.

AITZ

MAFRE
Instruments

FRESCO®

ORTOPEDIA-MATERIAL CLINICO

PRODUCTOS PARA PODOLOGIA

C. NAPOLES 148, bajos — TEL. 225 61 85 — 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

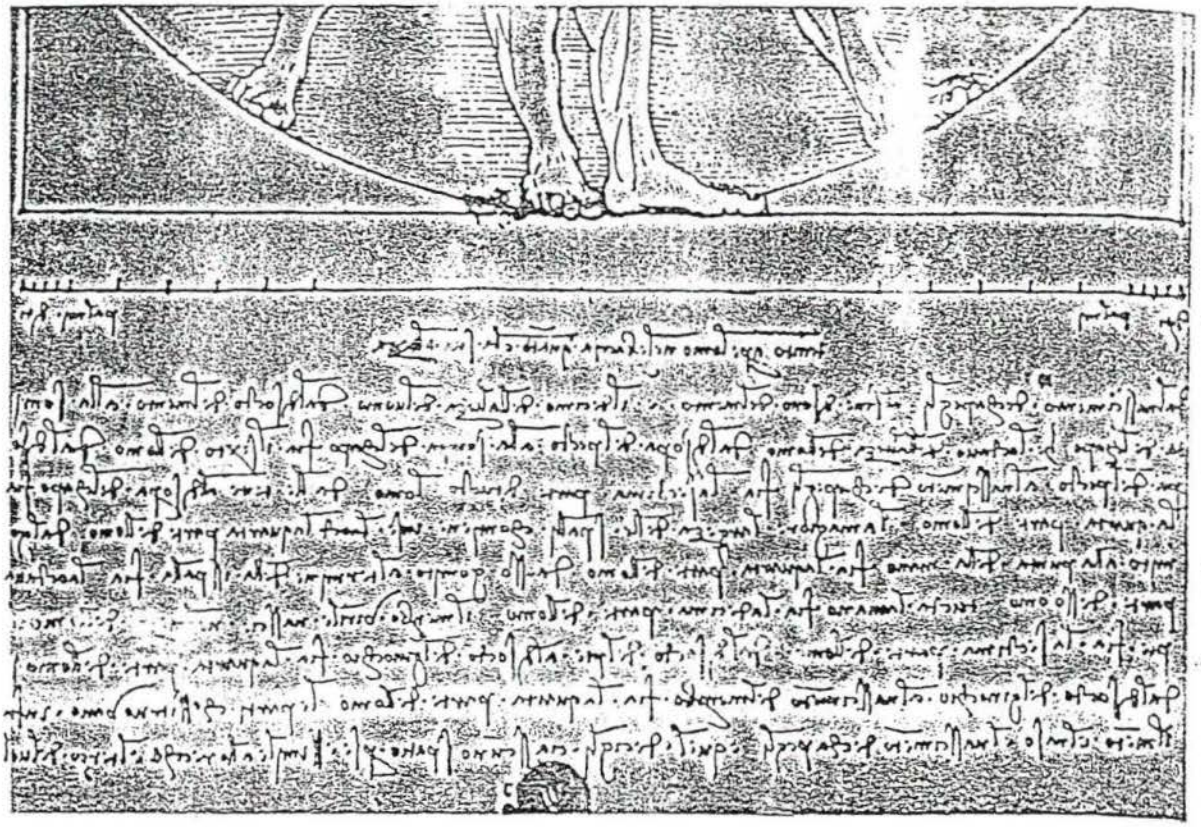
VIOLETA DE GENCIANA
ACIDO NITRICO
PERCLORURO FERRICO

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
PLANCHAS DE PLEXIDUR «O»
PLANCHAS DE PLEXIDUR «T»

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

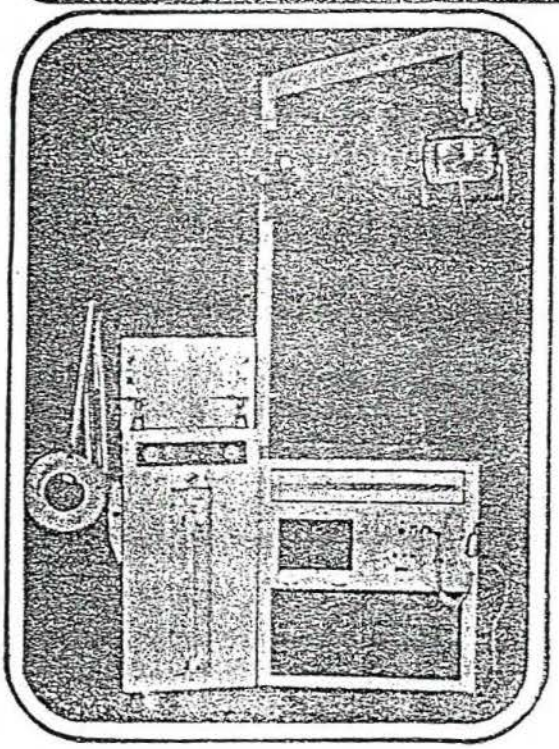


REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

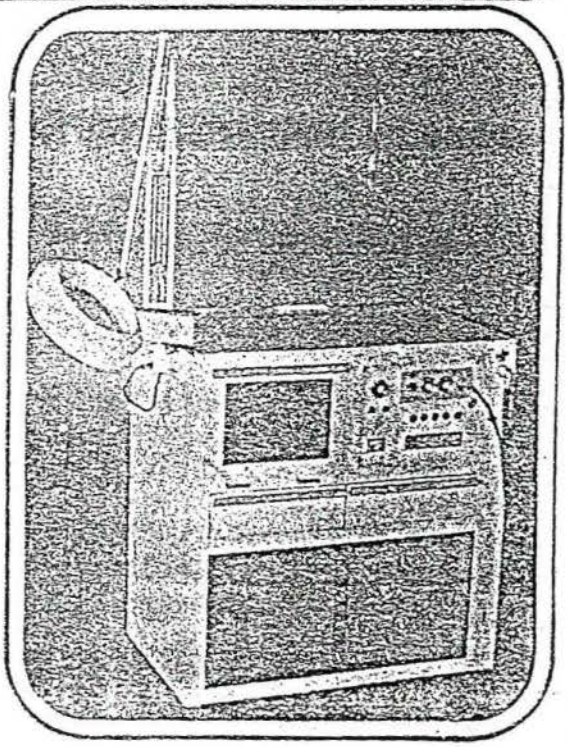
A.P.E. Marzo-Abril

n.° 68 1979

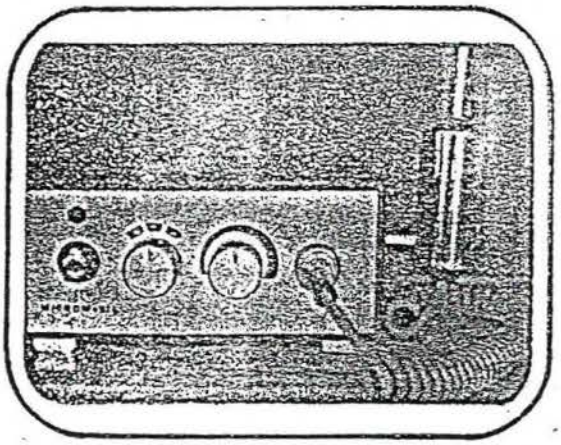
LE OFRECE NUEVOS EQUIPOS PARA SU CONSULTORIO



"SUPER NOVO"



"MINI S 78"



"MICROMOBIL"

Consul

Talleres CONSUL

PALLARS 65-71 TELEFONO 3002269 BARCELONA-18

REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

ORGANO DE LA AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

A. P. E.

Redacción:
Diputación, 118, 2.°, pral., 2.ª, Barcelona-15

Director:
Leonardo Escachs Clariana

Sub-director:
Pablo Vilató Ruiz

Redactor jefe:
Martín Rueda Sánchez
Avda. Caudillo, 68, bajos, 2.ª
Santa Coloma de Gramanet. Barcelona

Administrador:
Manuel Gavin Barceló
Rda. Guinardó, 23, 1.°, 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

3 Junta de Gobierno

5 Editorial

9 IX Congreso Internacional en Londres

19 El I.N.P. y los podólogos

21 Luxaciones y fracturas del pie

25 La Podología y el Deporte

35 Tratamiento de las queratosis por inyección

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 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 CATALUÑA

JUNTA DE GOBIERNO

Presidente Nacional	D. LEONARDO ESCACHS CLARIANA	Barcelona
Vice-Presidente 1.°	D. ZACARIAS GARCIA ANDRES	Madrid
Vice-Presidente 2.°	D. ISAIAS DEL MORAL CEJALVO	Valencia
Secretario General	D. JOSE A. CALVO GARCIA	Zaragoza
Vice-Secretario	D. FRANCISCO FARRERAS MORCILLO	Barcelona
Tesorero	D. MANUEL GAVIN BARCELO	Barcelona
Contador	D. LUIS AYCART VIJUESCA	Madrid
Vocal	D. JOSE OLCINA MORALES	Alicante
Vocal	D. JUAN VIDAN TORRES	Santiago de Compostela
Vocal	D. LUIS INCHAURRONDO	Irún
Vocal	D. JOSE M.ª BAEZ BASAURI	Bilbao
Vocal	D. FCO. MORAN VENTURA	Las Palmas G. Canaria
Vocal Nato	D. MARIANO RODRIGUEZ ESTEBAN	Madrid
Vocal Nato	D. EVARISTO RODRIGUEZ	Barcelona

DELEGADOS DE ZONA

D. Juan Vidán Torres. Preguntoiro, 10. SANTIAGO DE COMPOSTELA.
D. Isaías del Moral Roberto. Castellón, 8. VALENCIA-4.
D. Francisco Morán Ventura. Cabrera, 6. LAS PALMAS DE GRAN CANARIA.
D. Antonio Gutiérrez Velasco. Plaza de las Flores, Edificio Jazmín, 1.°. MALAGA.
D. Juan José Araolaza. Fermín Calbetón, 4. EIBAR.
D. José Sánchez Luna. Avda. Cataluña, 24. ZARAGOZA.
D. Evaristo Rodríguez Valverde. Córcega, 505. BARCELONA.

DELEGADOS PROVINCIALES

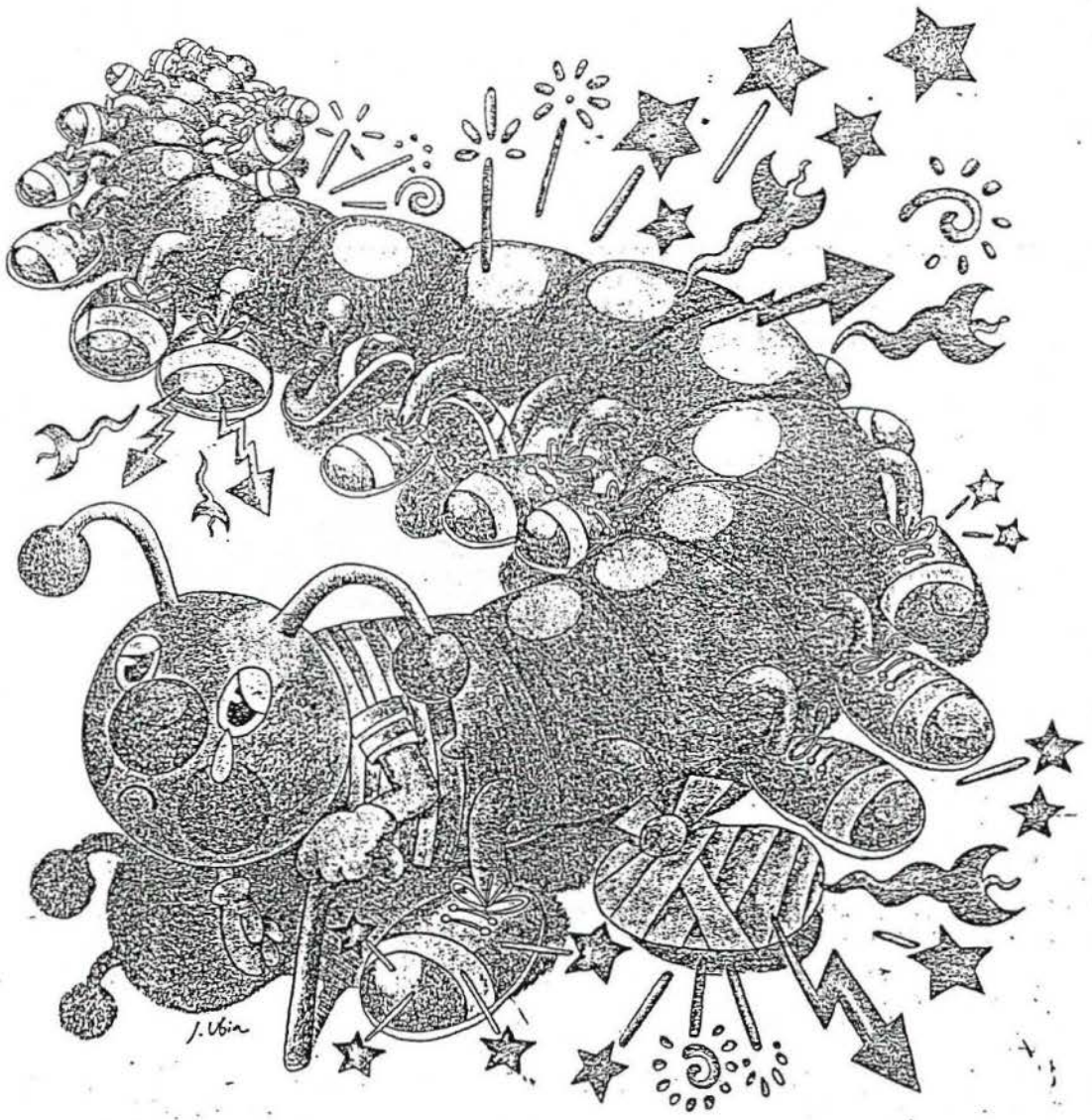
ALAVA: D. Julio Crespo.
ALBACETE: D. Luis Juan Navarro.
ALICANTE: D. José Ochoa Morales.
ALMERIA: D. Esteban de Haro.
ASTURIAS: D. José Luis Alonso Alvarez.
BADAJOZ: D. José Villafaina de la Cruz.
BARCELONA: D. Evaristo Rodríguez Valverde.
BILBAO: D. Pedro M.ª Galardi.
BURGOS: D. Elías Hernando Tamayo.
CACERES: D. Timoteo Fernández
CADIZ: D. Manuel Albalá 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.
HUESCA: Delegado de Zaragoza.
HUELVA: D. Jesús Tocino.
JAEN: Víctor Nieto Molina.
LA CORUÑA: D. Francisco de la Cruz.
LAS PALMAS: D. Francisco Morán Ventura.
LEON: D. Luis Pascua San Miguel.
LERIDA: D. Alfredo Puchol.
LOGROÑO: D. Vicente Alvarez.
LUGO: Sin Delegado Provincial.
MALAGA: D. José Godoy.
MADRID: D. Mariano Rodríguez Esteban.
MELILLA: D. Fernando Bosch Palós.
MURCIA: Sin Delegado Provincial.
ORENSE: D. Elisardo Bralo Rego.
PALMA DE MALLORCA: D. Juan B. Brines.
PAMPLONA: D. Javier Gallo.
PONTEVEDRA: Sin Delegado Provincial
SALAMANCA: D. Antonio Basas Encinas.
SAN SEBASTIAN: Sebastián Tenés Iturriza.
STA. CRUZ DE TENERIFE: D. Armenio Méndez.
SEGOVIA: D. Francisco García Rodríguez.
SEVILLA: José Cañero Ramos.
SORIA: Sin Delegado Provincial.
VALENCIA: D. Isaías del Moral Roberto
VALLADOLID: D. Alfonso Domínguez Milán.
ZAMORA: D. Narciso Miguel Barrios.
ZARAGOZA: D. José A. Calvo García.

cuando aprieta el dolor...

ALGESAL®

ESPUMA

POMADA



ALGESAL ESPUMA

Composición

Laurilsulfato de nopoxamina, 10 mg; Salicilato de dietilamina, 100 mg; Excipiente, c.s.p. 1 g de emulsión.

ALGESAL ACTIVADO

Composición

Salicilato de dietilamina, 10%; Nopoxamina (homomirtenil-oxi-dietilaminoetanol), 1%; Excipiente, c.s.p. 100 g.

Presentación y P.V.P.

Indicaciones

Terapia percutánea del dolor local, dolores reumáticos, articulares y musculares, torceduras, torticolis, lumbago y otros de parecida naturaleza.

Posología y modo de empleo

Apliquese varias veces al día una cantidad suficiente según la extensión de la zona dolorosa, practicando una

Efectos secundarios

Hasta el momento no se han observado.

Contraindicaciones

No se aplicará sobre heridas abiertas ni mucosas.

Incompatibilidades

Ninguna conocida.

KALIFARMA, S.A.

EDITORIAL

Las prescripciones ortopodológicas son sufragadas, en parte, por la Seguridad Social a los pacientes, previo cumplimiento por parte del asegurado de unos trámites considerados como requisitos necesarios para las prestaciones graciables. Sufragados en parte porque según parece, lo único que paga son las plantillas, pero no las ortosis, salvo en casos excepcionales, ya que éstas sólo las hacemos nosotros... ya hablaríamos si «otros» supieran hacerlas. O sea que el paciente que necesite de una prótesis u ortosis específica, de entrada lo tiene mal, a no ser que el Traumatólogo acceda a extenderle el P-10, cuando lo normal y lo lógico sería que lo extendiese aquél que esté facultado para ello por su titulación y por su dedicación exclusiva. De todas formas así están las cosas, y a juzgar por los hechos, es más importante el mandarle una férula para genu valgo, unas plantillas y unas botas de la marca «x» a un niño, quien en muchas ocasiones sólo tiene la alteración fisiológica propia de su edad, acentuada por la incidencia ambiental y el contorno socioeconómico donde se desenvuelve, que el prescribirle una ortosis a un trabajador que por causa de una alteración tan corriente como puede ser un heloma, cursa bajas en la empresa, rinde por debajo de sus posibilidades, y en muchas ocasiones hasta es intervenido, previas pruebas analíticas y demás por parte de la Seguridad Social, para después volver a cursar nuevamente baja, pero eso sí: con más razón. Y que conste que esto no es hipótesis, sino demostrable, y que con ello no pretendemos atacar a nadie, porque «quien hace lo que sabe»... Lo único que intento demostrar es sencillamente que resulta más barato para la empresa y para la Seguridad Social, y más práctico para el enfermo el visitar a un Podólogo.

Oímos decir por todas partes que la Seguridad Social «se hunde», que «está tocando fondo», pero la verdad, es que diciendo esto no se resuelve el problema, sino aportando soluciones efectivas y prácticas. Creo que si «se hunde» habrá que ponerle «flotadores» o controlar la «carga» o pensar en un segundo «Titanic», ya que a juzgar por las prisas que para buscar soluciones se están dando sus dirigentes, o el «agujero» es muy grande y abarca a «piezas fundamentales», o interesa que naufrague el barco para después hacer otro nuevo, pero eso sí, sin aprovechar las «piezas viejas», por aquello de «dime de dónde vienes»...

La cuestión es que somos Podólogos suficientes para cubrir las necesidades de los pies de los asegurados ahorrando mucho dinero a la Seguridad Social, pero se ve que hay «quien paga más», y la verdad es que nosotros

Podólogos:

Calzados Blasi les ofrece su establecimiento especializado en zapatos para señora y niño que precisen plantillas ortopédicas.
Siempre a su disposición con las mejores marcas.

MANITOS ORTHO

PIEDRO

Taberner

Blasi

Calzados Blasi
Mariano Cubí, 2 Tel. 218 54 9
Barcelona-6

sufrimos y no comprendemos y no comprendemos cómo es que «cuando las cosas no ANDAN bien», no se «consulta al podólogo teniendo además presente que para este profesional, la plantilla es una cosa más en su trabajo, y consecuentemente la aplica cuando es necesaria, no para «hacer caja» y cumplir a final de mes con unos porcentajes previamente pactados. Menos mal que no hay mal que dure cien años, y aunque el que nos ocupa sea «contagioso» y sin antídoto, no por ser de «etiología desconocida», sino porque hay muchas «cepas resistentes», esperamos no tarden en salir nuevas terapéuticas capaces de atajarlo de forma radical. Mientras tanto a los pobres pacientes se les irán «vendiendo» tantas plantillas, que daremos lugar a un nuevo «Hobby»: coleccionarlas, porque, señores, las hay para todos los gustos. A nosotros, creo que sencillamente el momento nos favorece, ya que no podemos olvidar que ganamos más de las plantillas que quitamos que de las que aplicamos.

M. R.

S&N

SMITH NEPHEW IBERICA, S. A.

INFANTA CARLOTA 61
Teléfono 250 79 25 – BARCELONA-15

Solicite por escrito La Edición Especial "TECNICAS GYPSONA"

Airstrip® Tensoplast
APOSITO PROTECTOR DE HERIDAS EN LOS PIES
IMPERMEABLE-TRANSPIRABLE-AUTOADHESIVO
ALMOHADILLADO - Medidas: 6 cm. x 9 cm.

Crepe S.N.®
VENDA ELASTICA SIN HILOS DE GOMA
100% algodón - Color crudo
Medidas: 5 cms. x 4 m. / 7 x 4 / 10 x 4 / 10 x 10

Gypsona®
VENDA DE YESO
UNICA CON GASA DE TEXTURA ENTRELAZADA
Medidas: 5 / 10 / 15 y 20 cms. x 2,70 m.

Melolin®
APOSITO ABSORBENTE Y NO ADHERENTE A LAS HERIDAS - ESTERIL
Medidas: 5 cm. x 5 cm. / 10 x 10 / 10 x 20

NYLEX® Tubinylex
VENDA DE PAPEL CREPADO — PARA APLICAR ANTES DEL ENYESADO
VENDAJE TUBULAR EXTENSIBLE

Op-Site®
VENDAJE DE HERIDAS - Medida: 14 cm. x 10 cm.
HERIDAS - CIRUGIA MENOR - QUEMADURAS
AUTOADHESIVO-IMPERMEABLE- TRANSPIRABLE
TRANSPARENTE - ELASTICO

Retelast®
MALLA ELASTICA
IDEAL PARA SUJETAR APOSITOS EN LOS DEDOS Y PLANTA DEL PIE n.º 0 - 1

Stuca®
VENDA DE YESO PARA MOLDES
Medidas: 5 / 10 / 15 y 20 cms. x 3 m.

Tensocrepe®
VENDA ELASTICA, NO ADHESIVA - POROSA.
Color carne
Medidas: 5 / 7,5 y 10 cms. x 4,5 m.

Tensoplast®
venda elástica
VENDA ELASTICA, ADHESIVA - POROSA.
Medidas: 5 / 7,5 y 10 cms. x 2,70 m.

Tensoplast
TEJIDO ELASTICO ADHESIVO PARA PROTECCION DE HERIDAS Y ROZADURAS

IX Congreso Internacional de Podología

Londres, 14-17 Septiembre 1979

Organizado por la Society of Chiropodists

PROGRAMA DE PONENCIAS PROPUESTO

rnes, 14 de septiembre de 1979.
ñana:
Ceremonia Inaugural.

de:
Conferencia: Afecciones dolorosas del tobillo u tratamiento, Dr. J. Bates (EE.UU.).
Ponencias: El dolor y su tratamiento quiro-dico, Sr. R. Devitt (Irlanda); El dolor de ori- psicogénico con manifestaciones podológicas, W. Schnock (Australia); Alivio de síndromas orosos, Dr. S. Freelan (Canadá). Debate.

ado, 15 de septiembre de 1979.
ñana:
Ponencias: Desórdenes digitales, Sr. R. Van h (Bélgica); Hallux Valgus, Sra. G. Demoulin lgica); El pie reumático y su tratamiento opódico, Sr. P. Arendt (Alemania).
Conferencia: El pie Valgus, Sr. J. Nicolas y H. Le Guillanton (Francia). Debate.

de:
Ponencias: Técnicas de analgesia local, Dr. H. A. Sitkoff (EE.UU.); Aplicaciones ortodigitales, Dr. L. Hynes (EE.UU.).
Conferencia: Resección de la matriz ungueal de los dijitos del pie, Profesor J. Alonso (España). Debate.

Domingo, 16 de septiembre de 1979.
Mañana:
Ponencias: El tratamiento podológico de la radiodermatitis tras irradiación de enfermedades benignas, Sr. G. Zanetti (Italia); Condiciones dolorosas relacionadas con los callos, Sr. C. Van Platerigen (Nueva Zelanda); Medicación externa como parte del tratamiento quiropódico, Sra. Iliukkonen (Finlandia).
Conferencia: Tratamiento de úlceras diabéticas de carácter neuropático, Sra. K. Larsen (Dinamarca). Debate.

Tarde:
Ponencias: Artritis, Sra. H. Price (Reino Unido); El pie del paciente artrítico anciano, Sra. J. Th. Idema Van Beek (Países Bajos).
Conferencia: Artropatías—El papel del quirópodo, Sr. L. A. Smidt (Reino Unido). Debate.

ROGRAMA COMPLETO DE ACTIVIDADES SOCIALES

INFORMACION GENERAL

LOCAL DE LA CONFERENCIA
Todas las reuniones tendrán lugar en el en Elisabeth Hall, que forma parte del con- o de edificios conocido con el nombre de al Festival Hall, situado en el centro de dres, en la margen meridional del Támesis.

INTERPRETACION
Se proporcionará interpretación simultánea alemán, francés, español, italiano e inglés.

3 ALMUERZOS

Dado que son muy pocos los restaurantes próximos al local de la conferencia que puedan atender a gran número de delegados, se servirá todos los días una comida para los delegados en el Royal Festival Hall. Como el servicio de restaurante precisa saber de antemano el número exacto de delegados con que puede contar, se ruega hacer la indicación oportuna en el formulario de inscripción.

4 TRANSPORTE

Se proporcionará un servicio de autocares especiales que todas las mañanas a la hora que se convenga, saldrán de los hoteles y residencias donde los organizadores hayan reservado habitaciones. Después de las reuniones de la tarde los delegados podrán regresar a los hoteles y residencias en dichos autocares. Este servicio está comprendido en la cuota de inscripción.

A los participantes que deseen trasladarse al Queen Elisabeth Hall por sus propios medios se les indica que la estación del metropolitano más próxima es la de "Waterloo" (líneas de Bakerloo y Northern).

5 INSCRIPCION DE PARTICIPANTES

Se efectuará la inscripción en el vestíbulo del Queen Elisabeth Hall el *viernes* por la mañana de las 9 a las 10,45 horas. Los participantes podrán entonces recoger sus carpetas de documentos y tarjetas de identificación. En las carpetas encontrarán también las tarjetas para asistir a los banquetes y demás actos sociales para los que los participantes se hayan inscrito previamente.

6 CERTIFICADOS DE ASISTENCIA

A los participantes que lo soliciten se les facilitarán certificados de asistencia.

7 SEGUROS

En la cuota de inscripción los organizadores han incluído un seguro para los delegados. Dicho seguro se aplica a los cinco riesgos siguientes:

1) Compensación por accidente
2) Gastos médicos y de viaje en circunstancias de emergencia
3) Efectos personales
4) Devolución de cantidades no reembolsables por concepto de viaje, alojamiento, anticipos y gastos en los casos de anulación por motivo de huelgas, asistencia a tribunales, accidente o enfermedad (incluídos los familiares más allegados).
5) Responsabilidad ante terceros

Con sujeción a las condiciones generales de la póliza (disponible en inglés si la solicitan).

8 VIAJES

Las agencias reconocidas, enumeradas en este folleto, ofrecen a los participantes precios globales muy ventajosos que incluyen hotel y viaje.

Estas tarifas especiales para Londres sólo pueden concederse si la reserva se hace por intermedio de la agencia oficial de su país.

Estas agencias están también a disposición de los participantes para organizar cualquier viaje que deseen efectuar inmediatamente antes o después del congreso.

9 RESERVAS DE HOTEL

Los organizadores han hecho reservas en bloque en diversos hoteles de diferentes categorías, así como en residencias de estudiantes universitarios.

Sólo pueden reservarse habitaciones para aquellos delegados y acompañantes que se hayan inscrito plenamente y que estén dispuestos a alojarse en dichos hoteles y residencias.

a) en cuanto al *alojamiento en hotel*, los precios cotizados corresponden a estancias de 3, 4 ó 5 noches en hoteles de la categoría que se haya elegido previamente, estando comprendido el desayuno, el servicio e impuestos del 8%. Todas las habitaciones tienen baño o ducha.

b) en las *residencias de estudiantes* hay baños o duchas en todos los pisos. Dichos centros no cuentan con habitaciones dobles.

En ambos casos los precios cotizados corresponden a tarifas especiales de conferencia y en su mayoría representan una rebaja respecto de las tarifas que regirán en 1979.

10 PAGO DEL ALOJAMIENTO

Los participantes pueden acogerse a las modalidades siguientes:

i) hacer una reserva preliminar por intermedio de cualquiera de los agentes de viajes oficialmente designados que constan en la lista de este folleto. La Secretaría de la Conferencia confirmará esta reserva, indicando el hotel de que se trate, y la correspondiente factura será remitida al participante por la agencia de viajes local, expresándose las cantidades en la moneda del país en los casos en que así se prefiera. Seguidamente, la agencia de viajes local enviará al participante un vale de hotel en el que figurarán las fechas de llegada y partida y el tipo de habitación que haya sido abonado; o

ii) reservar directamente mediante el formulario de inscripción adjunto, en cuyo caso deberá enviarse al 9º Congreso Internacional de Podología un depósito de *£20 por persona* junto con la cuota de inscripción. La Secretaría de la Conferencia confirmará la reserva indicando el nombre del hotel y Spectra Ltd. (Londres), enviará una factura. Una vez que dicha empresa haya recibido el cheque del participante por el importe total, remitirá a éste un vale en el que constarán las fechas de llegada y partida y el tipo de habitación que se haya reservado.

Ténganse presentes las indicaciones del párrafo 13 relativas a ANULACIONES.

NO LO MANTENGA EN DIFICIL
EQUILIBRIO
Mendivil
LE AYUDARA,
A DARLE LA CONFIANZA Y
SEGURIDAD QUE NECESITA.
Orto-Mendivil s.l.
ZADO CORRECTOR
PARA PLANTILLAS ESPECIALES...

11 CUOTAS DE INSCRIPCION

En la cuota de inscripción abonada por el participante están comprendidos la asistencia a todas las reuniones de carácter profesional, los servicios de interpretación, los desplazamientos en autocar, la entrada a la exposición comercial, así como el café que se servirá a media mañana y el té de la tarde. Los participantes inscritos están igualmente invitados a la Recepción de Bienvenida que tendrá lugar el jueves 13 de septiembre por la noche (se enviarán los detalles oportunos al acusar recibo de la inscripción).

Solicitudes de inscripción recibidas antes del 30 de junio de 1979

	£60	
8% de impuestos°	4,80	Total £64,80

Solicitudes de inscripción recibidas a partir del 1 de julio, 1979

	£70	
8% de impuestos°	5,60	Total £75,60

12 ACOMPAÑANTES

Los acompañantes inscritos estarán invitados a la Recepción de Bienvenida. En el Queen Elisabeth Hall se dispondrá una mesa de recepción para facilitar información a los acompañantes en lo que respecta a compras y espectáculos. En páginas siguientes el lector encontrará un programa completo de actividades especiales destinadas a los acompañantes. Las reservas de hotel se harán sólo para los acompañantes que se hayan inscrito.

acompañantes	£25	
8% de impuestos°	2	Total £27

13 ANULACIONES

Para toda anulación que reciba la Secretaría *con anterioridad* al 1 de septiembre de 1979, las cuotas se devolverán después de efectuada una deducción del 20% que se destina a cubrir gastos administrativos.

Lamentamos anunciar que *con posterioridad al 1 de septiembre de 1979*, no será posible la devolución de ninguna cantidad abonada en concepto de inscripción o para participar en viajes y banquetes, ni tampoco podrán hacerse reembolsos con cargo a fondos de la Conferencia.

Véase lo expuesto en el párrafo 7 en relación a seguros, ya que en determinadas circunstancias la compañía de seguros podrá reembolsar en su totalidad o en parte las cuotas y gastos abonados.

°La cuota total incluye unos impuestos que en la fecha de impresión del presente folleto son del 8%, aunque, de producirse una modificación en la tasa aplicable, la cuota de inscripción tendrá que modificarse en consecuencia.

Las reservas de hotel que se anulen *con anterioridad al 1 de agosto de 1979* serán objeto de reembolso previa deducción de £20 por persona.

Las anulaciones de reservas de hotel que se reciban *con posterioridad al 1 de agosto de 1979* serán objeto de reembolso previa deducción de £40 por persona.

14 MODALIDADES DE PAGO

Caben dos modalidades:

1) Se puede pedir al banco que emita un cheque en *libras esterlinas* por la totalidad de la cuantía que figure en el formulario de inscripción, con inclusión de las cantidades correspondientes a actividades sociales, viajes o excursiones. En los casos en que la reserva de hotel no se haya efectuado por intermedio de un agente de viajes oficial, se ruega incluir también en dicho cheque el depósito mencionado en el numeral ii) del párrafo 10; o bien,

2) Transferencia bancaria de la cuantía total consignada en el formulario de incripción, en *libras esterlinas* y a favor de:
9th International Congress of Podology
A/c No: 90681741 Barclays Bank Ltd. 9 Rusell Square LONDON WC1B 5EJ

NOTA: Se ruega indicar en el formulario de inscripción los detalles relativos a la transferencia bancaria a fin de que la Secretaría de la Conferencia pueda identificar las cantidades de que se trate y hacer el correspondiente asiento a favor del participante.

Para los pagos a relativos al alojamiento en hotel, sírvanse atenerse a lo indicado en el párrafo 10.

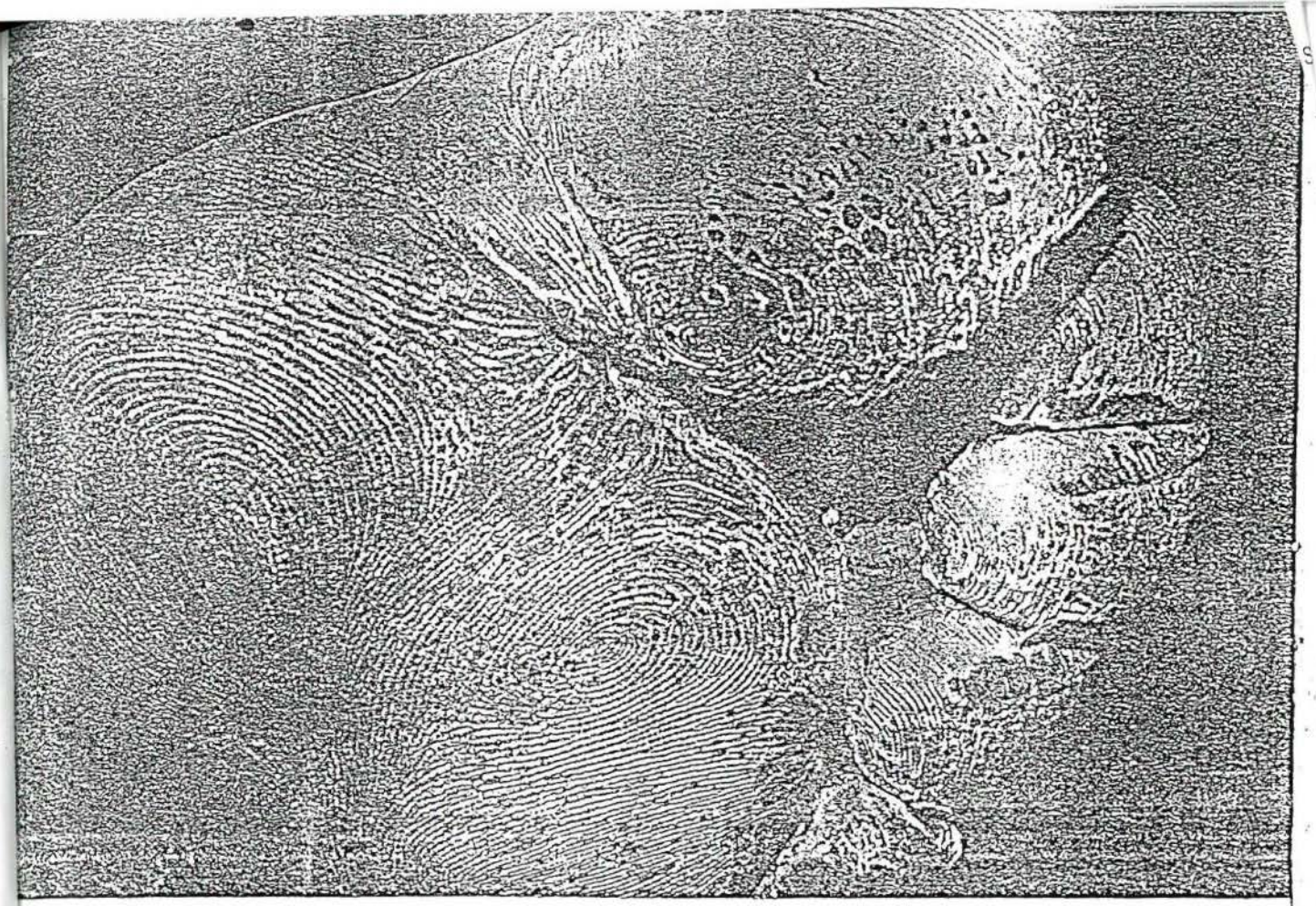
PROGRAMA SOCIAL

Jueves, 13 de septiembre

Se ofrecerá una Recepción de Bienvenida a la que están invitados todos los participantes y acompañantes incritos. Los detalles serán remitidos a los interesados junto con el acuse de recibo de la inscripción.

Viernes, 14 de septiembre

Se ha organizado para esta velada un banquete en el histórico "Guildhall" de la City de Londres. Como el número de plazas es limitado, se ruega a los participantes que indiquen su intención de asistir en el formulario de inscripción. Las plazas se asignarán a medida que se vayan recibiendo las solicitudes (*el precio es de* £25 *que incluye aperitivo, bebidas y licores*).



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
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.
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 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.

pharma consult

Avda. Generalísimo Franco, 520
Barcelona-11

ISDIN

Sábado, 15 de septiembre

Tarde libre. Las azafatas del servicio de información del Queen Elisabeth Hall tendrán sumo gusto en hacer las reservas oportunas para cenas, asistencia al teatro, conciertos, etc., a fin de que los participantes puedan disfrutar de su tiempo libre en Londres con arreglo a sus preferencias.

Domingo, 16 de septiembre

Se ha proyectado una velada con baile, espectáculo, cena-bufet y bebidas en el pintoresco Commonwealth Institute. Hay plazas suficientes para todos los participantes y acompañantes. Indíquese en el formulario de inscripción si se desea tomar parte en esta velada (el precio es de £20 sin incluir las bebidas).

LUNES 17 DE SEPTIEMBRE

EXCURSIONES PARA TODOS LOS PARTICIPANTES Y ACOMPAÑANTES

En este lunes en que no se han programado reuniones de tipo profesional, se ofrecen dos excursiones, esperando que todos se sumen a ellas y sean de su agrado.

CASTILLO DE CHILHAM

Se ofrecerá un almuerzo para 700 personas en los hermosos jardines que circundan este edificio del siglo XVII ubicado en un pintoresco pueblo inglés. Con este interesante trasfondo se ofrecerá un espectáculo medieval de torneos, juglares, malabaristas y cetrería (el precio es de £30 incluido el almuerzo).

GOODWOOD

En esta excursión sólo podrán participar 200 personas. Consistirá en una visita por la mañana a Goodwood House, residencia de fines de siglo XVIII en la que pueden admirarse cuadros y mobiliario de época. La visita estará complementada por un almuerzo en este bello marco. El hipódromo de Goodwood es famoso en la Gran Bretaña y los aficionados a la hípica tendrán ocasiones sobradas de pasar una tarde interesante (el precio es de £25 incluido el almuerzo).

Se ha previsto que los participantes estén de vuelta en Londres entre las 18,30 y las 19 horas. De inscribirse en una de estas excursiones, se les aconseja que retengan su habitación de hotel para la noche del lunes 17 de septiembre.

SE RUEGA A LOS PARTICIPANTES QUE SE INSCRIBAN EN ESTAS EXCURSIONES MEDIANTE EL FORMULARIO ESPECIAL DISPUESTO PARA ESTE FIN.

Programa del viaje en autocar, organizado como en años anteriores, por la firma Peusek, quien sufraga la cantidad de 8.938'— ptas., importe del autocar con guía, tal como ya hizo en los congresos anteriores a Salzburgo y a La Haya.

VIAJE EN AUTOCAR A INGLATERRA

ITINERARIO DE IDA:

4 Septiembre.— BARCELONA, Salida; CARCASSONE, Almuerzo; MONTAUBAN, Cena y Alojamiento.

5 Septiembre.— MONTAUBAN, Desayuno; LIMOGES, Almuerzo; ORLEANS, Cena y Alojamiento.

6 Septiembre.— ORLEANS, Desayuno; DIEPPE, NEWHAVEN, Travesía en Barco (No comprende Almuerzo); LONDRES, Llegada.

TOUR POR ESCOCIA:

7 Septiembre.— LONDRES, Salida; LINCOLN, Almuerzo; YORK, Cena y Alojamiento.

8 Septiembre.— YORK, Desayuno; DURHAM, Almuerzo; EDIMBURGO, Cena y Alojamiento.

9 Septiembre.— EDIMBURGO, Media Pensión.

10 Septiembre.— EDIMBURGO, Desayuno; CARLISLE, Almuerzo; LIVERPOOL, Cena y Alojamiento.

11 Septiembre.— LIVERPOOL, Desayuno; STRADFORT, Almuerzo; LONDRES, Llegada.

ESTANCIA CONGRESO:

12 Septiembre, al 15 Septiembre.— LONDRES, Alojamiento y Desayuno (No comprende Almuerzo ni Cena).

ITINERARIO DE REGRESO:

16 Septiembre.— LONDRES, Salida; RAMSGATE, CALAIS, Travesía en Barco (No comprende Almuerzo); PARIS, Alojamiento.

17 Septiembre.— PARIS, Desayuno; ROUVRAY, Almuerzo; ROCHEMAURE, Cena y Alojamiento.

Fitex-E

Onico-Fitex

Tratamiento local específico de las dermatomicosis y micosis de uña respectivamente

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.
224,— 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.

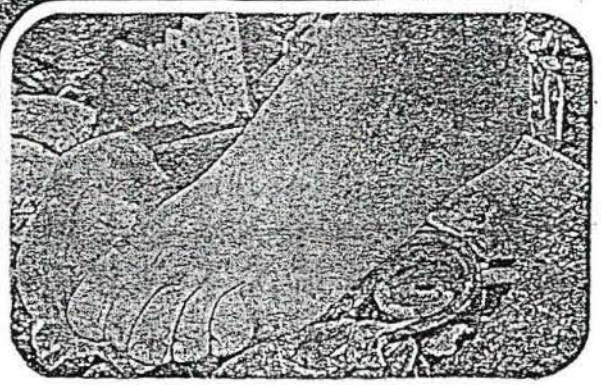
Contraindicaciones
Dermatitis bacteriana.

Incompatibilidades
No se conocen.

Efectos secundarios
No se conocen.

Presentación
Frasco de 30 ml.

P.V.P.
118,— ptas.



INFAR NATTERMANN

Apartado 400 – Zaragoza · Infanta Carlota, 64-68 · Barcelona-15

18 Septiembre.— ROCHEMAURE. Desayuno: NARBONNE. Almuerzo: BARCELONA. Llegada y FIN DEL VIAJE.

PRECIOS:

Autocar con Guía: por persona: 8.938 ptas.

Hotel en Londres (del 12 al 15 Septiembre): por persona: 7.820 ptas.

Estancias Tour ESCOCIA. Itinerarios de Ida y de Regreso, así como billetes de Barco, para la travesía marítima: por persona: 39.564 ptas.

Total por persona: 56.322 ptas.

DEDUCCION:

Se le descontará a cada profesional PODOLOGO, el importe del Autocar con Guía, o sea 8.938, pesetas, por lo que únicamente deberá abonar 47.384 ptas. como Total.

ESTOS PRECIOS INCLUYEN:

HOTELES DE 1.ª CLASE, en Habitaciones Dobles con Baño. SERVICIOS DE COMIDAS que se indican. PASAJES DE BARCO, de ida y vuelta. PERSONA ACOMPAÑANTE, que se ocupará de la buena marcha del viaje.

NO INCLUYEN:

Extras en hoteles, tales como lavado y planchado de ropa, bebidas, llamadas telefónicas, etc., y en general, cualquier servicio no especificado en el presente itinerario.

NOTA.—

Precios según tarifas vigentes en fecha de Enero de 1979.

FORMA DE PAGO E INSCRIPCIONES.—

Dentro de breves fechas, recibirán nuevas noticias al respecto a través de la Agencia de Viajes "ECUADOR", S.A.

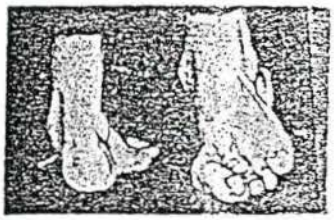
Dicha Agencia, les detallará las condiciones de pago, que pueden incluir también los importes de la Carta de Congresista y la de Acompañantes.

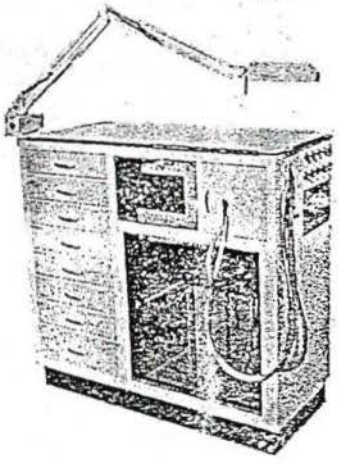
Los interesados en inscribirse recibirán un ejemplar original del Programa de Inscripción e Información del IX CONGRESO INTERNACIONAL DE PODOLOGIA.

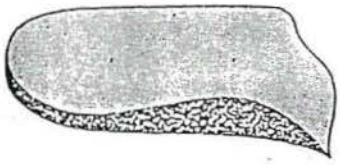
LUGA

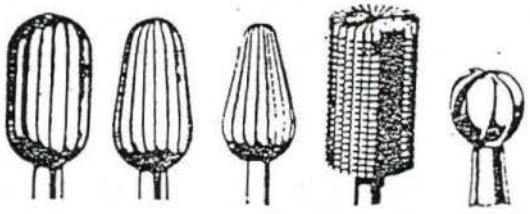
CLARA DEL REY, 47. MADRID-2. TELEF. 416 84 45

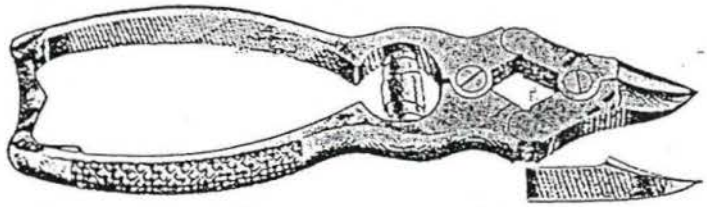
LA CASA DEL PODOLOGO











SILICONAS

Silone, Sta-Seal, Impresil, Caf 3, Silafem, etc.

PLANTILLAS

Plexidur, moldeadas y sin moldear, duroaluminio, corcho y latex, cuero, corcho vulcanizado, de detorsión para valgo, etc.

MATERIAS PRIMAS

Tubifoam, fieltros, latex, plexidur, degaplast, goma, salpa, espuma H. B., Cuñas, Bóvedas, Arcos, en corcho y goma, etc.

ORTOPEDIA

Férulas Denis Browne, botitas férulas, Hallux Valgus nocturnos, separadores, etc.

INSTRUMENTAL

Mangos y hojas de bisturís, tijeras, alicates, gubias, etc. Nacionales e Importados.

ACCESORIOS PODOLOGICOS

Equipos, sillones, tornos, fresas, esterilizadores, soportes de frascos y fresas, podómetros, podoscópios, electro bisturies, mecheros eléctricos, goniómetros, etc.

Estamos añadiendo nuevos articulos constantemente a nuestro catálogo.

Solicite cualquier información adicional que considere necesaria.

Atenderle será para nosotros motivo de satisfacción.

LUGA

LA CASA DEL PODOLOGO

El I.N.P. y los podólogos

En fecha 20-III-79 una extraña orden ha sido cursada desde el I.N.P. a los servicios médicos de ambulatorios de zona de la Seguridad Social mediante la cual todas las prescripciones de plantillas por los especialistas en Traumatología irán dirigidas a las farmacias en una receta ordinaria como si se tratase de un específico cualquiera.

Ignoro los fundamentos en que se ha basado dicha orden, que como tantas otras cosas atenta directamente contra la salud, en este caso del pie, del asegurado, quien sin ser visitado como debiera en el despacho médico del Ambulatorio (en muchas ocasiones más de ochenta visitas en una hora) es dirigido a una farmacia donde, muchas veces el mancebo, le va a "colocar" unas plantillas standard, es decir, fabricadas en serie, confeccionadas todas con la misma forma, sin tener en cuenta que nunca hay dos pies iguales ni con el mismo grado de alteración.

Esto es grave tanto en el adulto, repercutiendo en el rendimiento laboral del individuo, como en el niño en crecimiento, en el que una plantilla mal adaptada va a provocar a corto plazo importantes alteraciones óseas condenando ya al infante a sufrir serias afecciones y convirtiéndolo en un artrósico en potencia, habida cuenta de que el pie recibe en mala posición todas las presiones y el peso del cuerpo humano.

Y mientras tanto vamos arrastrando el slogan de "mejor prevenir que curar". Creo que por este mecanismo también tendremos que ir a buscar las gafas ya hechas a una tienda sin tener en cuenta las dioptrías ni la afección del ojo.

Todo esto me induce a pensar que el señor de quien surgió tan brillante idea debe tener unos pies privilegiados, y sus hijos, si los tiene y usan plantillas, también irán a buscarlas a la farmacia. Si no es así, la Ley no es igual para todos, ni la medicina justa y equitativa, y no comprendo como el INP puede ignorar la existencia de unos señores profesionales Podólogos cuya área de actuación es precisamente el pie y para lo cual están legalmente facultados por su titulación académica, a no ser que eso de los títulos sea un "camelo" y todos podamos hacer de médicos, vender medicamentos, firmar proyectos de obras o aplicar la Ley según nos plazca.

MARTIN RUEDA
Podólogo. - Barcelona

tome medidas para sus pies con

Peusek®

desudorante y desodorante

un baño mantiene su eficacia 3 meses

dos productos
para dos problemas que son dos soluciones

ARCANDOL SPRAY

para pies ardientes,
cansados, doloridos.

su aplicación alivia de inmediato

Productos Peusek

Avda. Infanta Carlota, 19-21 * Telf. (93) 239 83 34 * Barcelona-29

consulte a su podólogo, venta en farmacias

Luxaciones y fracturas del pie (V y último)

Por *FERNANDO MUÑOZ CAMPOS*
Podólogo - Málaga

Fracturas del Astrágalo, Calcáneo Metatarsianos y Falanges.

Fracturas del Astrágalo

Las estadísticas reúnen muy pocos casos por no ser frecuentes las fracturas del astrágalo. Sólo en accidentes muy violentos, el hueso puede quedar dividido en dos partes laterales, otras veces, el cuello queda desprendido del cuerpo del hueso, y en otras circunstancias, puede existir un verdadero aplastamiento. Sin embargo, hay que tener presente que este tipo de fractura rara vez se encuentra aislada. Casi siempre se trata de una luxación del astrágalo complicada con herida que en ocasiones involucra fracturas de tibia y peroné.

Fracturas del Calcáneo

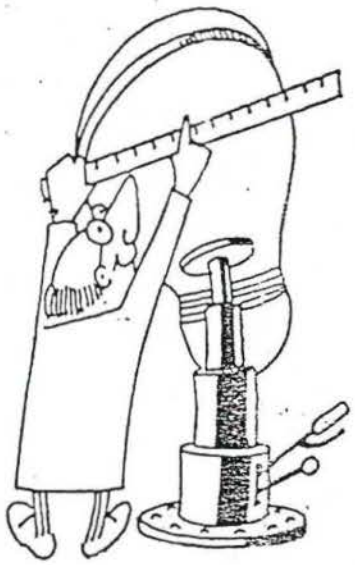
Según el mecanismo de producción existen dos variedades de fracturas del calcáneo. 1.° las fracturas por arrancamiento; 2.° las fracturas por aplastamiento.

a) *Fracturas por arrancamiento.* — En general estos traumatismos son el resultado de una caída sobre la planta del pie; la parte posterior del calcáneo, es atraída hacia arriba por el tendón de Aquiles, mientras que el cuerpo del hueso, es empujado hacia abajo por el peso del cuerpo; estas dos fuerzas antogónicas parecen tener por efecto la rotura vertical del hueso, y el fragmento posterior se remonta por detrás arrastrado por el tendón.

Esta lesión reconoce, al parecer, la siguiente sintomatología: imposibilidad de los movimientos, dolor vivo en la parte posterior del talón, pie en flexión y movilidad con tendencia hacia arriba del fragmento posterior. El tratamiento de esta variedad, resulta difícil debido a la separación de los fragmentos y entonces el cirujano tiene que concebir la idea de un tratamiento adecuado a este caso.

Junto a estas fracturas por arrancamiento, recordemos, asimismo, el arrancamiento de la cresta externa del calcáneo por el ligamento peroneo-calcáneo en la torcedura por adducción.

b) *Fracturas por aplastamiento.* — La mayoría de estos traumatismos tienen por causa la caída desde un lugar elevado; las variedades de estas fracturas son muy numerosas y cuyas descripciones resulta harto difícil, ya que a la lesión inicial más común, que parece ser la de una fractura vertical ántero-posterior, se observan innumerables fisuras radiadas. Pero en general, el diámetro transversal del calcáneo está aumentado y el diámetro vertical disminuido y donde más se observa el efecto causal, es a nivel de la apófisis mayor.



PIEDRO

OFRECE AL PODOLOGO:

cuatro distintos anchos
cuatro tipos distintos de suela

- 100 % cuero crupón marca-royal
- palmilla entresuela cuero y bloque de composición controlada
- íd., íd., íd. y crepé superior virgen
- 100 % cuero crupón reforzado

tres tipos distintos de tacón (recto, estilo Thomas y recto con estabilización central)

dos tipos de hormas (normal y recta)

ochenta distintos modelos y siempre:

Máxima sujeción de empeine y retropié
Espacio para el movimiento de dedos
Máxima calidad de materiales
Espacio para el crecimiento
Máxima indeformabilidad

PIEDRO INTERNATIONAL
En España

J. L. Vila-Plana
Conde Borrell, 211 - prta. 33
teléfono 93/239 53 06
Barcelona-29
telegramas: KIRITA-Barcelona
exposición: Conde Borrell, 87
(rogamos hagan cita)

PIEDRO

Es digno citar un caso aislado en que la apófisis menor resultó fracturada debido a una caída hallándose el pie en valgo.

Sintomatología

Los síntomas que más llaman la atención son: dolor vivo en todo el talón, la hinchazón y el derrame intersticial sanguíneo sobrevienen rápidamente, el engrosamiento del calcáneo, el aplanamiento de la bóveda del pie, el descenso de los maléolos y la desviación del pie en valgo. Sin embargo, no siempre es fácil afirmar la existencia de fractura, y seguramente, es ésta una de las razones de la relativa rareza de las desviaciones del calcáneo. La mayoría de los traumatólogos encontraron algunos de estos casos oscuros, por lo cual, el diagnóstico resulta dubitativo sobre si se trata de una contusión, una torcedura o una fractura.

Es recomendable la exploración del pie visto por detrás o mejor estando el paciente arrodillado, presentando las plantas de los pies. En esta posición se ven mejor las desviaciones, se nota la desaparición de la pantorrilla, la ausencia del relieve del tendón de Aquiles y las de los surcos retro-maleolares. Actualmente, una exploración complementaria sería la de un fotopódograma que demostraría con gran claridad el ensanchamiento del calcáneo y el aplastamiento de la bóveda plantar. Generalmente, esta fractura es concomitante con otros trastornos graves del pie; torceduras, diástasis, luxaciones e incluso puede presentar síntomas cerebrales.

Las fracturas por aplastamiento dejan tras de sí serios trastornos funcionales; los movimientos del pie resultan disminuidos; las articulaciones subastragalinas anquilosadas, anula los movimientos de lateralidad y el aplastamiento de la bóveda modifica las condiciones de la estática.

Tratamiento

Se recomienda la inmovilización del pie en una gotiera durante cierto lapso de tiempo, después se le permitirá al enfermo levantarse y andar con muletas o bastón. Una vez abandonada la inmovilización, se irá recuperando lentamente mediante tratamiento quinesiterápico que restablezca el movimiento de las articulaciones y combata las rigideces.

Por considerarlo de sumo interés podológico, permítaseme un inciso para hacer resaltar que en un trabajo titulado "Consideraciones sobre el pie plano" publicado en el n.º 37 de la "REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA" y cuyos autores son los señores J. M.ª Basora y J. M. Arandes, al hacer mención de la forma clínica del pie plano traumático, extraemos textualmente el siguiente párrafo: "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".

Fracturas de los Metatarsianos

Estas fracturas tienen por causa la caída de un cuerpo pesado sobre los pies; las luxaciones laterales del metatarso, suelen acompañarse de la fractura de la cabeza del segundo metatarsiano. Por orden de frecuencia, el primero y el quinto metatarsiano ocupan lugar preferente. Por lo demás, pueden encontrarse todas las variedades de fractura: diafisiaria, epifisiaria, simple, conminuta, a pico de flauta, con o sin herida.

Aunque la fractura por sobrecarga de algún metatarsiano se denomina igualmente fractura de marcha, no creo que tenga la misma significación. Más bien hay que pensar que son dos factores complementarios en la misma incidencia causal. Un individuo sometido a una larga caminata, sólo sufrirá de un cansancio general del pie, en cambio si dicho individuo lleva consigo elementos pesados en ese largo caminar, sobrevendrá la fatiga muscular, la contractura muscular de la región y por consiguiente la fractura de un metatarsiano.

Sintomatología

Entre los síntomas de las fracturas de los metatarsianos figuran en primer lugar; dolor local, movilidad anormal, crepitación en el primero y quinto metatarsianos y un punto doloroso en el artejo correspondiente, al hacer presión de delante hacia atrás sobre el mismo.

Por otra parte, como la desviación nunca es considerable, la fractura aislada de un metatarsiano no ofrece gravedad; excepto en los casos en que los tegumentos están desgarrados, las esquirlas son múltiples o bien si algunos huesos han sido fracturados simultaneamente. En cuyo caso, a fin de evitar supuraciones o

necrosis se impone tratamiento antibioterápico y curas locales antisépticas.

Si no hay desviación de fragmentos, bastará inmovilizar la extremidad en una gotiera tras el enyesado, cuyo procedimiento, constituirá la conducta más racional para la aproximación de los fragmentos.

Fracturas de las Falanges

La mayoría de las fracturas de las falanges son producidas por causa directa y son el resultado de un aplastamiento. Cada una de las falanges está expuesta a esta vulnerabilidad, en la proporción de su volumen. Es por esto que, la primera falange del dedo gordo, es la más afectada en la mayoría de estos casos accidentales.

Estos traumatismos, exigen tan sólo una prótesis contentiva y el reposo o, por otra parte, inmovilizar el dedo con una pequeña tablilla o simplemente, fijarlo mediante tira adhesiva, al dedo anterior o posterior.

SERRA-FARGAS, S. A.

BARCELONA-1 — Plaza Castilla, 3

Tel. 301 83 00

DENTALITE, S. A.

MADRID-8 — San Bernardo, 74

Tel. 232 02 88

•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.

"LA PODOLOGIA Y EL DEPORTE"

Ponencia presentada al XI Congreso Nacional de Podología

Por D. MARTIN RUEDA
Podólogo. - Barcelona

A lo largo de mi ejercicio profesional he tenido ocasión de tratar atletas de diversas especialidades deportivas, que en más de una ocasión se habían visto apartados de pruebas con las que siempre soñaron, y para las que en conciencia habían cuidado su puesta a punto, pruebas en las que hubiesen podido cosechar triunfos, de no ser por algo tan elemental para la práctica deportiva, y en ocasiones tan mal tratado como son los pies, que unas veces por lesiones propias del deporte (distensiones, traumatismos, esguinces, etc.), y otras por alteraciones funcionales podológicas, no les permitieron subir al tan ansiado podium.

Ello hizo que tomase un interés especial en estudiar más a fondo muchas alteraciones difíciles de encontrar en personas no deportistas, y así he podido catalogar diferentes grupos dependientes no sólo de la modalidad deportiva, sino también del tipo de pie.

Por ello considero de vital importancia la inclusión del Podólogo en el ámbito deportivo tanto profesional como a nivel de escuelas o centros de gimnasia, donde el estudio del pie del niño que se inicia nos podría muy ayudar a iniciarle en una modalidad deportiva, dependiente de su constitución morfológica.

Las múltiples alteraciones podemos clasificarlas en dos grandes grupos:

UNO que viene en función del ejercicio llevado a su extremo durante la competición, que obliga al hombre a rendir al máximo de sus fuerzas, rozando y sobrepasando en ocasiones su límite de capacidad física, y OTRO, consecuente a influencias sobre el resto del organismo motivadas por alteraciones de los pies, o por lesiones propias de éstos.

Considerando al grupo primero como consecuente del trabajo físico llevado a límites fisiológicos de actividad muscular, estará en relación directa con los distintos factores que intervienen en la producción del movimiento o trabajo físico muscular, determinando éste por una serie de fuerzas pertenecientes al cuerpo humano, que llamaremos fuerzas internas, y que actúan oponiéndose a otras, externas, que operan como antagonistas.

Las primeras o internas están animadas por las funciones orgánicas (circulación, respiración, inervación...) que actuando por medio de cuatro factores producen el movimiento:

Factor 1 — Nervio, como responsable de la conducción del estímulo
" 2 — músculo como actor
" 3 — hueso, como palanca
" 4 — articulación, como punto de apoyo.

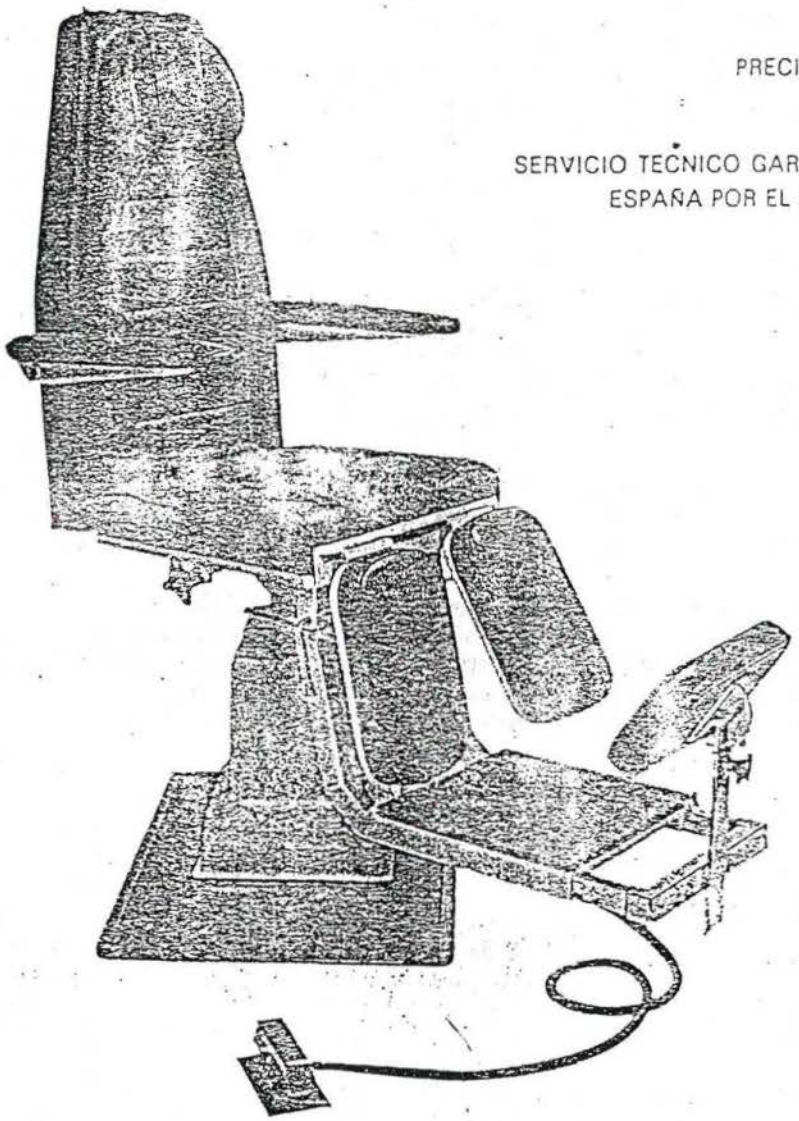
Las segundas o externas, vienen en función del peso de los segmentos corporales, de la acción de la gravedad y de la inercia.

Todo este conjunto de fuerzas se asocian, se enfrentan y se contraponen siguiendo con fidelidad las leyes físicas del movimiento, por tanto, la alteración de cualquiera de ellas, traerá como consecuencia el desequilibrio, repercutiendo directamente en la capacidad de rendimiento. Podemos pues asegurar que están íntimamente interrelacionadas.

Vamos a considerar al ejercicio corporal como el trabajo resultante de una energía química que se convierte en mecánica merced al desdobla-

sillón eléctrico STARLINE

ELEGANCIA DE LINEA — FUNCIONALIDAD Y UTILIDAD
EN EL DISEÑO — ROBUSTEZ — PERFECTO ACABADO



PRECIOS Y CONDICIONES
EXCEPCIONALES

SERVICIO TECNICO GARANTIZADO EN TODA
ESPAÑA POR EL SERVICIO POSVENTA
SUDENTA, S. A.

SOLICITE AMPLIA INFORMACION SIN
COMPROMISO A:

SUDENTA,S.A.
departamento podologia

Ronda San Antonio, 98
Tels. 318 96 16 - 318 96 12
BARCELONA(1

Espoz y Mina, 7
Tels. 222 45 69 - 221 40 44
MADRID(12)

miento de unos fermentos presentes en las miofibrillas en forma actina y miosina, que al combinarse liberan la energía acumulada en el ATP.

La glucosa almacenada en forma de glucógeno tiene a su cargo la producción de más ATP, a través de sus distintos procesos de desdoblamiento, hasta llegar al ácido pirúvico, a partir del cual, si no es en presencia de oxígeno, se forman cristales de ácido láctico que imposibilitan el que siga la contracción. La recarga de oxígeno se realiza gracias a la circulación arterial que lo recibe a través de la respiración.

Los detritus resultantes de esta combustión celular se eliminan por medio de los sistemas venoso y linfático.

Cuando un músculo se contrae de forma ininterrumpida, en sí no hace más que estrujar o apretar toda su estructura, entorpeciendo así los intercambios nutritivos y haciendo que el "punto muerto" o "deuda de oxígeno" se presente precozmente. Como consecuencia se producen los clásicos "agarrotamientos", ocasionados por entrecruzamientos de fibras que dan lugar a la aparición de miogelosis o contracturas, con lo cual queda limitada la capacidad funcional, no volviéndose a recuperar hasta que se hayan eliminado los detritus y cristales de ácido láctico almacenados en las fibras, merced a una mayor afluencia sanguínea que aportará más oxígeno.

El segundo grupo de lesiones podríamos achacarlo a las alteraciones del pie como estructura funcional. Como bien sabemos, su posición normal corresponde a las exigencias del equilibrio compensadoras de una serie de ejes de carga y bisagras orgánicas íntimamente relacionados. Para mantener esa posición neutralizadora se vale de unos tirantes musculares que actúan en distintas direcciones bajo la influencia directa del peso corporal y el movimiento. Por tanto, cualquier alteración del pie, cambia asimismo la dinámica y acarrea una nueva ordenación de ejes y cargas, sometiendo a las estructuras a una mayor tensión, cuya consecuencia directa será un cansancio precoz, que se verá incrementado dadas las exigencias del deporte. Esto va directamente contra las leyes que rigen la función articular y el movimiento, pudiendo acarrear trastornos y episodios dolorosos tanto en el pie como a distancia.

Como podemos apreciar es tan amplia la pluralidad de lesiones como nuestras posibilidades de actuación, motivo por el que su comentario sería a la vez que axhastivo y poco didáctico, divergente de la intención de esta comunicación, cuyo objetivo es tratar de resaltar la enorme necesidad del podólogo como especialista en el mundo del deporte, por lo que pienso será mejor de, a través de una visión panorámica de objetividad profesional, analizar algunas de ellas que por su elevada incidencia merecen un interés especial, siendo muchas casi patognomónicas de ciertas modalidades deportivas.

En Podología deportiva ocupan un lugar preferente las lesiones dérmicas y ungueales, habida cuenta de su exposición directa a la acción del calzado en unas condiciones de humedad y maceración óptimas para resultar dañadas, ya sea por microtraumatismos (flictemas, escoriaciones, onicopatías...) o por microorganismos (micosis, verrugas, dermatitis...).

Tengamos presente que el ejercicio condiciona una hipertermia endomuscular consecutiva a la elevación metabólica, con la consiguiente hipertranspiración, que muchas veces unida a un calzado poco poroso o al empleo de ciertas fibras, tanto en el zapato como en el calcetín, condicionará un medio de cultivo ideal, alcalinizando el manto ácido de Shadow o barrera dérmica defensiva, y restando de este modo resistencia ante la intrusión de hongos o la producción de roces o presiones.

Aquí entra ya de lleno la actuación del Podólogo, abarcando desde la cooperación en el diseño del calzado, hasta la prevención o tratamiento terapéutico directo a la afección que el pie presente.

Siguen en importancia las lesiones traumáticas sobre el complicado sistema músculo-ligamento-tendinoso, aunque también se afectan con frecuencia la cápsula, el cartílago y el tejido óseo. Ocupan un lugar preferente las referidas al esguince maleolar, cuya exactitud diagnóstica o valoración adecuada del grado de lesión de la articulación del tobillo son fundamentales para iniciar un tratamiento correcto, pues si bien es evidente que el tratamiento clásico conservador puede curar muchos casos de esguinces o torceduras, son muchas las ocasiones en que tendremos que recurrir al tratamiento específico de fondo para resolver definitivamente el problema. De ahí la importancia de ante la presencia de esguinces recidivantes, proceder al examen funcional del pie, iniciándolo con una anamnesis correcta, que apoyada en los datos obtenidos de diversos estudios, y en la experiencia con deportistas, nos llevará a la elaboración de un diagnóstico exacto. La anamnesis se proseguirá con el examen físico que debe comprender la inspección, palpación, motilidad, estabilidad, condición morfológica del atleta y estudio fundional del pie en estática y dinámica (si el grado de lesión lo permite), así como el estudio radiográfico

Constantino Velasco Lainz

PONE A DISPOSICION DE LA PODOLOGIA ESPAÑOLA UNA GAMA COMPLETA DE ARTICULOS PARA LOS PIES CON LOS PRODUCTOS:

BERKEMANN

Y

VELMANN

...al servicio de sus pies.

INSTRUMENTAL PODOLOGICO
CORRECTORES Y PROTECTORES PARA PIES
MATERIAS PRIMAS. — Plexidur, Ortholen, corcho, goma-espuma, etc.
MATERIAS SEMITERMINADAS. — Cuñas, arcos bóvedas, etc.
CALZADOS FISIOLOGICOS. — Zapatos, botas, sandalias, zuecos, etc.
COSMETICOS PARA PIES. — Sprays, polvos, cremas, bálsamos, etc.
SILICONAS

OFICINA CENTRAL:
Santiago Bernabeu, 4 - Madrid-16 - ☎ 262 18 91 · 261 98 75 (contestador automático) · 261 47 21 · 261 44 15 · 261 45 96

DELEGACION CATALUÑA: Mallorca, 336 - Barcelona - 37 - Teléfonos 257 76 05 y 207 01 52

ALMACEN CENTRAL: Ferrocarril, s/n. - Getafe (Madrid) - Teléfonos 695 09 50 y 695 09 54

, la serigrafía con placas comparativas, preferentemente en posiciones de carga y descarga, o la artrografía, que nos permitirá apreciar la eventual fuga de contraste hacia las partes blandas, caso de ruptura o desgarros de la cápsula articular.

Igualmente pueden resultar dañados los tendones y músculos, con distensiones e incluso rupturas de fibras y arrancamiento periósticos con gran preferencia sobre el pedio y los peroneos en los esguinces en inversión, o sobre el tibial posterior (más difícil) en los de eversión.

Ello es debido a que una acción refleja equilibradora la contracción del músculo no está controlada por la voluntad. Recordemos que el límite de resistencia de un músculo es su propio desgarro, condición esta a la que no se llega en movimientos voluntarios, ya que las fibras no trabajan todas a la vez, alternándose de una manera automática las unidades motoras, aumentando en contracción y/o en número en la medida en que son requeridas (fenómeno de la sumación).

No voy a indicar ningún tratamiento para estos casos, ya que son sobradamente conocidos por todos nosotros como especialistas del pie, pero sí quisiera apuntar los éxitos obtenidos con la electroterapia, una vez pasado el período de inmovilización, a base de ultrasonidos o ioniza ciones anódicas sobre el dorso del pie y parte antero externa de la tibio tarsiana. Dada la irregularidad de la zona, emplearemos dosis de ultrasonidos comprendidas entre 0,5 y 1,5 W. en aplicación móvil subacuática, durante 10 a 15 sesiones de 8 a 10 min. cada una. Para la ionización da buen resultado el cocktel a base de cortisona y novocaína en solución electrolítica.

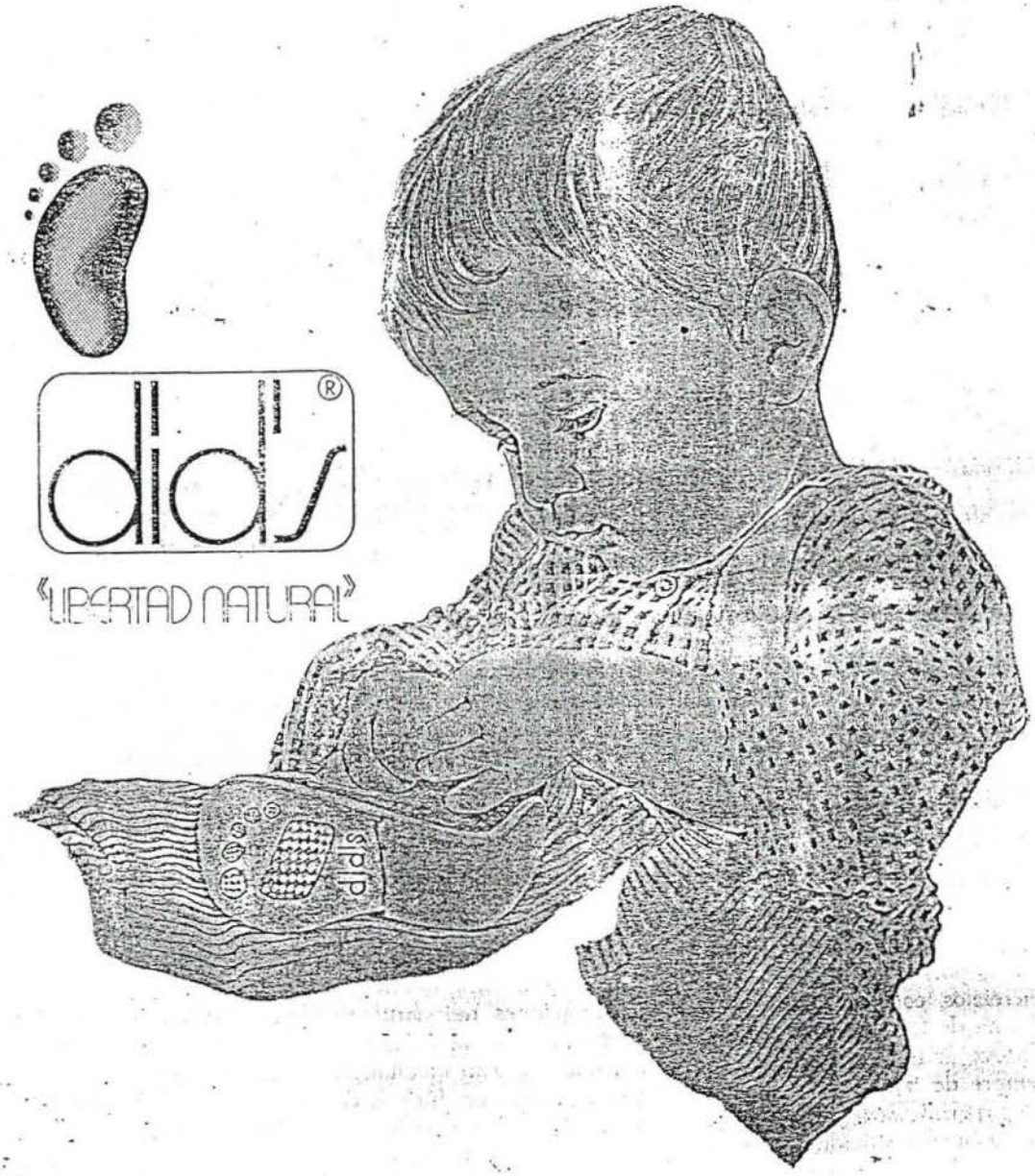
Como quiera que el proceso doloroso condiciona una inactividad, es condición indispensable proceder después a potenciar los músculos afectos mediante ejercicios contrarresistencia o impulsoterapia, en forma de trenes de onda modulados capaces de provocar una contracción visible, precedidos siempre de masage o galvanoterapia por sus efectos neurotróficos y excitomotores, dando igualmente buen resultado las dosis bajas de ultrasonidos o el aprovechamiento de las propiedades hidrocinéticas del masage subacuático. Asimismo si existen alteraciones en los ejes de carga, procederemos a su equilibrio mediante la plantilla adecuada, evitando así las clásicas recidivas, portadoras a largo plazo de secuelas artrósicas consecutivas al mal funcionamiento y coaptación de caras articulares, creándose zonas de distintas presiones intraarticularmente, que conducen a la alteración metabólica del cartílago y consiguiente transformación de sus células hialinas.

El tercer grupo de lesiones quisiera centrarlo en los problemas musculares. Dado que el ejercicio "per se" condiciona una hipertrofia de la musculatura, podemos ver en ocasiones alteraciones en la dinámica perfectamente compensadas y que no requieren tratamiento. No obstante, en ocasiones esa misma hipertrofia conlleva al desequilibrio entre agosistas y antagonistas, apareciendo entonces algias musculares en primer lugar. En el deporte los músculos del pie más afectos son generalmente los flexores del tobillo, especialmente el triceps, peroneos y tibial posterior, y de entre los intrínsecos, el flexor corto plantar y el abductor del primer dedo, por su requerimiento constante durante el salto y la carrera. Muchas veces esta es la causa directa de contracturas importantes, así como de miotendinitis, tendinitis de inserción y otras lesiones afines, para cuyo tratamiento el podólogo actual dispone de métodos específicos, prestando un interés no sólo al músculo afecto, sino también al antagonista. En busca del equilibrio entre ambos, se tratarán simultáneamente, a base de miorrelajantes, antiinflamatorios, masage, ultrasonidos, etc., procurando una mayor actividad circulatoria que nos asegure el aporte nutritivo, para proceder seguidamente al ejercicio controlado, sin llegar jamás a producir un cansancio excesivo que nos dejaría al músculo en malas condiciones para proseguir la contracción.

Adentrándonos ya en el cuarto grupo de lesiones, las óseas, encontramos con gran incidencia, entre los saltadores de obstáculos, las referidas al primer radio en pies egipcios, y al segundo y articulación astrágalo escafoidea en pies griegos.

Son microtrumatismos interarticulares en forma de presiones intermitentes que condicionan inflamaciones del cartílago, muy especialmente sobre la articulación astrágalo escafoidea, intercubeales y cab-metatarsales, consecuencia del choque entre las fuerzas de peso e inercia (descendentes) con la acción o neutralizadora, y por tanto en sentido inverso, sobretodo cuando existe una hipermotilidad o una mala coaptación de caras, desplazándose ligeramente en aducción la cabeza astragalina sobre la concavidad escafoidea originando la rotación excesiva de la pinza maleolar, así como la angulación de vértice interno de la línea de Meper. Consecuente a la insuficiencia de primer radio encontramos una pronación de retropié. Normalmente esto es debido a una insuficiencia del primer brazo de palanca condicionada por la brevedad del primer meta-

EL NUEVO CALZADO INFANTIL



dds®

«LIBERTAD NATURAL»

BARO/VICENTE

ZAPATOS INFANTILES PARA EL NATURAL CRECIMIENTO DEL PIE

OFICINA CENTRAL: Av. Blondel, 40-42. Tel. 973 - 23 80 65. LERIDA

tarsiano. De esta alteración tenemos una casuística de 16 entre 23 atletas.

También el tenista acusa con frecuencia un problema parecido por la acción de golpeteo sobre el primer metat en el momento de adelantar el pie para darle a la pelota, cargando sobre él todo el peso del cuerpo, lo cual somete al borde interno del pie a tensiones anormales, para cuya absorción se ve obligada la tibia a efectuar una ligera rotación interna. Este problema podría paliarse con el empleo de unas plantillas termoplásticas flexibles, que sobrepasen las cabezas metatarsales ligeramente con un material esponjoso, que sirva de amortiguación a la cabeza del primer meta y reste tracción a la musculatura plantar, a través de una perfecta adaptación dentro de un margen de flexibilidad. También el calzado, si bien debe ofrecer una seguridad para no resbalar, no debe entorpecer la ligera rotación sobre el eje vertical, para no provocar tensiones sobre la parte interna de la rodilla y del pie. Esto se puede fácilmente conseguir a base de variar ligeramente las estrías de la parte antero interna de la suela, como ciertas marcas ya lo están llevando a efecto.

Hay ocasiones en que no son las lesiones del pie las que apartan al atleta del deporte, pero en cambio si están producidas por lesiones morfológicas o funcionales del mismo. Tal es el caso del síndrome del ligamento redondo, que cursa con dolor a nivel de la cara externa de la rodilla, referido en ocasiones también a la carga lateral externa de la pierna, hacia la región topográfica ocupada por los peroneos. Normalmente va unido a un genu varo en los casos en que el pie no ha compensado esta alteración permaneciendo también varizado, normalmente como consecuencia de una insuficiencia de quinto radio, cuya brevedad de palanca respecto al primero, condiciona una lateralización externa de la cúpula plantar, lo que conduce a la mayor tensión equilibradora de estructuras externas, sometiéndolas a un trabajo constante, y causando algias en peroneos, desequilibrios frecuentes de la tibiotarsiana, y algias por distensión de las fibras del ligamento redondo de la rodilla, exponente de la continuación fibrótica hasta el cóndilo femoral externo de las fibras de origen del peroneo lateral largo.

Las molestias aumentan cuando se efectúan pruebas o entrenamientos en pistas de poco radio y girando siempre hacia un mismo lado.

La imagen podoscópica de éstos pies nos revela un varismo de calcáneo, una heulla de presión convexa en su borde externo con atavismo de quinto radio, ensanchamiento del arco transverso y aducción metatarsal, ocasionada generalmente por la brevedad del quinto respecto al primero.

El tratamiento de fondo es altamente satisfactorio con la plantilla correctora, cuya misión será reforzar el arco plantar en su borde externo actuando a modo de cuña pronadora sobre calcáneo, cuboides y quinto meta, con lo cual desviamos la cúpula plantar hacia el eje sagital del pie neutralizando el varismo. El material empleado para estos casos ha sido preferentemente termoplásticos, tipo ortholent, o el cornaylon, que por su flexibilidad controlada permiten su uso, incluso durante el deporte, o el entrenamiento.

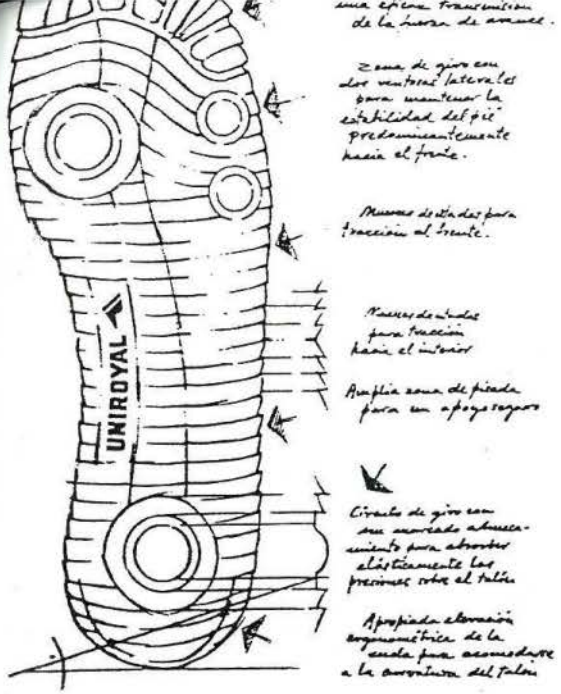
Hay otras ocasiones en que la práctica de un deporte determinado puede cambiar ostensiblemente la morfología del pie del atleta, en función de la repetición de unos movimientos y el empleo de un calzado no adecuado científicamente, así como las condiciones de la pista sobre la que habitualmente se efectúa la prueba.

Sería interesante criticar, sin ánimo destructivo, alguno de ellos, así como las condiciones que bajo un punto de vista podológico debiera reunir el calzado.

El futbolista, por ejemplo, para mantenerse sobre el terreno necesita una gran estabilidad en la tíbio tarsiana, y subastragalina debido esencialmente a dos factores: uno el terreno blando y en ocasiones resbaladizo, que no ofrece seguridad al pie; otro, el calzado con poca base debido a la colocación de unos tacos en la suela, que si bien facilitan el agarre, son criticables en muchos aspectos, pues además de reducir la base de apoyo contra el suelo, al estar colocados por dentro de la proyección lateral del calzado, son muchas veces causas de distensiones importantes, sobre todo a nivel de rodilla y adductores y de ligamentos laterales en el pie, al no corresponder con las rotaciones laterales de la pierna, permaneciendo clavados en el terreno, y manteniendo al pie en una posición sin posibilidad de deslizarse para acompañar la rotación de la pierna respecto al eje vertical.

Curiosamente podemos apreciar como la morfología cambia con el ejercicio repetido, así como la existencia de una constante entre ésta y el puesto de juego, al observar como generalmente los extremos tienen un genu varo, y con frecuencia una rotación interna del pie y una hipertrofia de tibiales, lo que facilita la práctica del chute cruzado.

Otro calzado criticable puede ser el del ciclista, que encaja al pie en una posición sobre el pedal, que muchas veces no corresponde al grado real de adducción o abducción de aquél, lo cual origina pérdida de potencia en el pedaleo



y distensión de músculos y tendones laterales de las articulaciones del tobillo y mediotarsiana. Normalmente este pie, debido a su función acostumbra a tener elevación del arco superior a la normal, conhipertrofias en musculatura plantar intrínseca, sobrecargas metatarsales, ensanchamiento del arco transverso y retracción del triceps. Su dinámica corresponde a la propia de un pie sometido a un ejercicio de gran resistencia en una posición de equinismo y con una función prácticamente digitígrada. Este calzado debiera tener un cambrillón fuerte, bien adaptado en el enfranque, y su encajamiento sobre el pedal debiera corresponder al grado de adducción o abducción morfológica del pie.

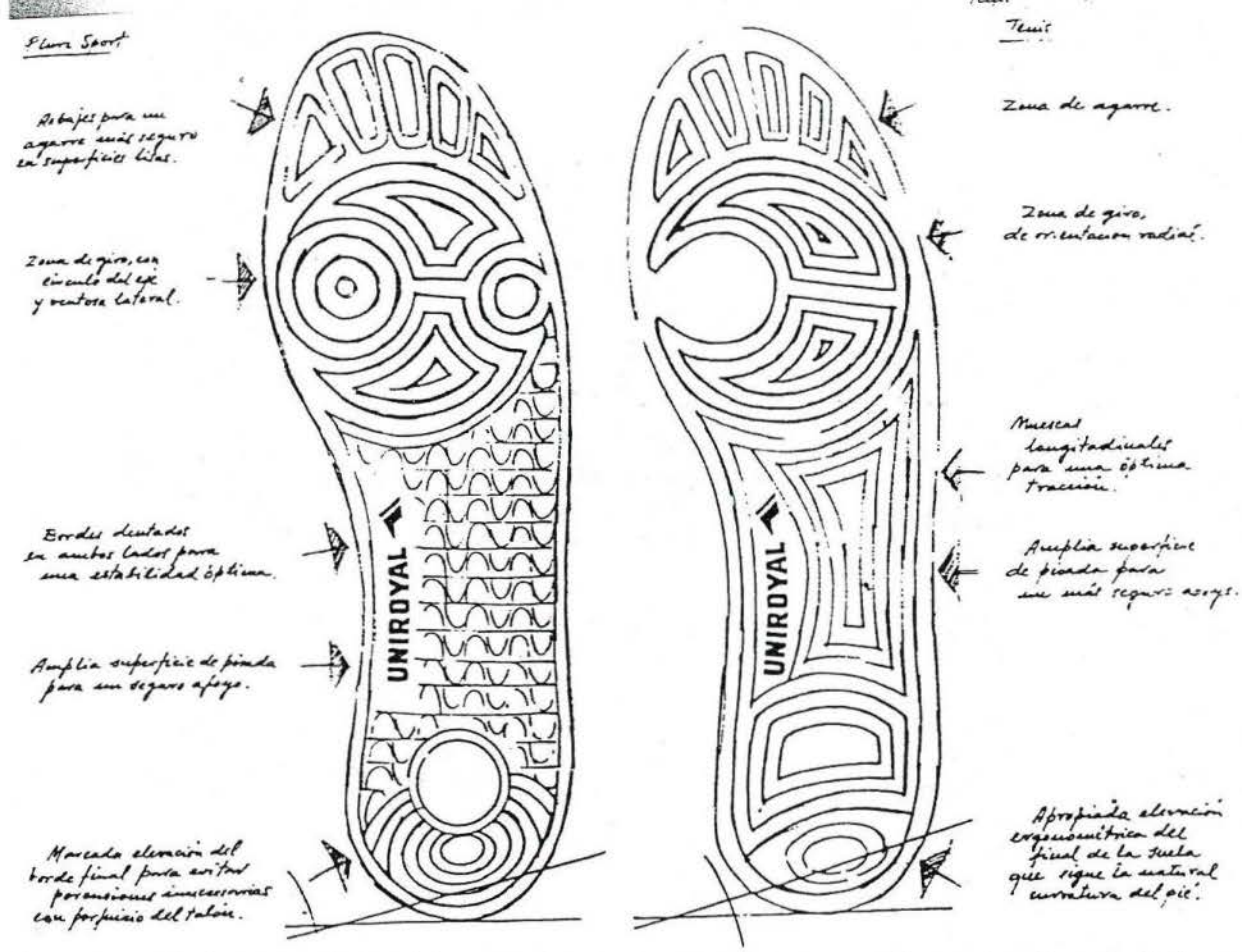
Podemos pues apreciar como cada deporte necesita de un calzado distinto que debe ser estudiado conjuntamente, conociendo exactamente la peculiaridad especial del deporte para el que se ha pensado, así como la función dinámica del pie sometido a un ejercicio determinado. Vemos en ocasiones zapatillas que no se adaptan a su morfología, porque a pesar de haber sido escrupulosa su confección no se ha tenido en cuenta ni la fisiología ni las características muy especiales de cada pie.

Es también función del podólogo el cooperar en la fomentación del deporte en aquellas perbasándonos en unos estudios profundos y en sondeos entre deportistas que gran número de ellos no rinden al máximo de sus posibilidades, porque les falla algo tan elemental como es el pie, y es una obligación nuestra como profesionales, y de los órganos oficiales pertinentes y del estado como dirigente, el incluir ya al podólogo dentro de los planes nacionales deportivos, contando con su presencia, asesoramiento y participación.

Cuanto pedimos y aseguramos es facilmente demostrable no sólo por nuestros estudios al respecto, sino que está apoyado por investigaciones realizadas en otros países, como EE.UU., donde más de 10 millones de norteamericanos corren de modo regular, muchos de ellos más de 8 km. al día, lo que ha llevado al eminente cirujano, profesor adjunto en la University of Minnesota Medical School, Dr. Lutter, a realizar profundos estudios en los pies de los atletas, resultado de los cuales afirma que alrededor de un 60 % de éstos sufren lesiones podológicas cada año, que sibien no siempre son graves, sí los apartan de las pistas durante tiempo.

Durante un período de tres años, 128 atletas de fondo que había estudiado, sufrieron un total de 171 lesiones, y de entre ellas, 87 fueron de los pies, 39 de la rodilla debidas a alteraciones en los pies, y 20 de cadera, dos de las cuales también tenían relación directa con el pie. Ello es comprensible, prosigue el Dr. Lutter, si tenemos en cuenta que los pies de un corredor de fondo golpean más de 5.000 veces cada hora, lo cual puede aumentar cualquier déficit biomecánico por pequeño que sea, siendo los más frecuentes los excesos tanto en pronación como en supinación. Estas lesiones pueden ceder con fisioterapia y reposo, pero reaparecerán siempre a menos que no se trate y corrija la causa. Para ello aconseja la confección de plantillas de cuero y mejor aún de termoplásticos hechas a medida y perfectamente adaptadas, capaces de absorber el golpe lo suficiente como para permitir que la mayoría de pacientes vuelvan a correr.

Nosotros no disponemos por ahora en nuestro país de unas estadísticas reales en Podología deportiva, pero podemos afirmar que el Podólogo español está a la cabeza de la Podología europea, y cuenta para establecer el diagnóstico con los más modernos aparatos y los más eficaces sistemas que existen en la actualidad, espe-



En estos grabados y en el de página anterior, detalles de suelas deportivas - Gentileza de Uniroyal

cialmente diseñados para él, y para el tratamiento, con los materiales más avanzados del mercado, materiales que por su fácil adaptación al pie, por su inalterabilidad, por estar exentos de acciones secundarias y por su fácil adaptación al calzado del deportista, pueden representar un gran avance en el deporte, sólo necesitamos de modo oficial la oportunidad para demostrarlo.

Ya, según se desprende de lo dicho y para finalizar mi aportación, creo que la actuación del Podólogo en el deporte debe incluir:

La podología preventiva
y la
curativa o clínica,

entendiendo como prevención cualquier acción que intente impedir el descenso del hombre de su status de salud, es decir, todas aquellas acciones terapéuticas cuyo valor no es directo. La prevención así entendida, consta de dos procesos:

— la anticipación al suceso futuro
— la acción para evitar que aparezca.

La primera sólo sería posible si disponemos de datos de la experiencia pasada, de cuyo análisis cuidadoso se puede hacer un pronóstico razonable y adecuado. La segunda, sólo si la lleva a cabo un especialista cualificado. Así entendido, las áreas de actuación del Podólogo en el capítulo preventivo, tendrán diversas directrices:

1. Estudio morfológico y funcional del pie, así como establecer la casuística de alteraciones que se dan en las diversas modalidades deportivas.

2. Estudio crítico y participación científica en cuanto a la elaboración del calzado.

3. Prevención de enfermedades y traumatismos.

4. Control y estudio de las alteraciones funcionales del pie, para seguir su evolución e instaurar tratamientos si el caso lo requiere.

La Podología curativa se instaurará cuando la lesión o trastorno hayan hecho su aparición, y se podrá llevar a cabo en varias vertientes:

1. Tratamiento ortopodológico a base de plantillas, férulas, ortisis, etc.

2. Tratamiento electroterapéutico o medicamentoso en afecciones dérmicas, procesos microtraumáticos, inflamatorios, infecciosos...

3. Tratamiento rehabilitador, que devuelva al atleta a su mejor estado a través del ejercicio controlado.

4. Tratamiento quirúrgico de las secuelas del deporte dentro de nuestro campo profesional (onicopatías, abscesos, higromas, verrugas, etc.).

e de a[illegible]

es ca[illegible] y doloridos

[illegible]coriaci[illegible] e irritaciones

Pentoderm®

Crema podológica

[illegible]úa como antiséptico y antifúngico.
[illegible]ce una acción reepitelizante [illegible]
[illegible]oreciendo la normalización fisiológica de la piel.
[illegible]sodoriza, refresca y protege la zona
[illegible]ñada de la piel.

Composición:
[illegible]00 g. de crema contienen:
[illegible]cido undecilénico, 2 %; Alcohol fenoxietílico, [illegible] %; Sal sedativa de Homberg, 0,5 %; [illegible]oligalacturonsulfonato sódico, 0,75 %; Tintura [illegible]e árnica, 0,3 %; Ovolecitina, 0,05 %; [illegible]antotenol, 0,3 %.

Indicaciones:
[illegible]scoriaciones e irritaciones de la piel. Pies cansados y doloridos. Dermatofitosis. Pie de atleta.

Posología:
Habitualmente, dos o más veces al día, dada su inocuidad puede aplicarse cuantas veces se sientan molestias, las cuales se corrigen rápidamente.

Contraindicaciones y efectos secundarios:
Carece de contraindicaciones y puede asociarse a cualquier medicación. Suspender la aplicación en caso de hipersensibilidad alérgica a alguno de los componentes.

Presentación y P.V.P.:
Tubo con 50 g. de crema 87 Ptas.

MADAUS CERAFARM, S.A.
Barcelona-6 - Tel. 331 26 00 - Apartado 9116

XI Congreso Nacional de Podología

Ponencia presentada por
D.F.J. RICA SANJUAN (Bilbao)

Tratamiento de las queratosis por inyección

Señoras, señores congresistas; compañeros todos:

Durante todos los años que existe la podología, el objetivo único de la misma no ha sido otro que el de corregir las anomalías y padecimientos del pie humano. En muchas ocasiones se ha conseguido de forma total, en otras el éxito no ha sido lo bueno que se esperaba, pero en todas esas ocasiones se ha logrado cuanto menos aliviar tales padecimientos.

En el caso concreto de helomas y queratosis plantares, dorsales, interdigitales, etc. en un porcentaje bastante elevado, el podólogo se limita a "rebanar" tales hiperqueratosis al paciente o bien coloca una prótesis adecuada al caso. En el primero de los casos tropezamos con el inconveniente de que el paciente debe volver por consulta para un nuevo tratamiento al cabo de poco tiempo y así sucesivamente.

En el segundo de los casos y según la localización de la prótesis, vemos que el paciente al principio se coloca la prótesis correctamente, pero poco a poco va encontrándola incómoda o se le olvida, por lo que en muchos casos es volver al principio.

No obstante hemos de reconocer que la cirujía, la ortopedia y la química en los tiempos actuales ha experimentado un avance tal (sobre todo en la química) que en nuestro campo podológico se ha hecho prácticamente imprescindible el recurrir a la misma.

Una dolorosa opresión queratósica en la planta del pie, los helomas interdigitales como "ojos de gallo", los helomas dorsales como consecuencia de dedos en martillo, garra, o cuello de cisne, etc. son los casos más frecuentes de encontrar en nuestras consultas.

Las causas de estas dolencias son muy variadas y complejas, y no existe entre los profesionales un completo acuerdo en el tratamiento de los mismos ya que mientras unos abogan por el método conservador (mediante la ortopedia, ortosis) otros se inclinan por el operativo o quirúrgico.

Entre las diversas causas que originan la producción de hiperuqueratosis, uno de los factores más comunes que originan las mismas y los helomas, es la escasez de la suficiente adiposidad del tejido que se encuentra en el lugar donde existe el problema.

Sobre esto mismo, les informaré que existen trabajos del profesor Roux, en 1920, el cual presentó un trabajo sobre el uso libre de grandes injertos debajo de las cabezas metatarsales originarias de la producción de callosidades.

En años recientes la investigación química ha procurado a la medicina un notable avance con la implantación de materiales sintéticos que han sido y son usados con verdadero éxito para la reparación o sustitución de tejido blando.

Uno de tales productos y el que ocupa mi presente trabajo es la utilización en podología de la silicona líquida.

Son muchos los especialistas, sobre todo de cirujía estética, los que durante años vienen trabajando con siliconas.

El profesor F.S. Kipping de la Universidad de Nottingham en Inglaterra, describió la naturaleza química de los polysiloxanos en cirujía, y así existen trabajos desde 1950 sobre los es-

ESSAVENON GEL

Tratamiento local de los trastornos de la circulación de retorno.

[illegible] 100 grs. con [illegible]
[illegible] Hepatitis [illegible] 0.000 U.I. Fosfatidos con
predominio de ácidos grasos insaturados, en especial ácidos
linoleico -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 [illegible]
no tinta y no [illegible]

Indicaciones

Piernas y pies [illegible]
Tobillos [illegible]
Adaptación de [illegible]
Hematomas, contusiones
Calambres/hormigueo
Contraindicaciones
Ulcus cruris, heridas [illegible]
Incompatibilidades
No se conocen
Efectos secundarios
No se conocen
Presentación
Envase con 40 grs.
P.V.P.

132,— ptas.

INFAR NATTERMANN

Apartado 400 - Zaragoza
Infanta Carlota, 84-88
Barcelona-15

tudios de la toxicología y las aplicaciones a realizar con las siliconas en el campo de la medicina. Unos de los autores que más ampliamente han abordado estos temas son Braley y Balkin también de Inglaterra.

MATERIAL ESTUDIADO Y USOS

Deben existir en el mercado muchas marcas y fabricantes de silicona líquida, aquí mismo en Madrid, hay un almacén que me ha remitido su catálogo entre el que veo la existencia de silicona líquida.

La que he utilizado normalmente es el Dimethypolysiloxano líquido de la firma Doww Corning de Inglaterra, cuyo nombre comercial es el DOW CORNING 360 MEDICAL FLUID.

Este producto es un alto polímero líquido de silicona consistente en la alternancia de silicona y átomos de oxígeno. El líquido si se desea, va aumentando en viscosidad según va en aumento el valor que llamaríamos X. Además la polymerización al producirse forma un material escasamente fluido. Todos estos datos químicos han sido ya suficientemente estudiados durante años por los químicos, y lo importante para nosotros debe ser el saber utilizar el producto que la ciencia química pone en nuestras manos y el cual según todos los estudios existentes es totalmente atóxico, si lógicamente se esteriliza convenientemente.

Los efectos que produce el líquido de silicona han sido estudiados al mismo tiempo en animales y humanos demostrando el mismo ser químicamente inerte, monoalérgico, antialérgico y no carcinogénico, produciendo la mínima reacción en el tejido, aún cuando sean varias las sesiones que se deba inyectar el mismo.

En su origen el uso de siliconas se estudió como un método idóneo en estética para el aumento del tamaño del pecho, si bien en los momentos actuales está excluido su uso para tal fin, ya que el abuso indiscriminado que de la silicona se hacía, llegando incluso a ser utilizado por personas no profesionales o no especializadas, y dado el aumento de personas que utilizaban las siliconas (artistas, travestís, etc.) dio origen a más de un accidente irreversible. Por otra parte según estudios llevados posteriormente a cabo, se comprobó que para tal fin que la cantidad a inyectar era muy abundante (no olvidemos que dependiendo de la situación anatómica de la persona que lo recibe, normalmente es mucha la cantidad de silicona que requiere cada pecho para conseguir un suficiente aumento de tamaño) resultó que en estas cantidades, llamémoslas, masivas, se habían detectado procesos de tumoración que hacía sospechar eran debidas al uso en estas grandes cantidades de silicona.

No es este el caso de su utilización en pequeñas cantidades para eliminar las arrugas y líneas profundas, como por ejemplo las del entrecejo. También con éxito se utiliza en forma de inyección para reemplazar o aumentar adiposidad del tejido en pequeñas cantidades en atrifias faciales.

Los resultados obtenidos indican que utilizada en pequeñas cantidades (recordemos que hablamos de décimas de c.c. y no de cantidades de tres cifras de c.c.) en ningún caso ha podido ser demostrado tumoración o malignidad en los que se ha utilizado como implantación protésica la de inyecciones de silicona pura.

ESTUDIOS CLINICOS

Mi experiencia personal no es todo lo amplia que yo deseara, ni todo lo corta que no pueda darles algunos datos. Hubiera deseado que el número de pacientes por mí sometidos a este tratamiento fuese muy amplio, no obstante la rapidez con la que animado por otros compañeros, que prácticamente me han obligado a presentar este trabajo, me impide darles una mayor casuística.

Utilizado en 23 pacientes, cuyo estudio caso por caso, considero sería muy amplio, máxime existiendo otros colegas que tienen otros trabajos que presentar. Si bien el denominador común de los casos estoy seguro que todos lo ven a diario en sus consultas.

Por lo que resumiendo los casos, he apreciado en algunos, unos resultados francamente excelentes y otros que si bien me consta, que han sido realizado pruebas con éxito, o por lo menos así lo raportaron, yo no he apreciado utilidad alguna, quizás porque halla que seguir trabajando sobre ello no sé, pero el hecho es que los pacientes al poco tiempo dejaban de tener mejoría en sus procesos.

He utilizado el método de inyectar silicona líquida, cuya forma de inyectar luego les explicaré, en callosidades plantares, y debo admitir que los resultados obtenidos no han sido ni con mucho, lo que esperaba de ellos.

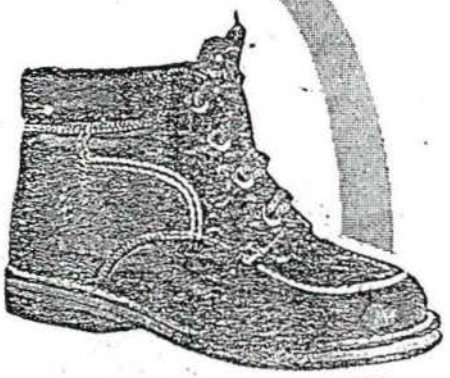
Realizado un estudio del por qué de estos resultados en las callosidades plantares, he llegado a la conclusión de que al inyectar en la planta del pie, veo que al producirse la bipedestación, las fibras tisulares deben soportar un excesivo peso, lógicamente dependiendo del peso del paciente, no obstante en pacientes delgados, sucede lo mismo, es mucho el peso

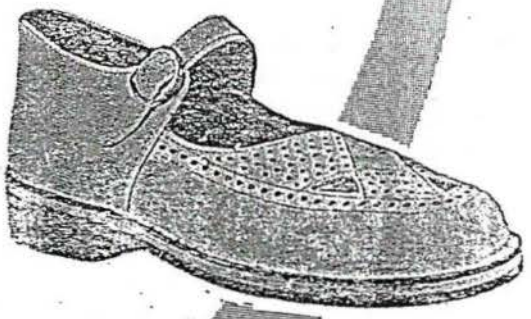
César Puig

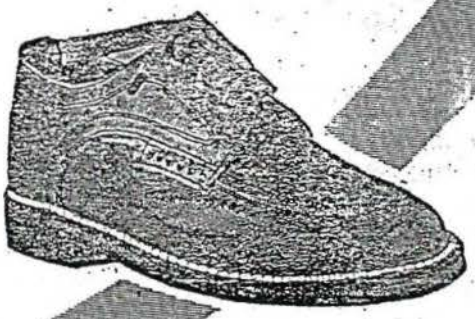
FABRICA DE CALZADOS INFANTILES TERAPEUTICOS

- Zapatos fisiológicos.
- Calzado profiláctico.
- Zapatos ortopédicos con simple modificación de elementos normales (tacón thomas para varo y valgo); tipo Lowet, etc.
- Hormas correctoras, 2 anchos.
- Horma invertida.
- Diferentes modelos para la colocación de férulas.

TODOS LOS FABRICADOS SON CON MATERIALES DE LEGITIMO CUERO VACUNO DEL PAIS.







Colón, 14
Tel. (977) 60 01 42
VALLS
TARRAGONA - ESPAÑA

e en principio debe soportar las fibras, proiendo desgarros de las mismas, considero e por haber llegado al máximo de resistencia r parte de las fibras elásticas que componen piel.

ELOMAS INTERDIGITALES

Inyectada la silicona en los mismos, se ha ›servado que al poco tiempo de inyectada el ›lor por la compresión cedía, llegando ha deparecer el núcleo de la callosidad y no queando apenas marca ni cicatriz de dicho núeo.

ELOMAS DORSALES

Se podría decir lo mismo que en el apartao anterior, si bien en dedo en garra y martillo, l paciente aquejaba una ligera molestia sin legar a dolor en el pulpejo de la última falange. Ello considero es debido a la presión que el apato ejerce sobre la prominencia dorsal de a 1.ª falange, tendiente a empujar hacia abajo a la misma, lo que repercute en las bases pulpares de las demás falanges. No obstante esa molestia desaparecía a los pocos días.

HELOMAS LATERALES EN HALLUS VALGUS Y 5.º VAROS

La verdad es que es muy reciente la experiencia que de los mismos tengo, y por lo tanto sería prematuro hacer un juicio anticipado de los resultados obtenidos, repito que debido a la precipitación con la que he preparado el presente trabajo. No obstante a tres pacientes que han sido inyectados, les he recomendado que anden con zapato de horma ancha como prevención a que una excesiva presión por parte del zapato pudiera ocasionar rotura de las fibras elásticas. Por lo menos hasta que el tejido conjuntivo halla encapsulado debidamente el líquido, pero tengo verdadera confianza en que sean un verdadero éxito.

Resumiendo y antes de explicarles la técnica utilizada, les diré que en las callosidades dorsales, interdigitales el resultado obtenido ha sido excelente y que en el resto de procesos hay que seguir trabajando.

TECNICA DE LAS INYECCIONES

Antes de comenzar a inyectar la silicona (sobre todo en zonas amplias) se procede a poner un infiltrado de anestésico local cerca del callo hasta la formación de un ronchón o habón, sobre el qué pasar sin dolor la aguja para producir anestesia más profunda.

Seguidamente desde un punto que diste unos 5 mm. de la querartosis se procede a inyectar (el aspecto y densidad de la silicona líquida viene a ser aproximadamente como el de cualquier inyección oleosa, la aguja que he empleado es de 25 x 7 u 8).

El líquido debe pasar MUY LENTAMENTE, se procede a retirar la aguja hasta casi la punta, procediendo seguidamente a redirigir la aguja hasta conseguir encapsular en forma de abanico la callosidad.

En callosidades muy amplias deberá realizar la encapsulación en varias sesiones de 0,2 a 0,5 c.c. de silicona entre el callo y el hueso, hasta que se consigue que el tejido conjuntivo encapsule cada sesión.

La inyección deberá ser subdérmica, ya que una inyección intraepidérmica puede ser causa de un ablandamiento o decoloración persistente de la piel. La inyección, repito, debe ser puesta MUY LENTAMENTE, ya que si la inyectamos a una presión indebida, podría ser causa de una rotura de fibras elásticas y por consiguiente un desperdigamiento del líquido, el cual se encapsularía en distintos puntos, y en cantidades lógicamente insignificantes.

Es lógico pensar ello, ya que al inyectar en tejido conjuntivo, el cual como todos sabemos, entre otras fibras, está formado por fibras decolágeno y fibras elásticas, si inyectamos bruscamente o inyectamos una cantidad superior a la precisa, se pueden ocasionar desgarros de las fibras tisulares, por haber llegado las fibras elásticas que lo componen, al tope de resistencia que pueden admitir.

Si se inyecta también a una presión indebida, sobre todo en una zona fibrosa y densa, como es el tejido cicacitral, pueden ser causa también de molestias temporales.

Como en toda inyección, no indicada, en ésta, lógicamente con mayor motivo, deberemos tener muy en cuenta el no inyectar en vaso sanguíneo alguno.

Una vez efectuada la inyección, la zona donde ha quedado depositada la silicona se masajeará suavemente para distribuir el material inyectado por igual y que quede de una forma estética en el propio pie, sin altibajos.

Se pedirá a los pacientes que eviten soportar peso o presiones en la zona inyectada durante varias horas, para evitar que el líquido se difunda, y dar lugar a la formación del tejido conjuntivo y por consiguiente una buena encapsulación del mismo.

Puede repetirse las inyecciones en el mismo lugar, caso que el resultado no halla sido todo lo satisfactorio que se deseaba, semanal o bisemanalmente. Cuando el material inyectado se haga palpable, y se note al de unos días de inyectado, un acolchamiento, podremos decir que la técnica utilizada ha sido lo satisfactoria que deseábamos.

Creo que con lo expuesto, queda suficientemente aclarado el concepto y técnica de la inyección de siliconas, que como ven es un campo nuevo de la podología que puede ser todo lo amplio que deseemos que sea. Se puede trabajar en helomas, tilomas, papilomas, cicatrices queloides, etc., es mucha la investigación que se puede hacer de ello, y lógicamente hará falta el esfuerzo de todos los podólogos.

Obvio es decir que los pacientes inyectados sabían que se trataba de experiencias sin ningún riesgo, y actué con su total consentimiento.

Dado que tras de mí, hay colegas con amplios e interesantes trabajos, no deseo alargarme, si no despedirme dando las gracias a todos por su atención.

BIBLIOGRAFIA

— Balkin, S.W.: Silicone injection for plantar keratoses. Preliminary report J. Amer. Podiatry Assoc. 56:1, 1966

— Winer, L.H., Sternberg, T.H., Lehman, R., and Ashley, F.L.: Tissue reactions to injected silicone liquids. Arch. Dermatol. 90:588, 1964

— Treatment by Injectable liquid silicone. Report of an Eight-year Experience S.W. Balkin, D.P.M.

— Roux, C: Aux pieds sensibles. Rev. Med. Suisse Rom. 40:62, 1920

— Rees, T.D., Platt, J., and Ballantyne, D.L.: An investigation of cutaneus response to dimethylpolysiloxane (silicona liquid) in animals and humans. A preliminary report. Plst. Reconstr. Sug. 35:131, 1965

— Le Van, P.: Silicone viewed with "cautions optimism" in preliminary series of facials repairs. Dermatol. Pract. 1:1, 1968

— Ashley, F.L., Braley, S., Rees, T.D., Goukian, D., and Ballantyne, D.L.: The present status of silicone fluid in soft tissue augmentation. Plst. Reconstr. Surg. 39:411, 1967

— Aronsohn, R.B.: Observations on the use of silicone in the face. Arch. Otolaryngol, 82: 191, 1965

— Ashley, F.L., Rees, T.D., Ballantyne, D.L., Galloway, D., Machida, R., Grazer, F., Mc Connell, D.V. Edginton, T., and Kiskandden, W.: An injection technique for the treatment of faciale hemiatrophy. Plast. Reconstr. Surg. 35:640, 1965

— Rees, T.D., Ballantyne, D.L., and Hawthorne, G.A.: Silicone fluid research. A follow-up summary. Plst. Reconstr. Surg. 46:1,50, 1970

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.

MAFRE
Instruments

ORTOPEDIA-MATERIAL CLINICO

FRESCO

PRODUCTOS PARA PODOLOGI

C. NAPOLES 148, bajos — TEL. 225 61 85 — BARCELONA - 1

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 PEIÑADA

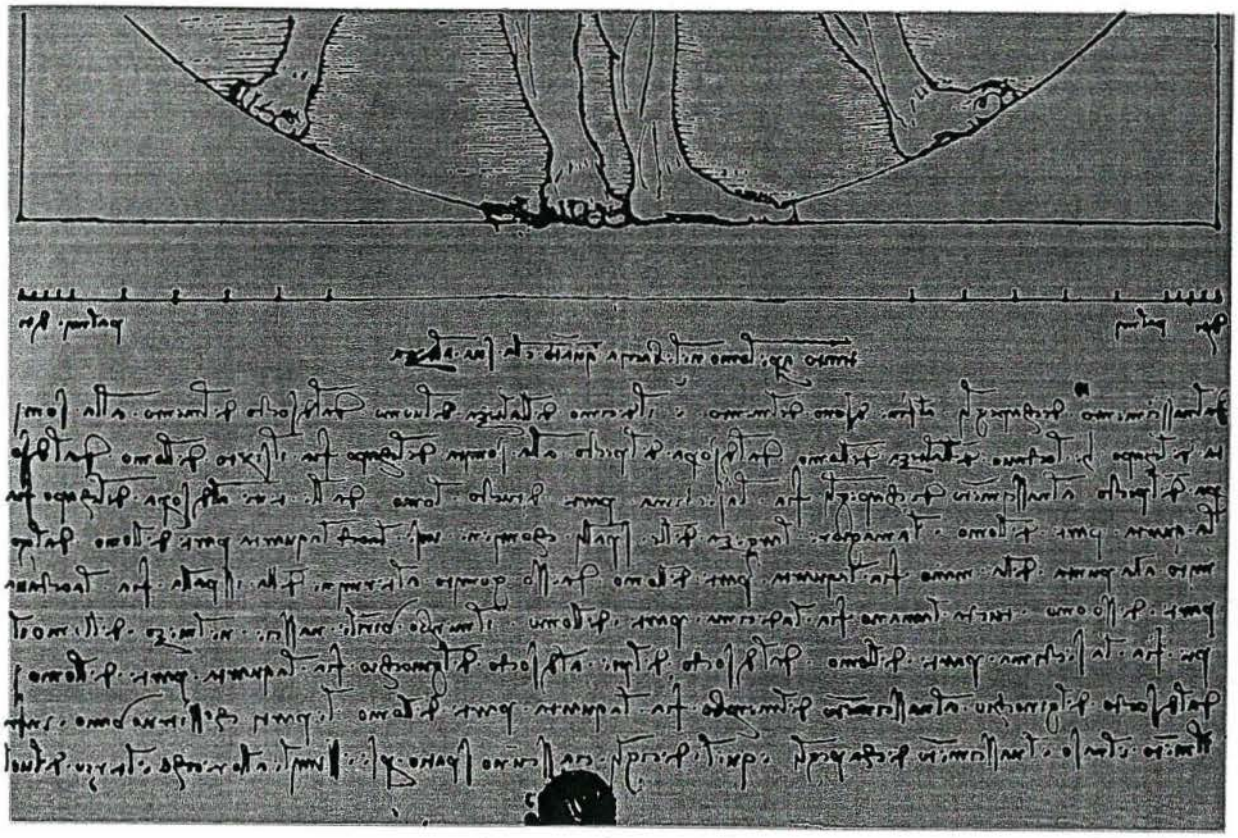
VIOLETA DE GENCIANA
ACIDO NITRICO
PERCLORURO FERRICO

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
PLANCHAS DE PLEXIDUR «O»
PLANCHAS DE PLEXIDUR «T»

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 consul

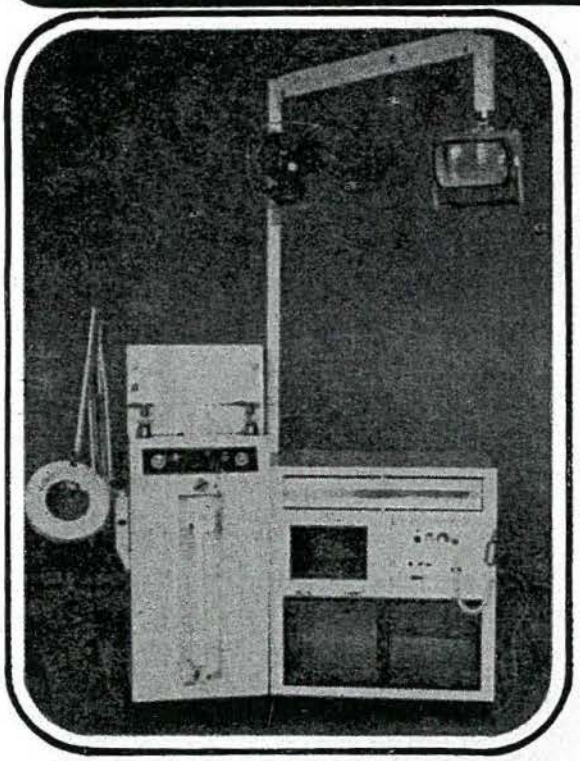


REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

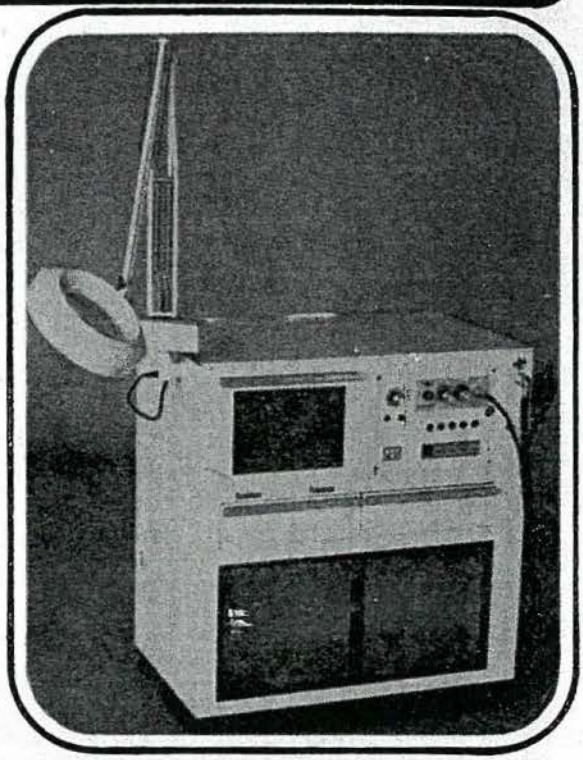
A.P.E. Mayo - Junio

n.° 69 1979

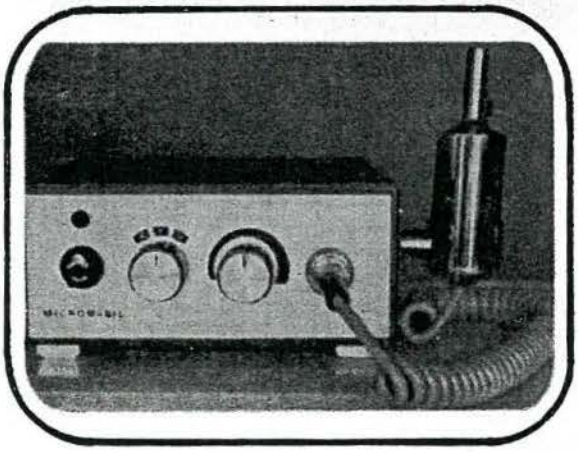
LE OFRECE NUEVOS EQUIPOS PARA SU CONSULTORIO



"SUPER NOVO"



"MINI S 78"



"MICROMOBIL"

Consul

Talleres CONSUL

PALLARS, 65-71 TELEFONO 3002269 BARCELONA-18

REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

ORGANO DE LA AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

A. P. E.

Redacción:
Diputación, 118, 2.°, pral., 2.ª, Barcelona-15

Director:
Leonardo Escachs Clariana

Sub-director:
Pablo Vilató Ruiz

Redactor jefe:
Martín Rueda Sánchez
Avda. Caudillo, 68, bajos, 2.ª
Santa Coloma de Gramanet. Barcelona

Administrador:
Manuel Gavin Barceló
Rda. Guinardó, 23, 1.°, 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

3 Junta de Gobierno

5 Editorial

9 Sofrología: Presente y futuro en la Podología moderna

17 Cuestionario de la evaluación muscular del pie

19 Aspectos de la patología sesamoidea del primer metatarsiano

29 Labor de las Delegaciones

38 Valladolid 1979

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 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.°	D. ZACARIAS GARCIA ANDRES	Madrid
Vice-Presidente 2.°	D. ISAIAS DEL MORAL CEJALVO	Valencia
Secretario General	D. JOSE A. CALVO GARCIA	Zaragoza
Vice-Secretario	D. FRANCISCO FARRERAS MORCILLO	Barcelona
Tesorero	D. MANUEL GAVIN BARCELO	Barcelona
Contador	D. LUIS AYCART VIJUESCA	Madrid
Vocal	D. JOSE OLCINA MORALES	Alicante
Vocal	D. JUAN VIDAN TORRES	Santiago de Compostela
Vocal	D. LUIS INCHAURRONDO	Irún
Vocal	D. JOSE M.ª BAEZ BASAURI	Bilbao
Vocal	D. FCO. MORAN VENTURA	Las Palmas G. Canaria
Vocal Nato	D. MARIANO RODRIGUEZ ESTEBAN	Madrid
Vocal Nato	D. EVARISTO RODRIGUEZ	Barcelona

DELEGADOS DE ZONA

D. Juan Vidán Torres. Preguntoiro, 10. SANTIAGO DE COMPOSTELA.
D. Isaías del Moral Roberto. Castellón, 8. VALENCIA-4.
D. Francisco Morán Ventura. Cabrera, 6. LAS PALMAS DE GRAN CANARIA.
D. Antonio Gutiérrez Velasco. Plaza de las Flores, Edificio Jazmín, 1.°. MALAGA.
D. Juan José Araolaza. Bidebarrieta, 4. EIBAR.
D. José Sánchez Luna. Avda. Cataluña, 24. ZARAGOZA.
D. Evaristo Rodríguez Valverde. Córcega, 505. BARCELONA.

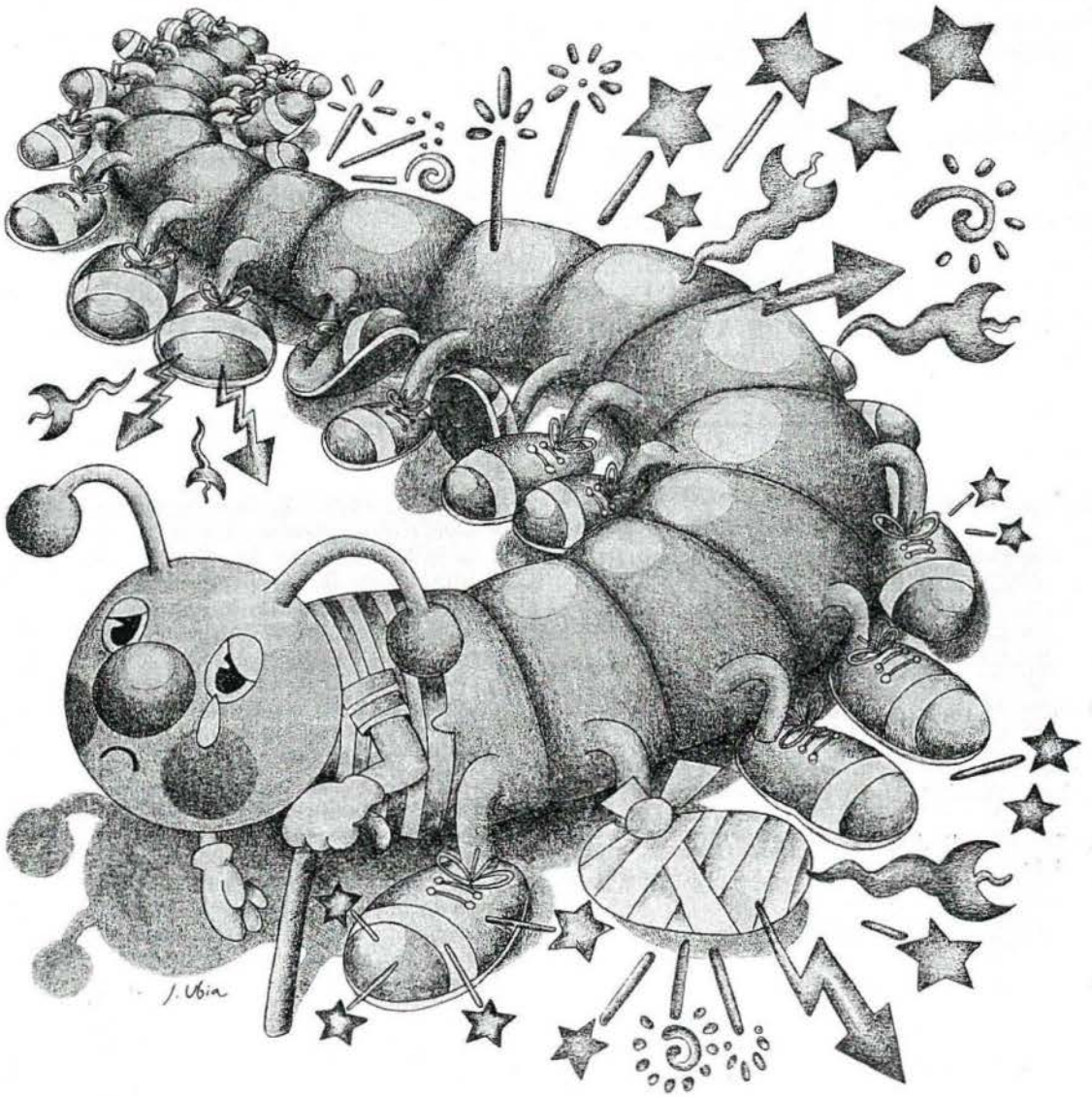
DELEGADOS PROVINCIALES

ALAVA: **D. Julio Crespo.**
ALBACETE: **D. Luis Juan Navarro.**
ALICANTE: **D. José Ochoa Morales.**
ALMERIA: **D. Esteban de Haro.**
ASTURIAS: **D. José Luis Alonso Alvarez.**
BADAJOZ: **D. José Villafaina de la Cruz.**
BARCELONA: **D. Evaristo Rodríguez Valverde.**
BILBAO: **D. Pedro M.ª Galardí.**
BURGOS: **D. Elías Hernando Tamayo.**
CACERES: **D. Timoteo Fernández**
CADIZ: **D. Manuel Albalá 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.**
HUESCA: **Delegado de Zaragoza.**
HUELVA: **D. Jesús Tocino.**
JAEN: **Víctor Nieto Molina.**
LA CORUÑA: **D. Francisco de la Cruz.**
LAS PALMAS: **D. Francisco Morán Ventura.**
LEON: **D. Luis Pascua San Miguel.**
LERIDA: **D. Alfredo Puchol.**
LOGROÑO: **D. Vicente Alvarez.**
LUGO: Sin Delegado Provincial.
MALAGA: **D. José Godoy.**
MADRID: **D. Mariano Rodríguez Esteban.**
MELILLA: **D. Fernando Bosch Palós.**
MURCIA: Sin Delegado Provincial.
ORENSE: **D. Elisardo Bralo Rego.**
PALMA DE MALLORCA: **D. Juan B. Brines.**
PAMPLONA: **D. Javier Gallo.**
PONTEVEDRA: Sin Delegado Provincial
SALAMANCA: **D. Antonio Basas Encinas.**
SAN SEBASTIAN: **Sebastián Tenés Iturriza.**
STA. CRUZ DE TENERIFE: **D. Armenio Méndez.**
SEGOVIA: **D. Francisco García Rodríguez.**
SEVILLA: **José Cañero Ramos.**
SORIA: Sin Delegado Provincial.
VALENCIA: **D. Isaías del Moral Roberto**
VALLADOLID: **D. Alfonso Domínguez Milán.**
ZAMORA: **D. Narciso Miguel Barrios.**
ZARAGOZA: **D. José A. Calvo García.**

ALGESAL®

ESPUMA

POMADA



ALGESAL ESPUMA

Composición

Laurilsulfato de nopoxamina, 10 mg;
Salicilato de dietilamina, 100 mg;
Excipiente, c.s.p. 1 g de emulsión.

ALGESAL ACTIVADO

Composición

Salicilato de dietilamina, 10%;
Nopoxamina (homomirtenil-oxi dietilaminoetanol), 1%;
Excipiente, c.s.p. 100 g.

Indicaciones

Terapia percutánea del dolor local, dolores reumáticos, articulares y musculares, torceduras, torticolis, lumbago y otros de parecida naturaleza.

Posología y modo de empleo

Apliquese varias veces al día una cantidad suficiente según la extensión

Efectos secundarios

Hasta el momento no se han observado.

Contraindicaciones

No se aplicará sobre heridas abiertas ni mucosas.

Incompatibilidades

Ninguna conocida.

EDITORIAL

Creo está bien claro que la Podología se mueve, y bien. Con sólo analizar por encima la trayectoria seguida en los últimos doce meses, nos daremos perfecta cuenta del potencial de unidad y concentración que tenemos los podólogos: los certámenes se han sucedido uno tras otro, y ahí han quedado como testigos el X Aniversario de la Fundación de la Escuela de Podólogos de Madrid, la Asamblea General Extraordinaria celebrada también en la capital del centro, el XI Congreso Nacional de Podología celebrado en octubre, y el XII en mayo, contando todos ellos con una nutrida asistencia, lo que constituye de por sí un récord no igualado por ninguna otra entidad profesional, teniendo presente el número de Agrupados que constituyen la nuestra, y el elevado porcentaje de asistencias a cada acto, y habida cuenta del poco tiempo transcurrido entre los mismos y el dispendio económico que significa no sólo el desplazamiento, sino el cerrar la consulta cada vez que la Agrupación requiere nuestra presencia para asuntos de interés profesional. Pero el espíritu de esfuerzo y solidaridad del Podólogo llega a más, y al margen de estas manifestaciones masivas de ámbito nacional, en las distintas Delegaciones se han seguido puntualmente y con absoluta normalidad los planes de acción trazados por cada una de ellas, y encaminados a llevar la Podología a cada rincón de España, par cubrir las necesidades podológicas de nuestros semejantes. Así, a lo largo y ancho de la nación se realizan paralela y simultáneamente proyecciones en Asociaciones de Vecinos, en Hogares de Jubilados, en Colegios, encaminados a resaltar la importancia de la salud del pie. A nivel particular vemos en los medios informativos con frecuencia actuaciones de compañeros: prensa, radio, TV., y a nivel de Presidencia se están haciendo gestiones con los distintos Organismos Oficiales, como el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, presentando proyectos que han sido muy bien acogidos, de cara a la inclusión del Podólogo en la Seguridad Social a base de un Concierto con la Agrupación.

En el ámbito internacional se ha seguido con la misma ilusión, fruto de la cual ha sido la reunión en Barcelona, los días 2 y 3 de junio de las naciones miembro de la Federación Internacional de Podólogos, cuya sede, por voluntad de la Asamblea ha sido fijada en España, recayendo la Presidencia, pre-

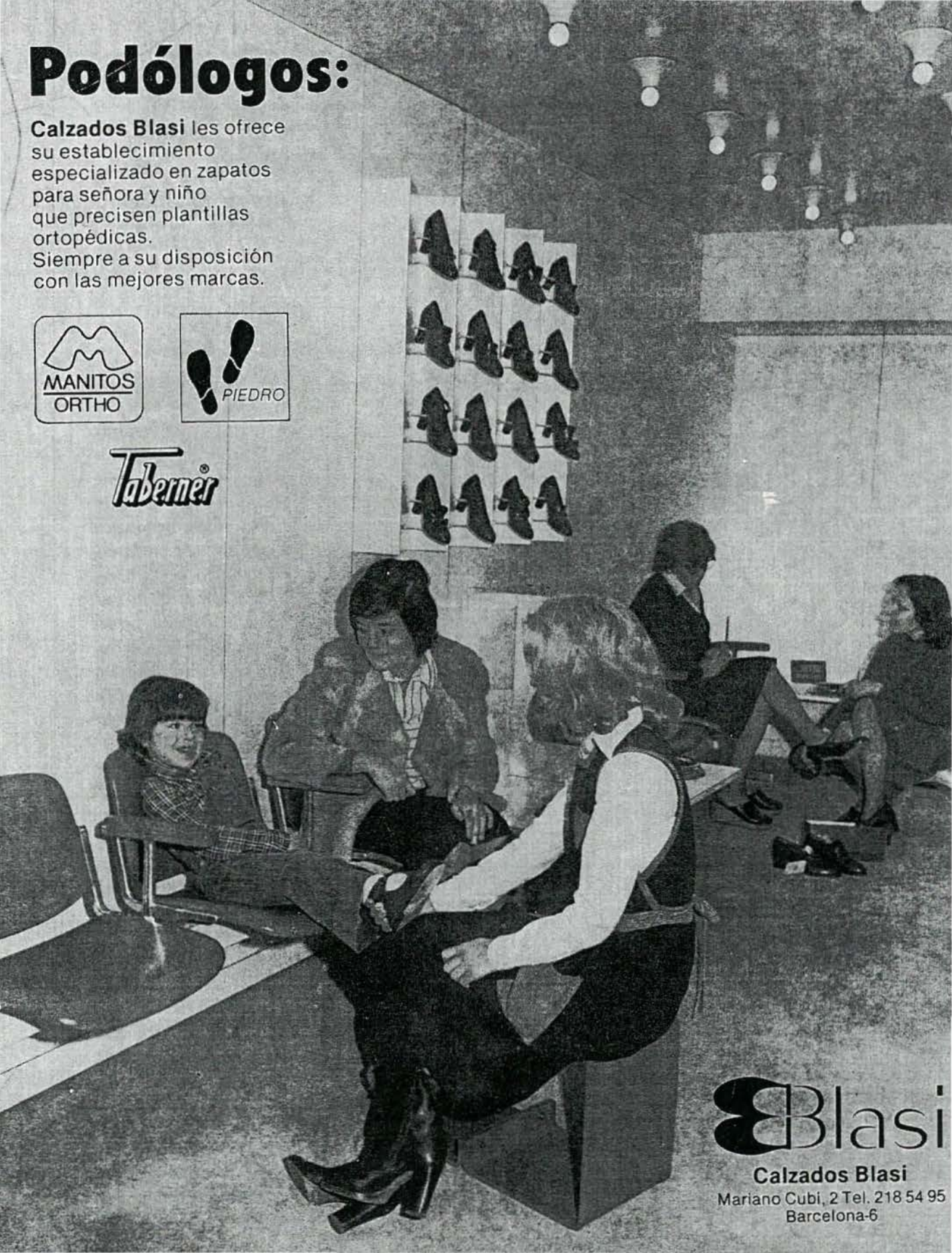
Podólogos:

Calzados Blasi les ofrece su establecimiento especializado en zapatos para señora y niño que precisen plantillas ortopédicas.
Siempre a su disposición con las mejores marcas.

MANITOS ORTHO

PIEDRO

Taberner



Blasi

Calzados Blasi
Mariano Cubí, 2 Tel. 218 54 95
Barcelona-6

via votación y por unanimidad en la persona de nuestro compañero y Presidente, D. Leonardo Escachs. Queda bien claro que el Podólogo español es vanguardista de la Podología mundial, y que en TODOS los países del mundo, la Podología es una CARRERA TOTALMENTE INDEPENDIENTE, y sus órganos representativos gozan de la fuerza y autonomía suficientes para, al amparo de la Ley, regir los destinos de la Profesión. Así lo contempla la OMS, cuando hace referencia a las carreras universitarias con función propia y nombre propio, así se ha hecho en todos los países, y así fue siempre en el nuestro, donde, ya en tiempo de las comunidades romanas existíamos como profesión libre e independiente; así lo han reconocido los órganos Sanitarios y Docentes en España, desde el Consejo de Rectores hasta los Informes de los Ministerios que han sido necesarios presentar apoyando la petición de reconocimiento de independencia, puesto que no es crear una cosa que hace dos mil años ya existía, de la Carrera Universitaria de Podólogo.

Ya para poner el broche a esta serie continuada de acciones podológicas nos queda el Congreso Internacional a celebrar el próximo septiembre en Londres, en el que naturalmente habrá representación española a cargo del compañero J. Alonso, quien versará sobre Cirugía Ungueal del cual esperamos una gran disertación, y al que arroparemos con nuestra presencia dándole el apoyo necesario para que España quede en el lugar que podológicamente se merece. El programa de conferencias, el orden que caracteriza a los ingleses, las posibilidades de comprar materiales e instrumental, son gajes más que suficientes como para esperar una nutrida concurrencia de congresistas españoles. Esperamos tú presencia para saludarnos personalmente en Londres unidos en un abrazo de confraternidad.

SMITH NEPHEW IBERICA, S. A.

INFANTA CARLOTA, 61
Teléfono 250 79 25 - BARCELONA-15

SN-77001

Solicite por escrito La Edición Especial "TECNICAS GYPSONA"

Airstrip® Tensoplast	APOSITO PROTECTOR DE HERIDAS EN LOS PIES IMPERMEABLE-TRANSPIRABLE-AUTOADHESIVO ALMOHADILLADO- Medidas: 6 cm. x 9 cm.
Crepe S.N.®	VENDA ELASTICA SIN HILOS DE GOMA 100% algodón - Color crudo Medidas: 5 cms. x 4 m. /7 x 4 /10 x 4 / 10 x 10
Gypsona®	VENDA DE YESO UNICA, CON GASA DE TEXTURA ENTRELAZADA Medidas: 5 / 10 /15 y 20 cms. x 2,70 m.
Melolin®	APOSITO ABSORBENTE Y NO ADHERENTE A LAS HERIDAS - ESTERIL Medidas: 5 cm. x 5 cm. / 10 x 10 / 10 x 20.
NYLEX® Tubinylex	VENDA DE PAPEL CREPADO VENDAJE TUBULAR EXTENSIBLE — PARA APLICAR ANTES DEL ENYESADO
Op-Site®	VENDAJE DE HERIDAS - Medida: 14 cm. x 10 cm. HERIDAS - CIRUGIA MENOR - QUEMADURAS AUTOADHESIVO-IMPERMEABLE- TRANSPIRABLE TRANSPARENTE - ELASTICO
Retelast®	MALLA ELASTICA IDEAL PARA SUJETAR APOSITOS EN LOS DEDOS Y PLANTA DEL PIE n.° 0 - 1.
Stuca®	VENDA DE YESO PARA MOLDES Medidas: 5 / 10 / 15 y 20 cms. x 3 m.
Tensocrepe®	VENDA ELASTICA, NO ADHESIVA - POROSA, Color carne Medidas: 5 / 7,5 y 10 cms. x 4,5 m.
Tensoplast® venda elástica	VENDA ELASTICA, ADHESIVA - POROSA, Medidas: 5/7,5 y 10 cms. x 2,70 m.
Tensoplast® tiras	TEJIDO ELASTICO ADHESIVO-PARA PROTECCION DE HERIDAS Y ROZADURAS Tira 1 mt. - Tira 5 mt.

SOFROLOGIA:
Presente y futuro en la Podología moderna

Por A. VILLALBA, Podólogo (Madrid)

PONENCIA PRESENTADA AL XI CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA, AÑO 1978, MADRID

Desde tiempos muy remotos ha sido una gran preocupación para los Cirujanos, cómo combatir el DOLOR en sus pacientes.

Todos tenemos referencias que en la actualidad se han realizado intervenciones de gran importancia por medio de la SOFROLOGIA. También es cierto que por falta de conocimientos, se ha interpretado MAL las técnicas empleadas, siendo muy confusas las polémicas a este respecto y que voy a intentar exponer y aclarar.

La SOFROLOGIA no es la Hipnosis con otro nombre como muchos opinan ni tiene que ver nada con la *PARAPSICOLOGIA*, ni tampoco es una rama de la *PSIQUIATRIA*.

Sus técnicas requieren un entrenamiento adecuado y *PROGRESIVO* para activar las estructuras positivas de la personalidad, eliminando el dolor, miedo, angustia consiguiendo la paz interior y desarrollando la *VOLUNTAD* personal para todo acto (auto-control y autodominio).

Se trata de un sistema fácil de aprender y se fundamenta en la ley *Biológica de la REPETICION PARA LA CONQUISTA DE NUEVOS HABITOS positivos de la personalidad, basándose en el PRINCIPIO DE LA MEMORIA CELULAR.*

O como dice su fundador:

«La repetición crea el hábito, tanto positivo como negativo. El hábito positivo es la VIRTUD, el hábito negativo es el VICIO.»

¿COMO FUNCIONA?

La SOFROLOGIA moderna ya es una realidad, fueron necesarios 10 años de investigación hasta que en 1960 se funda la ESCUELA DE SOFROLOGIA... *CENTRO INTERNACIONAL DE SOFROLOGIA MEDICA,* que coordina todas sus delegaciones, celebrando congresos, cursillos. Tenemos que destacar el *1er Congreso Mundial* celebrado en 1970, Barcelona, asistieron 1.400 Especialistas del Mundo, uniéndose las culturas por primera vez de *Oriente y Occidente;* o como diría el *Prof. D. Pedro Pons* en su conferencia inaugural. Las religiones separan los pueblos, las ciencias unen.

MEDICOS SOFROLOGOS

Anadon M. Interna (Barcelona); Aguirre de Cárcel en Sofro-Pedagogía Obstétrica (Madrid); Dr. Espinosa en Sofr. Pedagogía Pediátrica (Madrid); Martínez Quesada en Respiración Sofrológica (Madrid); Dr. Rivero en Estomatología; Dr. Hernández en Geriatría (Murcia); y entre los más populares por sus trabajos, tenemos al *Dr. Escudero de Cirugía en* (Valencia) y al *Dr. Abrezol* de Suiza en *Sofrología Deportiva,* logrando resonantes triunfos en las Olimpíadas de GRENOBLE (Francia) en 1968 y SAPORO en (Japón) en 1972 donde su equipo de esquí obtuvo 10 medallas de ORO.

BREVE BIOGRAFIA DE SU FUNDADOR DR. ALFONSO CAYCEDO

Realizó sus estudios en la F. de Medicina (Madrid). *Especializado en Neurología y Psi-*

ESSAVENON®
GEL

Fórmula: 100 g. 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 en la zona afectada 3 a 4 veces al día, extendiendo sobre la zona.

Indicación terapéutica:
Insuficiencia venosa local, traumatismos, hematomas.

Contraindicaciones:
Ulcus cruris, heridas abiertas, eczema húmedo.

Incompatibilidades:
No se conocen.

Efectos secundarios:
No se conocen.

Presentación:
Envase con 40 grs.

P.V.P.:
132,— Ptas.

INFAR NATTERMANN

Apartado 400 - Zaragoza Infanta Carlota, 64-66 - Barcelona 29

quiatria, nació en *Bogotá* (*Colombia*) y realizó en el Servicio de *Neuro-Psiquiatría* que dirigía el *Profesor López Ibor* en el antiguo *Hospital Provincial de Madrid* sus primeras investigaciones con las técnicas de la *HIPNOSIS que pronto abandonó* y los principales métodos de relajación. *Fundando en 1960 la Escuela de Sofrología.*

Su larga experiencia en hospitales psiquiátricos le llevó al convencimiento de que las enfermedades mentales eran en lo fundamental *alteraciones de la consciencia.* Sus estudios y observaciones le condujeron a una *orientación fenomenológica* que perfeccionó en Suiza con el Dr. Binswanger. Luego se trasladó a Oriente para investigar los especiales fenómenos de la consciencia de los YOGUIS de la INDIA, los budistas tradicionales del TIBET y los practicantes del ZEN en el JAPON.

Regresó a Barcelona creando los diversos métodos, sus bases y su terminología, evitando confusiones y sus diferencias frente a la HIPNOSIS, los métodos orientales de liberación y la parapsicología. Así nace la SOFROLOGIA con sus raíces griegas SOS armonía, PHREN mente, y LOGOS estudio, que significa el ESTUDIO DEL SER HUMANO EN ARMONIA. Promueve una filosofía humanística y una disciplina existencial basada en métodos de entrenamientos de la personalidad como terapia y prevención de las enfermedades.

Consta de dos ramas, LA SOFROLOGIA MEDICA exclusivamente clínica y la SOFROLOGIA SOCIOLOGICA de carácter mixto y orientación social.

SUS METODOS

La Sofrología tiene sus métodos propios llamados ENTRENAMIENTO SOFROLOGICO y se colocan más allá de la FISIOTERAPIA y de la PSICOTERAPIA y de la simple relajación y constituyen un entrenamiento de la totalidad de la persona.

Su fundador la divide en cuatro apartados:

1.º Entrenamiento para futuros médicos sofrólogos (se encuentra en estudio la admisión de ramas auxiliares de la Medicina, en las que se encuentra el PODOLOGO) ya los Fisioterapeutas han hecho hace poco un curso en Barcelona.

2.º Entrenamiento sofrológico individual, con fines terapéuticos

3.º Entrenamiento sofrológico de grupo mixto. Se requieren instalaciones adecuadas debidamente preparadas y la técnica fundamental es la RELAJACION DINAMICA DE CAYCEDO inspirada en sistemas orientales. (Se divide en TRES grados que deberán practicarse cada uno durante TRES semanas 3 ó 4 sesiones semanales de una hora de duración). El primer grado se inspira en el RAJA YOGA, el segundo en métodos del BUDISMO TRADICIONAL y el tercero en el ZEN japonés.

4.º Entrenamiento sofrológico colectivo, cuyo método fundamental es la Relajación Colectiva del Dr. Caycedo y va destinado a individuos sanos integrados en grandes grupos: Colegios, Empresas, etc. pero su difusión a nivel social ha sido confiada a un patronato mixto internacional UNIDECH integrado por médicos y personalidades responsables ya que se movilizan estructuras psicofísicas en el ser humano con la finalidad de potenciar lo positivo de la personalidad.

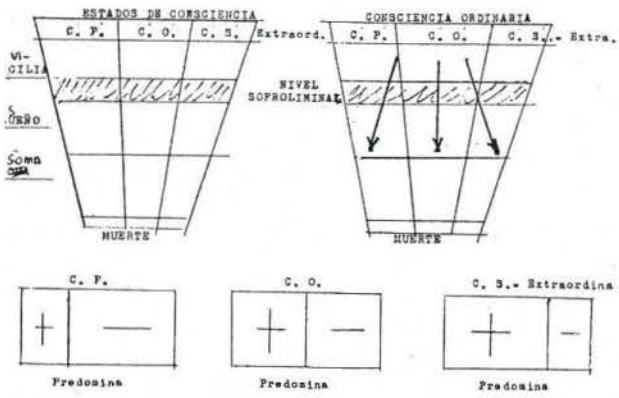
CONCEPTOS FUNDAMENTALES

La Sofrología admite TRES ESTADOS de consciencia; CONSCIENCIA ORDINARIA, CONSCIENCIA PATOLOGICA Y CONSCIENCIA SOFRONICA O EXTRAORDINARIA. La conquista de este tercer grado es el objetivo. Y de TRES NIVELES DE CONSCIENCIA; VIGILIA; SUEÑO y entre éstos uno muy importante llamado NIVEL SOFRO-LISOFRO-LIMINAL donde podemos transmitir la técnica planificada por medio del TERPNOS LOGOS o comunicación verbal, y así conseguir la meta trazada, cambiando siempre el verbo *SUGESTION* por el de *SUGERIR.*

RELAJACION SIMPLE
(R. D. del Dr. Caycedo)

ENTRENAMIENTO PROGRESIVO:
PRINCIPIOS FUNDAMENTALES
REPOSO, RELAJACION, DISTENSION
1.º RESPIRACION
2.º RELAJACION CORPORAL (Física)
3.º RELAJACION MENTAL (Psíquica)
= ESQUEMA CORPORAL
(CONCENTRACION, MEDITACION, CONTEMPLACION)

NO LO MANTENGA EN DIFICIL EQUILIBRIO
Mendivil
LE AYUDARA,
A DARLE LA CONFIANZA Y
SEGURIDAD QUE NECESITA.
Orto-Mendivil s.l.
CALZADO CORRECTOR Y
PARA PLANTILLAS ESPECIALES....
El Aguaor, José Menor Hernández, s/n - Apartado 191 - Teléfono 80 13 77 - VILLENA



DEMOCRACIA MENTAL

1.º *CONSCIENCIA PATOLOGICA.* — *Predomina* lo negativo, produciendo alteraciones de la personalidad, dando lugar a psicopatías diversas como *NEUROSIS histéricas, NEUROSIS de angustia, NEUROSIS hipocondríacas, NEUROSIS depresivas,* cuyo tratamiento corresponde al Médico Psiquiatra.

2.º *CONSCIENCIA ORDINARIA.* — En la que nos encontramos todos, donde se mantiene la lucha diaria para conseguir el equilibrio (*Homeostasis* como dicen los Psicólogos) predominan los complejos y los problemas psico-somáticos que enmascarados repercuten sobre nuestra personalidad y la conducta.

ENTRE LAS PRESIONES EXTERNAS. — Tenemos las influencias de la CONTAMINACION, los problemas del PROGRESO, la POLITICA, y el DESAJUSTE SOCIAL en que vive actualmente la Humanidad. (Enfermedad de masas).

ENTRE LAS PRESIONES INTERNAS. — Tenemos las FRUSTRACIONES; el INSOMNIO, LA TENSION DIARIA,, STRESS, ANGUSTIA. Los vicios; TABAQUISMO, ALCOHOLISMO, DROGAS, produciendo INFARTOS, HIPERTENSION, MUERTES; accidentes por imprudencias, etc. y por último *LA AGRESIVIDAD.*

3.º *CONSCIENCIA SOFRONICA O EXTRAORDINARIA.* — Es el objetivo fundamental de la E. de Sofrología y por medio de sus *TECNICAS,* MOVILIZAN Y POTENCIAN las *RESERVAS GENETICAS que SUBYACEN* en lo más profundo de las *ESTRUCTURAS BIOLOGICAS* del hombre. Desarrollando la *VOLUNTAD* para todo acto (AUTO-CONTROL AUTO-DOMINIO) y una *ARMONIA EXISTENCIAL.* (Procura dejar la vida un poco mejor de como te la has encontrado).

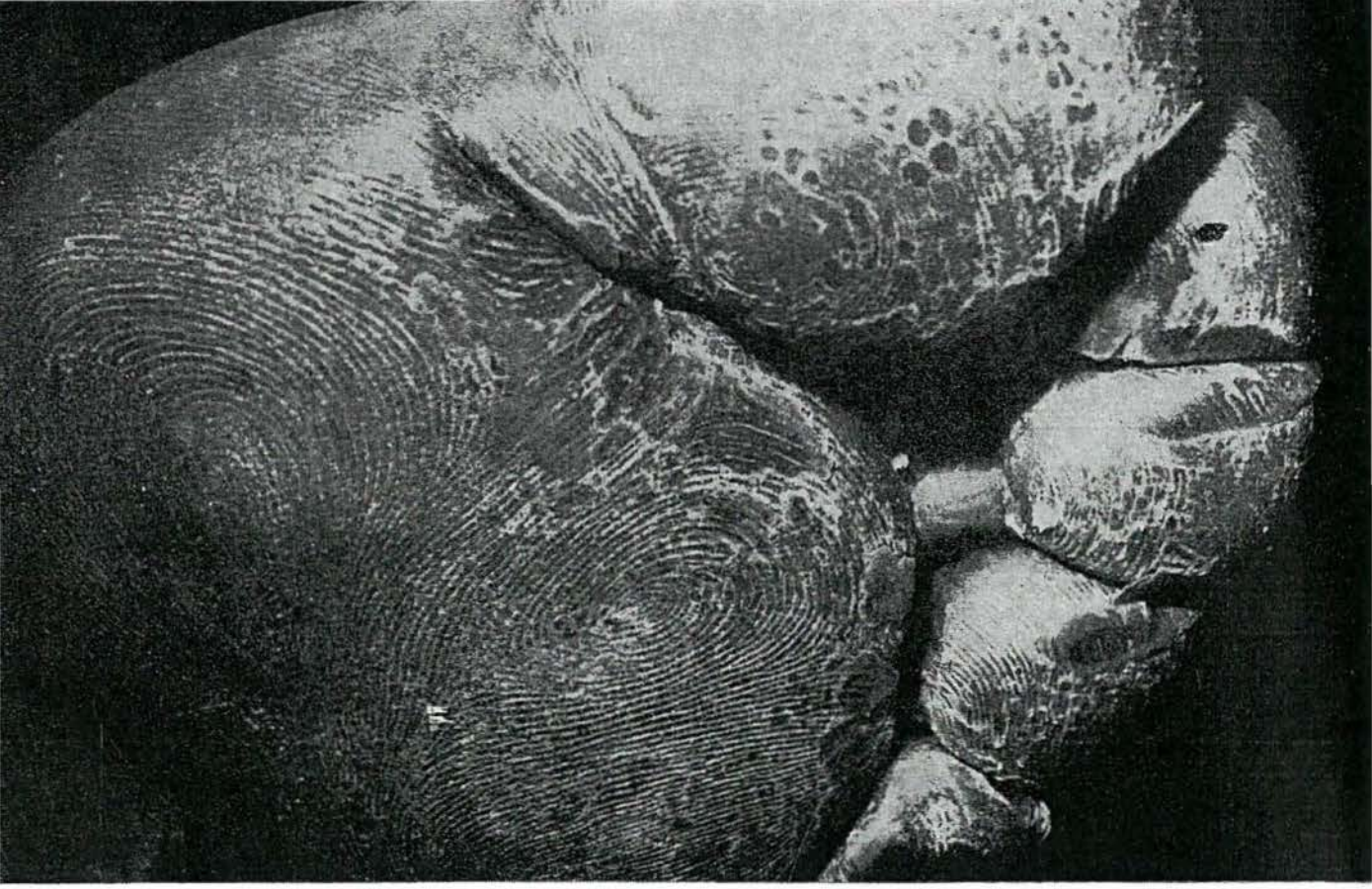
No debemos olvidar que la Sofrología promueve una *Filosofía Humanística* y que sus aplicaciones en *MEDICINA, SON RAMAS de la* misma.

EXPERIENCIAS

Expuestos a grandes rasgos los fundamentos y objetivos de la Escuela de Sofrología, hablemos de su aplicación. En el terreno profesional que nos interesa, me atrevo a exponeros mis experiencias aplicadas en la consulta Podológica con unos resultados altamente positivos (cirugía de rodetes, extracciones de uñas, papilomas, etc... eliminando el dolor, miedo, lipotimias etc. dejándonos actuar con mas libertad al despreocuparnos del estado general del paciente.

Muchas veces no son necesarios de los NIVELES profundos para conseguir unos resultados positivos y trabajar cómodamente. Basta con hacer una relación SIMPLE para poder aplicar la anestesia elegida y hacer una intervención normal. Para ello os voy a explicar la técnica tomando como ejemplo la más conocida por todos (la del Dr. Schultz) y que se aproxima a las empleadas en Sofrología (y que al final practicaremos *todos* si hay tiempo), para que tengáis una vivencia de los efectos y de la mecánica del sistema.

1.º *RELAJACION CORPORAL.* — Debemos disponer de un despacho gabinete agradable donde se tendrá una entrevista informativa con el cliente, breve i sencilla para que siga nuestras instrucciones. Se le invita a que tome una postura cómoda en el sillón podológico admitiendo los principios fundamentales que son: REPOSO, RELAJACION Y DISTENSION, y ya podemos empezar. A continuación se le invita a que respire tranquilamente con los ojos entornados y respiración libre, y una vez conseguida la armonía cardio-pulmonar, ya empieza el organismo agradecido a corresponder con paz interior, tranquilidad y mejor predisposición para pasar a la relajación CORPORAL empezando desde la cabeza a los pies y a la inversa para recuperar su estado general, mientras le estamos vendando al terminar la intervención. (Decía el Dr. Escudero en su libro «La voluntad vence al dolor»).



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
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 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

pharma consult/sa

2.° *RELAJACION MENTAL.* — La relajación requiere un entrenamiento progresivo pasando por los tiempos de *CONCENTRACION, MEDITACION, CONTEMPLACION, REFLEXION,* siguiendo la Técnica de la Relajación Dinámica del Dr. Caycedo, *percibiendo* las sensaciones internas de nuestro *ESQUEMA CORPORAL* y activando siempre lo positivo, *dando como un masaje verbal a nuestra mente,* viviendo y *sintiendo el cuerpo,* con respeto y admiración, como si estuviéramos en un ritual religioso. Como he dicho antes, estos niveles o estados de consciencia, al borde del sueño o *NIVEL SOFROLIMINAL* como dicen los sofrólogos para, que el paciente, se *autodirija* y *movilice* su *potencial psico-físico,* aceptando la insensibilidad de la región o zona del cuerpo, donde se ha de intervenir. Para volver a su estado normal, se activa la respiración y toma consciencia de tres puntos importantes de su esquema corporal, empezando por los pies, manos, cuello, cara, hombros, tensión de su columna, abdomen, ya puede abrir los ojos perfectamente recuperado.

DESPEDIDA

Me he tomado la libertad de exponeros estas experiencias para despertar vuestro interés con la mejor intención de aplicarlo en la consulta PODOLOGICA; mi aportación es sencilla ya que me considero un alumno más o menos adelantado de estas técnicas. Espero que en fechas no muy lejanas podamos realizar unos CURSILLOS DE SOFROLOGIA para el PODOLOGO, igual que lo han hecho nuestros compañeros los FISIOTERAPEUTAS hace poco en Barcelona; creo que merece la pena aplicarlo en la PODOLOGIA MODERNA.

D. ANTONIO VILLALBA LOPEZ
Podólogo (Madrid)

Fitex-E Onico-Fitex

Tratamiento local específico de las dermatomicosis y micosis de uña respectivamente.

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.
224,— 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.
118,— ptas.

INFAR NATTERMANN

Apartado 400 - Zaragoza Infanta Carlota, 84-88 Barcelona-15

Cuestionario de la evaluación muscular del pie

(Autoexamen recordatorio del extensor propio del dedo gordo)

Por *FERNANDO MUÑOZ CAMPOS*
Podólogo - Málaga

1. — ¿Dónde se origina el extensor propio del dedo gordo?
2. — ¿Dónde termina su inserción?
3. — ¿Cuál es la función que ejerce el extensor propio del dedo gordo?
4. — Además, ¿puede contribuir a otra función más generalizada respecto a la indicada?
5. — ¿Cuántas ramas inervan la función del extensor propio del dedo gordo?
6. — ¿En qué posición se coloca el dedo gordo en caso de contractura del extensor propio de dicho dedo?

Soluciones al cuestionario de la evaluación muscular del pie

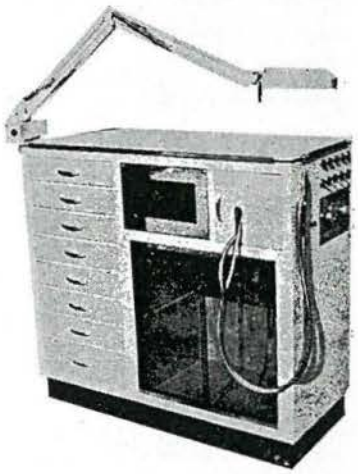
1. — En la parte media de la cara interna del peroné.
2. — Esta inserción consta de tres partes; una corta que se inserta en el extremo proximal de la segunda falange del dedo gordo y otras dos, algo más largas, que se insertan en los bordes laterales de la primera falange.
3. — Tiene por función extender la segunda falange del dedo gordo sobre la primera y ésta sobre el primer metatarsiano.
4. — Sí, contribuye asimismo, a imprimirle al pie un movimiento de flexión dorsal con rotación interna.
5. — Dos; rama colateral del nervio tibial anterior y rama del ciático poplíteo externo.
6. — Se fija en extensión (flexión dorsal) (1).

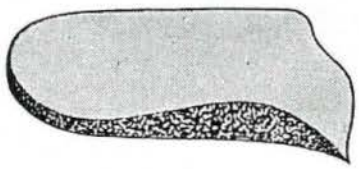
(1) A propósito de la flexión dorsal en que se coloca el dedo gordo, por contractura del extensor propio, es digno destacar, que una de las exploraciones que se emplea en medicina para diagnosticar cierto estado patológico, es el llamado reflejo de Babinski, el cual, puede obtenerse estimulando lentamente la superficie plantar del pie, con una varilla indicada a tal efecto. Si en dicho procedimiento, el dedo gordo sobresale de los demás, es decir, que se extiende en flexión dorsal, se considera este movimiento hallus positivo.

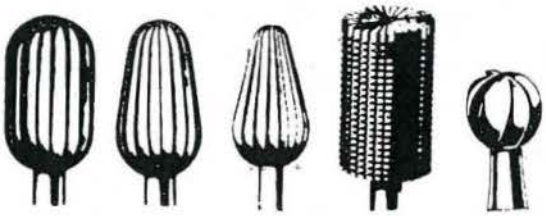
LUGA

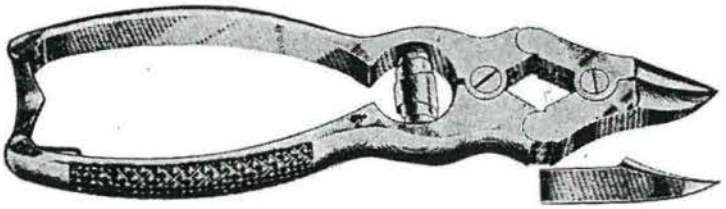
CLARA DEL REY, 47. MADRID-2. TELEF. 416 84 45

LA CASA DEL PODOLOGO









SILICONAS

Silone, Sta-Seal, Impresil, Caf 3, Silafem, etc.

PLANTILLAS

Plexidur, moldeadas y sin moldear, duroaluminio, corcho y latex, cuero, corcho vulcanizado, de detorsión para valgo, etc.

MATERIAS PRIMAS

Tubifoam, fieltros, latex, plexidur, degaplast, goma, salpa, espuma H. B., Cuñas, Bóvedas, Arcos, en corcho y goma, etc.

ORTOPEDIA

Férulas Denis Browne, botitas férulas, Hallux Valgus nocturnos, separadores, etc.

INSTRUMENTAL

Mangos y hojas de bisturís, tijeras, alicates, gubias, etc. Nacionales e importados.

ACCESORIOS PODOLOGICOS

Equipos, sillones, tornos, fresas, esterilizadores, soportes de frascos y fresas, podómetros, podoscópios, electro bisturíes, mecheros eléctricos, goniómetros, etc.

Estamos añadiendo nuevos artículos constantemente a nuestro catálogo.

Solicite cualquier información adicional que considere necesaria.

Atenderle será para nosotros motivo de satisfacción.

LUGA

LA CASA DEL PODOLOGO

Aspectos de la patología sesamoidea del primer metatarsiano

Por *J. CRESPO*
Podólogo - Vitoria

RESUMEN:

La región sesamoidea constituye una entidad "clínico-anatómica", pues los huesecillos sesamoideos y las formaciones tendino-sero-cutáneas que les rodean están en estrecha relación.

Sometida a microtraumatismos diversos diversos (profesionales, deportivos, estáticos, etc.), traduce su sufrimiento en un punto doloroso sesamoideo con una tumefacción local más o menos inflamada (a veces de naturaleza seudogotosa) o con una dureza dolorosa que perturba la marcha. La constatación de alteraciones radiológicas sesamoideas hace que se discuta una osteonecrosis (Enfermedad de Renander) o una fractura.

Esta región puede ser también asiento de una inflamación específica microcristalina (con depósito de cristales diversos) o reumática (sobre todo reumatoide, unas veces psoriásica y otras espondiloartrítica) responsable de alteraciones sesamoideas de intensidad variable. Por fin puede estar alterada por un proceso infeccioso de naturaleza aguda o crónica (fistulización). La región sesamoidea tiene una patología rica, muchas veces mal conocida porque está mal explorada.

Los dolores de la cara plantar de la I.ª articulación metatarsofalángica tienen un lugar preponderante en el marco de las metatarsalgias, pero a menudo mal conocido. La región sesamoidea encierra unos elementos óseos "los sesamoideos", cuyas alteraciones pasan a menudo desapercibidas tanto desde el punto de vista clínico como radiológico. Varios trabajos subrayan los aspectos lesionales de estas formaciones óseas. Nuestro propósito consiste en demostrar que la región sesamoidea constituye una "entidad anatomo-clínica", en la que los elementos que la componen (sesamoideos y partes blandas), estrechamente ligados, forman un todo susceptible de ser afectado por diversos procesos patológicos.

DATOS ANATOMOPATOLOGICOS

Comparados a los granos de sésamo; los sesamoideos internos y externos son huesos constantes pero presentan anomalías morfológicas frecuentes.

Un estudio radiológico de 120 pies de 60 personas de 16 a 81 años confirma tales anomalías en el 165 % de los casos (atrofia en grano de arroz 6,5 % bipartitos 10 %), predominantemente en el sesamoideo interno. Unidos entre ellos y situados en el fibrocartílago glenoideo, constituyen el "aparato glenoido-sesamoideo" ancha cavidad articular de recepción donde asienta y rueda o gira verdaderamente la cabeza metatarsal.

En el feto aparecen en la 12.ª semana dos nódulos cartilaginosos que se incorporan al fibrocartílago glenoideo. Su osificación es tardía (10 a 15 años). Terminan englobándose en importantes elementos tendo-sero-cutáneos. El tendón del flexor del 1.er. dedo, rodeado de una vaina sinovial, se desliza entre una garganta que le forman estos pequeños huesos. De la aponeurosis profunda que los recubre, parten trac-

tome medidas para sus pies con

Peusek®

desudorante y desodorante

un baño mantiene su eficacia 3 meses

dos productos
para dos problemas que son dos soluciones

ARCANDOL SPRAY

para pies ardientes,
cansados, doloridos.

su aplicación alivia de inmediato

Productos Peusek

Avda. Infanta Carlota, 19-21 * Telf. (93) 239 83 34 * Barcelona-29

consulte a su podólogo, venta en farmacias

tos fibrosos que aprisionan un tejido célulo-adiposo en el que se desarrolla una bolsa serosa. Estos elementos óseos en estrecha unión con la 1.ª articulación metatarsofalángica, tienen un papel estático. Gracias a su solidez protegen a la vez la articulación metatarsofalángica del 1.er dedo y el tendón del flexor propio del mismo. Están apoyados en el "verdadero neumático" que constituyen las partes blandas subyacentes. Tienen también un "papel dinámico": Verdadera polea de reflexión" dirigen hacia el primer radio las fuerzas que aseguran la verticalización del 1.º metatarsiano al final del paso. La primera región metatarso-falángica debe de ser dividida en dos pisos: Un piso superior metatarso-falángico, en contacto directo con la primera articulación metatarso-falángica y un piso inferior, sesamoideo, que engloba los sesamoideos y las formaciones tendino-sero- cutáneas que los rodean.

ASPECTOS PATOLOGICOS

Los diversos procesos patológicos interesan unos a las partes blandas y otros a los sesamoideos propiamente dichos, sin que sea posible saber cuál es el punto primario o de partida, dado que las lesiones se encuentran demasiado próximas.

PATOLOGIA MICROTRAUMATICA O ESTATICA

La región sesamoidea está sometida a microtraumatismos o una sobrecarga estática. Este padecimiento se traduce en un punto doloroso selectivo a la presión de un sesamoideo o a veces por una tumefacción (bursitis local). En una segunda época aparece una dureza dolorosa que impide el apoyo sobre la cabeza del primer meta y obliga al enfermo a caminar sobre el borde externo del pie. No hay nunca perturbación en los análisis.

La exploración radiológica puede ser normal o puede objetivar modificaciones sesamoideas.

La anamnesis etiológica encuentra factores deportivos (atletismo, tenis) profesionales (personas sometidas a largas caminatas, vendedores, enfermeras, empleados de ferrocarril, etc.) y en el orden estático (pie cavo, o bien valgo de calcáneo que sobrecarga el primer radio). a Veces un calzado mal adaptado interviene para acentuar el cuadro clínico.

CASO N.º 1

Sta. B.M. 24 años, estudiante, consulta en mayo de 1975, por un dolor que se recrudece durante la noche. Aparece de repente al cabo de 4 días de llevar calzado de tacón "en aguja". La exploración evidencia un dolor muy vivo a la presión del sesamoideo interno del pie izquierdo, acompañado de una bursitis. Tiene un pie cavo (de arco interno) poco reductible. Los exámenes radiográficos y analíticos son normales. El tratamiento local, a base de una plantilla de descarga retrocapital y una infiltración de corticoides, conlleva la desaparición de los dolores. Recaída a los 8 meses.

La existencia de una dureza dolorosa debajo de la cabeza del 1er. meta, confirma la que hay una sobrecarga sesamoidea, responsable de los dolores crónicos y a veces de fistulación.

Cuando se constatan modificaciones radiológicas sesamoideas, es preciso recordar dos afecciones: La osteonecrosis y la fractura sesamoidea.

OSTEONECROSIS

Descrita por RENANDER en 1924, después por NATIELLO, su estudio ha sido completado últimamente por DENIS a propósito de 4 casos operados. Nosotros hemos podido ver asimismo 4 casos. El siguiente es un ejemplo típico.

CASO N.º 2

M.P.A. 50 años, empleado, se queja desde hace un mes de un dolor en el pie derecho después de largas marchas, que asienta bajo la cabeza del 1er. metatarsiano impidiendo el apoyo. El examen clínico pone en evidencia un punto doloroso a la presión del sesamoideo externo. No hay tumefacción local ni signos inflamatorios. Ningún antecedente particular. Las radiografías muestran una modificación estructural del sesamoideo externo.

Un tratamiento con infiltraciones locales y una plantilla que eleva la zona de apoyo conllevan la desaparición de los dolores. Revisado al cabo de 2 años no ha acusado más fenómenos dolorosos pero sus modificaciones óseas persisten en el control radiográfico.

PIEDRO

OFRECE AL PODOLOGO:

cuatro distintos anchos
cuatro tipos distintos de suela

- — **100 % cuero crupón marca-royal**
- — **palmilla entresuela cuero y bloque de composición controlada**
- — **íd., íd., íd. y crepé superior virgen**
- — **100 % cuero crupón reforzado**

tres tipos distintos de tacón **(recto, estilo Thomas y recto con estabilización central)**

dos tipos de hormas (normal y recta)

ochenta distintos modelos y siempre:

Máxima sujeción de empeine y retropié
Espacio para el movimiento de dedos
Máxima calidad de materiales
Espacio para el crecimiento
Máxima indeformabilidad

PIEDRO INTERNATIONAL
En España

J. L. Vila-Plana
Conde Borrell 211-prta. 33
teléfono 93/239 53 06
Barcelona-29
telegramas: KIRITA-Barcelona
exposición: Conde Borrell, 87
(rogamos hagan cita)

PIEDRO

CARACTERISTICAS ETIOLOGICAS

Esta afección tiene una ligera predominancia femenina y se da en el joven, en el adolescente y en el adulto.

Interesa tanto al sesamoideo interno como al externo. A veces comienza repentinamente (2 casos). La historia etiológica encuentra los mismos factores desencadenantes que los descritos anteriormente (microtraumatismos profesionales, deportivos, etc.). Así mismo está favorecida por los trastornos estáticos del pie y agravada por un calzado mal adaptado.

CASO N.º 3

Sta. S.M. 13 años, acusa un dolor debajo de la cabeza del 1er. metatarsiano del pie derecho desde hace 10 días, después de haber llevado zapatos de tacón alto. En el curso de una carrera sobre terreno accidentado comenzó un dolor que cursa con cojera. El examen clínico muestra una ligera tumefacción derecha (sesamoidea) con un dolor selectivo debajo del sesamoideo externo. Tienen un pie cavo irreductible. La exploración radiológica evidencia irregularidades del sesamoideo externo derecho. Explotación analítica normal. Un tratamiento consistente en 3 infiltraciones de corticoesteroides al lado del sesamoideo externo con 8 días de intervalo y una plantilla de descarga bajo la cabeza del 1er. meta, llevan a la desaparición de los dolores. Recaída a los 6 meses.

CARACTERISTICAS CLINICAS

La afección se traduce comúnmente por un dolor bien localizado bajo la cabeza del primer meta, en apoyo y en el momento final del paso, atenuándose con el reposo. Se acompaña de un trastorno de la marcha (marcha en varo). A veces el cuadro clínico es engañoso, haciéndonos pensar en una afección inflamatoria. (A menudo se confunde con una crisis gotosa): El dolor paroxístico aparece bruscamente durante la noche interesando a la raíz o a la totalidad del 1er. dedo. Se asocia a modificaciones locales de apariencia inflamatoria (aspecto rosaceo de la piel con hiperestesia). El examen clínico evidencia un dolor selectivo a la presión de un sesamoide agrandado por la extensión forzada del 1er. dedo y otras veces existe un dolor difuso en la región sesamoidea cálida y rosacea, acompañado de tumefacción local.

El estudio radiológico muestra las alteraciones características de un sesamoideo: Desmineralización, condensación desigual, punteado, aislado o asociado a un aplanamiento dorso-plantar, fragmentación irregular en dos o más trozos, a veces un "polvillo" de restos óseos.

El análisis biológico es siempre normal.

La evolución se realiza la mayor parte de las veces hacia la curación bajo el efecto de un tratamiento médico-local.

A veces la persistencia de los dolores obliga a la sesamoidectomía.

INTERPRETACION FISIOPATOLOGICA

Los estudios anatomopatológicos de los sesamoideos lesionados, confirman la existencia de lesiones necróticas de origen vascular, parecidas a las que se dan en la enfermedad de LEGG-PERTHES-CALVE o en la de KÜHLER. Como origen de esta necrosis se piensa en una isquemia local, secundaria a microtraumatismos y traumatismos o en una isquemia primitiva (consecuencia de una vascularización precaria de estos huesecillos). Por nuestra parte pensamos que la necrosis sesamoidea es el resultado de una serie de lesiones que no sólo afectan a los huesecillos sino a todo el conjunto de partes blandas de la región sesamoidea. Las formaciones serotendinosas sometidas a un exceso de trabajo continuo, se inflaman y son responsables, por un fenómeno isquémico secundario, de las alteraciones óseas.

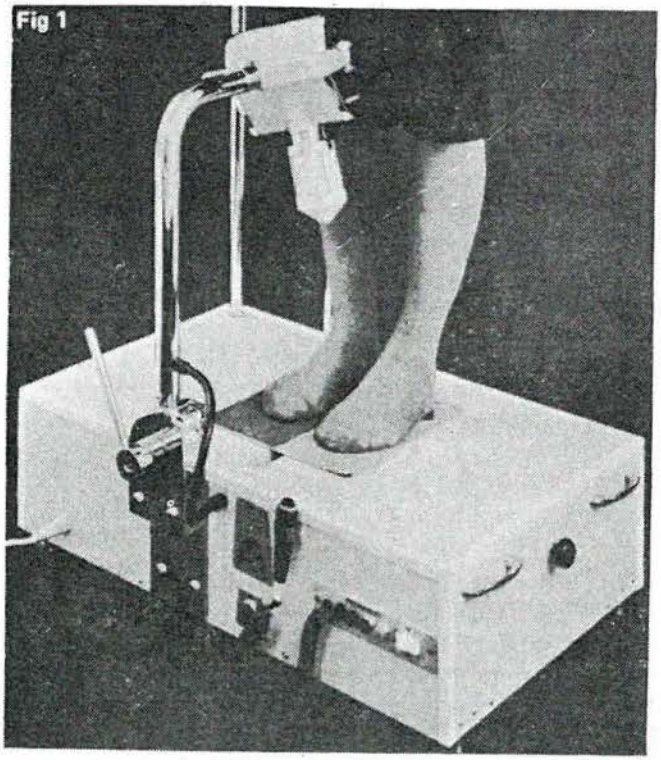
En el cuadro de esta patología se pueden apreciar dos estadíos en la aparición de las lesiones:

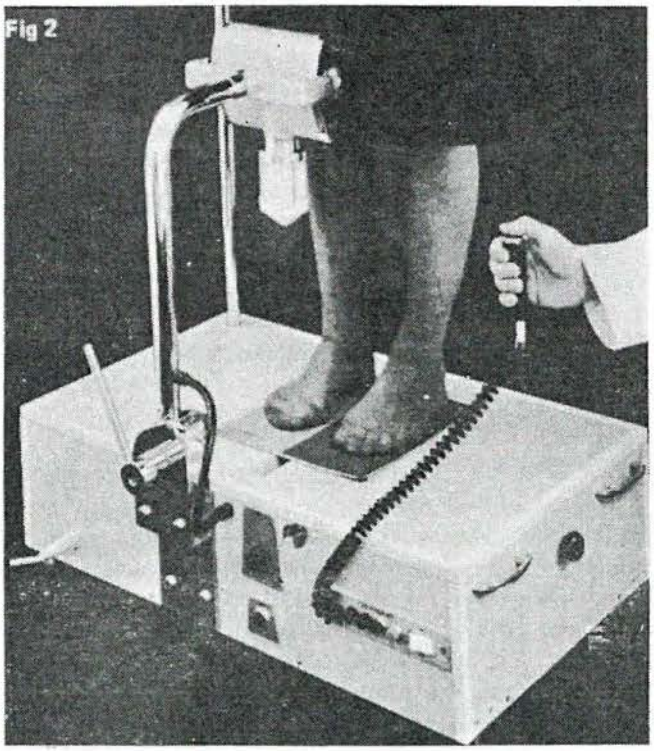
1.º Inflamación de las partes blandas sin alteración ósea (caso 1.º), o con lesiones óseas pero susceptibles de curar médicamente sin que estas lesiones se modifiquen (caso 2.º).

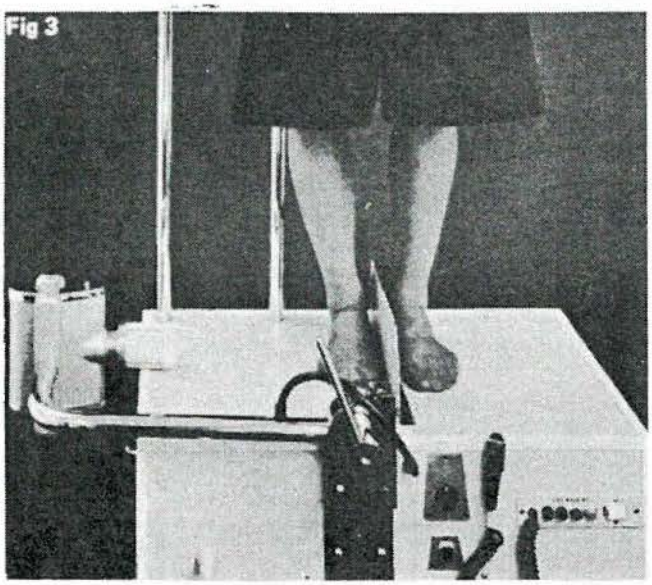
2.º Dolor crónico que ligado a la evolución propia de la necrosis ósea,, necesita la sesamoidectomía.

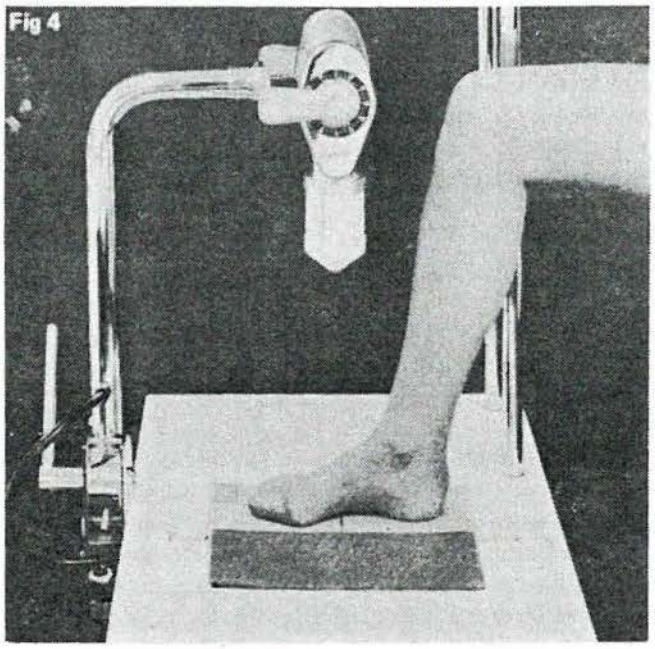
FRACTURAS

Fuera de todo traumatismo directo (golpe, torsión del pie, etc.) se trata de una lesión siempre difícil de confirmar pues el cuadro clínico se parece al de la necrosis sesamoidea y









¡NOVEDAD! APARATO PODOLOGICO DE RAYOS X

La presente unidad de Rayos X fue especialmente estudiada para ser utilizada por los Podólogos, para dar una alta calidad y un diagnóstico radiográfico del pie y tobillo en las dos posiciones (carga y descarga).

La caja está diseñada para prevenir la exposición de toda la película por debajo del nivel del tope de la carga de exposición. Y esta posición permite radiografiar ambos pies en la posición de carga lateral, para ser comparados en la misma película.

El control remoto permite al operador adoptar la distancia correcta de trabajo.

DISTRIBUIDOR EXCLUSIVO: **LUGA - LA CASA DEL PODOLOGO** - Clara del Rey, 47, Madrid-2

la imagen radiológica se confunde con una anomalía congénita o de aspecto necrótico.

A veces sólo el examen anatomapatológico del sesamoideo lesionado esclarece el diagnóstico. DEVAS ha descrito una fractura de fatiga de un sesamoideo interno en un niño de 11 años, pero su entidad como tal fractura es discutible pues el aspecto radiográfico es el de una necrosis sesamoidea.

PATOLOGIA MICROCRISTALINA

En el curso de la gota el asiento típico es en la primera articulación metatarso-falángica, pero puede interesar igualmente a la región sesamoidea: De hecho es a veces la única zona afectada por el proceso inflamatorio y donde asientan los depósitos de tofos.

CASO N.º 4

Sr. T.A. 35 años, desde hace 5 años presenta crisis inflamatorias gotosas, localizadas principalmente en 1er. dedo derecho. Progresivamente se ha establecido una tumefacción dura en la región sesamoidea derecha. Lleva un tratamiento de ALLOPURINOL (2 comp. diarios) desde hace tres meses. Hace 15 días han aparecido signos inflamatorios en región sesamoidea con vivo dolor en el apoyo. El examen clínico recoge una inflamatoria, dura, muy dolorosa a la presión de la parte interna de la región sesamoidea derecha. El análisis biológico muestra una V. de S. de 35 mm; Uricemia de 85 mg/I; Uricuria 680 mg/24h. Las radiografías objetivan un espesamiento de las partes blandas sesamoideas con importantes modificaciones estructurales del sesamoideo interno. Un tratamiento general con pirazolona consigue la sedación del dolor pero modifica poco la tumefacción local (depósitos de tofos).

En un estudio radiológico y anatomopatológico RESNICK confirma la presencia de alteraciones sesamoideas en la gota, asociadas a depósitos cristalinos en los tejidos vecinos y en el cartílago sesamoideo.

En el curso de la condrocalcinosis, han sido descritas calcificaciones exte-articulares en la parte interna de la 1.ª articulación metatarso-falángica. RESNICK subraya la existencia de precipitaciones cálcicas tisulares y de erosiones óseas en el curso de esta afección igual que en la gota. Estos hechos sugieren que precipitaciones cálcicas de otro tipo (cristales de hidroxiapatita pueden asentar en la región sesamoidea y ser responsables de alteraciones en esta zona.

CASO N.º 5

Sra. L.I. 33 años, se queja desde hace 8 días, después de una tarde de baile, de agudos dolores plantares internos en el antepié derecho, con cojera. Sin antecedentes. El examen clínico nos muestra un punto doloroso a la presión del sesamoideo interno derecho con ligera tumefacción local. Las radiografías evidencian calcificaciones en las partes blandas subsesamoideas internas derechas con alteraciones del huesecillo. Los análisis son normales. Una inyección local de corticoides lleva a la desaparición del dolor.

ATAQUE REUMATOIDE

La región sesamoidea suele ser atacada principalmente por los procesos reumatoides: En la historia clínica de algunas poliartritis, se ve cómo la afección ha comenzado por una localización inflamatoria del 1.er dedo (etiquetada por norma como "crisis de gota") pero que en realidad corresponde a una inflamación de las partes blandas sesamoideas.

En el curso de la evolución aparece a veces una tumefacción loca sesamoidea verdadera tenosinivitis o bursitis reumatoide, análoga a las encontradas en otras partes del cuerpo (tenosinovitis de los extensores, higroma de los codos).

CASO N.º 6

Sr. L.M. 45 años, tiene una poliartritis reumatoide seropositiva (Waer-Rose I/256), que evoluciona desde hace 7 años. Acusa desde hace un mes un dolor sesamoideo izquierdo que le obliga a caminar sobre el borde externo del pie. El examen clínico objetiva una tumefacción dolorosa bajo la cabeza del 1er. metatarsiano. (Higroma sesamoideo). Asociado existe un higroma en los codos.

En el control radiológico los sesamoideos están intactos. Se le coloca una plantilla de descarga y se le propone la exéresis del higroma pero no la acepta.

sillón eléctrico **STARLINE**

ELEGANCIA DE LINEA — FUNCIONALIDAD Y UTILIDAD
EN EL DISEÑO — ROBUSTEZ — PERFECTO ACABADO

PRECIOS Y CONDICIONES
EXCEPCIONALES

SERVICIO TECNICO GARANTIZADO EN TODA
ESPAÑA POR EL SERVICIO POSVENTA
SUDENTA, S. A.

SOLICITE AMPLIA INFORMACION SIN COMPROMISO A:

SUDENTA,S.A.
departamento podologia

Ronda San Antonio, 98
Tels. 318 96 16 - 318 96 12

Espoz y Mina, 7
Tels. 222 45 69 - 221 40 44

Las alteraciones sesamoideas acompañan a estas modificaciones reumatoides de las partes blandas pero se ven más frecuentemente en las poliartritis más antiguas.

CASO N.º 7

Sra. A. 69 años, tiene una poliartritis reumatoide que evoluciona desde hace 10 años y que comenzó por una crisis inflamatoria del 1.er dedo interesando más tarde a todas las articulaciones. Se queja de una tumefacción sesamoidea derecha y la exploración radiológica nos muestra geodas en el sesamoideo externo.

CASO N.º 8

Sra. V. 58 años, afecta de una poliartritis reumatoide seropositiva, que evoluciona desde hace 14 años, no está tratada con corticoides. Acusa dolor sesamoideo derecho sin tumefacción local. Las radiografías objetivan una erosión del sesamoideo interno derecho.

Las lesiones sesamoideas en el curso de la poliartritis reumatide son de tipo destructivo, pero están mal conocidas, pues en la exploración radiológica rara vez se realizan las incidencias especiales, que se necesitan para visualizar los sesamoideos perfectamente.

RESNICK aporta valiosos documentos sobre las lesiones destructivas de los sesamoideos en la poliartritis reumatoide. Confirma que estas lesiones son producto de poliartritis severas y antiguas. Están ligadas a la destrucción del cartílago y del hueso sesamoideo por el panículo desarrollado a expensas de las formaciones tendino-serosas vecinas. Estas lesiones favorecen la aparición del hallux valgus. Parece que estas lesiones sesampideas sean idénticas a las que se desarrollan en la cabeza del 5.º meta. Desmineralización inicial, geodas, erosiones y destrucción más o menos completa.

En los otros tipos de reumatismo inflamatorio (reumatismo psoriasico, pelvispondilitis reumática, etc.) existen las mismas modificaciones clínicas, pero las alteraciones óseas son diferentes y consisten en una "periostitis de los sesamoideos", pudiendo realizar una proliferación ósea exuberante (aspecto barbudo) análoga a la encontrada en otras localizaciones.

ATAQUE INFECCIOSO

La región sesamoidea puede ser asiento de una localización infecciosa. Puede evolucionar de forma aguda y corresponde a una osteomielitis hematógena de los huesos sesamoideos. A los signos inflamatorios locales, de aparición brusca, se asocia un estado febril. Se suele confundir frecuentemente con una inflamación microcristalina.

La osteitis crónica es aún peor: Está ligada a una dureza por sobrecarga infectada y descuidada que ataca a los sesamoideos. Evoluciona hacia una fistulación crónica que se confunde con un mal perforante plantar.

El término sesamoideopatía debe englobar el conjunto de lesiones que interesan a las formaciones óseas y tendido-cutáneas de la región sesamoidea.

(Extraído de la «Revista de Reumatología» de FRANCIA)

Constantino Velasco Lainz

PONE A DISPOSICION DE LA PODOLOGIA ESPAÑOLA UNA GAMA COMPLETA DE ARTICULOS PARA LOS PIES CON LOS PRODUCTOS:

für die Füße BERKEMANN

BERKEMANN

Y

VELMANN

VELMANN

...al servicio de sus pies.

INSTRUMENTAL PODOLOGICO
CORRECTORES Y PROTECTORES PARA PIES
MATERIAS PRIMAS. — Plexidur, Ortholen, corcho, goma-espuma, etc.
MATERIAS SEMITERMINADAS. — Cuñas, arcos bóvedas, etc.
CALZADOS FISIOLOGICOS. — Zapatos, botas, sandalias, zuecos, etc.
COSMETICOS PARA PIES. — Sprays, polvos, cremas, bálsamos, etc.
SILICONAS

OFICINA CENTRAL:
Santiago Bernabeu, 4 - Madrid-16 - ☎ **262 18 91** **261 44 15** **261 98 75** (contestador automático) **261 47 21** **261 45 96**

DELEGACION CATALUÑA: Mallorca, 336 - Barcelona - 37 - Teléfonos 257 76 05 y 207 01 52

ALMACEN CENTRAL: Ferrocarril, s/n. - Getafe (Madrid) - Teléfonos 695 09 50 y 695 09 54

LABOR DE LAS DELEGACIONES

EUZKADI

La Agrupación de Podólogos, en colaboración con el Colegio Provincial de A.T.S. de Guipúzcoa, ha organizado unas charlas de reciclaje profesional con un programa muy sugestivo.

Estas charlas tuvieron lugar en la calle Virgen del Carmen n.º 24 bajos, lugar donde un compañero, nuestro amigo Tenes tiene su consulta tan acogedora, lo que nos hacía sentirnos en nuestra propia casa. La cuota de inscripción era de 1.000,— Ptas., incluyéndose en esta cuota la comida que se celebra el domingo al mediodía.

Los días de estas charlas fueron el 24 y 25 del pasado mes de febrero.

El sábado día 24 comenzaron estos dos días de convivencia a las 15,30 horas con un saludo del Delegado Regional Sr. J. J. Araolaza que habló del estado actual de la especialidad, condicionantes, etc. y se proyectó una película demostrativa de los distintos trabajos que se realizan en la Podología.

Una hora más tarde, hacia las cuatro y cuarto de la tarde, tomó la palabra nuestro buen amigo el Sr. J. Crespo, que se encargó de la exposición de un tema muy árido como es la anatomía estudiada desde el punto de vista Podológico, pero el Sr. Crespo supo sacar provecho de este tema que pasó de ser árido a un tema verdaderamente animado y simpático gracias al conferenciante.

Más tarde, y estas son las ventajas de estar en estas más que conferencias mesas redondas, el Sr. Tenes, nuestro gran amigo, habló sobre la exploración Podológica en la práctica, contando como sólo él sabe un sin fin de anécdotas, intercaladas en la conferencia.

Después le tocó el turno al Sr. J. L. Inchaurrondo, viejo lobo de la Podología, que hablaría de la quiropodia práctica y su metódica, y digo que hablaría y habló, pero al terminar se remangó y se preparó, e hizo una intervención de rodetes delante de los asistentes contestando a las innumerables preguntas que se le hicieron, el método usado en la intervención fue el del Maestro de la Podología Escachs, y ahora me váis a permitir que aquí haga una pausa, y un punto y aparte.

En este punto y aparte quiero hacer un inciso, porque ya que he dicho que el Sr. Inchaurrondo efectuó la intervención por el método de Escachs, diré, por que es de personas honradas hacer justicia, que no sólo la intervención de rodetes es de Escachs sino muchas más innovaciones en la Podología, por ejemplo dentro de la cirugía tenemos la enucleación de los palilomas plantares dejando su cicatrización de segunda intención. También tenemos que decir la resección de la exostosis subungueal, etc. etc., no quiero alargarme en este escrito pero algún día tedremos que hablar de todo esto y de más cosas; pero ahora vamos a seguir con los de San Sebastián.

Como decíamos antes, después del Sr. Inchaurrondo, le tocaba intervenir al Sr. J. Crespo, con los temas recuperación funcional y su tema favorito el tratamiento de los papilomas por medio de la "Bleomicina". Lógicamente la hora de su comienzo no fue la fijada por el programa y se terminó a las 9,30 de la noche, pero los asistentes querían seguir, esto nos indica la gran importancia de los temas que se trataron y la animación que dieron a los mismos, tanto los conferenciantes como los asistentes.

Después de las conferencias se aprovechó para dar un paseo nocturno por la bella Easo, con una temperatura casi primaveral, aunque estábamos en el mes de febrero, y ver los carnavales que hacía mucho que no se habían celebrado y la gente contenta y alegre, parecía que las calles de San Sebastián se habían vestido de gala, para este fin de semana de estas charlas de reciclaje de la Gran Familia Podológica de Euzkadi.

El domingo día 29 a las 10 de la mañana, abría el fuego Podológico el Sr. L. García Uná-

Antes habia algunas ortosis de siliconas que:

- *se desgarraban?*
- *producian alergias?*
- *necesitaban placa, espátula, etc?*
- *necesitaban mezclar, batir, amasar, etc?*
- *se pegaban en las manos al elaborarlas?*
- *eran muy caras?*
- *etc. etc. etc?*

Ahora, ya no.

Ahora:

PODOSILK

LA SILICONA

Pida información a:

LUGA

LA CASA DEL PODOLOGO. Clara del Rey, 47. Madrid-2. Tel. 416 84 45

nue, con un tema muy interesante como es la exploración radiológica en Podología, diremos aquí que por causas de fuerza mayor no pudo asistir nuestro gran amigo y compañero y que la charla la dio P. M.ª Galardi, esta charla fue muy práctica y en ella se vieron gran cantidad de radiografías con las enfermedades más comunes y otras muy raras dentro del campo Podológico, las radiografías las examinaban todos y se preguntaba las distancias, ángulos etc. que se veía en cada radiografía.

A las once de la mañana le tocaba el turno a la cirugía Podológica, con las partes de pequeña cirugía ósea, cirugía de las partes blandas y cirugía de las uñas. Esta charla corrió a cargo del Sr. P. Galardi y se proyectaron varias películas sobre los temas de las intervenciones que él mismo había realizado y como siempre hubo distintos puntos de vista sobre las distintas formas y maneras de operar así como de lo que es posible realizar en la cirugía podológica.

A las doce, después de habernos tomado un cafecito muy bueno que lo preparó el Sr. Tenes con algunos que le acompañaron, se presentó un joven compañero el Sr. E. Mascaro e hizo una descripción perfecta de las alteraciones en la extructura del pie producidas por la pierna, contestando a las distintas preguntas que los presentes le hicieron. A este joven Podólogo no se le puede dejar de la mano pues tiene madera de las buenas para la Podología y de él se puede aprender mucho.

A las dos de la tarde nos fuimos a comer en familia a un restaurante muy cercano y se tomó una sopa de pescado riquísima, después unas buenas raciones de angulas de la tierra y después unas buenas chuletas y los postres con el café completo. Cosa rara es que no hubo ningún discurso. Por la tarde se habló de la pequeña ortosis de silicona después de haber presenciado una película en la que se veían las distintas formas y maneras de hacer las siliconas, esta película estaba realizada por el Sr. J. M.ª Báez, en la charla hablaron al alimón o lo que es lo mismo mano a mano, el Sr. J. M.ª Báez y su hijo Juan Manuel Báez. Después de la charla pasamos al taller y allí hubo demostraciones prácticas e incluso el Sr. J. M. Báez, nuestro amigo, le colocó una ortonixia a Tenes pues padecía de una onicocriptisos en el dedo primero, explicó el procedimiento y las grandes ventajas que éste tiene, así como de las demás ortosis que hizo.

Después le tocó el turno al Sr. J.J. Araolaza, que habló sobre el tratamiento ortopédico, a) sobre pie, b) sobre pierna, c) sobre el calzado, distintas correcciones, materiales que emplea y después la parte práctica, que como la anterior se efectuó en el taller.

Apoyó su disertación dando cuenta de los resultados de la encuesta enviada a los agrupados con lo que hizo un perfil de la situación profesional del podólogo en la provincia.

A nivel de información conviene resaltar algunas cifras.

De 29 encuestas enviadas, únicamente han respondido 10:

Edad: 30-40 (2); 40-50 (4); 50-60 (4)

Horario consulta (horas): + 4 (9); — 4 (1)

Otras actividades además de Podología: sí (6); no (4)

Plantillas: sí (7); no (3)

Situación consulta: Domicilio (2); Otro (8)

Ayuda en consulta: Familiar (5); Nadie (4); Empleado (1)

Gabinetes: uno (5); dos (5)

Equipo Podología: malo (1); mediano (1); bueno (8)

Colaboración con entidades: sí (8); no (2)

Mayor dedicación: Situación consulta-instalación (2); Capacitación profesional (9)

CALZADO FISIOLOGICO INFANTIL CLASICO

UN ESTILO QUE PERMANECE

Todo el calzado Taberner, se confecciona con inmejorables materias nobles.

40 fases del proceso de fabricación artesanal, garantizan su calidad.

CARACTERISTICAS ANATOMICAS:

HORMAS PARA INCORPORAR PLANTILLAS:

- base planta con ancho normal.
- base planta mas ancha.
- recta.

NORMALIZADAS:

- recta con capacidad normal.
- normal para pies sanos.

Contrafuerte resistente que asegura la adecuada sujeción pie-calzado.

Enfranque resistente.

Oscar 1975 y 1976 al mejor diseño de zapatos, anatómico infantil, patrocinado por la Comisión Española pro Suela de Cuero.

Taberner®

GREGORIO TABERNER, S.L.
Weyler, 53
Tel. - (971) 66.01.56
LLUCMAJOR (Mallorca).

Para terminar esta reunión Podológica habló el Sr. G. Granados sobre las ortosis que se realizan y se pueden realizar con las vendas tubulares, haciendo las distintas demostraciones y de los distintos casos que se nos pueden presentar en nuestras consultas.

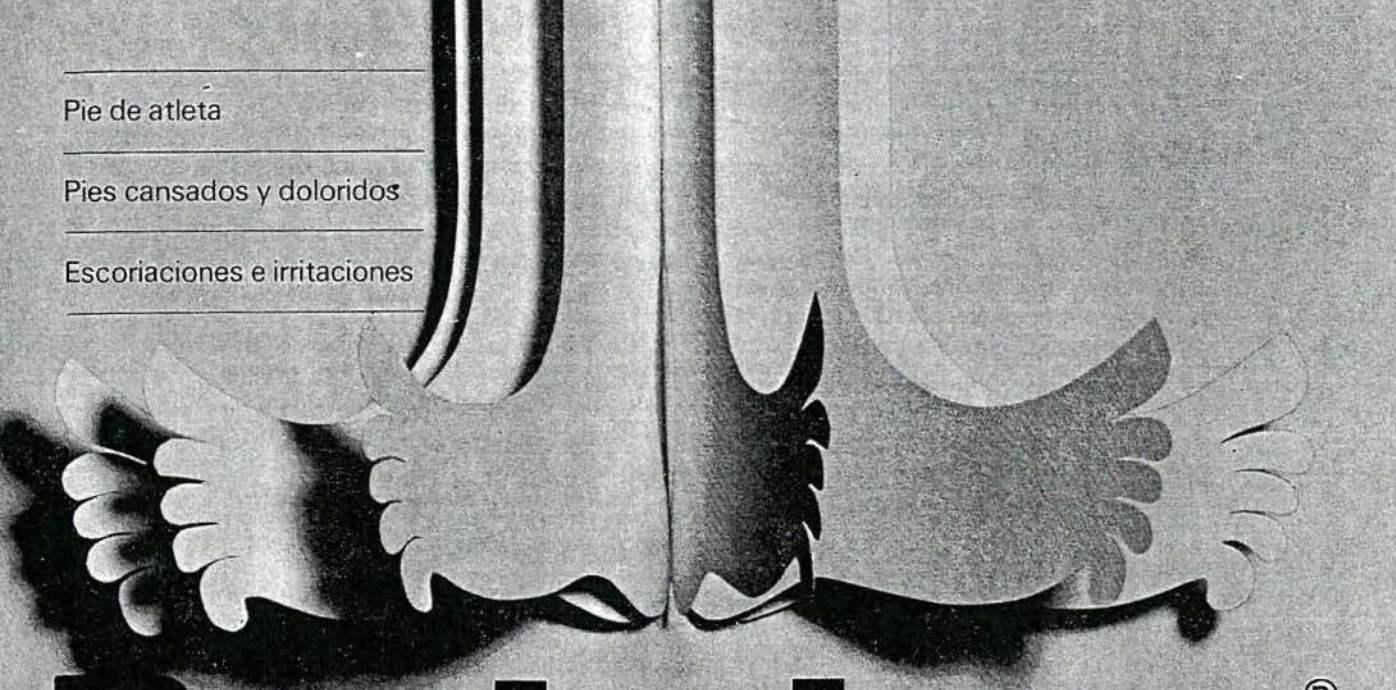
Unas de las ventajas que tienen estas reuniones es que al estar todos en familia las preguntas son muy sinceras, así como las respuestas de cada uno de los amigos que han expuesto no un tema sino la forma de trabajar en su consulta en esa parcela de la Podología, también se cuenta y es en los únicos sitios que he oído que se han tenido fracasos con este o aquel tratamiento, etc.

Lo cierto es que en estas reuniones aunque se estén muchas horas hablando de un tema, no se termina pues cada uno habla de ese tema según su experiencia larga de unos, y corta de otros, pero que de todos se aprende y sobre todo una cosa que para mí es importantísima y que se aprende lo que no debemos hacer, y esto es muy importante.

Sin más hasta otro próximo encuentro en esta magnífica revista de Podología que nos brinda la Agrupación, para entrar un poquito en la casa de todos.

AITZ

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.



Pentoderm®

Crema podológica

- Actúa como antiséptico y antifúngico.
- Ejerce una acción reepitelizante favoreciendo la normalización fisiológica de la piel.
- Desodoriza, refresca y protege la zona dañada de la piel.

Composición:
100 g. de crema contienen:
Acido undecilénico, 2 %; Alcohol fenoxietílico, 1 %; Sal sedativa de Homberg, 0,5 %; Poligalacturonsulfonato sódico, 0,75 %; Tintura de árnica, 0,3 %; Ovolecitina, 0,05 %; Pantotenol, 0,3 %.

Indicaciones:
Escoriaciones e irritaciones de la piel. Pies cansados y doloridos. Dermatofitosis. Pie de atleta.

Posología:
Habitualmente, dos o más veces al día, dada su inocuidad puede aplicarse cuantas veces se sientan molestias, las cuales se corrigen rápidamente.

Contraindicaciones y efectos secundarios:
Carece de contraindicaciones y puede asociarse a cualquier medicación. Suspender la aplicación en caso de hipersensibilidad alérgica a alguno de los componentes.

Presentación y P.V.P.:
Tubo con 50 g. de crema. 87 Ptas.

MADAUS CERAFARM, S.A.
Barcelona-6 - Tel. 331 26 00 Apartado 9116

Nota Necrológica

Desgastado por una cruel enfermedad, nos ha abandonado para siempre el prestigioso podólogo delegado de Navarra y exquisito compañero, José Javier Gallo Flor. Los que lo tratamos en vida sabíamos de su entusiasmo y total entrega a su profesión y encontrábamos en él su incondicional apoyo y ayuda.

Gran pérdida para los podólogos navarros y no menor para toda la familia de podólogos.

Reciba todo su familia, en especial su esposa e hijos el más sentido pésame.

DELEGACIÓN ZONA NORTE

«Ayer a las 11,30 de la mañana, me llamó nuestro amigo Araolaza para darme la triste noticia del fallecimiento del Ilmo. señor don José Javier Gallo Flor, quizá nos sorprenda lo de Ilustrísimo, por que él jamás dijo ni dio publicidad a sus bien ganadas condecoraciones por sus desvelos por la Sanidad y el bien de los demás. En honor a la verdad, diré que tampoco yo me he enterado nunca por él de ese reconocimiento a sus méritos. Para mí y todos sus compañeros era Javier Gallo.

Como digo, al recibir esta noticia, me vinieron a la cabeza los recuerdos y buenos ratos que estuve con Javier.

El pasado año, se celebraron en el Hospital de Pamplona unas conferencias en un fin de semana a las que fui invitado por Javier, yo creo que entonces le conocí y en mi mente quedó catalogado como el hombre Bueno, tranquilo con una sonrisa que jamás desaparecía de sus labios y que a todos nos animaba a seguir adelante y siempre con apoyo incondicional, hombre que era una enciclopedia del saber de la Podología y que sin embargo jamás hizo ostentación de su sabiduría sino todo lo contrario, para él todo lo que sabía no tenía importancia y todos tenían derecho a saber y hacerle preguntas, para así él quitando importancia y humildemente contestar de una forma sencilla para que todo el mundo le comprendiera.

Era un hombre que se desvivía por los demás, después de aquellas charlas nos había preparado una cena, las habitaciones del hotel, etc. etc. para que todos estuviéramos cómodos y no nos cansáramos demasiado, este era uno de los mil detalles que nuestro amigo tenía para con todos los compañeros que llegaban a la capital Navarra.

Este año a primeros, me enteré por medio de Araolaza que Gallo estaba enfermo, no perdimos ni un minuto y el primer sábado nos fuimos a visitarle Tenes, Araolaza, Crespo, que no llegó a verle, por que tuvo un accidente de coche y mi mujer y yo, en Pamplona nos esperaba la compañera Pilar Berosain, entonces conocí a Gallo enfermo, un hombre sereno, entero y que a pesar de sus dolencias en todo el tiempo que duró la visita, tanto él como su señora se desvivieron por nosotros.

Con estas líneas en memoria de tan insigne compañero, quiero testimoniar nuestro más sentido pésame, por pérdida tan irreparable, a su señora e hijos, y pido una oración a todos los compañeros de la Familia Podológica, por el eterno descanso de nuestro amigo y compañero y te pido a ti Javier, que ruegues a Dios Todopoderoso por nosotros, ahora que tú estás junto a El, para que también nosotros tomando tu ejemplo seamos buenos en la tierra y de esta forma sepamos ganar el descanso eterno como tú lo has sabido.»

SERRA-FARGAS, S. A.

BARCELONA-1 — Plaza Castilla, 3
Tel. 301 83 00

DENTALITE, S. A.

MADRID-8 — San Bernardo, 74
Tel. 232 02 88

«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.

REF. 92: SUELA DE GOMA ● PISO DE MADERA CON PLANTILLA ACOLCHADA

Tovinié

ESTE CALZADO PERMITE LA DEAMBULACIÓN EN TODOS AQUELLOS PROCESOS PATOLÓGICOS DEL PIÉ, QUE SEA IMPOSIBLE USAR UN CALZADO STANDAR.

ALPARGATAS "SAN POL"

FABRICADO POR TOMAS VIDAL - SANT POL DE MAR (BARCELONA)

TELEF. 760 05 64

VIZCAYA

PODOLOGOS POR SUS MAYORES

El pasado día 26 de noviembre, la Delegación de Podólogos de Vizcaya, rindió un caluroso homenaje a su veterano Podólogo Diplomado don Gabriel Astobiza Leicea el cual en su tiempo de lucha supo llevar con mano firme, y recibiendo siempre los consejos de sus compañeros, el timón de la nave podológica a buen puerto; y gracias a él, nosotros, podólogos más jóvenes, hemos recogido la cosecha que él en aquel tiempo sembrara.

¿Qué se puede decir del SEÑOR ASTBIZA (con mayúsculas)?: Yo quisiera decir, que ha sido y es un hombre bueno, trabajador y un gran Podólogo con gran sentido de la honradez, siempre abierto a sus compañeros y que ha sabido sembrar el virus de la podología a casi todos sus familiares que casi todos sus hijos son podólogos en la actualidad.

Lo que he dicho de él, no es eso que siempre se dice cuando hay un homenajeado, pues es un hombre que a sus 85 años próximos a cumplir, tiene sus clientes de una edad aproximada y que no quieren que les atienda ningún otro podólogo pues dicen que no tenemos la delicadeza que él tiene; a sus 85 trabaja porque su pulso no tiembla y tampoco tiemblan sus conocimientos. Hombre que incluso cuando se va de vacaciones, lleva bajo su brazo el instrumental podológico y si en un momento dado hay alguno a su alrededor que se queja de sus pies él de una manera totalmente gratuita y sólo por amor al prójimo y a la PODOLOGIA, le da un rápido y eficaz alivio.

Como más arriba decía, la familia Podológica de Vizcaya, se reunió en un típico y céntrico restaurante en torno al homenajeado con la asistencia de sus familiares y un nutrido número de compañeros podólogos.

En los postres de la comida, el vocal de la Junta de Gobierno de la Agrupación de Podólogos de España, don José M.ª Báez Basauri, hizo entrega de una placa que al homenajeado se le entregó en el pasado XI Congreso Nacional de Podología, y que por no poder asistir el interesado, recogió en su nombre el Delegado de Vizcaya don Pedro M.ª Galardi Echegaray. A la entrega de la citada placa el Sr. Báez Basauri con breves palabras resaltó las cualidades y sus 65 años dedicados a la podología por el Sr. Astobiza Leicea. Acto seguido, el señor Delegado de la Agrupación de Podólogos de España, en Vizcaya, Pedro M.ª Galardi Echegaray, entregó un bonita placa en la que se reconocían sus grandes desvelos por la Podología y en particular de la Podología en Vizcaya. A la entrega de esta placa el Delegado agradeció al Sr. Astobiza la gran labor realizada por la Podología así como a los presente dijo que tomaran ejemplo del Sr. Astobiza, para que la Podología brillara con luz propia en el firmamento de la sociedad actual.

El homenajeado profundamente emocionado agradeció a los presente su asistencia y dijo que él no se merecía ningún homenaje ya que lo único que había hecho era trabajar en su consulta como Podólogo.

Nosotros sabemos que lo que se ha hecho con él, no es, ni se asoma a lo que él se merece pero lo que sí hemos puesto en este homenaje es todo nuestro corazón en el reconocimiento de un amigo y compañero ejemplar.

A I T Z (Vizcaya)

Valladolid, 1979

Me llamó por teléfono mi amigo "PEPITO GRILLO", para inquirir si acudiría a Valladolid, con motivo del XII Congreso de Podología.

Al contestarle afirmativamente se alegró, y me hizo saber, que también él asistiría y ya hablaríamos.

Asistimos juntos a todos los actos científicos del Congreso, y al despedirnos, quise saber su opinión del desarrollo del mismo.

Me contestó que, oportunamente recibiría noticias suyas, pero de momento era mejor dejar transcurrir unos días para reflexionar.

Finalmente he recibido sus noticias, en las que me cuenta sus impresiones y que las trascribo para, que cada congresista, extraiga sus propias conclusiones.

"En el Congreso que habéis celebrado en Valladolid, han existido factores de características diferentes, que quiero remarcar. Uno desagradable y por tanto negativo; otro agradable y positivo.

Dicen que, de la discusión nace la luz. Cuidado, esta máxima encierra cierto peligro, que intentaré explicarte.

Para futuros Congresos, en las sesiones científicas, que se celebren, debería prevalecer el DIALOGO, pero nunca la discusión.

El Coordinador o Moderador, no debe limitarse a presentar al conferenciante, sino que es el UNICO responsable, de que los coloquios discurran por el buen camino y que no se pierda la compostura.

El Moderador es la máxima autoridad en cada acto, y llegado el momento debe cortar de raíz cualquier conato de controversia.

Las preguntas o aclaraciones, que puedan solicitar los asistentes, al tema expuesto, deberían ser concisas y ceñirse única y exclusivamente al mismo, pero sin ánimo de polémica o de poner en situación difícil al conferenciante.

Desgraciadamente en este Congreso, han existido momentos que, más que diálogos fueron un enfrentamiento personal, y es INADMISIBLE bajo todos los conceptos.

Principalmente en la última sesión, hubo conferenciante que no pudo desarrollar totalmente el tema que tenía preparado, motivado por intromisiones que nunca debieron producirse.

Como he mencionado anteriormente, el oyente debe formular las preguntas concretas, sin divagar ni intentar explicar que su sistema es mejor. Si está convencido, de ello, que lo exponga pero como conferenciante, en un próximo Congreso. Pero que no intente enmendar la plana al conferenciante, porque a él le disgustaría enormemente si alguien intentara hacérselo.

El Moderador no puede tolerar que ningún oyente pueda erigirse como protagonista, contando su vida y milagros.

Una aclaración muy importante. Estos factores negativos, como es natural, no son imputables a la Organización del Congreso, que quede claro.

FACTORES POSITIVOS:

Por ser muchos los factores positivos y agradables que se produjeron, me es difícil escoger algunos para comentarlos.

César Puig

FABRICA DE CALZADOS INFANTILES TERAPEUTICOS

- Zapatos fisiológicos.
- Calzado profiláctico.
- Zapatos ortopédicos con simple modificación de elementos normales (tacón thomas para varo y valgo); tipo Lowet, etc.
- Hormas correctoras, 2 anchos.
- Horma invertida.
- Diferentes modelos para la colocación de férulas.

ODOS LOS FABRICADOS SON CON
IATERIALES DE LEGITIMO CUERO
'ACUNO DEL PAIS.

Colón, 14
Tel. (977) 60 01 42
VALLS
TARRAGONA - ESPAÑA

No obstante destacaría de forma preferente la gran asistencia de Congresistas. Honradamente, te digo, no creería que la afluencia de Podólogos fuera tan numerosa. La proximidad del Congreso Internacional, pensé, sería una buena o mala escusa para no acudir a Valladolid. Me alegro infinito haberme equivocado.

Asimismo, destacaría también como muy positivo, la presencia de un Podólogo femenino, como conferenciante.

Ciertamente es un hecho importante para la propia Podología. Esta coyuntura debe ser el inicio, para que los Podólogos femeninos, colaboren activamente en cada Congreso, y no se limiten a hacer acto de presencia solamente.

Que pierdan el "miedo" y presenten algún trabajo. Pues estoy convencido que están suficientemente capacitadas para ello.

Finalmente hay que felicitar por su Organización y sobretodo por su "VALENTIA" al equipo de Podólogos de Valladolid, al organizar el XII Congreso, teniendo como sombra amenazante el Congreso Internacional.

Bien se merecen, el aplauso de todos los Podólogos."

Y terminaba la carta, confiando en que la presencia española en el Congreso Internacional de Podología a celebrar en Londres, sería numerosa.

C. T.

MAFRE
Instruments

FRESCO®

ORTOPEDIA-MATERIAL CLINICO

PRODUCTOS PARA PODOLOGIA

C. NAPOLES 148, bajos — TEL. 225 61 85 — 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

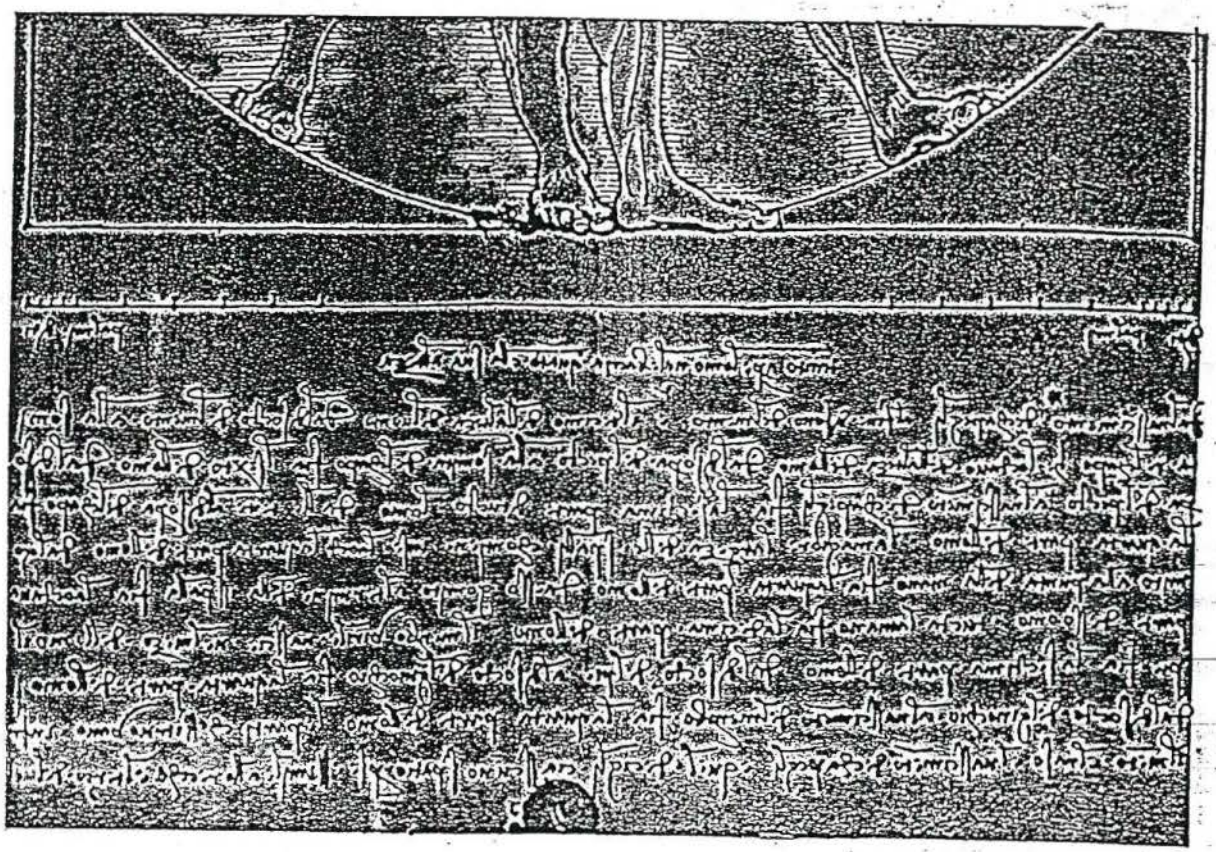
VIOLETA DE GENCIANA
ACIDO NITRICO
PERCLORURO FERRICO

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
PLANCHAS DE PLEXIDUR «O»
PLANCHAS DE PLEXIDUR «T»

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

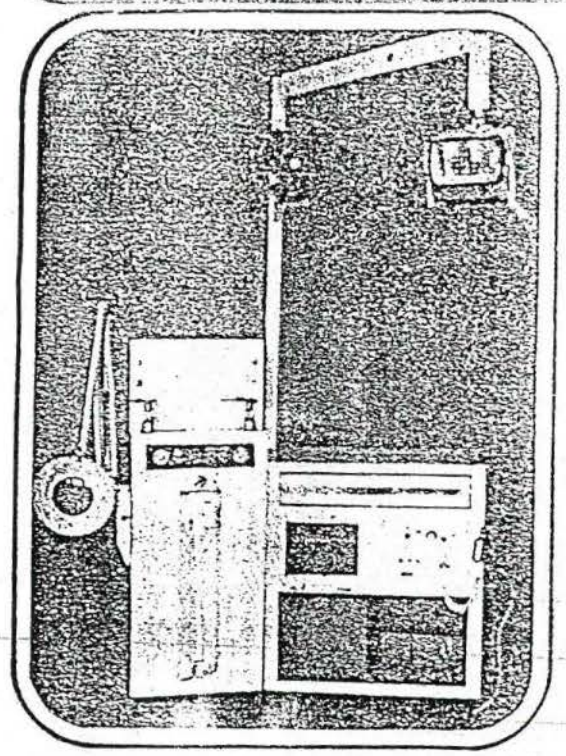


REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

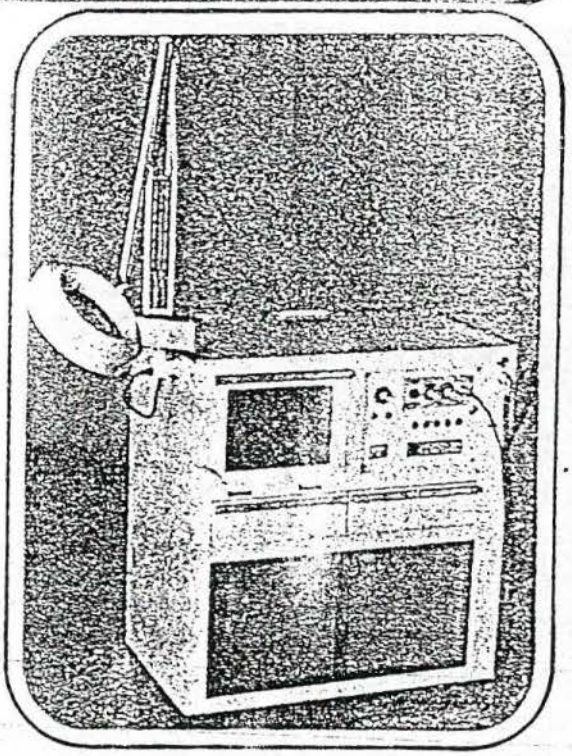
A.P.E. Julio-Agosto

n.° 70 1979

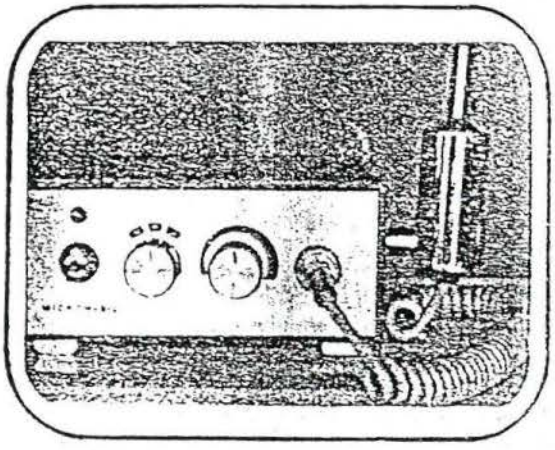
LE OFRECE NUEVOS EQUIPOS PARA SU CONSULTORIO



"SUPER NOVO"



"MINI S 78"



"MICROMOBIL"

Consul

Talleres CONSUL

PALLARS, 65-71 TELEFONO 3002269 BARCELONA-18

REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

ORGANO DE LA AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

A. P. E.

Redacción:
Diputación, 118, 2.°, pral., 2.ª, Barcelona-15

Director:
Leonardo Escachs Clariana

Sub-director:
Pablo Vilató Ruiz

Redactor jefe:
Martín Rueda Sánchez
Avda. Caudillo, 68, bajos, 2.ª
Santa Coloma de Gramanet. Barcelona

Administrador:
Manuel Gavin Barceló
Rda. Guinardó, 23, 1.°, 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

3 Junta de Gobierno

5 Editorial

9 Papilomatosis

25 Problemas de la sudoración del pie

31 «Los pies primero»

33 Cuñas externas e internas

37 La exploración vascular en Podología

43 Labor de las Delegaciones

REF. B-C

"HOSCH" PIEZAS DE MANO ESPECIALES PARA INTERVENCIONES EN HIPEROUERATOSIS 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

AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

JUNTA DE GOBIERNO

Presidente Nacional	D. LEONARDO ESCACHS CLARIANA	Barcelona
Vice-Presidente 1.°	D. ZACARIAS GARCIA ANDRES	Madrid
Vice-Presidente 2.°	D. ISAIAS DEL MORAL CEJALVO	Valencia
Secretario General	D. JOSE A. CALVO GARCIA	Zaragoza
Vice-Secretario	D. FRANCISCO FARRERAS MORCILLO	Barcelona
Tesorero	D. MANUEL GAVIN BARCELO	Barcelona
Contador	D. LUIS AYCART VIJUESCA	Madrid
Vocal	D. JOSE OLCINA MORALES	Alicante
Vocal	D. JUAN VIDAN TORRES	Santiago de Compostela
Vocal	D. LUIS INCHAURRONDO	Irún
Vocal	D. JOSE M.ª BAEZ BASAURI	Bilbao
Vocal	D. FCO. MORAN VENTURA	Las Palmas G. Canaria
Vocal Nato	D. MARIANO RODRIGUEZ ESTEBAN	Madrid
Vocal Nato	D. EVARISTO RODRIGUEZ	Barcelona

DELEGADOS DE ZONA

D. Juan Vidán Torres. Preguntoiro, 10. SANTIAGO DE COMPOSTELA.
D. Isaías del Moral Roberto. Castellón, 8. VALENCIA-4.
D. Francisco Morán Ventura. Cabrera, 6. LAS PALMAS DE GRAN CANARIA.
D. Antonio Gutiérrez Velasco. Plaza de las Flores, Edificio Jazmín, 1.º. MALAGA.
D. Juan José Araolaza. Bidebarrieta, 4. EIBAR.
D. José Sánchez Luna. Avda. Cataluña, 24. ZARAGOZA.
D. Evaristo Rodríguez Valverde. Córcega, 505. BARCELONA.

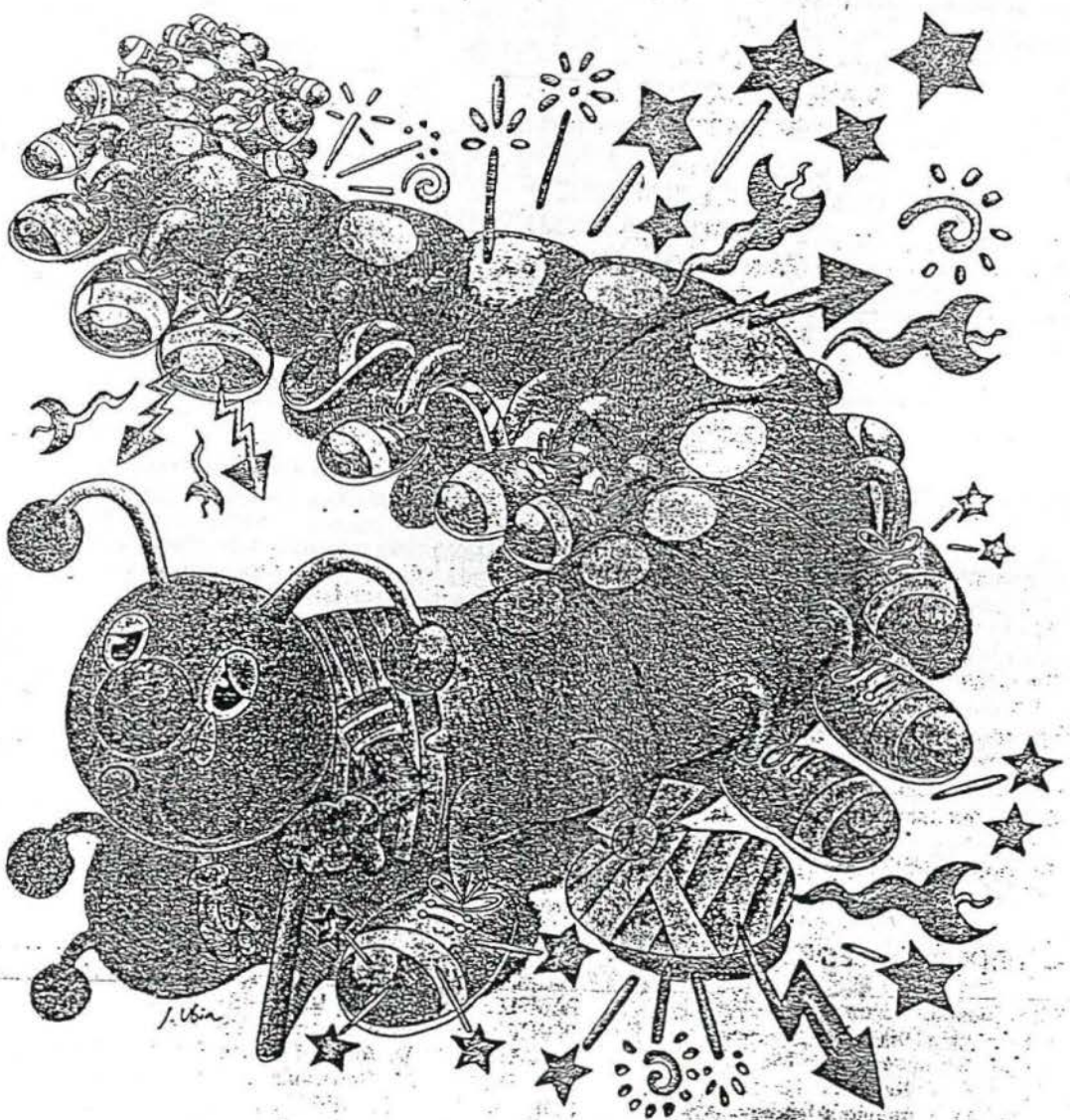
DELEGADOS PROVINCIALES

ALAVA: D. Julio Crespo.
ALBACETE: D. Luis Juan Navarro.
ALICANTE: D. José Ochoa Morales.
ALMERIA: D. Esteban de Haro.
ASTURIAS: D. José Luis Alonso Alvarez.
BADAJOZ: D. José Villafaina de la Cruz.
BARCELONA: D. Evaristo Rodríguez Valverde.
BILBAO: D. Pedro M.ª Galardi.
BURGOS: D. Elías Hernando Tamayo.
CACERES: D. Timoteo Fernández
CADIZ: D. Manuel Albalá 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.
HUESCA: Delegado de Zaragoza.
HUELVA: D. Jesús Tocino.
JAEN: Víctor Nieto Molina.
LA CORUÑA: D. Francisco de la Cruz.
LAS PALMAS: D. Francisco Morán Ventura.
LEON: D. Luis Pascua San Miguel.
LERIDA: D. Alfredo Puchol.
LOGROÑO: D. Vicente Alvarez.
LUGO: Sin Delegado Provincial.
MALAGA: D. José Godoy.
MADRID: D. Mariano Rodríguez Esteban.
MELILLA: D. Fernando Bosch Palós.
MURCIA: Sin Delegado Provincial.
ORENSE: D. Elisardo Bralo Rego.
PALMA DE MALLORCA: D. Juan B. Brines.
PAMPLONA: D. Javier Gallo.
PONTEVEDRA: Sin Delegado Provincial
SALAMANCA: D. Antonio Basas Encinas.
SAN SEBASTIAN: Sebastián Tenés Iturriza.
STA. CRUZ DE TENERIFE: D. Armenio Méndez.
SEGOVIA: D. Francisco García Rodríguez.
SEVILLA: José Cañero Ramos.
SORIA: Sin Delegado Provincial.
VALENCIA: D. Isaías del Moral Roberto
VALLADOLID: D. Alfonso Domínguez Milán.
ZAMORA: D. Narciso Miguel Barrios.
ZARAGOZA: D. José A. Calvo García.

cuando aprieta el dolor...

ALGESAL®

ESPUMA POMADA



ALGESAL ESPUMA

ALGESAL ACTIVADO

Composición

Indicaciones
Terapia percutánea del dolor local, dolores reumáticos, articulares y musculares, torceduras, torticolis, lumbago y otros de parecida naturaleza.

Efectos secundarios
Hasta el momento no se han observado.

Contraindicaciones
No se aplicará sobre heridas abiertas ni mucosas.

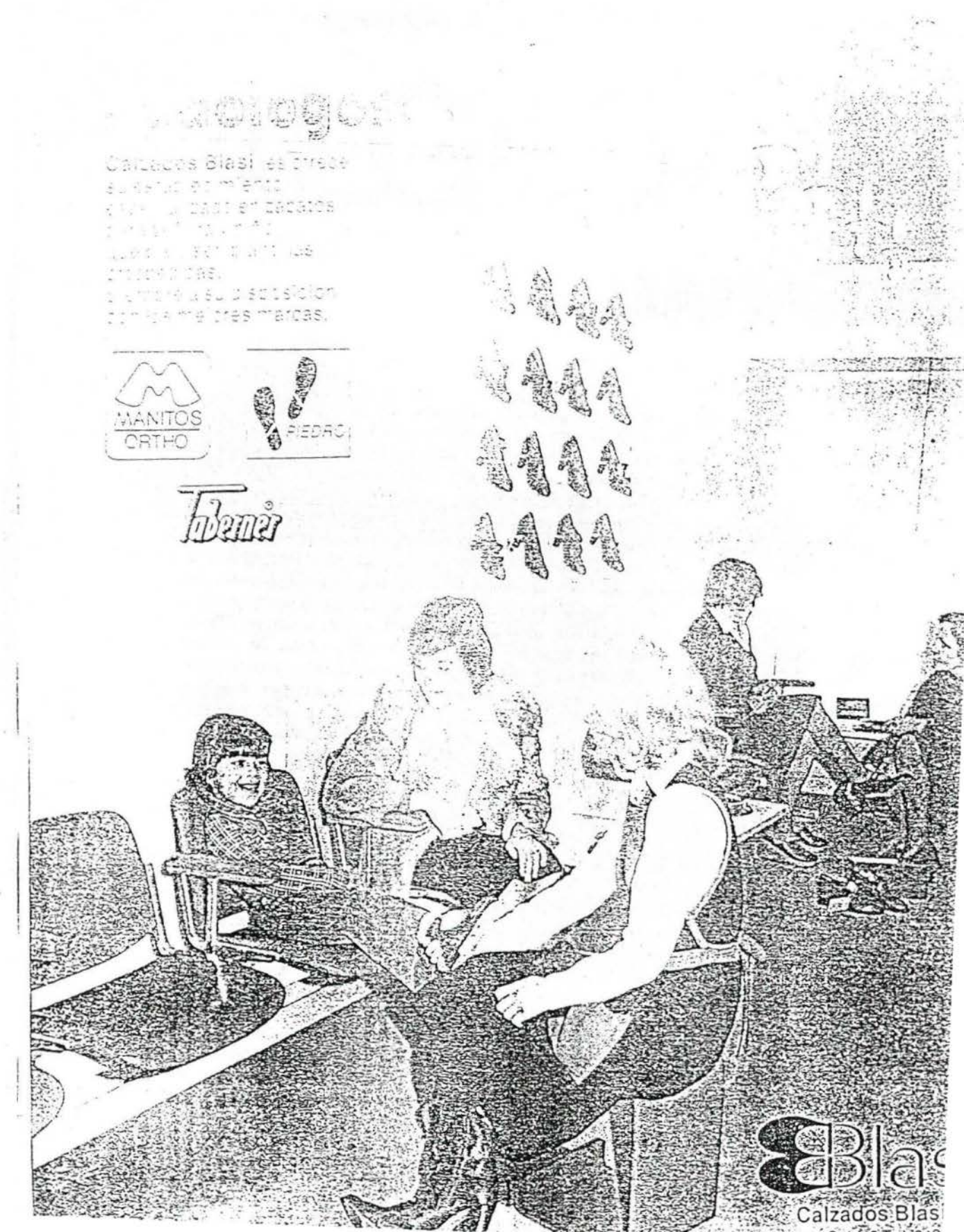
Posología y modo de

EDITORIAL

Hace muchos años que se inició la pugna por la superación profesional del podólogo, habiendo llegado en los últimos a su máximo exponente. En los Ministerios pertinentes se han entregado kilos y kilos de papel, donde queda bien reflejado nuestro deseo, no por mero capricho, sino por tratarse de una exigencia social, derivada de la necesidad para el enfermo de un profesional que llene ese hueco que ninguno otro ocupa: el tratamiento de las enfermedades del pie y la promoción de la salud del mismo, llevado a efecto a nivel corporativo por nuestra Agrupación, bajo las vertientes de una información constante encaminada a promover la profilaxis e Higiene de las enfermedades de los pies, tanto en los pequeños ciudadanos (revisiones escolares, participación en el Salón de Infancia) como en nuestros mayores, con la participación activa en Centros Geriátricos. Es urgente y necesario la comprensión de la relación existente entre las enfermedades del pie y las generales, así como la repercusión que las alteraciones en los mismos pueden provocar sobre el resto del organismo, debido a una estrecha participación e interrelación entre ambos. Son imprescindibles las atenciones asistenciales podológicas llevadas a efecto por personal cualificado científica y prácticamente.

Mientras tanto, la rapidez operativa de nuestros Ministerios, antes de Educación, ahora de Universidades e Investigación, queda bien patente. Así, mucho después que nosotros, otros iniciaron también su contienda reivindicativa. Bien o mal eso llegó. Por una parte pronto saldrá la primera promoción de los flamantes universitarios Diplomados en Enfermería, por otra tenemos las Facultades de la Información. Nos alegramos de este logro profesional, pero pensamos que mientras tanto las especialidades siguen igual. Hay confusionismo, consecuente a los "parches legislativos", y habrán consecuencias, malas consecuencias, algunas que ya se están viviendo, y otras que veremos en años venideros. Es muy urgente la reestructuración de las carreras para-médicas con nombre propio y función específica, perfectamente delimitada. Con ello no se daña a nadie y en cambio se beneficia a muchos, y sobretodo al enfermo. Pensábamos que la culpa era el no tener una democracia donde quedasen reflejados y fuesen resueltos los deseos de una mayoría por el bien de una colectividad, pero ésta llegó. Entonces culpamos a la falta de unas Leyes Constitucionales, pero éstas también llegaron.

Ahora nos quedan sólo las autonomías, y también vendrán, y mientras tanto, órdenes ministeriales que se contradicen, señores que firman por coacción,

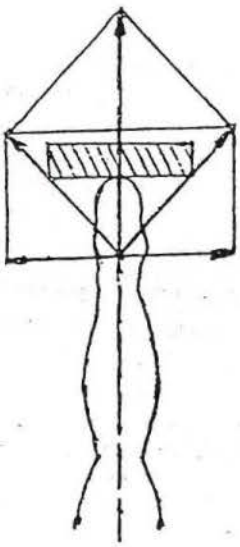

MANITOS
ORTHO
PIEDRO
Taberner
Calzados Blas

y el tiempo va pasando, y nosotros seguimos pidiendo lo mismo que hace 15 años. ¿Y qué? Muy sencillo: no hemos agotado todavía todas nuestras posibilidades. Aquí nos estamos acostumbrando mal, y cuando algo se pide con elegancia, como corresponde a nuestra alcurnia, no hacen caso. Habrá que romper con los cánones preestablecidos y si no... atenerse a las consecuencias. Consecuencias que empiezan en las Escuelas de Podólogos, donde se matriculan muchos que no quieren ser Podólogos, pero si tener tres puntos (ahora se lo ponen mejor porque les dan cuatro) para ocupar plazas, pero eso si, democráticamente por puntuación, y el día que éstas se creen, también las ocupará alguien que es cuatro cosas más, pero no aquel que lleva 20 años dedicado a su profesión. No obstante, nosotros tenemos fe y no perdemos la esperanza, y pensamos que una causa justa no se puede postergar más. Si otros profesionales se superaron, los Podólogos ¡qué duda cabe! que conseguirán lo que en justicia se merecen. o morirán en el empeño..., pero no sólos.

[illegible]

[illegible]	[illegible]
Crepe S.N.®	VENDA ELASTICA SIN HILOS DE GOMA [illegible] Color crudo Medidas: 5 cms. x 4 m. / 7 x 4 / 10 x [illegible]
Gypsona®	VENDA DE YESO UNICA CON GASA DE TEXTURA ENTRELAZADA Medidas: 5 / 10 / 15 y 20 cms. x 2,70 m.
Melolin®	APOSITO ABSORBENTE Y NO ADHERENTE A LAS HERIDAS - ESTERIL Medidas: 5 cm. x 5 cm. / 10 x 10 / 10 x 20
NYLEX® Tubinylex	VENDA DE PAPEL CREPADO / VENDAJE TUBULAR EXTENSIBLE — PARA APLICAR ANTES DEL ENYESADO
Op-Site	VENDAJE DE HERIDAS - Medidas 14 cm. x 10 cm. HERIDAS - CIRUGIA MENOR - QUEMADURAS AUTOADHESIVO - IMPERMEABLE - TRANSPIRABLE TRANSPARENTE - ELASTICO
Retelast®	MALLA ELASTICA IDEAL PARA SUJETAR APOSITOS EN LOS DEDOS Y PLANTA DEL PIE n.º 0 - 1
Stuca®	VENDA DE YESO PARA MOLDES Medidas: 5 / 10 / 15 y 20 cms. x 3 m.
Tensocrepe®	VENDA ELASTICA, NO ADHESIVA - POROSA, Color carne Medidas: 5 / 7,5 y 10 cms. x 4,5 m.
Tensoplast® venda elastica	VENDA ELASTICA, ADHESIVA - POROSA Medidas: 5/7,5 y 10 cms. x 2,70 m.
[illegible]	TEJIDO ELASTICO ADHESIVO PARA PROTECCION

en posición paralela al suelo, descompodo sus fuerzas en vectores por la regla del lelogramo. Vemos que al mantenerse en esplano paralelo al suelo, se generan dos fuerzas les y de sentido contrario, cuya resultante perpendicular a la paralela del suelo. Y con continuar equilibrado el sistema. 1.ª fig.



En la 2.ª fig. vemos por el contrario, que cuando el pie descansa sobre un plano inclinado como puede ser la superficie de una cuña, las líneas de fuerza al descomponerse en su paralelogramo modifican la resultante desplazándola hasta el extremo de valguizar el pie.

Si tal terapéutica la aplicamos a un pie ya valgo el proceso la agravaremos, agudibando su patología.

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.

SERRA-FARGAS, S. A.

BARCELONA-1 — Plaza Castilla, 3
Tel. 301 83 00

DENTALITE, S. A.

MADRID-8 — San Bernardo, 74
Tel. 232 02 88

•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.

REF. 92: SUELA DE GOMA ● PISO DE MADERA CON PLANTILLA ACOLCHADA

Toviñé

ESTE CALZADO PERMITE LA DEAMBULACIÓN EN TODOS AQUELLOS PROCESOS PATOLÓGICOS DEL PIÉ, QUE SEA IMPOSIBLE USAR UN CALZADO STANDAR.

FABRICADO POR TOMAS VIDAL - SANT POL DE MAR (BARCELONA)

el L. Cardenal como "Excrecencia cutánea única o múltiple de forma y tamaño variable con hipertrofia papilar".

Mc Kenzie Swanson, de la Clínica del Pie y Escuela de Quiropodia de Edinburg, califica a esta afección como "neo-plasia benigna y Auspitz llama a las verrugas "hipercantomas", siendo apoyado por Unna, que las denomina "acantomas" y "acantosis".

El aspecto macrocóspico de la verruga, o papiloma cutáneo, varía mucho, según la región y zona corporal en cuya superficie se implante. Así vemos que la "verruga vulgaris" al estar situada en lugares que la mantienen libre de presiones externas, se desarrolla en libertad creciendo hacia el exterior. Así observamos, que las que tienen asiento en las manos, son prominentes, mientras que las de localización pédica y particularmente las plantares, "verruga pédis", al estar sometidas a las contínuas presiones que les impone el uso del calzado y más aún si se encuentran en los puntos de máxima carga de la zona plantar, aparecen planas y achatadas, sin rebasar el nivel de la superficie epitelial. De ahí que también estas últimas sean las más dolorosas, al estar de contínuo oprimiendo e irritando las terminaciones nerviosas del tejido subyacente. Esta teoría está avalada por las observaciones de Hamilton Bailey, quien observó que personas que padecían verrugas plantares, al tener que guardar cama varias semanas, por cualquier otra causa, sus verrugas cambiaban de aspecto, haciéndose prominentes como las vulgares.

En general, la forma de las verrugas o papilomas, con independencia de su localización, suele ser circular, si bien a veces las hemos visto ovaladas e incluso alargadas y estrechas en forma de cinta, más o menos sinuosa. Aunque queremos insistir en que esta última forma es muy rara y nosotros sólo la hemos podido observar en insignificante porcentaje con respecto a las primeras.

La superficie externa presenta un aspecto rugoso, que recuerda al de una diminuta coliflor.

Suele rodearse de un tejido córneo, que delimita perfectamente al papiloma y en las plantares las recubre, ocultándolas a veces completamente, lo que con frecuencia enmascara el cuadro y dificulta el diagnóstico a los no especializados, que con frecuencia lo confunden con una hiperqueratosis vulgar o callo. Al extirpar esa capa hiperqueratósica aparece el papiloma en todo su esplendor, ofreciéndonos el típico panorama polipapilar hipertrófico, con un punteado superficial oscuro del que facilmente emanan unas micro-gotas sanguíneas, diminuta hemorragia que hemos provocado al seccionar los pequeños vasos que abundantemente proliferan en el espesor papilomatoso.

Los conceptos generales que explican el mecanismo genético de la verruga en general, han venido variando a través de los tiempos, como lógica consecuencia de la evolución de la medicina y en particular de la dermatología, sin olvidar tampoco la aportación que la podología, especialidad nueva en su organización, pero tan antigua en su origen como todas las de la medicina, ha hecho a esta materia. En los últimos años, nuevas técnicas de investigación y la aparición del microscopio electrónico, han arrojado mucha luz sobre el tema que nos ocupa, cuyo origen se pierde en la noche de los tiempos.

Remontándonos muchos años atrás, la afección que viene ocupándonos, al igual que muchas otras, gozó de los favores de la superstición y la leyenda popular, como dijimos al principio de este trabajo, atribuyéndosele infinidad de causas más o menos inverosímiles y aplicándosele múltiples "tratamientos" que por ser impuestos por adivinadores y curanderos, nos parecían ridículos y absurdos y que sin embargo tenían su fundamento en hechos que la nueva ciencia ya no critica ni desdeña como antes, a la luz de las ciencias parapsicológicas y afines. Así nadie se atreve ya a negar abiertamente el poder de la sugestión sobre determinados factores y episodios de nuestra vida.

En cada región de nuestra patria hay dichos y leyendas en torno a las verrugas. Algunos tan tiernamente infantiles como el que narra que, quien tumbado en el suelo, boca arriba cuenta estrellas en el firmamento, será víctima en breve plazo, de una invasión más o menos numerosa de estos papilomas. Y así, por este estilo, muchas otras prácticas empíricas, producto de la inagotable imaginación humana, cuando se ha tratado de cuestiones que como esta, no explicaba satisfactoriamente la ciencia. Esto mismo ocurría a la hora de aplicar remedio a este mal. Desde la práctica de arrojar un puñado de garbanzos a un pozo y salir corriendo, mientras se recitaba una determinada oración o llevar un puñado de sal en la mano, hasta un cruce de caminos y una vez allí arrojar la sal al suelo y salir corriendo sin mirar atrás, sin olvidar naturalmente, la consiguiente oración, generalmente en verso, que parece ser que es lo que daba realidad y eficacia al procedimiento. En esta isla de La Palma, donde vivo y ejerzo desde hace muchos años, hay también, como en casi todos los lugares, su propia leyenda, que en estos mismos días me cuenta un prestigioso dermatólogo local. Consiste ésta en llevar en la mano un pu-

MANTENGA EN DIFICIL
EQUILIBRIO
Mendivil
LE AYUDARA,
A DARLE LA CONFIANZA Y
SEGURIDAD QUE NECESITA.
Orto-Mendivil s.l.
ADO CORRECTOR Y
PARA PLANTILLAS ESPECIALES...

ñado de arroz, hasta una hoguera previamente encendida, arrojando los granos de arroz sobre ella, al tiempo que se echaba a correr recitando: "verrugas tengo, verrugas dejo y salgo corriendo". No sabemos que diría el Dr. Jimenez del Oso de todo esto, pero estamos seguros que tendría para ello una sustanciosa explicación parasicológica.

Y es que esta afección, hasta hace relativamente poco tiempo, casi marginada de la atención de los científicos, ha tenido condiciones y circunstancias que favorecían el hálito de misterio de que fue rodeada por el vulgo. Se sabe que un fuerte impacto psíquico producido por una gran contrariedad, en las relaciones familiares o en el mundo de los negocios, favorece e impulsa la aparición de verrugas plantares. No sabemos exactamente como y porqué, pero lo vemos en nuestras consultas y lo comprobamos con el oportuno interrogatorio. Y esto no es, naturalmente, descender a los terrenos de la brujería o el curanderismo, como podrían pensar algunos, sino por el contrario, valorar debidamente que los cambios biológicos que se producen en el individuo merced a esos choques psíquicos, son capaces de crear condiciones orgánicas adecuadas para poner en marcha el dispositivo de infección viariásica, que de no mediar dichas condiciones, hubiera podido permanecer adormecido en espera de su oportunidad biológica, para desarrollarse.

Así resulta, que lo que en principio hubiera podido parecer puro oscurantismo, pasa a ser ciencia, clara y abiertamente justificada. Autores del prestigio del catedrático de dermatología profesor Gómez Orbaneja y de Verleysen mencionan en sus obras la sugestión, al tratar de las verrugas, hablando el primero de los citados de "múltiples prácticas populares", al tiempo que reconoce fenómenos tan curiosos como la desaparición espontánea de las verrugas y el posible efecto vacunal de las mismas, ya que como sabemos, en los casos de apariciones múltiples, la cauterización o extirpación de una de ellas, produce la remisión de las vecinas.

Las teorías sobre el agente productor de las verrugas han venido naturalmente evolucionando, de acuerdo con los avances de la investigación. Desde cuando se achacaba su origen a un traumatismo o irritación cutánea o a una punción de un cuerpo extraño, que se descartó más tarde, si bien hoy sabemos que estos ataques del exterior no son productores en sí pero pueden en cambio despertar el mecanismo productor, por acondicionamiento del terreno, hasta los partidarios de la existencia de un bacilo (bacterium Porri) que citan en sus obras los podólogos españoles Martí Raso y Alamilla, pioneros en nuestro país de publicaciones podológicas escasas aún en nuestros días y las modernas teorías de los virus filtrables, ya plenamente demostradas con la aparición del microscopio electrónico, mucho se ha adelantado en el tema que estudiamos, aunque es posible que sean aún necesarios nuevos estudios para aclarar algunas zonas de sombra en la cuestión.

Los últimos estudios que conocemos dan ya seguridad de que un virus filtrable es el responsable causal de la afección. Se trata de un virus cuyas partículas elementales, según el profesor Gay Prieto, han sido descritas por Strauss y colaboradores, en forma de esférulas visibles al microscopio electrónico, cuyas medidas son en promedio del orden de 0,052 micras de diámetro. Estos datos han sido comprobados por el propio profesor Gay Prieto, catedrático de dermatología, Charles Pullar y otros.

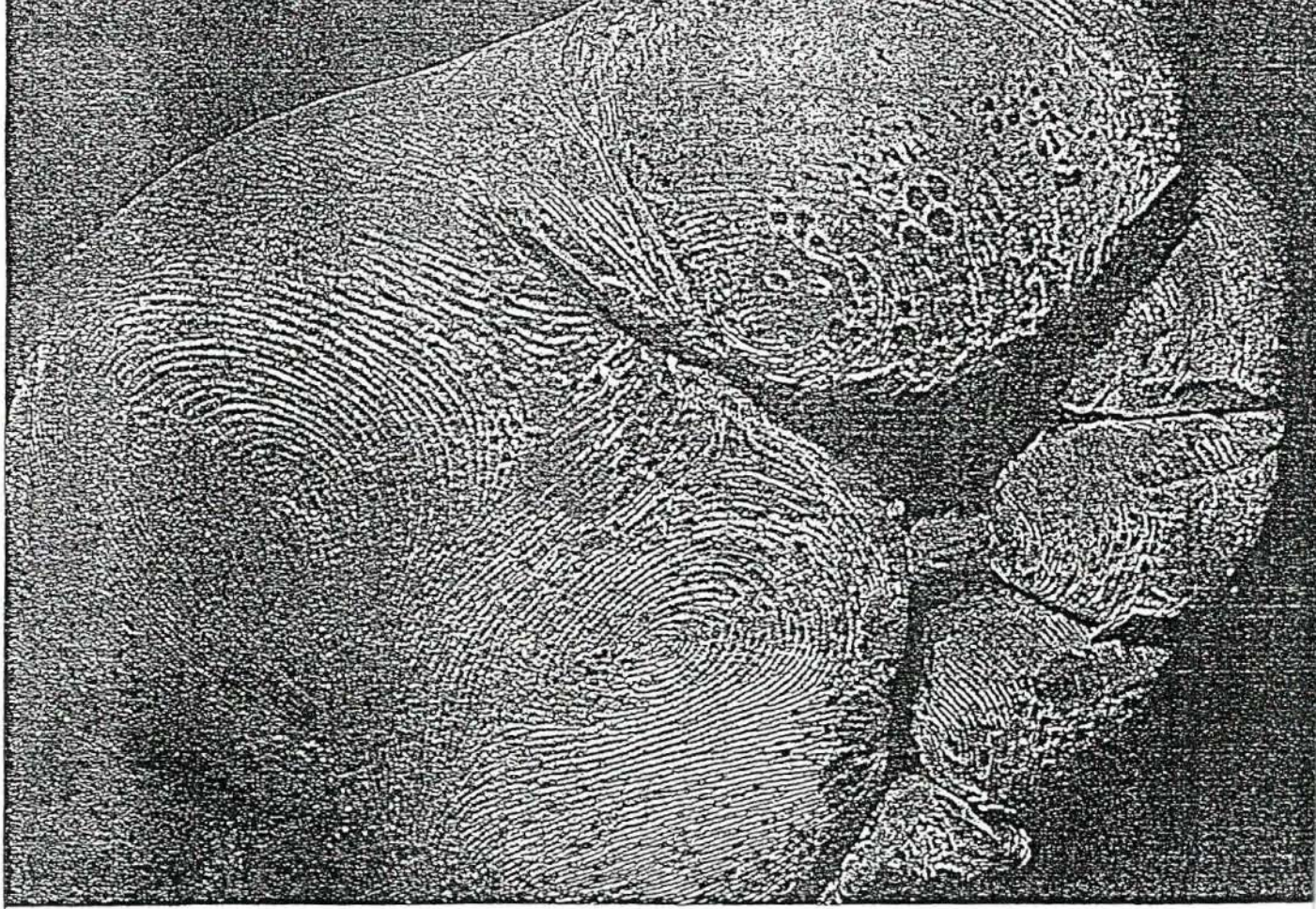
Así mismo, el Profesor Soto Melo abunda en la teoría viriásica, atribuyendo al virus responsable un carácter de específico del grupo de papovavirus, que contiene un núcleo de D.N.A. y tiene tamaño de 50 milimicras de diámetro.

Elizabeth Hunt, al hablar de las enfermedades por virus, dice que estas muestran aspectos histológicos llamados "cuerpos de inclusión", que pueden ser basófilos pero que generalmente son acidófilos. Aunque no se está refiriendo al tipo de verrugas que estamos estudiando.

Experimentos de Wile y Kingery, en 1918-1921, han demostrado sin lugar a dudas, que el origen de la afección verrugosa es un virus filtrable dermatótropo y que las vulgares y las pédicas son exactamente la misma cosa. Así mismo demostraron estos autores la posibilidad de su inoculación. Ya mucho antes, Saarfield, de Berlín, demostró la contagiosidad logrando trasplantación por inoculación de verrugas vulgares. Otros investigadores mucho más recientes han demostrado la existencia de variedades de virus que pueden permanecer latentes hasta que con motivo de un estímulo externo, como traumatismo, lesión o afección de determinados agentes físicos o químicos se ponga en marcha su mecanismo de acción.

Sampson Haudley, en sus observaciones histopatológicas de las verrugas, encuentra que los linfáticos están bloqueados por linfangitis, atribuyendo la formación del papiloma a la extasis linfática.

En esta del virus filtrable, por tanto, la teoría reinante en nuestros días. Ya en 1921 Wile y Kinger la exponen y aceptan sin lugar a dudas. El primero de estos autores afirma, que el aná-



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
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.

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
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

lisis de una verruga extirpada quirúrgicamente y enviada al laboratorio sin ninguna mención, viene a menudo con el resultado anatomopatológico de tumor maligno, aunque de manera fehaciente se sabe que se trata simplemente de un tumor benigno, que nunca ofrece carácter de gravedad.

Muchos son los autores que insisten en la creencia de que cualquier elemento irritativo, ya sea de carácter físico o químico es capaz de actuar de agente productor, entre ellos Unna, pero ya hemos visto que esto no va contra la nueva teoría viriásica, pues como hemos estudiado ya, queda demostrado que la irritación local lo que hace es predisponer al desarrollo o penetración del virus.

Otros muchos autores, entre ellos Verleysen, sostienen que más de un cincuenta por ciento de los casos de verrugas son de origen nervioso, lo que consolida y justifica el poder de la sugestión sobre estos casos, como ya hemos aludido. Este mismo autor da gran importancia a las deficiencias orgánicas de sales de magnesio y calcio, para que se produzcan condiciones óptimas para el ataque viriásico, lo que justifica el empleo de estas sales en la terapéutica antiverrugosa, como ya explicaremos en el lugar correspondiente.

Hay unanimidad de criterios en cuanto a la contagiosidad. El ya citado Verleysen la da por sentado y el profesor Gay Prieto cita las experiencias de Variot y Jadassonn, que obtuvieron verrugas por inoculación. También cita los experimentos de Wile, Kinger y Serra, los cuales con un filtrado de papilla de verrugas lograron múltiples reproducciones, en períodos de incubación de tres a nueve meses.

El profesor Lelievre, habla de la existencia de varios tipos de virus, lo que explica las distintas formas de evolución y la persistencia a recidivar de algunas formas, a pesar de ser tratadas con la máxima energía y contundencia. Este importante autor, sigue dando gran importancia a la humedad de la piel, como preparación del terreno para un más fácil contagio. Ello explica el gran número de casos adquiridos por personas que frecuentan duchas, piscinas o baños públicos o de pertenencia a colectividades. La piel húmeda, al facilitar la apertura de los poros, mejora las condiciones de penetración del virus a su través. En esto hace también especial hincapié Jules Verleysen y de ahí las normas profilácticas que con carácter universal se han establecido en la lucha contra esta viriasis, de lo cual trataremos en el oportuno lugar de este trabajo.

Llegados ya a la conclusión de que la verruga vulgar y la plantar o papiloma pédico, son entes de idéntica similitud etiológica, y comprobado con múltiples testimonios de serias investigaciones su analogía evolutiva y sus caracteres como infección viriásica, que sólo se diferencian en determinados aspectos propios del entorno de su enclave, vamos a pasar a estudiar de forma específica, la verruga plantar, Papiloma plantar o Verruga pedis, tal y como nos propusimos al principio de este trabajo y como mejor encaja dentro de nuestra condición de Podólogo en ejercicio.

LA VERRUGA PLANTAR es una afección podológica frecuente y cada vez más numerosa según las estadísticas. El Instituto Fiusen de Copenhague, cita sólo un caso tratado en el año 1912 y en cambio 677 lo fueron en 1934. Autores como Hamilton Bailey, en su oobra "Semiología Quirúrgica", afirma rotundamente, que en los últimos veinticinco años la frecuencia de esta afección ha venido aumentando considerablemente.

La característica sintomatológica que mejor define a la verruga plantar, es el dolor lacerante que produce a quien la padece y que se hace aún más agudo si su localización se corresponde con las zonas de máxima presión plantar, como por ejemplo bajo las cabezas metatarsales, el talón o las extremidades de las falangetas en los casos de dedos en martillo. Este dolor se hace más notable por las mañanas, al levantarse el paciente y apoyar el pie en el suelo. A medida que anda y emprende su actividad diaria decrece algo, pero se hace particularmente intenso al sufrir los impactos de las irregularidades del terreno si se lleva calzado de suela fina y por tanto poco aislante del medio externo.

Esta afección se observa con mayor frecuencia en los jóvenes y adolescentes, disminuyendo su frecuencia con la edad. Ciertos autores como Lelievre le atribuyen cierta preferencia por el sexo femenino. Nosotros podemos afirmar que las vemos con gran frecuencia y en parecida proporción, es decir, sin gran diferencia por esas razones de edades o sexos.

La incubación del virus responsable es larga, hasta seis meses y a veces mucho más, según Rasmusen.

Existen varias formas de aparición. Unas veces de una sola, llamada "verruga solitaria", otras en constelación de verrugas madre e hijas y otras "en mosáico", formando estas últimas un haz de unidades agrupadas, constituyendo verdaderas placas.

Además de estas formas plantares, que son las que más frecuentemente observamos, existen

Fitex-E

Onico-Fitex

Tratamiento local específico de las dermatomicosis y micosis de uña respectivamente.

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.
224,— 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.

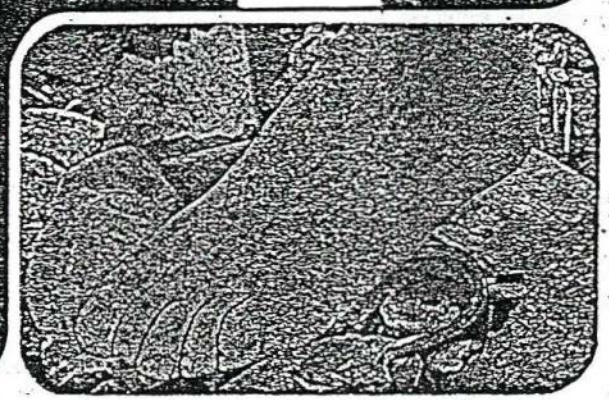
Contraindicaciones
Dermatitis bacteriana.

Incompatibilidades
No se conocen

Efectos secundarios
No se conocen

Presentación
Frasco de 30 ml.

P.V.P.
118,— ptas.



INFAR NATTERMANN

Apartado 400 – Zaragoza Infanta Carlota, 84-88 Barcelona-15

bre la superficie de la piel durante el tiempo suficiente para permitir su descomposición siendo un medio excelente para ello, los zapatos que empapan el sudor e impiden su evaporación.

El tratamiento para la bromhidrosis es muy semejante al practicado para la hiperhidrosis con la única diferencia que se debe intentar impedir la acción de las bacterias mediante uso de antisépticos.

En casos simples, muchas veces se obtienen buenos resultados recomendando una higiene estricta del pie, ayudándola de unas fricciones con alcohol puro de 96° seguido de espolvoreamiento con algún polvo antiséptico.

Entre las distintas fórmulas que se puede recomendar para combatirlas, una de las que ejercen una acción específica sobre gérmenes responsables, es el ácido bórico, por ejemplo según sigue:

Acido bórico	2
Talco	40

Esto no quiere decir que nos tengamos que limitar solamente a este producto. Hay otras sustancias tales como son el tanoformo, ácido salicílico, estearato de zinc o flor de azufre, etc. por no nombrar más, con las cuales podremos ejercer acciones muy positivas en los pies de nuestros pacientes aunque a igual que en toda sustancia medicamentosa podremos encontrarnos que no hagan el mismo efecto a todos y entonces entrará en juego nuestra pericia al saber eliminar a su debido tiempo aquella que podamos ver que no sólo no es beneficiosa para el mismo sino que debido a su tipo de piel, o por muchos otros motivos, pueda incluso llegarle a producir una intensa dermatitis.

El estearato de zinc puede usarse ya sea por sus propiedades astringentes, aisladamente, o puede incorporarse a la flor de azufre en la siguiente proporción:

Estearato de zinc	20
Flor de azufre	1

A mi particularmente, una de las fórmulas que me ha dado muy buenos resultados en casos concretos de pacientes de bromhidrosis rebeldes, combinándola con todas las demás medidas preventivas y curativas ya anteriormente expuestas ya en este artículo o en el anterior, es el espolvoreamiento con el contenido del preparado siguiente ya que reune en ella al mismo tiempo una acción antiséptica y astringente:

Acido bórico	1
Acido salicílico	1
Oxido de zinc	9
Almidón	9

Unicamente hay que tener en cuenta el recomendar al paciente el hacer una buena limpieza de los espacios interdigitales antes de volver a aplicar más polvos, pues de lo contrario se expondría a la acumulación de pequeños grumos provenientes de días anteriores los cuales no beneficiarían en absoluto el tratamiento emprendido, sino todo lo contrario.

Si la índole de trabajo del paciente obliga al uso de zapatos rígidos, debe prescribirse obligatoriamente un baño prolongado de pies por la noche, recomendándole que después del baño los tenga a ser posible levantados una media hora a fin de lograr un drenaje efectivo de la sangre consiguiéndose así la disminución de la tendencia a la hiperemia. Una buena circulación de aire a su alrededor cuando se hallan elevados contribuye poderosamente al aumento de evaporación del sudor y por tanto al enfriamiento de los mismos.

Finalmente queda por ver el último de los problemas dentro de los trastornos sudorales, tal como es la anhidrosis, que como todos sabemos presenta un cuadro de secreción sudoral muy disminuido o en algunos casos incluso casi abolido. Su etiología sigue siendo muy oscura aunque se pueden citar esquemáticamente tres motivos de causa.

1° La aplasia de las glándulas sudoríparas determina anhidrosis congénita. Esta afección a veces es hereditaria y definitiva.

2° En el curso de afecciones diversas puede sobrevenir una anhidrosis adquierida generalizada. Esta puede observarse especialmente en enfermos diabéticos, en los caquéticos, mixedematosos y en los ictiosos.

3° Diversas dematosis son factores de anhidrosis adquirida localizada. Se puede también mencionar la psoriasis y el liquen plano.

Yo creo que todos nos encontramos en nuestras consultas con pacientes afectos de anhidrosis, pudiendo observar en ellos aquellos pies de piel sumamente seca (depende del grado del que esté afectado) dura, caliente, y a veces brillante. En la curvatura circundante de los talones muy frecuentemente llena de grietas, algunas veces incluso sangrantes, rodeadas de gruesas queratosis.

El tratamiento local persigue como objeto principal conseguir el ablandamiento de la piel. Es aconsejable, si existen grietas con queratosis abultadas, primeramente disminuir el grosor de las mismas mediante el uso del bisturí, no siendo muy aconsejable en este caso, el uso de la fresa ya que con su fricción rápida puede producirse ligeros trastornos semejantes a las pequeñas tensiones eléctricas o sensación de quemadura.

Conseguida la disminución del grosor de los bordes de las mismas y dentro de un terreno

Constantino Velasco Lainz

PONE A DISPOSICION DE LA PODOLOGIA ESPAÑOLA UNA GAMA COMPLETA DE ARTICULOS PARA LOS PIES CON LOS PRODUCTOS:

fürs die Füße BERKEMANN

BERKEMANN

Y

VELMANN

VELMANN

...al servicio de sus pies.

INSTRUMENTAL PODOLOGICO
CORRECTORES Y PROTECTORES PARA PIES
MATERIAS PRIMAS. — Plexidur, Ortholen, corcho, goma-espuma, etc.
MATERIAS SEMITERMINADAS. — Cuñas, arcos bóvedas, etc.
CALZADOS FISIOLOGICOS. — Zapatos, botas, sandalias, zuecos, etc.
COSMETICOS PARA PIES. — Sprays, polvos, cremas, bálsamos, etc.
SILICONAS

OFICINA CENTRAL:
Santiago Bernabeu, 4 - Madrid-16 - ☎ 262 18 91 261 44 15 — 261 98 75 (contestador automático) — 261 47 21 261 45 96

DELEGACION CATALUÑA: Mallorca, 336 - Barcelona - 37 - Teléfonos 257 76 05 y 207 01 52

ALMACEN CENTRAL: Ferrocarril, s/n. - Getafe (Madrid) - Teléfonos 695 09 50 y 695 09 54

mosáico, donde una extirpación quirúrgica podría resultar en exceso cruenta y traumatizante.

Existen en la actualidad dos preparados comerciales, en pomada, uno de ellos a base de fluorouracilo (50 mgs. por gramo de pomada) y otro conteniendo colchicina y podofilotoxina, que hemos empleado mucho y empleamos en los casos múltiples y zonas no muy aptas para el tratamiento quirúrgico. Hemos logrado con estos preparados, cuyos nombres comerciales omitimos por huir de cualquier suspicacia publicitaria, magníficos resultados.

IV) *Procedimientos físicos.* — Entre estos tenemos la cauterización ígnea o actual (la química se denomina potencial), la cual puede ser electrocoagulación, que se practica con el bisturí eléctrico, o la galvanocáustia. El primero consiste en destruir los tejidos por medio de la electricidad. El segundo los destruye por medio del calor que produce el electrodo incandescente del galvanocauterio, que viene a ser el sucesor del viejo cauterio que se calentaba al fuego, o termo cauterio que se calentaba mediante vapores de gasolina (termocauterio de Paquelín) que surgió después. Una u otra técnica han de realizarse previa anestesia local, generalmente por infiltración. Suele dar buenos resultados si nos atenemos a un proceder correcto.

Algunos autores han aconsejado y de hecho se empleó en su tiempo, la arsonvalización, o alta frecuencia descubierta por D,Arsonval, profesor que la utilizó en 1888. Así como la fulguración o chisporroteo de estos rayos violeta directamente sobre la superficie del papiloma. Hoy nadie emplea este sistema, de efectos más que dudosos.

Lewis, Jones y Flavelle idearon la introducción electrolítica de ión magnesium. Utilizaban una solución al 3% de sulfato de magnesio en agua destilada, en la que se empapaba una compresa positiva colocada sobre la verruga, suministrándole una intensidad de hasta 20 miliamperios, en sesiones de quince minutos de duración. Hacían ocho o diez sesiones. Resultado muy inseguro. También hoy se encuentra descartado.

La crioterapia o empleo de la nieve carbónica, utilizada en forma de lápiz, a partir del dióxido de carbono comprimido en un aparato de diseño y características especiales. Se aplica directamente sobre el papiloma y ha dado buenos resultados, aplicándolo correctamente.

La electrolisis también fue utilizada y como tantos otros procedimientos ha sido también abandonada.

Algunos autores defienden la infiltración del papiloma con novocaína, los resultados son dudosos y el sistema no se llegó a imponer. Branson recomienda en cambio la infiltración con procaína y asegura un 75% de curaciones.

El Dr. Walet presentó el año 1939 una comunicación en el III Congreso Internacional de Masage y de Auxiliares Médicos de Stugart, lo que él llamó el "tatuaje esclerosante". Se basa en que siendo el papiloma un tumor vivo, con multitud de vasos nutricios, hay que suponer con mucha lógica, que la esclerosis de estos vasos producirá la muerte del tumor. La técnica consiste en empapar el papiloma, a base de un auténtico tatuaje (de ahí su nombre) con una aguja impregnada en un líquido esclerosante análogo al utilizado para esclerosar varices (salicilato de sosa al 20% o esclero-suero). Sin embargo este autor rechaza la inyección intralesional esclerosante. El autor asegura a su método mucho éxito, cuando se practica su técnica correctamente.

El Dr. Zauner Gutmann habla del empleo del ultrasonido en el tratamiento de la verruga o papiloma, usando como medio de acoplamiento entre el cabezal del aparato y el papiloma, cera virgen. Su técnica, que describe con detalles en su obra "Terapéutica Ultrasónica", no la describimos por considerarlo innecesario, ya que esta es otra de las muchas técnicas que han pasado a la historia de esta afección y que hoy ya no utiliza ningún profesional.

Otro medio terapéutico que se ha empleado y algunos continúan empleando, es la radioterapia y la radiumterapia, sobre todo en los casos de papilomas extremadamente rebeldes a los tratamientos corrientes. Autores como el profesor A. Pedro Pons, cita esta terapia, pero advierte que su empleo ha de seguirse con grandes precauciones.

El profesor Gay Prieto aconseja pequeñas dosis de radioterapia superficial con el Dermopan de Siemens, escalón IV, dosis de 400 r. cada cinco días, con un total de 1.200 r., protejiendo con plomo para no irradiar la piel sana. Así mismo el profesor Gómez Orbaneja aconseja radiaciones de poca penetración, 10 kvs., sin filtro y con tubo de ventana de berilio. Todos insisten en el manejo de esta terapia con grandes precauciones, el ya citado profesor Pedro Pons aconseja no irradiar superficies de más de 1,5 ctms. de diámetro, extirpar antes la hiperqueratosis que cubre el papiloma y en ningún caso insistir cuando se fracase en los primeros intentos.

Otros autores, aún reconociendo la indudable eficacia de la radioterapia opinan que debe proscribirse, o todo lo más reservarse para casos de excepcional gravedad y siempre que previamente hayan fracasado todos los demás medios a nuestro alcance. Ello es debido a que esta terapéu-

tome medidas para sus pies con

Peusek®

desudorante y desodorante

un baño mantiene su eficacia 3 meses

dos productos
para dos problemas que son dos soluciones

ARCANDOL SPRAY

para pies ardientes,
cansados, doloridos.

su aplicación alivia de inmediato

Productos Peusek

Avda. Infanta Carlota, 19-21 * Telf. (93) 239 83 34 * Barcelona-29

consulte a su podólogo. venta en farmacias

diferencias morfológicas y de intensidad dolorosa, condicionadas a su particular localización.

El tratamiento quirúrgico, su enucleación, es el más adecuado y el de menos riesgos de todos los preconizados hasta la fecha. Basta con atenerse a una correcta técnica operatoria.

Las reglas profilácticas adecuadas, pueden hacer mucho para evitar la propagación de esta afección viriásica.

Y con esto ponemos fin a este trabajo. Si con él conseguimos aportar alguna idea útil al estudio de una afección tan extendida en Podología, como es el papiloma plantar, nos consideraríamos ya, suficientemente premiados.

Miguel Hernández de Lorenzo Muñoz
Podólogo
Santa Cruz de la Palma.
Febrero de 1979

BIBLIOGRAFIA:

HAMILTON BAILEY
Semiología Quirúrgica

JULES VERLEYSON
Compendio de Podología

E. G. V. RUNTING F. I. S. CH.
Quiropodia Práctica

Prof. MARAÑON
Diagnóstico Etiológico

Prof. JIMENEZ DIAZ
Diagnóstico diferencial

Dr. R. BRAVO
Formulario 1956

C. MARTI RASO
El Pedicuro Moderno

J. R. ALAMILLA
Males de los pies

MC KENZIE SWANSON
Texto de Quiropodia

Prof. GOMEZ ORBANEJA
Dermatología

Prof. GAY PRIETO
Dermatología

Prof. SOTO MELO
Dermatología

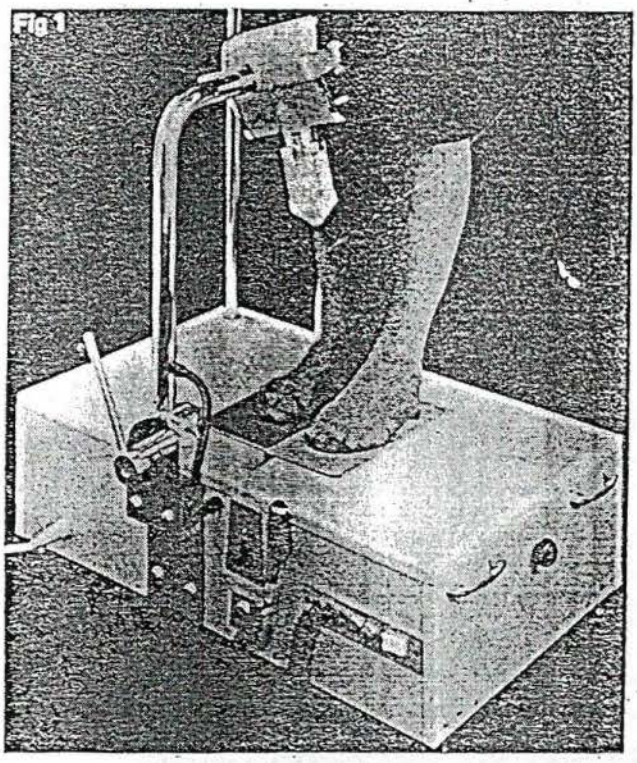
JEAN LELIEVRE
Patolog. del pie

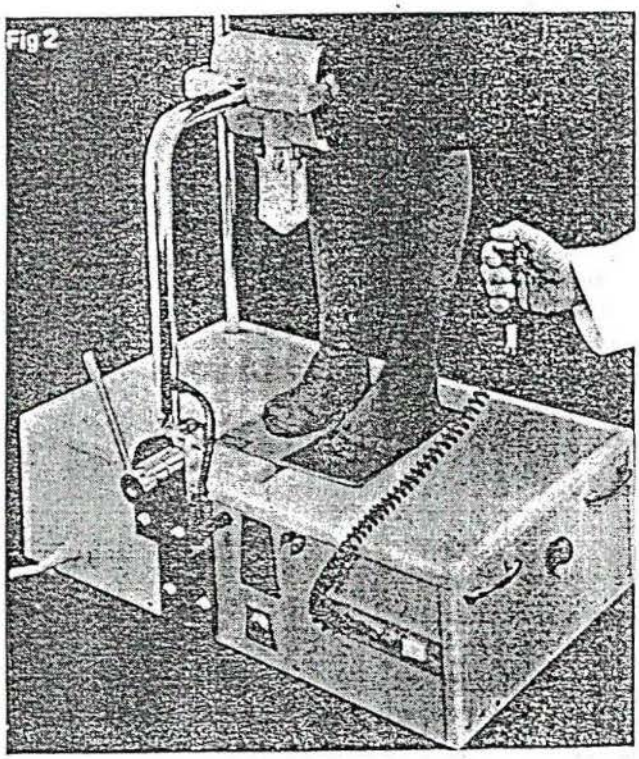
Prof. ARANDES
Clin. y tratam. de las enf. del pie

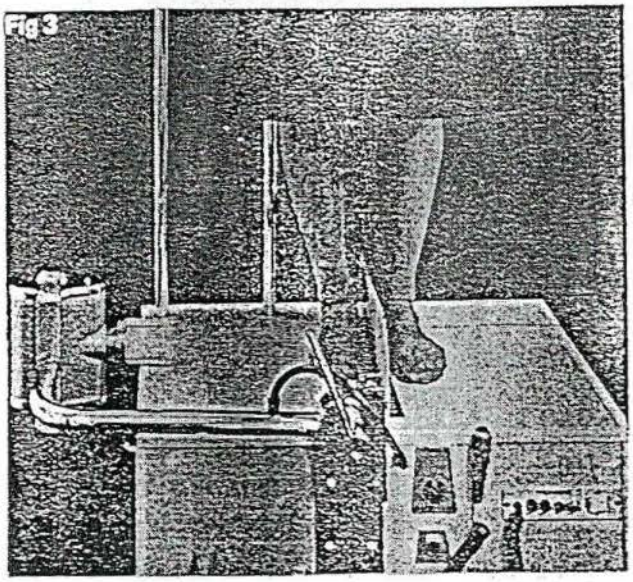
Prof. A. PEDRO PONS
Form. Med. Daimon

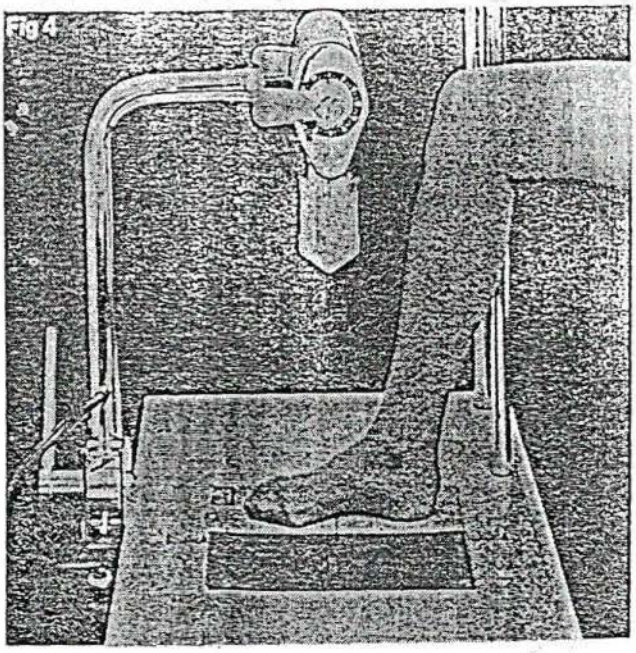
Dr. ZAUNER GUTMAN
Terap. Ultrasónica

B. GARRIGA
(Rev. Esp. de Podología) núm. 65 de Sep-Oct. 78









¡NOVEDAD! APARATO PODOLOGICO DE RAYOS X

La presente unidad de Rayos X fue especialmente estudiada para ser utilizada por los Podólogos, para dar una alta calidad y un diagnóstico radiográfico del pie y tobillo en las dos posiciones (carga y descarga).

La caja está diseñada para prevenir la exposición de toda la película por debajo del nivel del tope de la carga de exposición. Y esta posición permite radiografiar ambos pies en la posición de carga lateral, para ser comparados en la misma película.

El control remoto permite al operador adoptar la distancia correcta de trabajo.

tica puede producir radiodermitis, algunas de ellas de extraordinaria gravedad, siempre desproporcionada con la de la lesión que estamos tratando de curar. Se citan radiodermitis que han llegado a motivar amputaciones y radionecrosis ulcerosas de curación lentísima, a veces hasta de años. Estas úlceras en ocasiones requieren injertos, cuando no pasan a males perforantes, produciendo enormes dolores y convirtiéndose, en ocasiones, por degeneración, en malignas. Parece pues, que la opinión general no justifica esta terapéutica en una afección que como ya hemos dejado bien sentado, es rotundamente benigna, para la cual disponemos además, de múltiples tratamientos inofensivos y eficaces. Si no obstante ello, fuera por alguna remota razón prescrita, habría de ser aplicada por un radiólogo altamente especializado y responsable. Pero siempre sin olvidar que el papiloma tiene una radiosensibilidad escasa, lo que obliga a emplear dosis altas, mientras que por el contrario, la planta del pie es muy sensible a las radiaciones. El profesor Arandes nos advierte que no debe radiarse nunca una placa extensa. Sólo papilomas con radio inferior a 1 cmt. y nunca si se trata de un papiloma viejo y ya estabilizado. Así mismo recomienda no insistir en el que una vez radiado no haya curado.

Ante inconvenientes de tanta envergadura y peligros de tanta consideración, nosotros nos atrevemos a pronunciar un rotundo y enérgico no a la radio o radiumterapia, en el tratamiento del papiloma plantar.

V) *Procedimiento quirúrgico.* — Podemos decir que la extirpación quirúrgica es el medio más seguro e inócuo de todos los descritos. Nosotros hacemos la enucleación del papiloma seccionándolo circularmente, a menos de un milímetro de su circunferencia, como margen de seguridad, previa la correspondiente infiltración anestésica de novocaína o similar, que hace totalmente indolora la intervención. Una vez seccionado en toda su circunferencia y libre por tanto de adherencias epiteliales, procedemos a desprenderlo del fondo con la gubia de podólogo. El papiloma sale entero, dejando un lecho limpio que puede tocarse en paredes y fondo con el electro-cauterio, con lo que a la par de hacer hemostasia damos más seguridad a la intervención. Puede también hacerse la hemostasia con la aplicación de un trozo de espongostán o cualquier otra esponja hemostática. Todo se recubre con un apósito esterilizado y se procede al vendaje. Cada tres o cuatro días se renueva la cura y la cicatrización se obtiene en breve plazo. Las recidivas son de porcentaje insignificante. En algunas ocasiones hemos observado que sobre la cicatriz se implanta una hiperqueratosis vulgar, que se trata como tal. Por precaución hacemos siempre profilaxis anti-tetánica, ya que el paciente se calza de inmediato y hace vida normal.

Es tan limpio, inócuo y eficaz este proceder, que casi no comprendemos la necesidad de recurrir a otro, salvo como ya dijimos, en los casos de siembras o apariciones en mosáico, en los que el gran número, que llega a formar una verdadera placa, haría demasiado traumatizante y cruenta su extirpación quirúrgica y es entonces cuando recurimos al tratamiento con las pomadas a base de fluorouracilo o colchicina, que ya hemos mencionado y que nos han dado excelentes resultados en estos casos especiales.

Y como última adquisición en el tratamiento de la afección que motiva este estudio, acabamos de leer en la Revista Española de Podología núm. 65 Septiembre-Octubre, un interesante trabajo del compañero D. Domingo Bejiga Garriga, de Vilassar de Mar, donde expone sus experiencias en la infiltración de los papilomas plantares con Bleomicina (sulfato de bleomicina), que según leemos destruye el papiloma infiltrado, en breve plazo y con más del 90% de positividad, lo que hace interesante esta aportación, de la que aún no tenemos experiencia en nuestra práctica.

Profilaxis. — Dado el carácter contagioso, que en virtud de su etiología viriásica posee el papiloma plantar, es de rigor que demos unas normas profilácticas generales, para evitar en lo posible, su propagación. A grandes rasgos estas son: Evitar andar descalzos en las piscinas, baños públicos y lugares sospechosos de contaminación. No intercambiar nunca medias, calcetines o zapatillas cuando en la familia haya existido un caso reciente de este mal. Practicar una minuciosa desinfección, con antisépticos adecuados de platos de ducha, bañeras y de las medias o calcetines de las personas que hayan sido afectadas. Mantener los pies secos y tratar los casos de hiperhidrosis pédica, ya que la humedad de la piel, como hemos dicho favorece el desarrollo del proceso.

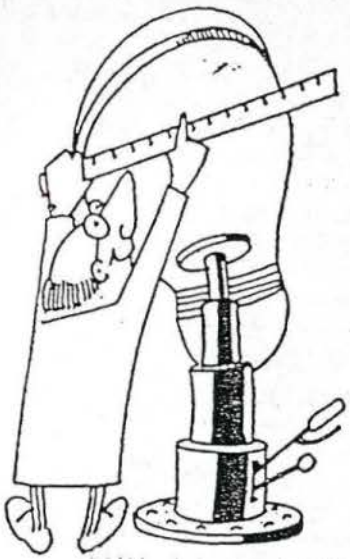
R E S U M E N. — El papiloma plantar es una neoplasia epitelial benigna, de etiología viriásica, contagiosa y transmisible por contacto.

La humedad de la piel favorece su desarrollo.

Las zonas de localización preferente, coinciden en general, con las de la máxima presión del pie.

El dolor agudo que produce, es un importante síntoma a la hora del diagnóstico.

Papiloma plantar y verruga vulgar, son exactamente la misma entidad patológica, con sólo



PIEDRO

OFRECE AL PODOLOGO:

cuatro distintos anchos
cuatro tipos distintos de suela

- 100 % cuero crupón marca-royal
- palmilla entresuela cuero y bloque de composición controlada
- íd., íd., íd. y crepé superior virgen
- 100 % cuero crupón reforzado

tres tipos distintos de tacón (recto, estilo Thomas y recto con estabilización central)

dos tipos de hormas (normal y recta)

ochenta distintos modelos y siempre:

Máxima sujeción de empeine y retropié
Espacio para el movimiento de dedos
Máxima calidad de materiales
Espacio para el crecimiento
Máxima indeformabilidad

PIEDRO INTERNATIONAL
En España

J. L. Vila-Plana
Conde Borrell, 211 - prta. 33
teléfono 93/239 53 06
Barcelona-29
telegramas: KIRITA-Barcelona
exposición: Conde Borrell, 87

PIEDRO

Problemas de la sudoración del pie

Por Manuel Gavín Barceló
Podólogo. Barcelona

Tal como indicaba al final del artículo publicado anteriormente en el que traté sobre la hiperhidrosis y su tratamiento por medio de pediluvios o espolvoreamiento, dejé expresamente para este segundo artículo a fin de no hacerlo tan largo, las fórmulas para pincelaciones y tratamiento de la bromhidrosis y anhidrosis.

Las lociones y tinturas se utilizan simplemente por su acción astringente. Pueden utilizarse por medio de una esponja pero si se desea una acción más enérgica deben utilizarse las pincelaciones combinándolas con algunas de las fórmulas de espolvoreamiento de las ya citadas en el artículo anterior.

Así podemos ver, que el ácido salicílico en solución alcohólica al 3% posee una acción astringente más enérgica y es muy usada en forma de pincelación para la suduración producida entre dedos.

En América es utilizada con frecuencia la fórmula de cloruro alumínico en solución al 25% que suelen aplicar dos veces por semana, ya sea con esponja o pincelaciones.

Otra de las soluciones que producen buen efecto es la solución acuosa al 50% de acetato alumínico o sea lo que nosotros conocemos por Agua de Bürow, constituyendo una fórmula suave para aplicación diaria.

Finalmente, para no hacerme pesado con la enumeración de infinidad de fórmulas diversas con muy variadas combinaciones de diferentes productos adecuados para el fin que perseguimos, es casi de obligación el no dejar de citar la solución alcohólica de formol al 2%, que puede aplicarse tres o cuatro veces por semana durante cortos períodos de tiempo. Ahora bien: Tal como ya indicaba en mi artículo anterior, con el formol hay que tomar ciertas precauciones ya que además de poder producir irritaciones, en según que casos, si se usa excesivamente tiende a endurecer la piel aunque esto no lo podemos considerar como un contratiempo demasiado serio ya que con el uso subsiguiente de una pomada reblandecedora puede devolver la flexibilidad a la zona por lo que es más problema el que pueda producir una dermatitis. Por esto, aconsejaría que antes de que uno de nuestros pacientes lo usara de una manera asidua, lo probara primeramente con precaución siendo su único inconveniente el que el enfermo ya lo acepte con un poco de recelo o desconfianza y muchas veces se excuse de usarlo prefiriendo a cualquier otra medicación de la que no le hayamos puesto en guardia sobre posibles contraindicaciones.

Cuando una hiperhidrosis se presenta en casos extraordinarios con una supersuduración, fuera de lo normal y además va acompañada de un olor sumamente desagradable y fétido, podemos decir que nos encontramos de lleno ante un caso de bromhidrosis.

La bromhidrosis en los pies, pocas veces la podemos observar en personas que marchen con los pies descalzos y por tanto, sin negar que en su constitución puedan entrar en su mayor o menor grado las sustancias que constituyen el sudor y especialmente los ácidos grasos instaurados, se puede considerar que es debido principalmente a las ulteriores alteraciones que sufren la secreción sudoral una vez se ha esparcido por la superficie tegumentaria muchas veces condicionada por gérmenes microbianos y fitoparásitos que hallan acomodo en el clima de hiperhidrosis que casi siempre acompaña.

Generalmente la suduración mal oliente es debida a la acción de las bacterias fétidas que producen una desintegración del sudor después de su excreción con la formación de ácido caproico y otros ácidos de olor desagradable, por esto podemos ver que los mismos factores que integran e intervienen en la hiperhidrosis son también evidentes en la bromhidrosis: Higiene defectuosa; uso persistente de calzado demasiado recio; materiales sintéticos; calcetines de nylon y de otros materiales inadecuados. etc. pues en realidad la causa principal que produce la bromhidrosis, es el estancamiento del sudor so-

sillón eléctrico STARLINE

ELEGANCIA DE LINEA — FUNCIONALIDAD Y UTILIDAD
EN EL DISEÑO — ROBUSTEZ — PERFECTO ACABADO

PRECIOS Y CONDICIONES
EXCEPCIONALES

SERVICIO TECNICO GARANTIZADO EN TODA
ESPAÑA POR EL SERVICIO POSVENTA
SUDENTA, S. A.

SOLICITE AMPLIA INFORMACION SIN
COMPROMISO A:

SUDENTA, S.A.
departamento podologia

otras menos frecuentes y poco citadas en la literatura de la especialidad, que también hemos tenido oportunidad de ver y tratar. Estas son las peri-ungueales, en los surcos ungueales y las interdigitales, que nos plantean un problema más, el de su difícil accesibilidad. Y como casos aún más raros, tenemos que citar las de localización subungueal, de las que sólo hemos tratado un escaso número en más de veinte años de ejercicio. Estas plantean al profesional dos problemas. El primero de diagnóstico, ya que se encuentran cubiertas por la lámina ungueal, que impiden visualizarlas y el segundo porque exigen una operación previa de ablación parcial de la uña para dejarlas al descubierto y poder operar libremente sobre ellas. También como casos poco frecuentes, hemos observado verrugas plantares en puntos de escasa o nula comprensión, como son las extremidades de los dedos y debajo de ellos en las flexuras articulares falángicas o metatarso-falángicas.

El Dr. Marañón, cuando trata de las verrugas las divide en pediculadas o sesiles, pigmentadas o apigmentadas, pero no hace mención especial, este prestigioso autor, a la verruga plantar.

Algunos tratadistas, afirman que la afección que venimos estudiando, dejan inmunidad en los pacientes que la han sufrido. Nosotros no hemos podido comprobarlo y hemos tenido muchos casos de repeticiones en un mismo paciente, si bien es cierto que tales repeticiones lo fueron siempre en período no superior a un año y como ya hemos visto los largos períodos de incubación de este virus, podría justificarse como inoculaciones anteriores al efecto vacunal de la primera aparición. El profesor Gómez Orbaneja y el autor Mc Kenzie Swanson se afirman, el primero en la posibilidad del efecto vacunal y el segundo sostiene que tres ataques de verrugas confieren ya la inmunidad, basando su afirmación en una casuística varias veces centenaria.

Y llegamos ya al capítulo de los tratamientos, que se han venido aplicando a este mal a través de los tiempos, que como veremos han ido sufriendo variaciones, a medida que ha evolucionado el conocimiento de la afección y con la aparición de nuevos medios técnicos. Para su estudio más claro y sencillo, vamos a dividirlo en varios apartados:

I) *Tratamiento general.* — Algunos autores recomendaban la magnesia calcinada a dosis de 0,20 a 0,50 por día, durante un mes y cloruro de magnesio en dosis de 0,60 por día durante diez días. Se aconsejó también el empleo de la vitamina A y algunos propusieron el empleo de autohemoterapia. El licor arsenical de Fowler estuvo muy en boga en su época, ya algo lejana. Y hubo autores como Sezary que llegó a aconsejar además de la autohemoterapia, la inyección intramuscular de leche (hoy totalmente proscrita) y las gammas-globulinas, todo ello como se verá en su afán de exaltar las defensas orgánicas del paciente.

II) *La sugestión.* — Sobre esta forma de tratamiento recordemos lo ya expuesto a lo largo de este trabajo y la opinión de los investigadores sobre la gran incidencia de los estados nerviosos en la aparición de esta afección. Así no es extraño que algunos autores sigan hoy mencionando la sugestión como tratamiento de algunos casos. Y no nos echemos las manos a la cabeza, ¿es que acaso no se está empleando también la sugestión con fines anestésicos en odontología, y hasta como anestesia general, con éxitos comprobados? El mundo de la sugestión y de la parapsicología en general, está aún en pañales y no sabemos cuantas sorpresas nos reservará de cara al futuro, cuando ya se interesan por él la ciencia y la investigación y por lo tanto va dejando de ser terreno reservado a brujos, adivinos y curanderos.

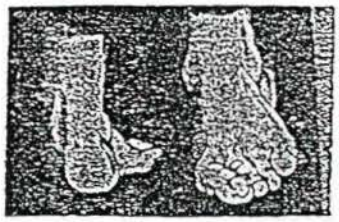
III) *Procedimientos químicos.* — Estos han proliferado abundantemente. Las pomadas y cremas a base de sustancias cáusticas como el ácido salicílico, ácido pirogálico, ácido láctico. Los toques con ácido crómico, hidróxido de potasio, hidróxido de sodio (sosa cáustica), fenol, ácido tricloroacético, etc. etc. se han venido usando durante décadas. La vaselina salicílica al 10%, el ácido pirogálico al 30 o al 60%, el "ungüento plumbis" (ácido salicílico al 60% en diaquilón) y el nitrato ácido de mercurio, eran recomendados por Runting. Otros preconizaban fórmulas con ácido láctico, alcohol sufúrico, etc. Sydney Thompson recomendaba la formalina (formaldehido al 40%) al 30%, para introducir el pie afecto, cada noche, en esta solución durante diez minutos, afirmando que a las tres o cuatro semanas el papiloma era facilmente extirpado. Daba un índice de positividad de más de un 60% de los casos tratados así. Los toques de ácido nítrico sobre el papiloma, han llegado a nuestros días.

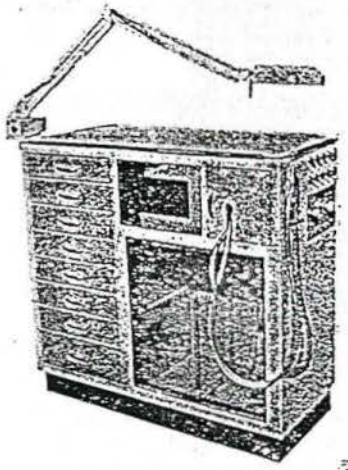
Ultimamente se venden en el mercado, distribuidas por una casa de productos para podología, unas tabletas de procedencia austriaca, de nombre "Fussgold", cuya fórmula no hemos podido averiguar, pero que actúa aplicándola directamente sobre el papiloma, previo ligero reblandecimiento, y sujetándola en su posición con una tira de esparadrapo. Es un cáustico suave y de buenos resultados en general, pues acaba desprendiendo la verruga después de unos días de aplicación. Es útil en los casos de papilomas en

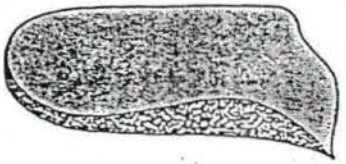
LUGA

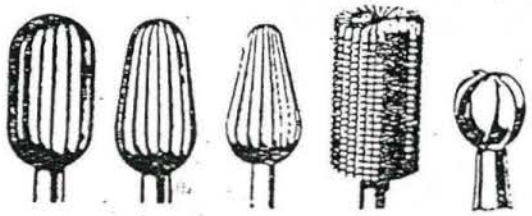
CLARA DEL REY, 47. MADRID-2. TELEF. 416 84 45

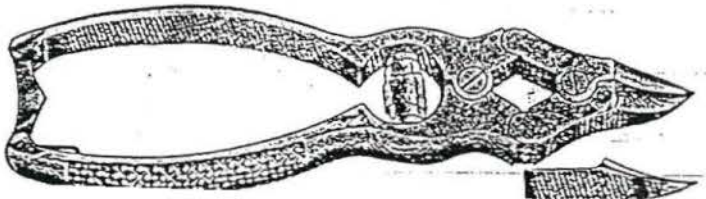
LA CASA DEL PODOLOGO











SILICONAS

Silone, Sta-Seal, Impresil, Caf 3, Silafem, etc.

PLANTILLAS

Plexidur, moldeadas y sin moldear, duroaluminio, corcho y latex, cuero, corcho vulcanizado, de detorsión para valgo, etc.

MATERIAS PRIMAS

Tubifoam, fieltros, latex, plexidur, degaplast, goma, salpa, espuma H. B., Cuñas, Bóvedas, Arcos, en corcho y goma, etc.

ORTOPEDIA

Férulas Denis Browne, botitas férulas, Hallux Valgus nocturnos, separadores, etc.

INSTRUMENTAL

Mangos y hojas de bisturís, tijeras, alicates, gubias, etc. Nacionales e importados.

ACCESORIOS PODOLOGICOS

Equipos, sillones, tornos, fresas, esterilizadores, soportes de frascos y fresas, podómetros, podoscópios, electro bisturies, mecheros eléctricos, goniómetros, etc.

Estamos añadiendo nuevos articulos constantemente a nuestro catálogo.

Solicite cualquier información adicional que considere necesaria.

Atenderle será para nosotros motivo de satisfacción.

LUGA

LA CASA DEL PODOLOGO

prudencial, sin apurar demasiado, debemos de mirar de combatir por medio de sustancias emolientes la sequedad de la piel.

Las sustancias grasas y oleosas, de origen vegetal o animal son preferibles a los productos minerales cuando se pretende la absorción. Sin embargo, no debe de olvidarse que las sustancias minerales son de gran valor aunque no se absorben con tanta facilidad. Es muy efectiva la unción con aceite de oliva aunque es de más agradable aplicación si se mezcla a partes iguales con glicerina.

En estos casos hay que recomendar al paciente baños de pies con jabones blandos, es decir, que contengan el menos ácido posible.

Si la anhidrosis va asociada a la hiperqueratosis, ya sea en talones o en otras zonas, principalmente de la región plantar, debe de aconsejarse además de las aplicaciones de soluciones aceitosas, la administración de pomadas de tipo graso que ayuden al reblandecimiento de su piel dando para ello buenos resultados cremas que coordinen el vehículo graso con preparados de ácido bórico u óxido de zinc.

A veces podemos encontrar con pacientes que pregonen de haberse beneficiado con la aplicación de baños turcos o duchas. Estos medios no son aptos para toda clase de personas ya que existe una clara contraindicación en los casos en que el paciente esté afecto de lesiones renales, reumatismo, lesiones cardíacas o en personas de edad avanzada, siendo además sus efectos totalmente transitorios volviendo a reaparecer la anhidrosis tan pronto deja de efectuarlos.

Ante todo hay que aconsejar al cliente que se abstenga de aplicarse por su cuenta en las regiones que presente más sequedad de piel o grietas productos que pueden ser contraproducentes porque ayudan a resecar más todavía, siendo uno de los principales productos que en este caso deben proscribirse totalmente, todos aquellos que contengan mercurocromo, ya que para la anhidrosis es totalmente contradictorio.

Hay que tener presente que a pesar de podemos encontrar con algunos casos en que el paciente manifiesta que en su juventud o mediana edad había estado afecto de una hiperhidrosis y después a la vejez se ha pasado a la anhidrosis, en general los problemas sudorales poco cambian durante el trayecto de la vida y por tanto es nuestra misión mentalizar al individuo para que se lo tome en serio, como un hábito o necesidad diaria, el cuidado de sus pies, siendo esta la única manera mediante la cual podrá evitar estos problemas sudorales de cualquier tipo y disfrutar de unos pies con una higiene lo más perfecta posible.

ROYAL

Calzado profiláctico
anatómico funcional
para pies normales y delicados

Modelos escogidos y actuales, especiales
para plantillas

COMUNICA A LOS SRES. PODOLOGOS
EL CAMBIO DE DOMICILIO A:

P.° Gral. Mola, 17 - BARCELONA-37

DONDE ESPERA SEGUIR ATENDIENDOLES
CON LA MAYOR ILUSION

Antes había algunas ortosis de siliconas que:

- *se desgarraban?*
- *producían alergias?*
- *necesitaban placa, espátula, etc?*
- *necesitaban mezclar, batir, amasar, etc?*
- *se pegaban en las manos al elaborarlas?*
- *eran muy caras?*
- *etc. etc. etc?*

Ahora, ya no.

Ahora:

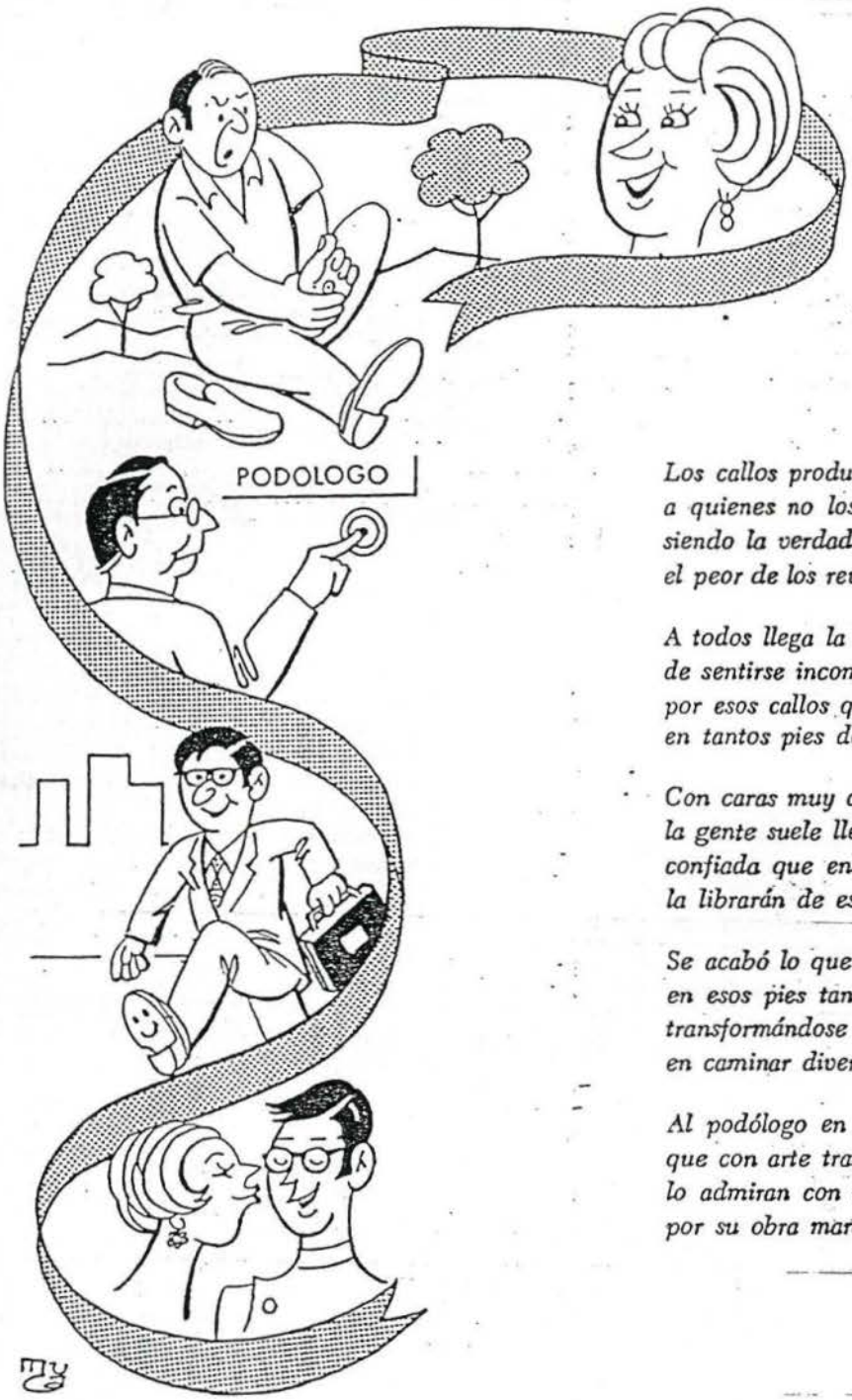
PODOSILK

LA SILICONA

Pida información a:

LUGA

LA CASA DEL PODOLOGO. Clara del Rey, 47. Madrid-2. Tel. 416 84 45



LOS PIES, PRIMERO

Los callos producen risa
a quienes no los padecen
siendo la verdad ~~precisa~~.
el peor de los reveses.

A todos llega la hora
de sentirse incomodados
por esos callos que afloran
en tantos pies descuidados.

Con caras muy compungidas
la gente suele llegar
confiada que enseguida
la librarán de ese mal.

Se acabó lo que punzaba
en esos pies tan sufridos
transformándose con ganas
en caminar divertido.

Al podólogo en cuestión
que con arte trató tal cosa
lo admiran con razón
por su obra maravillosa.

Fernando Muñoz Campos
Podólogo - Málaga.

ALZADO FISIOLOGICO INFANTIL CLASICO

UN ESTILO QUE PERMANECE

Todo el calzado Taberner, se confecciona con inmejorables materias nobles.

40 fases del proceso de fabricación artesanal, garantizan su calidad.

CARACTERISTICAS ANATOMICAS:

HORMAS PARA INCORPORAR PLANTILLAS:

- base planta con ancho normal.
- base planta mas ancha.
- recta.

NORMALIZADAS:

- recta con capacidad normal.
- normal para pies sanos.

Contrafuerte resistente que asegura la adecuada sujeción pie-calzado.

Enfranque resistente.

Oscar 1975 y 1976 al mejor calzado de zapatos, anatómico infantil, [illegible] por la Comisión Española [illegible] Cuero.

GREGORIO TABERNER, S.L.
Weyler, 53
Tel. - (971) 66.01.56
LLUCMAJOR (Mallorca)

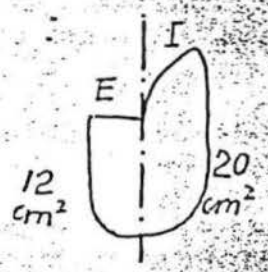
Cuñas externas e internas

Por F. MAURE TERNIA
Podólogo. Barcelona

Las cuñas externas son las llamadas tacón de mas no aceptadas por todos los profesiona- de la medicina.

Pero a pesar de eso vamos a hacer historia lantearnos hasta que punto son patológicas la vida del pie.

El gráfico nos da idea de lo que es el tacón Thomas. Si dividimos éste, en dos partes por línea central, observamos que en el lado tiene más superficie que el lado externo "E". las leyes físicas que conocemos sabemos que, os superficies iguales las sometemos al mismo to de erosión, el desgaste será homogéneo. superficie es distinta se gastará más la que os superficie tenga; y en el caso del tacón rdemos que el talón del hombre está vari- en 2° 24' (dos grados veinticuatro minutos), naturaleza.



Este tacón visto de perfil a los pocos días de tiene forma de cuña fig. 2, en el cual entra- os en detalles matizando su mecanismo ma- áticamente. Para ello daremos valores a las mitades del tacón. Ej. la mitad externa 12 ² y la interna 20 cm.²

Suponemos que el individuo que lleva tal ta- pesa 60 kgr.

P = presión
F = peso
S = superficie
Kp = kilopondio

$$\text{Primer caso. } P\,(e) = \frac{F}{S} = \frac{60}{12} = 5 \text{ Kp/cm.}^2$$

$$\text{Segundo caso. } P\,(i) = \frac{F}{S} = \frac{60}{20} = 3 \text{ Kp/cm.}^2$$

Quedando así demostrado que la presión en las distintas partes del tacón es diferente.

Lo mismo ocurre en el tacón normal o recto, que dado el varismo natural que tiene el hombre, gasta más por la parte externa del zapato.

Este desgaste si no lo consideramos se puede transformar en patológico.

CUÑAS INTERNAS

Cuñas internas, o mejor dicho dentro del zapato en uno de los costados laterales del calcáneo. Estas a veces ya vienen incorporadas en las llamadas plantillas ortopédicas.

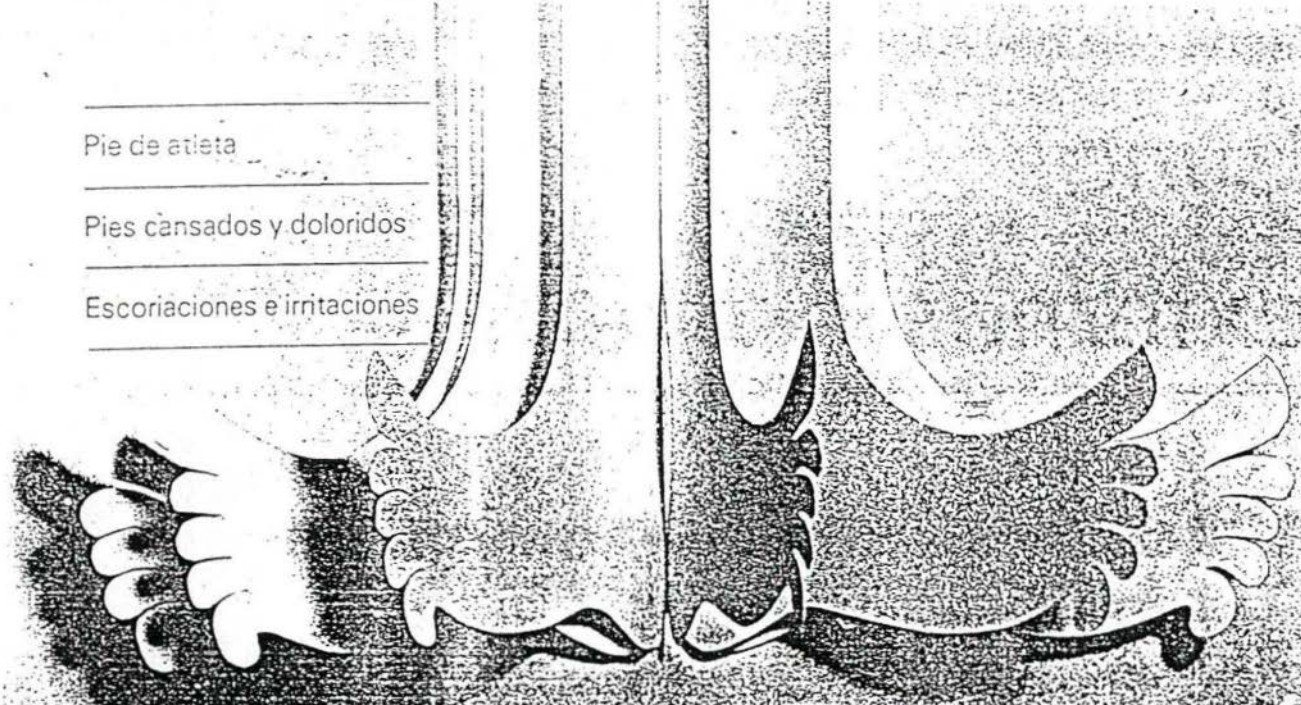
Lo mismo que en las cuñas externas queremos saber la incidencia patológica que tendrán sobre el pie. Para ello nos valdremos de gráficos y descomposición de fuerzas.

Los dos gráficos quieren representar la pierna derecha, vista desde la parte posterior, con su pie completamente equilibrado, al que pone-

Pie de atleta

Pies cansados y doloridos

Escoriaciones e irritaciones



Pantoderm®

Crema podológica

- Actúa como antiséptico y antifúngico.
- Ejerce una acción reepitelizante, favoreciendo la normalización fisiológica de la piel.
- Desodoriza, refresca y protege la zona dañada de la piel.

Composición:
100 g. de crema contienen:
Acido undecilénico, 2 %; Alcohol fenoxietílico, 1 %; Sal sedativa de Homberg, 0,5 %; Poligalacturonsulfonato sódico, 0,75 %; Tintura de árnica, 0,3 %; Ovolecitina, 0,05 %; Pantotenol, 0,3 %.

Indicaciones:
Escoriaciones e irritaciones de la piel. Pies cansados y doloridos. Dermatofitosis. Pie de atleta.

Posología:
Habitualmente, dos o más veces al día, dada s inocuidad puede aplicarse cuantas veces se sientan molestias, las cuales se corrigen rápidamente.

Contraindicaciones y efectos secundarios:
Carece de contraindicaciones y puede asociar a cualquier medicación. Suspender la aplicaci en caso de hipersensibilidad alérgica a alguno los componentes.

Presentación y P.V.P.:
Tubo con 50 g. de crema, 87 Ptas.

MADAUS CERAFARM, S.A
Barcelona-6 - Tel. 331 26 00 - Apartado 9.116

XII Congreso Nacional de Podología

VALLADOLID 1979

PAPILOMATOSIS
(Verruca Pedis)

Por MIGUEL HERNANDEZ DE LORENZO MUÑOZ

Podólogo
Santa Cruz de la Palma

El tema de la verruga plantar, siempre en lugar destacado en los tratados de Podología, en las reuniones, conferencias y Congresos de la especialidad, no se agota nunca y ello quizá por el hecho de ser esta una afección, que a la par que frecuente en nuestros consultorios, ha sido al mismo tiempo objeto de los más variados enfoques y disquisiciones, que van desde el entronque popular de la afección verrugosa, con toda suerte de supersticiones y prácticas curanderiles, hasta los más serios y exhaustivos estudios e investigaciones de eminentes Catedráticos, dermatólogos y podólogos de todo el mundo.

El estudio e investigación sobre la verruga, es muy antiguo, basta recordar que ya en 1782 se ocupa de ella Rouselet y en 1825 lo hace Dudor. Años más tarde, en 1885 es Blum quien publica trabajos sobre el tema y desde esas fechas hasta nuestros días, son miles y miles los trabajos que sobre la materia han visto la luz en todos los países.

Aunque a nosotros, los podólogos, nos interese de manera muy particular la verruga del pie (Verruga Pedis), por ser una afección que da un gran contingente de afectados en la patología del pie y por las consecuencias de su padecimiento en la vida de relación de los pacientes afectados, sobre todo cuando su localización afecta a ciertas zonas, consideramos, no obstante de rigor dejar bien sentado, que todos los autores que se ocupan de este tema, se muestran de común acuerdo en que todas las verrugas tienen la misma etiología, con independencia de su localización, y sólo varían ciertos aspectos de su morfología, que les confiere determinada apariencia externa y de intensidad dolorosa, de acuerdo con las condiciones a que son sometidas por el medio externo.

Por eso, nos referiremos primero a la verruga en general, como entidad patológica que afecta o puede afectar a cualquier región de la superficie corporal y a continuación a sus variantes, ocupándonos al final de los distintos tratamientos que se han venido aplicando a través de los tiempos a este mal. Dedicaremos una atención especial a la verruga plantar, por ser esta forma de localización con la que más nos hemos familiarizado, en razón del trabajo de especialización que como podólogo, venimos realizando desde hace muchos años.

La verruga, en general, es una neo-plasia o neo-formación cutánea, de carácter benigno, que muchos autores definen como PAPILOMA.

El término "papiloma" o "papilomatosis", utilizado para la descripción de la afección verrugosa única o múltiple, ha sido propuesto por varios autores, como E.G.V. Ruting, Lelievre, T. Soto Melo y otros muchos. Algunos han puntualizado más bautizándola como "papiloma epidérmico", para separarlo del concepto general del término "papiloma", que como todos sabemos es mucho más amplio. El ya citado Ruting, de la Escuela inglesa, lo describe como "neo-formación papilomatosa" en su obra "Quiropodia Práctica". B. F. Cape al referirse a esta afección la llama "neo-formación benigna del tejido epitelial". El D. T. de Ciencias Médicas de Salvat la describe muy gráficamente como "Hipertrofia de las papilas de origen inflamatorio, con neo-formación de tejido conjuntivo", y

ESSAVENON®

GEL

Fórmula: 100 g. 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 en la zona afectada 3 a 4 veces al día, extendiendo sobre la zona.

Indicación terapéutica: Insuficiencia venosa local, traumatismos, hematomas.

Contraindicaciones: Ulcus cruris, heridas abiertas, eczema húmedo.

Incompatibilidades: No se conocen.

Efectos secundarios: No se conocen.

Presentación: Envase con 40 grs.

P.V.P. 132 — Ptas.

INFAR NATTERMANN

La exploración vascular en Podología

Por LUIS PASCUA SAN MIGUEL
Podólogo. León

Semiología arteriales de los miembros inferiores.

Las enfermedades arteriales de los miembros inferiores, son muy frecuentes, como nosotros los podólogos vemos muchos miembros inferiores, tenemos que saber en que momento oportuno enviamos a los enfermos de los trastornos circulatorios periféricos al Angiólogo.

He aquí un breve estudio de los signos en el curso de un examen con posibles alteraciones arteriales.

¿Cuál es la causa de las enfermedades arteriales? El mecanismo es variable. Obliteración completa o un espasmo. Esta disminución del riego sanguíneo en las arterias es muy importante el grosor de los troncos arteriales. Inicialmente, es sobre todo muy sensible al esfuerzo y cualquier alteración arterial que sea diagnosticada al principio del proceso patológico, es de vital importancia para que el posterior tratamiento sea eficaz o nos encontremos con un enfermo crónico de trastornos circulatorios. Por eso los primeros signos de déficit circulatorio al esfuerzo, diagnosticado a tiempo ponemos a nuestra profesión a la altura que queremos y evitamos un trastorno posterior grave.

En el estado avanzado los signos son permanentes, los trastornos tróficos se evidencian, por lo tanto un estudio adecuado de una enfermedad arterial, si por negligencia lo dejamos, provocamos problemas tróficos que terminan con la gangrena.

SINDROMES DOLOROS DE INSUFICIENCIA ARTERIAL.

Según la fase de evolución de la enfermedad, aparecen después de haber recorrido una distancia no muy larga y cede con el reposo.

Estando en reposo, el dolor aparece en decúbito e incluso sentado.

Siendo el dolor permanente que persiste en reposo, aparece gangrena y trastornos tróficos mayores.

En el estado inicial, el dolor es generalmente violento y característico que obliga al paciente a sentarse. Después de un lapsus de tiempo más o menos largo disminuye, después desaparece y el enfermo reanuda la marcha normal. Pasado un cierto tiempo andando reaparece y constituye el PERIMETRO DE LA MARCHA, esta marcha entrecortada sucesivamente es lo que llamamos CLAUDICACION INTERMITENTE.

El perímetro de la marcha se va reduciendo a los esfuerzos y se pone de manifiesto los días de viento y tiempos fríos.

Algunas veces el dolor es muy preciso y brutal, se ha descrito como una sensación de fatiga, de parálisis. Sus características esenciales persisten, de aparición de repente, unilateral y que aparece con el esfuerzo.

La fuerza de este dolor está en función del nivel de alteración arterial. Puede situarse en la planta del pie (en casos de alteración de la arteria tibial posterior) o en la región de la cadera o la parte anterior de la pierna. En estos casos de errores diagnósticos son muy numerosos, las enfermedades son tratadas como procesos reumáticos, afecciones nerviosas o musculares.

En estado muy avanzado, el dolor persiste a pesar del reposo y decúbito. El interrogatorio encontramos facilmente una claudicación intermitente continuada. En decúbito, el enfermo no favorece la circulación arterial y el dolor aparece rápidamente, incluso le molestan las sábanas de la cama, este dolor después que el sujeto saca las piernas de la cama y que después que ha dado unos pasos.

Este dolor se traduce por un estado de gran insuficiencia circulatoria que precede poco a poco a los dolores permanentes y posterior gangrena, este dolor en decúbito es muy tenaz, produce insomnio, que es rebelde a los antiálgicos habituales e incluso no responde a los opiaceos. Este dolor se mitiga por el calor y no soportan los pies al aire.

LOS TRASTORNOS TROFICOS.

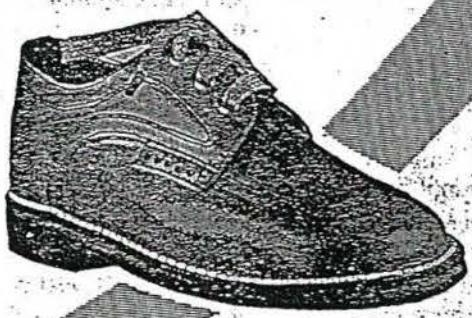
Es el primer signo que alerta la enfermedad en formas de negligencia o evolución rápida. Se suele acompañar con gangrena en los dedos y talón. Un signo que vemos los podólogos son: las uñas cianóticas del dedo gordo y problemas en las uñas. Es muy frecuente que se acompañe de una uña incarnada, que el podólogo ha tratado, por eso tenemos que tener mucho cuidado, ya que una infección sería una gangrena.

César Puig

FABRICA DE CALZADOS INFANTILES TERAPEUTICOS

- Zapatos fisiológicos.
- Calzado profiláctico.
- Zapatos ortopédicos con simple modificación de elementos normales (tacón thomas para varo y valgo), tipo Lowet, etc.
- Hormas correctoras, 2 anchos.
- Horma invertida.
- Diferentes modelos para la colocación de férulas.

TODOS LOS FABRICADOS SON CON MATERIALES DE LEGITIMO CUERO VACUNO DEL PAIS.



Colón, 14
Tel. (977) 60 01 42
VALLS
TARRAGONA - ESPAÑA

NTERROGATORIO.

El interrogatorio constituye una parte importantísima en el diagnóstico de las enfermedades vasculares (Martorell).

En muchos casos una historia clínica precisa nos conduce al diagnóstico con anterioridad al examen físico. Un interrogatorio bien hecho y una exploración clínica detenida hacen innecesarios muchos exámenes de laboratorio y muchas arteriografías. Antes de empezar el interrogatorio es útil que el podólogo presencie la entrada del enfermo en el consultorio y observe su MARCHA. Una marcha normal nos indicará que el enfermo no sufre y nos permitirá eliminar varias enfermedades. Una marcha patológica puede facilitarnos mucho el diagnóstico. Facilmente nos daremos cuenta del enfermo que cojea porque el apoyo sobre el pie es doloroso. Podemos apreciar una marcha a pasos cortos (Bradibasia) de la Encefalopatía senil, la marcha en tentetieso de las anquilosis de las dos caderas la marcha en reverencia de la anquilosis de una cadera, la marcha en guadacha de los hemipléjicos. Constituye un gran error diagnosticar y tratar un enfermo por el solo examen de una arteriograma.

El enfermo acude al angiólogo quejándose de un síntoma predominante, con gran frecuencia el dolor. Este dolor debe de ser perfectamente analizado durante el interrogatorio. Su localización y características tiene gran importancia. Como veremos más adelante, el dolor isquémico en procesos crónicos de las piernas aparece después de la marcha y está ausente al iniciarla; característica que distingue las enfermedades arteriales crónicas de las molestias reumáticas de los miembros inferiores. En estas, las molestias se inician con los movimientos y desaparecen o se atenúan con la marcha.

Si el enfermo es reumático no dirá que le cuesta levantarse de la silla cuando ha estado mucho tiempo sentado. En el reumatismo de la cadera nos dirá que le cuesta calzarse, en el de las rodillas, que le duele al subir y bajar escaleras y en el tobillo que le duele si tuerce el pie o pisa una pequeña piedra.

Los enfermos que acuden al angiólogo en períodos de isquemia avanzada, el dolor se presenta no sólo después de la marcha, sino que en posición horizontal, en la cama, y en especial durante la noche que puede ser muy intenso. Esta exageración del dolor mediante el reposo en cama es propio de los procesos isquémicos (origen arterial). Por contrario las molestias fibrobásticas (origen venoso), mejoran siempre con la posición horizontal y el reposo en cama.

Asimismo debe preguntarse que hace el enfermo para calmarse el dolor. Por regla general el enfermo arterial nos dirá que coloca la pierna en posición declive, mientras que el enfermo venoso manifiesta que se encuentra mejor colocando la pierna en posición elevada.

Los CAMBIOS DE COLORACION DE LA PIEL, especialmente en los dedos de las manos y de los pies, constituyen signos subjetivos de valor que deben precisarse por el interrogatorio. En la extremidad superior los cambios de coloración suelen de ser debido al frío. En los pies pueden presentarse con cambios de posición.

La sensación de calor o de frío en las manos o en los pies, las modificaciones de sudoración y del crecimiento de las uñas deben de ser debidamente investigados.

Es obvio resaltar que las enfermedades vasculares, como en las restantes, los antecedentes familiares y personales tienen especial importancia.

EXPLORACION VASCULAR.

La exploración de un enfermo vascular debe realizarse con el paciente completamente desnudo, para poder comprobar cada miembro con el opuesto y examinarlos todos aunque en apariencia estén sanos. El enfermo venoso se explora primero de pie, el arterial primero horizontal. Después se explorará el enfermo arterial elevando sus miembros por encima del nivel del corazón y luego con los miembros en declive. Se anotarán todos los cambios de volumen de las extremidades, globales o circunscritos, la otrofia muscular, los trastornos tróficos de la piel, uñas y pelo, los trastornos sudorales y los cambios de color.

La inspección nos permitirá apreciar en seguida la hinchazón o atrofia de un miembro, así como su aumento de longitud o acortamiento. También podrá apreciarse la presencia de úlceras, gangrena manchas pigmentarias, manchas névicas, esclerodermia ezcema o nódulos endurecidos o rojizos. Se anotará la distribución y localización de las lesiones.

LOS CAMBIOS DEL COLOR DE LA PIEL constituyen un síntoma de gran valor en los trastornos circulares. El color de la piel depende en esencia de dos factores: uno del color de la propia sangre y otro del calibre de los capilars. La rubicundez cutánea acompañada de aumento de temperatura local revela la vasodilatación capilar y la circulación activa en el interrio, una palidez exagerada asociada a enfriamiento indica que los capilares están contraídos o por lo menos exagües una piel cianótica y además fría prueba que la sangre circula con mucha lentitud, el pie frío y rubicundo en posición declive revela la vasodilatación capilar co-

mo último intento de suplencia en los casos de circulación troncular y colateral interrumpidas. Cuando el enfermo duerme con la pierna colgando, el pie además de frío y rubicundo está hinchado. Se ha denominado pie de langosta.

El color de la piel debe de ser examinado colocando el miembro explorado a distintos niveles respecto al corazón. En posición horizontal el color de la piel puede ser normal, incluso en presencia de graves trastornos arteriales. Levantando la extremidad por encima del nivel del corazón puede aparecer, si aquellos existen, una palidez cadavérica. En posición declive el pie puede enrojecerse de modo notable manteniéndose frío. Estos cambios posturales de color siempre revelan un trastorno circulatorio.

PULSATILIDAD.

La investigación del pulso de las arterias palpables, es uno de los signos más importantes en las enfermedades vasculares. Su desaparición constituye una de las manifestaciones más evidentes de obliteración arterial. La ausencia de pulso puede ser debida a una obliteración del sector arterial palpado o una obliteración más proximal, aún siendo la arteria palpada permiable. En este último caso, la falta de pulso obedece a que la arteria está vacía o por lo menos la sangre que la llena lo hace por vía colateral, por lo cual queda amortiguado la impulsión sistólica. Si estas colaterales llegan a ser de gran calibre, puede reaparecer el pulso aunque persista la obliteración proximal.

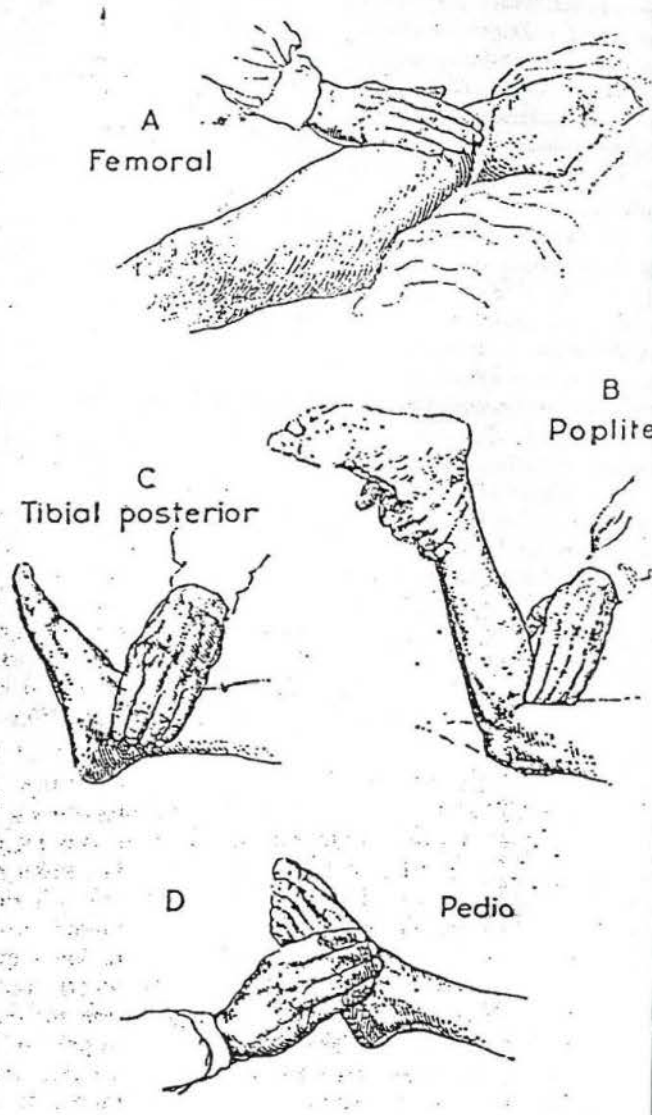
La pulsatilidad puede y debe explorarse en las siguientes arterias: La carótida en el cuello y las temporales superficiales en la cabeza. En la extremidad superior la axilar, manteniendo el brazo en abdución y rotación externa y aplicando la mano sobre el hueco axilar: la humeral que se encuentra con facilidad antes de su bifurcación en el codo, sobre todo si se tiene el brazo ligeramente flexionado: la radial y cubital que se palpan encima de la articulación de la muñeca.

En la extremidad inferior, LA FEMORAL, que puede palparse con facilidad en el triángulo de Scarpa (Fi A). La poplitea, de palpitación más difícil que se consigue como la figura B. LA TIBIAL POSTERIOR que se palpa por detrás del maléolo interno y LA PEDIA, en el dorso del pie, a nivel del primer espación intermetatarsiano un poco por fuera del tendón extensor largo del dedo gordo (figura D).

TERMAGRAFIA.

La temperatura local cutánea depende de la sangre y el volumen de esta que circula por el sector examinado, de la temperatura de la habitación y de los factores físicos y fisiológicos causantes de las pérdidas caloricas tales como la diaforesis, humedad, etc. Si estos factores son constantes y la temperatura de la sangre no varía, la termoterapia local revela variaciones del volumen de la sangre circulante en el área examinada.

Existen diferentes aparatos para la medición exacta de la temperatura local, el más útil y manejable es el DERMOCALOR de la casa MCKESSON, basados en el principio del puente de Wheastone, funciona con pilas y la lectura puede hacerse inmediatamente. Se toma nota de las cifras obtenidas, en forma esquemática, de modo similar a como se hace la pulsatibilidad y la oscilometría. Esta Exploración puede hacerse



sin necesidad de los aparatos descritos: basta deslizar el dorso de la mano o de los dedos a lo largo de toda la extremidad, desde su raíz hasta la porción más distal y comparar la temperatura cutánea con las zonas simétricas de la extremidad opuesta.

La falta de latido y de oscilaciones en un miembro con temperatura local sensiblemente igual al opuesto sano, indica que la circulación troncular está ocluída y que la irrigación de la extremidad se halla asegurada por una circulación completamente eficiente. La disminución de temperatura local del miembro carente de latido y de oscilaciones indica que la circulación troncular está ocluída y que la colateral es insuficiente o no puede rellenar la arteria principal por debajo de la oclusión.

SOPLO Y THRILL.

La palpitación y la auscultación de las arterias permite obtener dos signos de valor para el diagnóstico de los trastornos de la vía troncular o principal: EL THRILL Y EL SOPLO.

Al examinar un enfermo arterial particularmente los arterioesclerósicos, no es frecuente hallar a nivel de la femoral común o de las iliacas un soplo sisctólico intermitente con Thrill o sin él. Estos hallazgos indican la existencia de una estenosis. Según Martorell, el soplo se produce con mayor facilidad si existe a nivel de la femoral superficial una oclusión sobreañadida.

El soplo y el Thrill desaparecen si la estenosis se transforma en oclusión.

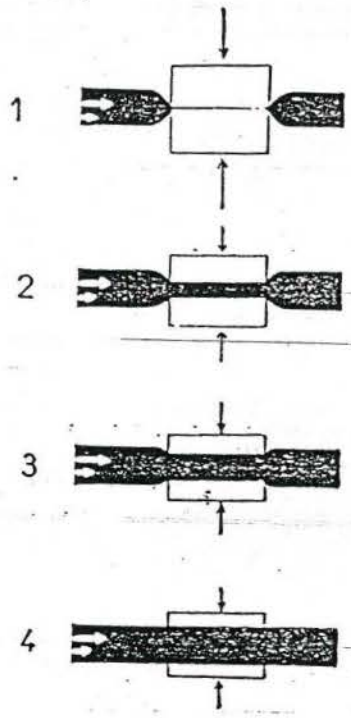
OSCILOMETRIA.

La oscilometría permite poner de manifiesto el latido arterial en los puntos en los que es asequible a la palpación por hallarse interpuestas grandes masas musculares. Por otra parte constituye una manera de objetivar los datos de pulsatilidad obtenidos por la palpación de las arterias. Además permite medir la amplitud del pulso y localizar con bastante aproximación el nivel del obstáculo circulatorio troncular. Valioso procedimiento exploratorio en los trastornos arteriales de los miembros, no puede pedirse más de los que puede dar: presencia o falta de latido arterial, amplitud pulsatil o falta de latido arterial.

Amplitud pulsátil puesta de manifiesto por el índice oscilométrico (máximo excursión de la aguja del instrumento) y tensiones arteriales.

Téngase en cuenta que con el oscilómetro se exploran los grandes vasos, es decir, la circulación troncular, y no los pequeños vasos, ni la circulación colateral, por lo tanto el índice oscilométrico de cero es compatible con una irrigación arterial eficiente por estos vasos colaterales.

El índice oscilométrico varía mucho de unos sujetos a otros. Mayor valor que las cifras absolutas tiene comparación del índice oscilométrico del lado enfermo con el sano (Figura adjunta).



Con la Oscilometría medimos la amplitud de las oscilaciones arteriales.

Para una mejor comprensión adjunto traducido de la figura 24 del libro afecciones vasculares de los miembros y fisioterapia. Teoría de la oscilometría. 1.— Ausencia de oscilación. 2.— Máxima la arteria no está abierta hasta el máximo del sístole. 3.— Presión media las oscilaciones son importantes, la luz de la arteria se abre completamente en el sístole y se cierra completamente en el diástole. 4.— Presión mínima, la luz está siempre abierta las oscilaciones de la pared son débiles.

TECNICA DE LA OSCILOMETRIA.

En el primer tiempo con el aparato abrazamos alrededor de la arteria a que vamos a explorar e insuflamos la presión superior a la tensión arterial máxima (antes tomamos la tensión). Continuamos insuflando progresivamente la presión hasta la presión sistólica. El flujo de la sangre está retenida en la arteria. La aparición de oscilaciones corresponde a la presión arterial máxima. Después la presión baja, la oscilación aumenta en amplitud y tamaño hasta el máximo,

para este valor de tensión lo llamamos PRESION MEDIA.

Cuando la presión en el tensiómetro es igual a la presión distólica, las oscilaciones disminuyen y su amplitud corresponde a la débil. Movimiento de la pared arterial nos encontramos con la variación de la presión intramural esta es la MINIMA. Sin embargo en ciertos sujetos cuando la amplitud de las oscilaciones está disminuída, no reteniéndose cuando más amplios corresponden a la tensión arterial media.

La oscilometría puede variar de la primera toma a la que hagamos después, por eso es recomendable hacerla por la mañana y que el paciente esté tranquilo.

El índice oscilométrico está aumentado por una VASODILATACION arterial y disminuído por una VASOCONTRICCION cuyas causas pueden ser: OBLITERACION, ESTENOSIS, espasmo. Para apreciar la parte de espasmo en diversas afecciones se mide la oscilometría antes y después de baños calientes o infiltraciones periarteriales. Inversamente a veces se les da un baño frío y de esta forma disminuyen la amplitud de los espasmos.

LUIS PASCUA SAN MIGUEL
Podólogo. León

BIBLIOGRAFIA:

AFFECTIONS VASCULAIRES DES MEMBRES ET KINESITHERAPIE

ANGIOLOGIA. ENFERMEDADES VASCULARES. F. MARTORELL

ENFERMEDADES DE LOS VASOS PERIFERICOS, en el tratado de Patología y clínicas Médicas del Profesor Pons.

DILANGIO UN DESAFIO A LA ANGIOTERAPIA CONVENCIONAL.

Monografías sobre el III Congreso Nacional de Podología. Bilbao.

FODOLOGIA de FRANK WEINSTEIN.

MASAJE MANIPULACION Y TRACCION de SIDNEY LICHI.

LABOR DE LAS DELEGACIONES

BARCELONA

En fecha 24 de julio de 1979, apareció en Mundo Diario, Sección "Ver, oír y callar" un artículo titulado "Hagamos Universitarios", que no comprendemos como pudo ver la luz, ya que además de demostrar una miopía profesional grave de su autor, merma en gran manera la categoría que pueda tener tal diario en el mundo de la información, al publicar en sus páginas artículos incoherentes faltos de conocimientos que suponen una ofensa grave para los profesionales Podólogos. A tal efecto, el representante de la Agrupación en Barcelona, Presidente regional, se dirigió a la Redacción del aludido periódico en la forma que reproducimos, sin que haya tenido efecto su publicación.

¡HAGAMOS UNIVERSITARIOS!

La titulitis sigue cabalgando sobre los despachos de este país cual quinto jinete del Apocalipsis. Desde arriba y desde abajo, cualquier ocasión es buena para pedir el rango universitario para todo aquel que se haya puesto unos libros bajo el brazo.

Ultimo ejemplo: el ministro de Universidades e Investigación, en escrito a la Presidencia del Gobierno, a los señores vicepresidentes y ministros, a los señores secretarios de Estado y al señor subsecretario de Defensa, lleva a consejo de ministros un decreto elevando a la categoría de carrera universitaria lo que hasta ahora eran enseñanzas de podología.

Ignoro si a los podólogos, antes callistas, les cambiarán el nombre otra vez, buscando una acepción más académica. En todo caso, cabe preguntarse si serán más felices y aprenderán algo más de lo que ahora ya saben.

Como creo que ni una cosa ni la otra va a suceder, la conclusión es obvia: el ministro de Universidades e Investigación, ¿no tiene otras cosas que hacer para justificar su existencia?

J. MARTI GOMEZ

Sr. Director de MUNDO DIARIO
Ciudad.

Distinguido señor:

Sintiéndome aludido como profesional de la Podología, por el escrito aparecido en el periódico de su digna dirección, (del cual soy asiduo lector), con fecha 24 de julio de 1979, en la página 12, sección "Oír, Ver y Callar", firmada J. Martí Gómez, titulado "¡Hagamos Universitarios!", no estando conforme con su contenido y utilizando el derecho a réplica que me infiere el hecho de ser un ciudadano perteneciente a un estado de derecho; adjunto una carta abierta dirigida a su colaborador con ruego de publicación:

Muy agradecido, queda de Ud. atento s. s.

CARTA ABIERTA A D. J. MARTI GOMEZ

Oír, ver y callar, es una gracia que no todas las personas tienen, sobre todo cuando desconociendo un tema, quieren opinar sobre él con objeto de destacar, aunque de profesionales de la información se trate.

Sólo voy, por esta vez, a contestarle cuatro puntos con objeto de que pueda informar de nuevo y bien a los asiduos lectores de Mundo Diario, entre los que me cuento, consiguiendo con ello recuperar su prestigio profesional, que sin duda lo tiene, pero que se ha visto mermado por su escrito aparecido en este periódico, el cual espero no comparta su desafortunada opinión.

Los Podólogos, antes callistas, al igual que otras profesiones muy dignas, evolucionaron en su tiempo y gracias a ello se han beneficiado muchísimos españoles y siguen beneficiándose. Además debiera saber Ud. que el hábito no hace al monje y que por mucho nombre que se le dé a una profesión quien la dignifica es el profesional que la ejerce: creo que una cosa similar deberá ocurrir en el periodismo.

Recrimino su ignorancia sobre el decreto 727/82, en el cual viene reflejado todo lo concerniente a la creación de la especialidad de Podología y Podólogo, respectivamente, cuyas disciplinas se imparten, durante dos años, en las Escuelas de Podólogos existentes en las Facul-

tades de Medicina de Madrid y Barcelona, cuyo acceso es privativo de quienes se hallen en posesión del título de A.T.S.; totalizando, por lo tanto, cinco años de estudios.

Sobre si seremos más felices y aprenderemos algo más de lo que hasta ahora sabemos, debo aclararle que personalmente me siento y me sentiré muy orgulloso de haber contribuido, en su tiempo, a que se nos reconocieran unos méritos profesionales con la aparición del Decreto antes mencionado. He continuado y continuaré luchando y estudiando (sin o con libros debajo del brazo) procurando enaltecer mi profesión a la cual defiendo y defenderé en todo momento y en todos los terrenos, motivo por el cual y gracias al esfuerzo de muchos profesionales Podólogos, entre los cuales me cuento, hemos llegado a este proyecto de decreto que no está, como Ud. dice, proyectado por el Sr. Ministro, sino ganado a pulso por esta profesión, cuyos méritos no es Ud. el indicado para criticar.

Creo que el Sr. Ministro, sí tiene otras igual o más importantes cosas que hacer para justificar su existencia. El estudio de este proyecto de Decreto había sido desarrollado con anterioridad a su nombramiento, por un Consejo de Rectores, una Comisión de Catedráticos, por un informe del M.E.C. y del Ministerio de Sanidad, por lo que el Sr. Ministro, en esta ocasión, está exento de culpa, caso de existir algún hecho punible. Su protagonismo a este respecto ha sido hacerse eco de las conclusiones a que han llegado las autoridades académicas y técnicas antes mencionadas, que creemos son quienes en verdad pueden y deben opinar sobre ello.

¿Ha leído Ud. el programa de las materias que se imparten en las mencionadas Escuelas? Seguro que no, ya que en caso de haberlo hecho se hubiese evitado el ridículo manifiesto en su artículo que como bien dice y repite, ignora la realidad del tema.

Sepa Ud. que los Podólogos españoles gozamos, en categoría profesional, de un honroso segundo lugar inmediatamente detrás de los EE. UU., reconocido por las personalidades extranjeras que nos han visitado y constatado en los Congresos Internacionales celebrados. (Por cierto, que el próximo mes de septiembre se celebrará el IX Congreso Internacional de Podología, en Londres, en donde podría Ud. asistir como corresponsal para confirmarlo). Ostentando, además, actualmente España, la Presidencia de la Federación Internacional de Podología.

Ah! perdón, se me olvidaba, le importaría aclararme si el inicio en la actuación periodística corresponde a la época en que no se precisaba título alguno para informar, o procede de la Escuela Oficial de Periodismo o bien de la flamante Facultad de Ciencias de la Información.

Queda de Ud. afmo. ss. ss.

LA DELEGACION DE BARCELONA comunica a todos los Agrupados que está terminada y dispuesta para su proyección la película realizada por esta Agrupación para información de la profesión a asociaciones de vecinos, padres de alumnos, etc., quedando a disposición de los compañeros interesados en su proyección, así como el equipo de colaboradores en las conferencias.

Se encarga de la coordinación de estas conferencias y proyecciones el compañero Naves, vocal de esta Agrupación. Es imprescindible, antes de concretar la fecha con las entidades interesadas, ponerse en contacto con él al Tel.: 357 11 11.

MAFRE
Instruments

ORTOPEDIA-MATERIAL CLINICO

FRESCO®

PRODUCTOS PARA PODOLOGIA

C. NAPOLES 148, bajos — TEL. 225 61 85 — 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

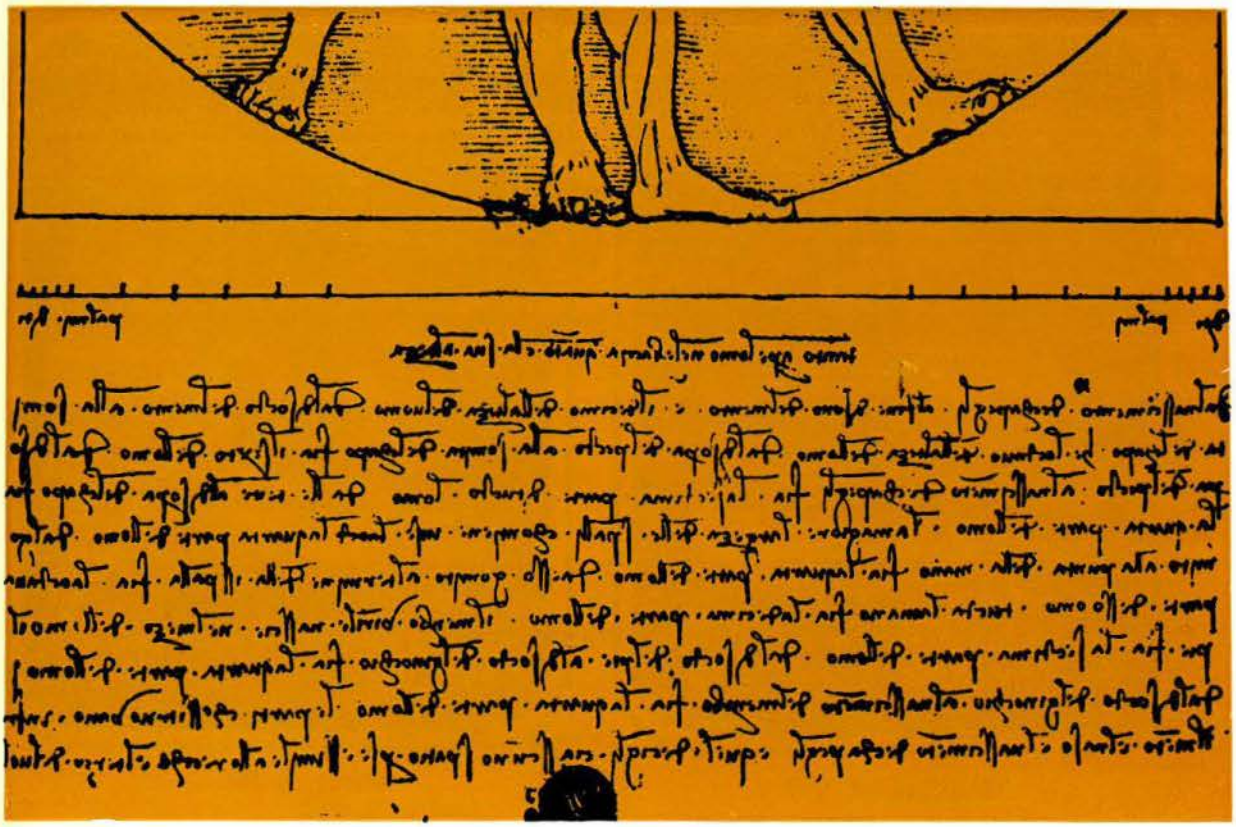
VIOLETA DE GENCIANA
ACIDO NITRICO
PERCLORURO FERRICO

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
PLANCHAS DE PLEXIDUR «O»
PLANCHAS DE PLEXIDUR «T»

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.

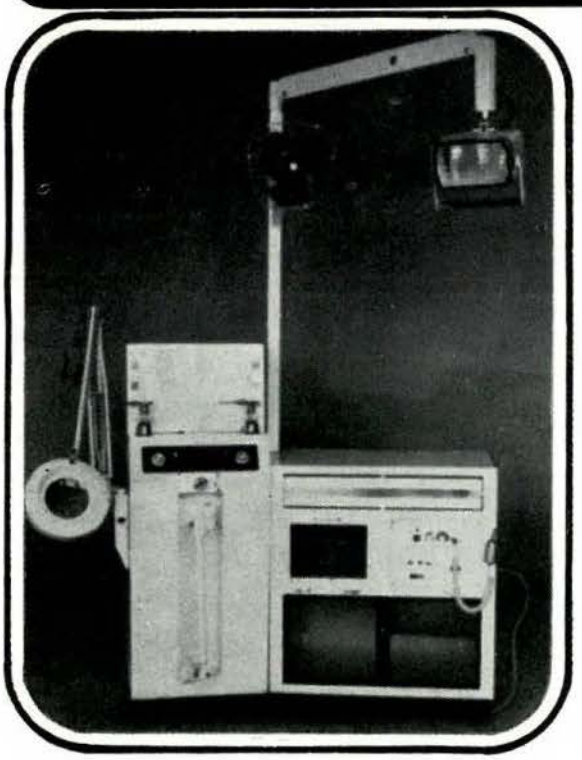


REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

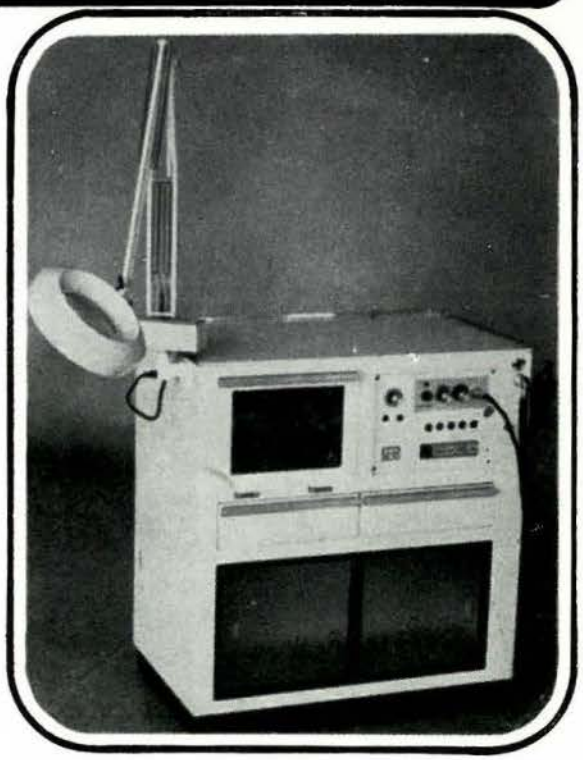
A.P.E. Septiembre-Octubre

n.° 71 1979

LE OFRECE NUEVOS EQUIPOS PARA SU CONSULTORIO



"SUPER NOVO"



"MINI S 78"

"MICROMOBIL"

Consul

Talleres CONSUL

PALLARS, 65-71 TELEFONO 3002269 BARCELONA-18

REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

ORGANO DE LA AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

A. P. E.

Redacción:
Diputación, 118, 2.°, pral., 2.ª, Barcelona-15

Director:
Leonardo Escachs Clariana

Sub-director:
Pablo Vilató Ruiz

Redactor jefe:
Martín Rueda Sánchez
Avda. Caudillo, 68, bajos, 2.ª
Santa Coloma de Gramanet. Barcelona

Administrador:
Manuel Gavin Barceló
Rda. Guinardó, 23, 1.°, 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

3 Junta de Gobierno

5 Editorial

9 Recordando...

13 Esguince agudo del tobillo

21 Tratamiento de algunas hiperqueratosis y otras dermopatías

23 Presiones plantares

25 Los pies de los españoles

27 Corolario a un viaje

29 Elaboración de un recipiente térmico del agua para la sala de moldes de escayola

31 La Podología en el mundo

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 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.°	D. ZACARIAS GARCIA ANDRES	Madrid
Vice-Presidente 2.°	D. ISAIAS DEL MORAL CEJALVO	Valencia
Secretario General	D. JOSE A. CALVO GARCIA	Zaragoza
Vice-Secretario	D. FRANCISCO FARRERAS MORCILLO	Barcelona
Tesorero	D. MANUEL GAVIN BARCELO	Barcelona
Contador	D. LUIS AYCART VIJUESCA	Madrid
Vocal	D. JOSE OLCINA MORALES	Alicante
Vocal	D. JUAN VIDAN TORRES	Santiago de Compostela
Vocal	D. LUIS INCHAURRONDO	Irún
Vocal	D. JOSE M.ª BAEZ BASAURI	Bilbao
Vocal	D. FCO. MORAN VENTURA	Las Palmas G. Canaria
Vocal Nato	D. MARIANO RODRIGUEZ ESTEBAN	Madrid
Vocal Nato	D. EVARISTO RODRIGUEZ	Barcelona

DELEGADOS DE ZONA

D. Juan Vidán Torres. Preguntoiro, 10. SANTIAGO DE COMPOSTELA.
D. Isaías del Moral Roberto. Castellón, 8. VALENCIA-4.
D. Francisco Morán Ventura. Cabrera, 6. LAS PALMAS DE GRAN CANARIA.
D. Antonio Gutiérrez Velasco. Plaza de las Flores, Edificio Jazmín, 1.°. MALAGA.
D. Juan José Araolaza. Bidebarrieta, 4. EIBAR.
D. José Sánchez Luna. Avda. Cataluña, 24. ZARAGOZA.
D. Evaristo Rodríguez Valverde. Córcega, 505. BARCELONA.

DELEGADOS PROVINCIALES

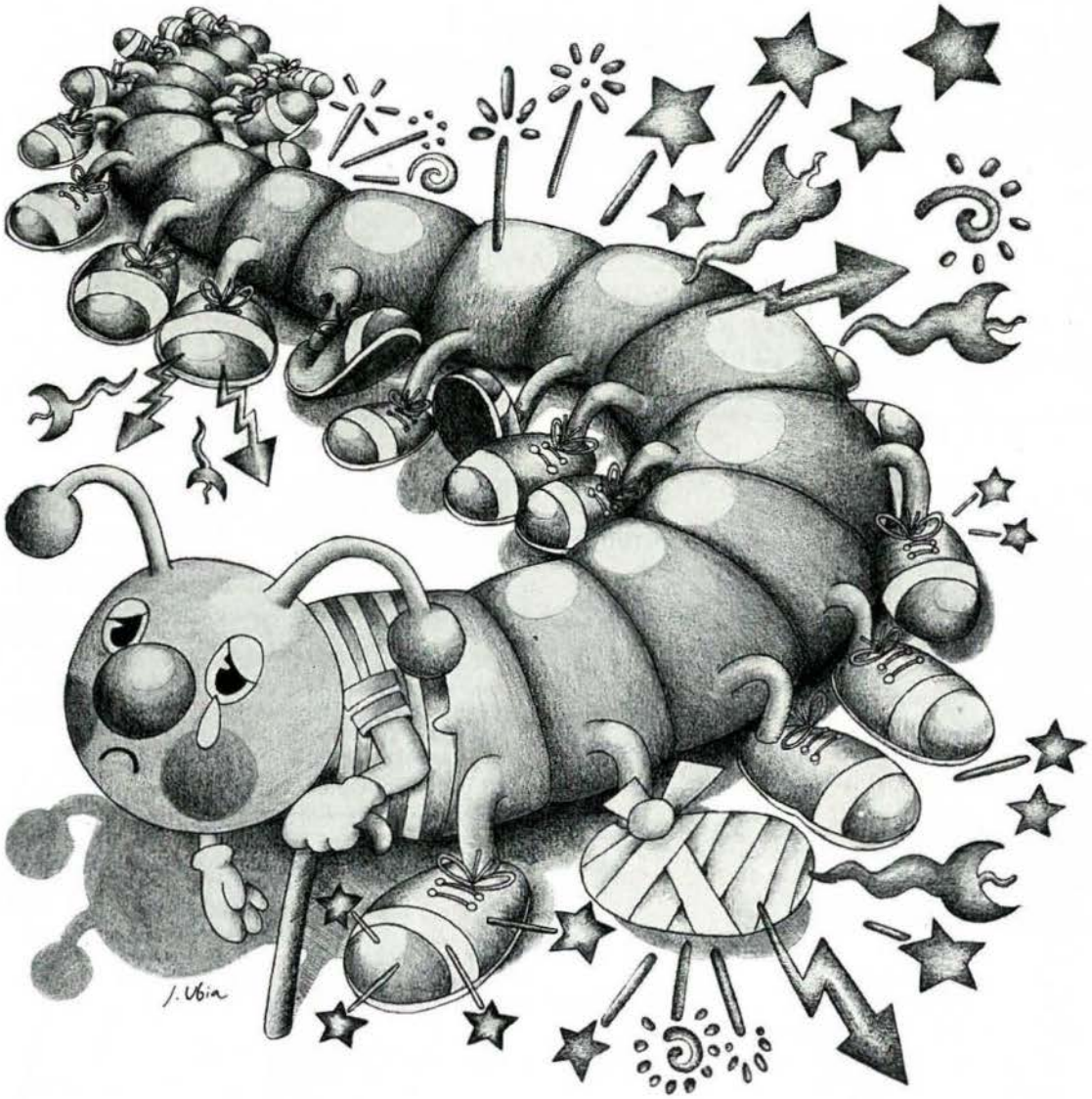
ALAVA: **D. Julio Crespo.**
ALBACETE: **D. Luis Juan Navarro.**
ALICANTE: **D. José Ochoa Morales.**
ALMERIA: **D. Esteban de Haro.**
ASTURIAS: **D. José Luis Alonso Alvarez.**
BADAJOZ: **D. José Villafaina de la Cruz.**
BARCELONA: **D. Evaristo Rodríguez Valverde.**
BILBAO: **D. Pedro M.ª Galardí.**
BURGOS: **D. Elías Hernando Tamayo.**
CACERES: **D. Timoteo Fernández**
CADIZ: **D. Manuel Albalá 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.**
HUESCA: **Delegado de Zaragoza.**
HUELVA: **D. Jesús Tocino.**
JAEN: **Víctor Nieto Molina.**
LA CORUÑA: **D. Francisco de la Cruz.**
LAS PALMAS: **D. Francisco Morán Ventura.**
LEON: **D. Luis Pascua San Miguel.**
LERIDA: **D. Alfredo Puchol.**
LOGROÑO: **D. Vicente Alvarez.**
LUGO: Sin Delegado Provincial.
MALAGA: **D. José Godoy.**
MADRID: **D. Mariano Rodríguez Esteban.**
MELILLA: **D. Fernando Bosch Palós.**
MURCIA: Sin Delegado Provincial.
ORENSE: **D. Elisardo Bralo Rego.**
PALMA DE MALLORCA: **D. Juan B. Brines.**
PAMPLONA: **D. Javier Gallo.**
PONTEVEDRA: Sin Delegado Provincial
SALAMANCA: **D. Antonio Basas Encinas.**
SAN SEBASTIAN: **Sebastián Tenés Iturriza.**
STA. CRUZ DE TENERIFE: **D. Armenio Méndez.**
SEGOVIA: **D. Francisco García Rodríguez.**
SEVILLA: **José Cañero Ramos.**
SORIA: Sin Delegado Provincial.
TARRAGONA: **D. Miguel Manzano.**
VALENCIA: **D. Isaías del Moral Roberto**
VALLADOLID: **D. Alfonso Domínguez Milán.**
ZAMORA: **D. Narciso Miguel Barrios.**
ZARAGOZA: **D. José A. Calvo García.**

cuando aprieta el dolor...

ALGESAL®

ESPUMA

POMADA



ALGESAL ESPUMA

Composición
Laurilsulfato de nopoxamina, 10 mg;
Salicilato de dietilamina, 100 mg;
Excipiente, c.s.p. 1 g de emulsión.

Presentaciones y P.V.P.

ALGESAL ACTIVADO

Composición
Salicilato de dietilamina, 10%;
Nopoxamina (homomirtenil-oxi-dietilaminoetano), 1%;
Excipiente, c.s.p. 100 g.

Presentación y P.V.P.

Indicaciones
Terapia percutánea del dolor local, dolores reumáticos, articulares y musculares, torceduras, torticolis, lumbago y otros de parecida naturaleza.

Posología y modo de empleo
Apliquese varias veces al dia una cantidad suficiente según la extensión de la zona dolorosa, practicando una

Efectos secundarios
Hasta el momento no se han observado.

Contraindicaciones
No se aplicará sobre heridas abiertas ni mucosas.

Incompatibilidades
Ninguna conocida.

EDITORIAL

Podemos calificar de notable el éxito obtenido por la Delegación española en Londres con motivo del Congreso Internacional de Podología celebrado en la ciudad del Támesis. Notable por varios conceptos, tanto en el aspecto asistencial como en el científico. En el primero por ser la Delegación más numerosa entre todas las presentes, y en el segundo por el nivel de la conferencia presentada por el compañero Alonso como representante de España.

Hubo otros aspectos en los que tal vez nos desilusionó un poco el Congreso, tales como el referente a los Stands, montados en poco espacio, con gran densidad de asistentes y tiempo reducido para su visita, consecuencia de la ya conocida programación inglesa que quieren llevar con tanto rigor, cosa a la que nosotros no estamos todavía acostumbrados.

A pesar de que Londres siempre la pintaron gris y lluviosa en esta ocasión hemos gozado de un clima esplendoroso, casi primaveral y la lluvia ha brillado por su ausencia. Ello ha hecho que en los ratos libres, los grupos de siempre lo aprovechasen para visitar los rincones que una ciudad de 1.500 Km.² ofrece a sus visitantes, rincones llenos de atractivo y enormemente tradicionalistas. Ahí quedan Piccadilly Circus, Trafalgar Square, El Museo Británico, Porto Bello, el Cambio de la Guardia... y tantos otros. Incluso pudo organizarse alguna excursión a Oxford y Cambridge sin que "nadie se extraviase", como repetidas veces el guía hacía constar, aunque desde luego, no por falta de ganas, pues creo que cualquiera de nosotros hubiese pasado allí tiempo contemplando un paisaje totalmente diferente al nuestro, con estilos arquitectónicos antiguos, pero perfectamente conservados; con un perfecto aprovechamiento del suelo, tanto que los ingleses dicen que ellos producen cuatro veces más por Hectárea que cualquier nación del Mercado Común. Bien es verdad que para ello, además de la ordenación, planificación y estudio del suelo, gozan de algo primordial cual es el clima.

No obstante, hay cosas y sobre todo costumbres en Inglaterra que a los españoles nos resultan poco agradables, sobre todo las referentes a la hostelería, tanto por los horarios como por esa mala costumbre de no tener como aquí, un Restaurante en cada esquina donde sirvan buena comida y buen vino. Menos mal que pronto empezaron a salir nombres como el Restaurante Húngaro, con música de violín y canciones como Viva España y María Dolores, o la Torre de Correos, con vista Panorámica de la ciudad y fotografía de la misma con humo que el camarero entrega a los postres, tal vez para aliviar la factura o

INFANTA CARLOTA, 61
Teléfono 250 79 25 - BARCELONA-15

SN-77001

Solicite por escrito La Edición Especial "TECNICAS GYPSONA"

Airstrip® Tensoplast	APOSITO PROTECTOR DE HERIDAS EN LOS PIES IMPERMEABLE-TRANSPIRABLE-AUTOADHESIVO ALMOHADILLADO- Medidas: 6 cm. x 9 cm.
Crepe S.N.®	VENDA ELASTICA SIN HILOS DE GOMA 100% algodón - Color crudo Medidas: 5 cms. x 4 m. /7 x 4 /10 x 4 / 10 x 10
Gypsona®	VENDA DE YESO UNICA, CON GASA DE TEXTURA ENTRELAZADA Medidas: 5 / 10 /15 y 20 cms. x 2,70 m.
Melolin®	APOSITO ABSORBENTE Y NO ADHERENTE A LAS HERIDAS - ESTERIL Medidas: 5 cm. x 5 cm. / 10 x 10 / 10 x 20.
NYLEX® Tubinylex	VENDA DE PAPEL CREPADO VENDAJE TUBULAR EXTENSIBLE — PARA APLICAR ANTES DEL ENYESADO
Op-Site®	VENDAJE DE HERIDAS - Medida: 14 cm. x 10 cm. HERIDAS - CIRUGIA MENOR - QUEMADURAS AUTOADHESIVO-IMPERMEABLE- TRANSPIRABLE TRANSPARENTE - ELASTICO
Retelast®	MALLA ELASTICA IDEAL PARA SUJETAR APOSITOS EN LOS DEDOS Y PLANTA DEL PIE n.° 0 - 1.
Stuca®	VENDA DE YESO PARA MOLDES Medidas: 5 / 10 / 15 y 20 cms. x 3 m.
Tensocrepe®	VENDA ELASTICA, NO ADHESIVA - POROSA, Color carne Medidas: 5 / 7,5 y 10 cms. x 4,5 m.
Tensoplast® venda elástica	VENDA ELASTICA, ADHESIVA - POROSA, Medidas: 5/7,5 y 10 cms. x 2,70 m.
Tensoplast® tiras	TEJIDO ELASTICO ADHESIVO-PARA PROTECCION DE HERIDAS Y ROZADURAS Tira 1 mt. - Tira 5 mt.

para legar a los demás lo que han sido capaces de hacer con la contaminación; o aquel Restaurante del español que llegó, abrió y llenó, hasta con carteles de toros y café express... en fin, en conjunto, buenos recuerdos... y muchas libras.

Un detalle que no puede pasar por alto fue el gesto del Embajador del Gobierno Español en Londres, quien tuvo la amabilidad de ofrecer una recepción en la Embajada. Aprovechamos la ocasión para, en nombre de todos los asistentes, expresarle nuestro más sincero reconocimiento.

Así, entre conferencias y visitas rápidas, pronto pasó el tiempo programado y llegamos al día de la clausura, y aquí si que muy a pesar nuestro tenemos que decir la verdad. Fue un acto frío, demasiado, tanto que muchos aún están esperando el adiós del Comité Organizador. Creo sinceramente que unas palabras de salutación, un balance rápido de las incidencias del Congreso, un pequeño resumen, o un gesto de agradecimiento, al menos a los participantes, no hubiese quedado mal, pues como con acierto se rumoreaba, la inscripción debía merecer algo más que el derecho a sentarse y usar un auricular. A lo mejor es que nosotros estamos más acostumbrados a la abundancia. De todas formas, del caracter inglés, también podía esperarse eso.

SERRA-FARGAS, S. A.

BARCELONA-1 — Plaza Castilla, 3
Tel. 301 83 00

DENTALITE, S. A.

MADRID-8 — San Bernardo, 74
Tel. 232 02 88

«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.

ESSAVENON®
GEL

Fórmula: 100 g. 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 en la zona afectada 3 a 4 veces al día, extendiendo sobre la zona.

Indicación terapéutica:
Insuficiencia venosa local, traumatismos, hematomas.

Contraindicaciones:
Ulcus cruris, heridas abiertas, eczema húmedo.

Incompatibilidades:
No se conocen.

Efectos secundarios:
No se conocen.

Presentación:
Envase con 40 grs.

P.V.P.:
132,— Ptas.

INFAR NATTERMANN

Apartado 400 Zaragoza — Infanta Carlota, 84-88 Barcelona 29

Recordando...

Por Martín RUEDA
Podólogo

VALORACION MUSCULAR

La articulación es el punto por donde se mueven los huesos por la acción de los músculos. Por lo tanto, el balance muscular puede salir alterado si hay un problema articular, al estar supeditado el músculo al movimiento de la articulación. Por ello, antes de explorar un músculo hay que explorar y medir el grado de amplitud articular. Se parte de una posición de reposo, y se van efectuando y midiendo las movilizaciones, que serán de forma muy lenta y suave, evitando las reacciones de defensa del paciente. Una vez efectuada la valoración articular y anotados sus valores se pasa al examen muscular.

El examen comienza pidiendo al paciente que efectúe el movimiento del músculo que deseamos explorar, esta acción la realizará en contra de la acción d ela gravedad. Si este movimiento resulta posible, ya sabemos que se trata de un músculo funcional y por lo tanto se le atribuye un valor superior a tres. Entonces se ofrece una resistencia manual distal perpendicular al desplazamiento de la contracción y se ordena al paciente que repita el movimiento. Si puede hacerlo venciendo esta resistencia, pero se fatiga tan pronto ha repetido el movimiento un pequeño número de veces, se la atribuye un valor de cuatro. Si por el contrario puede vencer la resistencia varias veces sin fatigarse, su valor será de cinco.

Cuando el paciente no puede realizar el movimiento venciendo la acción de la gravedad, se desgrava el pie, bien colocándolo en una posición lateralizada respecto a la trayectoria cinética provocada por la contracción del músculo en cuestión, o bien sumergiéndolo en agua. Será un músculo no funcional o de valor inferior a tres. Si en esta posición de desgravado hace el movimiento, su valor será de dos, si sólo lo inicia, pero no lo concluye, se le asignará un valor de —dos. Si no es capaz de hacerlo, lo haremos nosotros pasivamente, al mismo tiempo que con la otra mano, muy suavemente vamos recorriendo el trayecto del músculo con la yema de los dedos, como si tomásemos el pulso; si encontramos una contracción en algún punto del recorrido, le daremos el valor uno, y si no lo encontramos el valor de cero.

En algunas ocasiones surgen dificultades u obstáculos para realizar estas pruebas. Niños de corta edad, o niños mayores indóciles, que no obedecen las órdenes que se les da. A pesar de ello se puede llegar a realizar el balance valiéndonos de trucos, como pellizcos, cosquilleos, distracción, etc.

Otra dificultad es el estado mental del enfermo, siendo esto a veces un obstáculo infranqueable. Hay asimismo, ciertas circunstancias patológicas que nos impiden la exploración, como yeso, vendajes, problemas articulares, anquilosis, etc.

Con menos frecuencia, pero también ocurre, la causa de la dificultad exploratoria, es el olvido de los movimientos, por el desuso, del músculo en función aislada, pues normalmente los músculos trabajan por grupos. En tal caso, haremos nosotros pasivamente el movimiento para ir «recordando» al paciente su ejecución.

La valoración muscular tiene por objeto establecer un estado descriptivo de la fuerza de contracción de un músculo. También puede ser descrito como método clínico de exposición la capacidad funcional de un músculo, imprescindible ante la prescripción de cualquier técnica de cinesiterapia o rehabilitación.

Aunque hay varias técnicas para comprobar el grado de función de un músculo, creemos que la más sencilla y eficaz, y con menor margen de error es la numérica, preconizada por Kendall. Se van expresando la contracción en una tabla que comprende los números del 0 al 5. En estas tablas se hace la división en dos grupos: Músculos Funcionales, o con valor superior a tres. Músculos no funçionales o con valores de cero, uno y dos, según puedan o no vencer la acción de la gravedad.

Pero para hacer una valoración muscular, se tiene que partir de procedimientos objetivos. No se puede saltar de un grado de valoración

NO LO MANTENGA EN DIFICIL EQUILIBRIO
Mendivil
LE AYUDARA, A DARLE LA CONFIANZA Y SEGURIDAD QUE NECESITA.
Orto-Mendivil s.l.
CALZADO CORRECTOR Y PARA PLANTILLAS ESPECIALES....
El Aguaor, José Menor Hernández, s/n - Apartado 191 - Teléfono 80 13 77 - VILLENA

a otro sin más, pues la valoración debe apreciarse en su mayor o menor amplitud. Entonces se usan los signos más (+) o menos (—). Si llega poco a la numeración escogida se le pone menos (—). Si pasa se le pone más (+). No se ponen dos números correlativos, sino que se pone el asignado y a continuación el más, o el menos, según corresponda.

TABLA DE GRADACIONES

GRADO CERO. — No hay muestras de contracción. Es el músculo paralizado.

GRADO UNO. — Se nota una pequeña contracción en algún punto del recorrido del músculo, pero es insuficiente para hacer ningún movimiento aunque el pie esté desgravado.

GRADO DOS. — La contracción es perceptible en todo el recorrido del músculo, incluso puede imprimir algún movimiento, siempre que el pie esté desgravado.

GRADO TRES. — Es el músculo funcional, es decir, cuando puede hacer un movimiento activo venciendo la fuerza de la gravedad y el peso del pie, pero en cambio no puede vencer una resistencia más o menos moderada que se le oponga.

GRADO CUATRO. — Además de vencer la acción de la gravedad y el peso del pie, puede vencer una resistencia que se le oponga sin fatigarse, siempre que la misma sea prudencial.

GRADO CINCO. — Es el músculo normal y efectúa un movimiento dentro de la resistencia de la persona.

CONSIDERACIONES EN LA VALORACION DEL BALANCE

Al efectuar la valoración en un balance muscular debemos tener en cuenta los siguientes puntos:

1.º) Vigilar el fenómeno de la sustitución, quiere esto decir, que siempre hay un músculo agonista, que al estar en el mismo cuadrante nos puede hacer su misma función.

2.º) Hay que tener en cuenta que un músculo frío se contrae mal.

3.º) Una contracción repetida provoca un cansancio muscular.

4.º) Buscar una posición adecuada para cada músculo.

5.º) Explorar primero las articulaciones.

6.º) La respuesta de un músculo a la exploración, en forma de golpeo, o acción dentada, es debida a problemas neurológicos.

NECROLOGICA

Al entrar en máquinas la presente edición, nos llega la triste noticia del fallecimiento de la madre de nuestro Director, y Presidente de la Agrupación de Podólogos de España, D. Leonardo Escach.

Sin tiempo para más, nos unimos a nuestro dilecto Presidente en el dolor tras tan sensible pérdida, elevamos nuestras preces al Altísimo, rogando por el alma de la ausente, y le pedimos para sus deudos la fortaleza y conformación necesarias para sobrellevar tan sensible pérdida.

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
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 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

C pharma consult/sa

ESGUINCE AGUDO DEL TOBILLO

Dres. M. Orduña Serra
A. Blanquet Benedicto
Ciudad Sanitaria Príncipes de España de la S. S. de Barcelona.
Servicio de Patología del Aparato locomotor (Jefe: Prof. Dr. **J. R. Cabot Boix)**

«Trabajo publicado en «Revista de Información Médico-Terapéutica», editada por Química Farmacéutica BAYER, S. A. en X-76, y que por considerar de interés, transcribimos a continuación

INTRODUCCION

El esguince agudo del tobillo constituye uno de los principales motivos de consulta en los diferentes Servicios Traumatológicos de Urgencia; el elevado número de enfermos y la importancia que pueden tener estas lesiones en algunos casos, nos ha inducido a intentar una sistematización de la exploración y del tratamiento, a fin de poder llegar a un diagnóstico correcto de estos enfermos para aplicar en cada caso el método de tratamiento más adecuado, evitándose así graves secuelas.

La extraordinaria importancia que tienen las formaciones ligamentosas en la dinámica funcional de las articulaciones se pone aún más de manifiesto en la articulación del tobillo, ya que ésta es fundamental en la deambulación, constituyendo a su vez el punto de distribución del peso del individuo sobre el pie, siendo por ello imprescindible una perfecta estabilidad entre sí de las distintas estructuras óseas que lo forman. Por ello cualquier alteración de alguno de estos elementos ligamentosos se traduce en graves secuelas en forma de inestabilidad y de impotencia funcional del tobillo.

Como el predominio de estas lesiones ligamentosas en el tobillo residen fundamentalmente en el ligamento lateral externo y en muy escaso número de casos en el ligamento lateral interno, en este trabajo sólo nos referiremos a la descripción de los métodos de exploración y tratamiento de las lesiones del ligamento lateral externo.

Recuerdo anatómico

El ligamento lateral externo del tobillo constituye la principal estructura ligamentosa, que interviene en la estabilidad de la articulación del tobillo, está formado a su vez por tres haces ligamentosos:

a) *Haz anterior o peroneo astragalino anterior.* Este haz posee una longitud de 12 mm. y un diámetro de 5 mm. y forma parte de la cápsula articular del tobillo, estando revestido por su cara interna por la membrana sinovial. Su inserción proximal se efectúa en el borde anterior del maléolo peroneal y sus fibras siguen una dirección hacia delante paralela al eje longitudinal del pie, y terminan insertándose en la cara lateral del astrágalo. En la flexión plantar del pie este ligamento se tensa, relajándose en la posición funcional del tobillo (0º).

b) *Haz medio o peróneo calcáneo.* Tiene este haz una longitud aproximada de 14 mm. y 6 mm. de ancho, su forma es redondeada, insertándose proximalmente en la punta del maléolo peroneal y desde allí, siguiendo un trayecto hacia abajo y hacia atrás, termina insertándose en la cara lateral del calcáneo. Constituye este haz medio la única porción del ligamento lateral externo que es extraarticular, relacionándose íntimamente con la cara interna de la vaina de los tendones peroneos. En posición funcional del tobillo (0º), este ligamento se encuentra relajado y solamente se tensa al efectuar un movimiento de inversión del pie.

c) *Haz posterior o peroneo astragalino posterior.* Desde su inserción proximal en el borde posterior del maléolo peroneal sigue un trayecto horizontal hacia atrás hasta insertarse distalmente por detrás de la carilla articular del astrágalo. Igual que el haz anterior, este ligamento se encuentra formando parte de la cápsula articular. En la flexión dorsal del pie se tensa y se relaja en la posición funcional del tobillo (0º).

Se describe a su vez a nivel de la cara externa del tobillo otro ligamento denominado «ligamentus cervicis», el cual se inserta en el cuello del astrágalo y atravesando el seno del tarso

Fitex-E Onico-Fitex

Tratamiento local específico de las dermatomicosis y micosis de uña respectivamente.

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.
224,— 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.
118,— ptas.

INFAR NATTERMANN

Apartado 400 - Zaragoza Infanta Carlota, 84-88 Barcelona-15

viene a insertarse en la cara externa del calcáneo. A pesar de que no forma parte propiamente dicha del ligamento lateral externo del tobillo, su importancia radica en que interviene en la funcionalidad del tobillo al limitar la inversión del calcáneo.

Exploración

El diagnóstico de una lesión del ligamento lateral externo del tobillo viene dado por la anamnesis del mecanismo de producción de la lesión y por los datos obtenidos de una exploración clínica y radiográfica del paciente.

A. *Anamnesis.* En la anamnesis del mecanismo de producción de estas lesiones el enfermo refiere generalmente la realización de un movimiento brusco en inversión del pie, resultante de una aducción, rotación interna, supinación y ligera extensión del pie.

B. *Exploración clínica.* A la inspección es frecuente, y de suma importancia diagnóstica cuando existe, observar la aparición de una tumefacción por delante y a dos traveses de dedo por encima del maléolo peroneal. Esta tumefacción está determinada por el hematoma que se produce en los desgarros del haz ligamentoso peroneo astragalino anterior. Juntamente a esta tumefacción, puede aparecer también una equimosis que se distribuye por debajo del maléolo externo.

A la palpación de la cara externa del tobillo puede observarse la aparición de puntos de dolor electivo, que coinciden con las zonas lesionales de los haces ligamentosos que forman el ligamento lateral externo, especialmente es frecuente observar la existencia de un punto de dolor electivo a nivel del peroneo-astragalino anterior, ya que éste es el que primero se lesiona.

C. *Exploración radiográfica.* Tras el interrogatorio y la exploración clínica del enfermo debe procederse sistemáticamente a una exploración radiográfica, ésta puede ser de distintos tipos:

I. Exploración radiográfica simple de tobillo. La exploración radiográfica simple del tobillo se realiza en proyección anteroposterior y lateral, utilizándose con el fin de descartar cualquier tipo de lesión ósea.

II. Exploración radiográfica forzada del tobillo. En aquellos casos en que la exploración radiográfica simple es negativa y se sospecha la existencia de una lesión ligamentosa por la clínica, se procede a la búsqueda mediante radiografías forzadas del tobillo de dos signos radiográficos importantes, como son el bostezo lateral y el desplazamiento anterior del astrágalo dentro de la mortaja tibioperonea.

El bostezo lateral del astrágalo se comprueba mediante la realización de una radiografía simple del tobillo en proyección anteroposterior al tiempo que se provoca una inversión forzada del calcáneo. En los casos de lesión del ligamento lateral externo se produce un bostezo del astrágalo dentro de la mortaja tibioperonea (fig. 1). Estas radiografías forzadas del tobillo deben realizarse comparativamente con

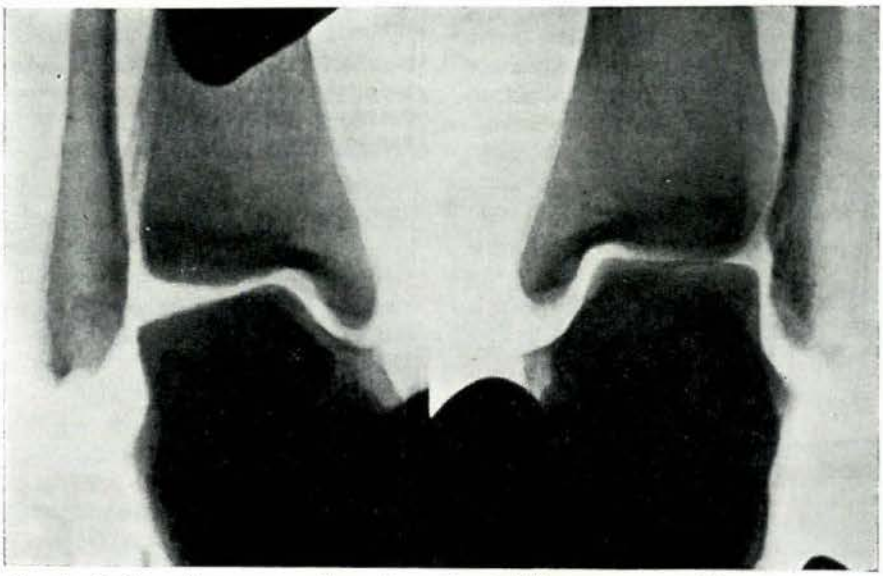
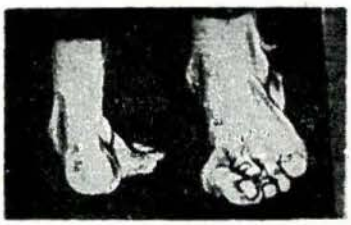


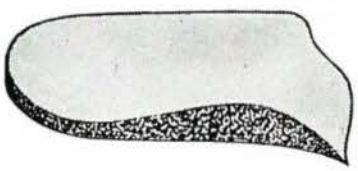
Fig. 1: Radiografías comparativas de ambos tobillos en proyección anteroposterior con inversión forzada de ambos calcáneos en donde se aprecia, en la imagen izquierda, un bostezo astragalino lateral.

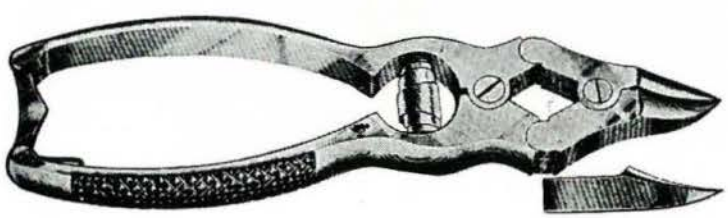
LUGA

CLARA DEL REY, 47. MADRID-2. TELEF. 416 84 45

LA CASA DEL PODOLOGO







SILICONAS

Silone, Sta-Seal, Impresil, Caf 3, Silafem, etc.

PLANTILLAS

Plexidur, moldeadas y sin moldear, duroaluminio, corcho y latex, cuero, corcho vulcanizado, de detorsión para valgo, etc.

MATERIAS PRIMAS

Tubifoam, fieltros, latex, plexidur, degaplast, goma, salpa, espuma H. B., Cuñas, Bóvedas, Arcos, en corcho y goma, etc.

ORTOPEDIA

Férulas Denis Browne, botitas férulas, Hallux Valgus nocturnos, separadores, etc.

INSTRUMENTAL

Mangos y hojas de bisturís, tijeras, alicates, gubias, etc. Nacionales e importados.

ACCESORIOS PODOLOGICOS

Equipos, sillones, tornos, fresas, esterilizadores, soportes de frascos y fresas, podómetros, podoscópios, electro bisturíes, mecheros eléctricos, goniómetros, etc.

Estamos añadiendo nuevos artículos constantemente a nuestro catálogo.

Solicite cualquier información adicional que considere necesaria.

Atenderle será para nosotros motivo de satisfacción.

LUGA

LA CASA DEL PODOLOGO

las del lado sano, ya que, como dice *Bonin*, en un 4 % de los hombres y en un 3 % de las mujeres existe un bostezo articular del astrágalo de 3 a 25° por una laxitud ligamentosa.

El desplazamiento anterior del astrágalo o signo del cajón anterior de Castaing, se mide mediante la realización de una radiografía en proyección lateral del tobillo, mientras se practica una tracción del antepié y una contratracción en la tibia, de tal manera que en las lesiones importantes del ligamento peroneoastragalino anterior el astrágalo sufre un desplazamiento anterior respecto a la mortaja tibio-peronea (fig. 2).

Fig. 2: Radiografía del tobillo en proyección de perfil en donde se aprecia un desplazamiento astragalino anterior (signo del cajón de Castaing).

III. Artrografía del tobillo. La artografía del tobillo, de frecuente realización por su facilidad técnica, consiste en la introducción intraarticular de 1,5 cm. de líquido de contraste por punción a nivel de la interlínea articular que forman el maléolo interno y la carilla articular del astrágalo. Esta punción en el lado interno se realiza con el fin de no enmascarar con derrames extraarticulares la zona de fuga del líquido de contraste en el lado externo. En las lesiones del ligamento lateral externo se comprueba, tras una exploración radiográfica simple, cómo se produce una fuga del líquido de contraste por fuera del maléolo peroneal (fig. 3). Es posible observar en la proyección de perfil,

Fig. 3: Artrografía del tobillo, en donde se observa una fuga del líquido de contraste por ruptura del haz peroneoastragalino anterior.

cómo se visualizan las vainas de los tendones peroneos, esto es debido a que al lesionarse el ligamento peroneo-calcáneo, el líquido de contrate penetra en la vaina de estos tendones (fig. 4). En algunos casos, tal como muestra la figura número 5, es posible visualizar una imagen denominada por *Wolin meniscoide*, que corresponde a una porción del ligamento peroneocalcáneo que se introduce en la interlínea articular que forma la cara externa del astrágalo y maleólo peroneal, impidiendo la correcta reducción del astrágalo dentro de la mortaja tibioperonea, lo cual puede conducir a una inestabilidad del tobillo. En la actualidad solamente practicamos la artrografía del tobillo en aquellos casos en que el esbozo lateral del astrágalo tiene cierta importancia.

Tratamiento

El tratamiento del esguince agudo del tobillo viene determinado por el resultado de la exploración clínica y radiográfica, concediendo gran importancia a la existencia del hematoma premaleolar, al bostezo astragalino, al cajón anterior del astrágalo y a la artrografía del tobillo.

En los casos en que el hematoma premaleolar es escaso o no existe, el cajón anterior del

tome medidas para sus pies con

Peusek®

desudorante y desodorante

un baño mantiene su eficacia 3 meses

dos productos
para dos problemas que son dos soluciones

ARCANDOL SPRAY

para pies ardientes,
cansados, doloridos.

su aplicación alivia de inmediato

Productos Peusek

Avda. Infanta Carlota, 19-21 * Telf. (93) 239 83 34 * Barcelona-29

consulte a su podólogo. venta en farmacias

astrágalo es negativo, el bostezo lateral del astrágalo es mínimo (en estos casos no realizamos la artrografía del tobillo) se procede a la colocación de un vendaje contentivo durante tres semanas, seguido de una recuperación funcional de los músculos peroneos, de tal manera que al aumentar su potencia estabilicen mejor al tobillo.

En aquellos enfermos en los cuales existe un hematoma premaleolar, el cajón anterior es de escasa importancia, pero el bostezo astragalino es acentuado y la artrografía del tobillo es positiva, procedemos a colocar un vendaje de yeso durante cuatro semanas, seguido, al retirar el yeso, de una recuperación funcional de los músculos peroneos.

Si, por el contrario, existe el hematoma premaleolar, un importante bostezo astragalino, un cajón anterior muy marcado y una artrografía positiva, se procede a una reparación quirúrgica del ligamento lateral externo y de la cápsula generalmente desgarrada, seguida de una inmovilización con vendaje de yeso durante seis semanas, al cabo de las cuales se retira el escayolado y se coloca un vendaje contentivo durante dos semanas, a la vez que se realizan ejercicios de recuperación de la musculatura peroneal.

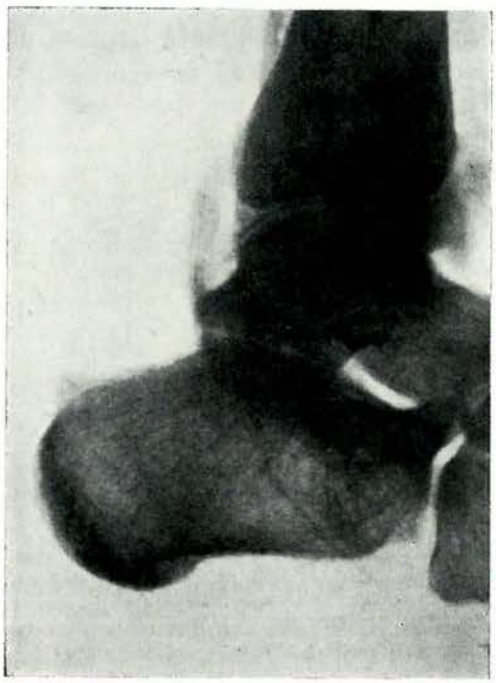


Fig. 4: Artrografía del tobillo en proyección de perfil, en donde se visualizan las vainas de los tendones peroneos.

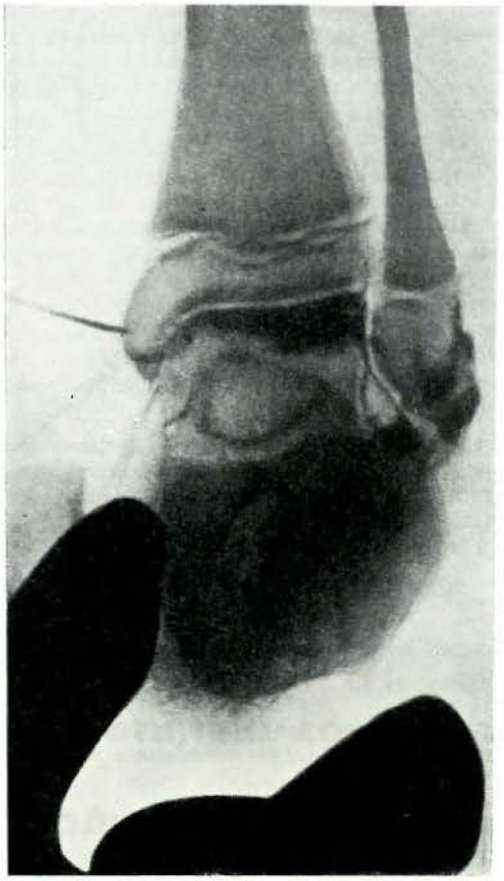
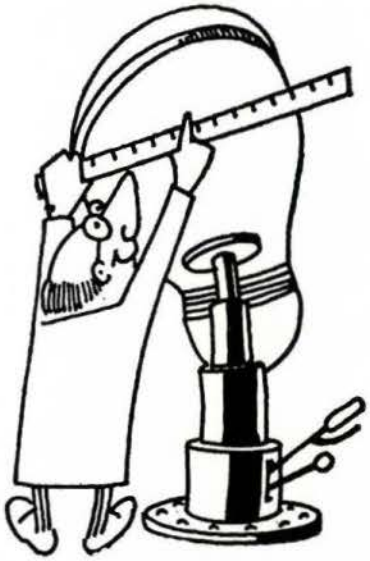


Fig. 5: Artrografía del tobillo en proyección anteroposterior, en donde se visualiza, entre el maléolo peroneal y el astrágalo, la imagen que Wolin denomina meniscoide.

Resultados

Nuestra casuística está formada por 42 casos, de los cuales sólo en dos se ha procedido a una reparación quirúrgica de urgencia, dada la importancia del bostezo astragalino y del cajón anterior. En 28 enfermos se ha procedido a colocar un vendaje contentivo durante tres semanas y a la realización de ejercicios de recuperación de la musculatura peroneal; uno solo de estos casos ha evolucionado hacia la inestabilidad crónica del tobillo, teniéndose que realizar una estabilización con la técnica de Watson-Jones. A 12 de los enfermos asistidos se les ha colocado un vendaje de yeso durante cuatro semanas, al cabo de las cuales se ha procedido a retirar la escayola y a realizar ejercicios de recuperación de la musculatura peroneal. En ninguno de estos casos se ha observado secuela alguna.

Relación bibliográfica a disposición de quienes la soliciten.



PIEDRO

OFRECE AL PODOLOGO:

cuatro distintos anchos
cuatro tipos distintos de suela

- **100 % cuero crupón marca-royal**
- **palmilla entresuela cuero y bloque de composición controlada**
- **íd., íd., íd. y crepé superior virgen**
- **100 % cuero crupón reforzado**

tres tipos distintos de tacón **(recto, estilo Thomas y recto con estabilización central)**

dos tipos de hormas (normal y recta)

ochenta distintos modelos y siempre:

Máxima sujeción de empeine y retropié
Espacio para el movimiento de dedos
Máxima calidad de materiales
Espacio para el crecimiento
Máxima indeformabilidad

PIEDRO INTERNATIONAL

En España
J. L. Vila-Plana
Conde Borrell, 211 - prta. 33
teléfono 93/239 53 06
Barcelona - 29
telegramas: KIRITA-Barcelona
exposición: Conde Borrell, 87
(rogamos hagan cita)

PIEDRO

Tratamiento de algunas hiperqueratosis y otras dermopatías

Por J. CRESPO
Podólogo
Vitoria

Hasta el momento, los tratamientos médicos que utilizamos los podólogos para las hiperqueratosis, no son eficaces en su mayor parte.

La piel afectada por estas enfermedades es a menudo seca y está engrosada. Para que la piel sea blanda es esencial que su capa córnea tenga suficiente contenido de agua. El componente responsable de la retención de agua en la capa córnea, en su parte acuosoluble de muy bajo peso molecular.

En las cremas y preparados cosméticos, vemos frecuentemente sustancias como la glicerina y el sorbitol que tienen una utilidad muy dudosa y creemos que muy limitada en las hiperqueratosis.

Si queremos transformar una piel dura y áspera y seca en otra suave y blanda, tendremos que aumentar su contenido en agua y remover la queratina de la epidermis. Esto a veces se consigue con un queratolítico.

Hoy en día se ha comprobado que una solución concentrada de urea puede ser efectiva para remover la queratina epidérmica. Además tiene la ventaja de que no es tóxica ni alergénica.

En este momento se desconoce el mecanismo por el que la urea actúa sobre la capa córnea. No obstante, es evidente, que es un agente mucho más eficaz como queratolítico que sustancias como el ácido salicílico. Esto es siempre que se empleen dosis elevadas que aumenten la retención de agua en la capa córnea. También se ha demostrado en laboratorio que cuando a la urea se le añade glicerina, la retención de agua en la capa córnea es menor.

En resumen, con este estudio queremos demostrar la utilidad de la urea en algunas dermatosis inveteradas como pueden ser la ictiosis, la queratodermia palmoplantar, las hiperqueratosis en general, psoriasis, etc. En algunos casos se puede potenciar su acción mezclándola con corticoides. Estamos convencidos de que mejorando el riesgo (mediante una ortosis u otros aditivos) de helomas, tilomas, etc. y haciendo un tratamiento con pomadas de alta concentración en urea, conseguiríamos resultados sorprendentes.

EFECTOS QUE PRODUCE LA UREA

1.º Remueve la queratina
2.º Retención de agua en la capa córnea
3.º Mejora clínicamente muchas afecciones dérmicas
4.º No es tóxica
5.º No produce alergias
6.º Es económica.

FORMULARIO

Para la queratosis palmo-plantar:
Excipiente emoliente
Base .....

UREA	40 %
TWEN 80	2,5 gr.
ALCOHOL CETILICO.	15 gr.
AGUA DESTILADA ...	c.s.p. 100 gr.
LANOLINA	15 gr.

ALANTOINA	10 gr.
ACIDO RETINOICO	0,01 gr.
UREA	10 gr.
VASELINA FILANTE	80 gr.

Para el eczema atópico:

UREA	10 %
TRIANCINOLONA ACETONIDO.	1-2/1.000
EXCIPIENTE MOLIENTE	50 gr.

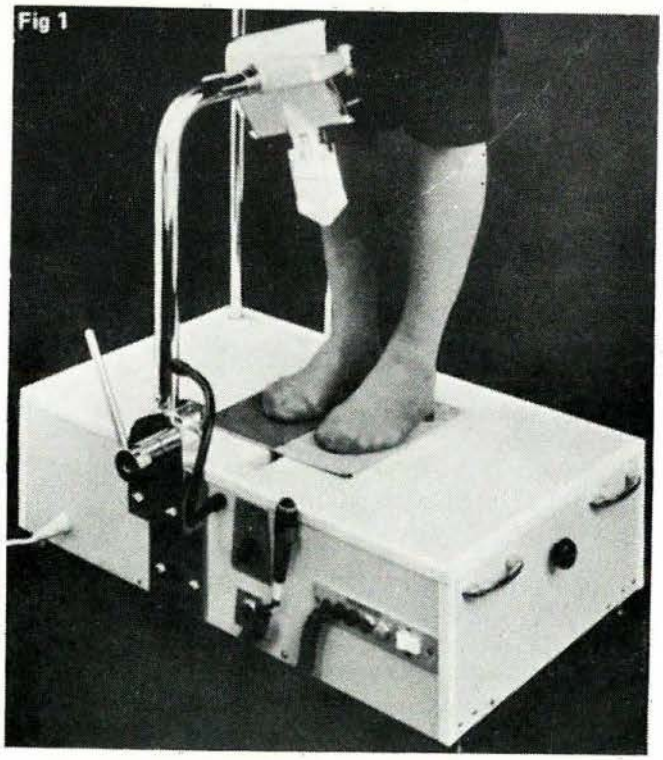


Fig 1

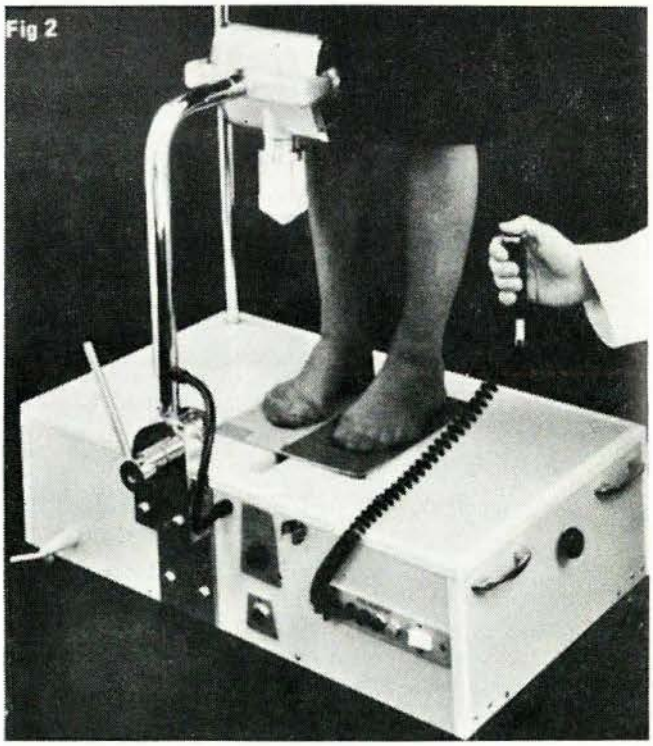


Fig 2

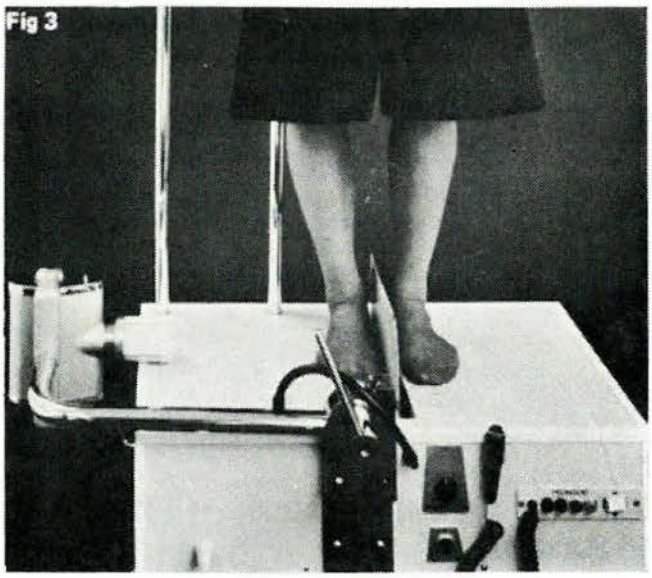


Fig 3

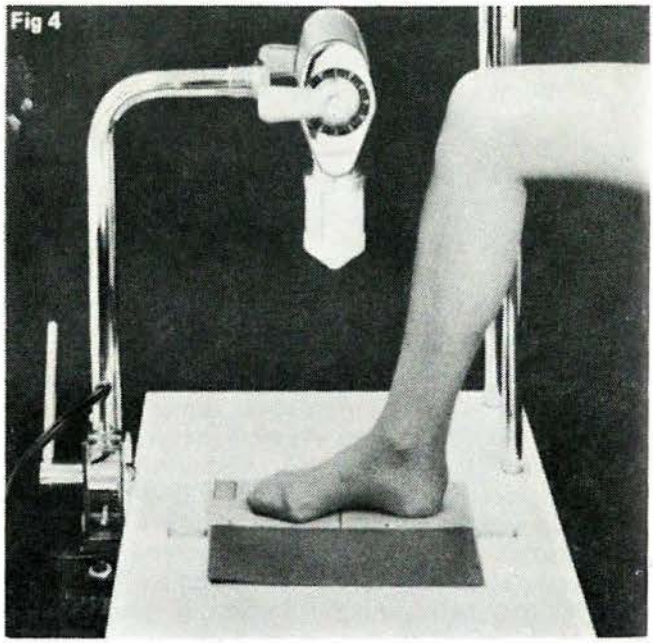


Fig 4

¡NOVEDAD! APARATO PODOLOGICO DE RAYOS X

La presente unidad de Rayos X fue especialmente estudiada para ser utilizada por los Podólogos, para dar una alta calidad y un diagnóstico radiográfico del pie y tobillo en las dos posiciones (carga y descarga).

La caja está diseñada para prevenir la exposición de toda la película por debajo del nivel del tope de la carga de exposición. Y esta posición permite radiografiar ambos pies en la posición de carga lateral, para ser comparados en la misma película.

El control remoto permite al operador adoptar la distancia correcta de trabajo.

DISTRIBUIDOR EXCLUSIVO: **LUGA - LA CASA DEL PODOLOGO** - Clara del Rey, 47, Madrid-2

PRESIONES PLANTARES

Por L. Pascua SAN MIGUEL
Podólogo
León

En estos últimos años se han desarrollado diversos procedimientos para el estudio de las presiones plantares, basados en medios técnicos diversos. Los más recientes que yo tengo conocimiento han sido desarrollados por STEIFORT y PISANI.

Con estos procedimientos que han desarrollado ha sido posible describir con detalle la diferencia entre el apoyo BIPODAL y el MONOPODAL.

El procedimiento desarrollado por Pisani se basa en la obtención de radiografías dorsoplantares del pie en carga, apoyado sobre una bolsa de goma llena de mercurio. La presión del pie rechaza al mercurio de las zonas de apoyo, y así en las radiografías se obtienen imágenes exclusivamente de los sectores esqueléticos que realmente transmiten el peso del organismo a la superficie del apoyo (PODOSTATIGRAFIA).

En una evolución posterior del procedimiento, que incrementa su interés, se insufla de aire en el interior de la bolsa que contiene el mercurio, con lo que aumenta la presión.

Esta va separando progresivamente el pie de su superficie de apoyo, empezando naturalmente por elevar las zonas de menor carga (PRESOPODOGRAFIA). Por este procedimiento, Pisani estudia y describe las zonas de mayor carga en el pie normal y sus variaciones en pies patológicos.

Nos interesa aquí la descripción de las zonas de máximo apoyo en el pie normal. En estado bipodal, la carga máxima parece corresponder al eje que sigue el 4 radio del pie, o sea calcáneo, cuboides y 4 meta. Pisani presenta sugestivas series PRESOPODOESTATIGRAFICAS, en la que se reproduce con toda constancia estas zonas de sobrecarga.

La situación de la zona de máximo apoyo cambia por completo en situación monopodal. La PRESOPODOSTATIGRAFIA encuentra entonces una máxima carga a nivel del calcáneo y de las cabezas de los metatarsianos, 1. - 2. - 3 y 4 metas.

LA TRANSMISION DE LA CARGA A LO LARGO DEL FEMUR SE REALIZA DE FORMA QUE AMBOS CONDILOS FEMORALES SOPORTAN CARGA DE PRESION.

EN ESTACION BIPODAL LA MAYOR PARTE DE LA CARGA (65 %) llega al cóndilo femoral externo.

EN ESTACION MONOPODAL SE INVIERTE LA SITUACION DE FORMA QUE LA MAYOR PARTE DE LA CARGA (75 %) llega al cóndilo femoral interno.

Vemos que este fenómeno de carga antes descrito en el pie se repite en la rodilla.

En el apoyo MONOPODAL las cargas oscilan hacia la vertiente del pie, que lógicamente girará hacia la pronación, con inclinación en valgo del calcáneo que viene a ser la posición óptima para la sobrecarga interna del pie, propia de las fases monopodales de la marcha.

En sentido finalista la oscilación del pie desde la supinación a la pronación puede ser consecuente de la descrita oscilación de carga y ambos fenómenos se imbrican dentro de la esencia oscilatoria de la marcha.

NOTA DE REDACCION

Por error de impresión, en la Revista correspondiente a Agosto-Septiembre, se publicó un dibujo invertido en el trabajo remitido por el compañero Maure. Rogamos disculpe este error involuntario y ajeno a esta Redacción.

Muchas gracias.

sillón eléctrico STARLINE

ELEGANCIA DE LINEA — FUNCIONALIDAD Y UTILIDAD
EN EL DISEÑO — ROBUSTEZ — PERFECTO ACABADO

PRECIOS Y CONDICIONES
EXCEPCIONALES

SERVICIO TECNICO GARANTIZADO EN TODA
ESPAÑA POR EL SERVICIO POSVENTA
SUDENTA, S. A.

SOLICITE AMPLIA INFORMACION SIN COMPROMISO A:

SUDENTA,S.A.
departamento podologia

Rondo San Antonio, 98
Tels. 318 96 16 - 318 96 12
BARCELONA (1

Espoz y Mina, 7
Tels. 222 45 69 - 221 40 44
MADRID (12)

Los pies de los españoles

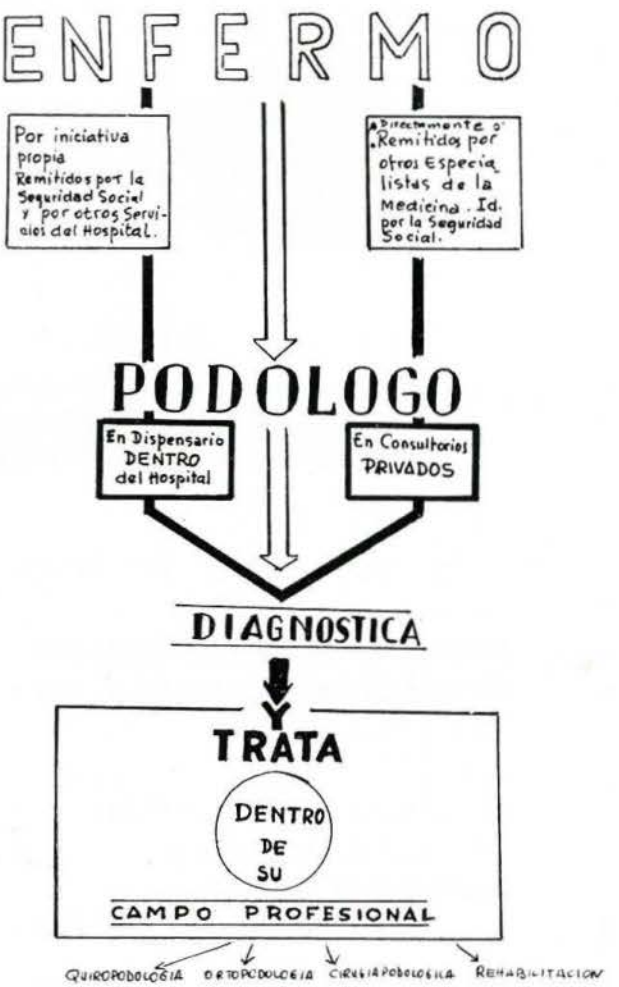
En la época actual, esencialmente industrializada y mecanizada, el pie sufre más que nunca las consecuencias que le confiere el medio ambiental donde se desarrolla, y si nos preguntamos, cómo es posible tantos pies con anormalidades, podemos responder dos cosas: una, que es la consecuencia del tributo que pagamos al medio ambiente, y otra, que no todos los pies feos son enfermos, sino que un pie puede ser prácticamente plano y en cambio estar totalmente compensado, o por el contrario, aparentemente ser normal, y estar ya denotando una serie de modificaciones en su estructura consecuentes a trastornos tanto del pie en sí como a alteraciones del organismo con repercusión directa o indirecta sobre la extremidad inferior.

Partiendo de la base de que muchas alteraciones de pie son causadas por condiciones desfavorables de permanencia, parece que si mediante una medicina profiláctica, iniciada ya en la niñez, a base de correcciones o ejercicios específicos, y continuada en la edad adulta a base del estudio tanto del puesto de trabajo como del trabajador, como de un zapato anatómico, podríamos acabar con las alteraciones de los pies. Ello no es posible, porque por encima de todo cuanto podamos hacer mediante una profilaxis específica, están los factores hereditarios y genéticos, que dan ya una característica peculiar a cada persona. Ahora bien, ello no es obstáculo, en modo alguno para poder afirmar categóricamente que gran número de trastornos podrían ser ciertamente subsanados con una terapéutica profiláctica adecuada, y que el rendimiento del trabajador sería mayor si se llevara a cabo un estudio previo de selección del puesto de trabajo que cada persona según la morfología de sus pies, puede desarrollar con mayor garantía.

Como profesionales no llegamos a comprender por qué en las campañas nacionales de acción sanitaria no se cuenta con el podólogo, siendo el pie la base sobre la que se apoya una estructura orgánica complicada y ampliamente interrelacionada, pudiendo sus trastornos provocar alteraciones a nivel de toda la extremidad inferior y columna vertebral, con la consiguiente influencia sobre el nivel de producción o rendimiento personal.

Si desde aquí tuviese que dar dos consejos a los españoles, les diría que tomen conciencia del pie y su función, y que no se dejen aconsejar jamás por nadie que no sea profesional consciente. Hagamos honor a ese refrán de «zapatero a tus zapatos». Vayamos cada cual a hacer una función sola, específica, pequeña si se quiere, pero bien, con ética y conciencia de profesión.

Martín RUEDA



Constantino Velasco Lainz

PONE A DISPOSICION DE LA PODOLOGIA ESPAÑOLA UNA GAMA COMPLETA DE ARTICULOS PARA LOS PIES CON LOS PRODUCTOS:

für die Füße BERKEMANN

BERKEMANN

Y

VELMANN

VELMANN

...al servicio de sus pies.

INSTRUMENTAL PODOLOGICO
CORRECTORES Y PROTECTORES PARA PIES
MATERIAS PRIMAS. — Plexidur, Ortholen, corcho, goma-espuma, etc.
MATERIAS SEMITERMINADAS. — Cuñas, arcos bóvedas, etc.
CALZADOS FISIOLOGICOS. — Zapatos, botas, sandalias, zuecos, etc.
COSMETICOS PARA PIES. — Sprays, polvos, cremas, bálsamos, etc.
SILICONAS

OFICINA CENTRAL:
Santiago Bernabeu, 4 - Madrid-16 - ☎ **262 18 91** **261 44 15** **261 98 75** (contestador automático) **261 47 21** **261 45 96**

DELEGACION CATALUÑA: Mallorca, 336 - Barcelona - 37 - Teléfonos 257 76 05 y 207 01 52

ALMACEN CENTRAL: Ferrocarril, s/n. - Getafe (Madrid) - Teléfonos 695 09 50 y 695 09 54

Corolario a un viaje

Por Encarnación CABANE
Podólogo
Barcelona

Mi interés al escribir estas líneas, es para explicar lo que he observado en algunas ciudades europeas, que visité con motivo de vacaciones.

Mi sorpresa fue contemplar, la total despreocupación por la Higiene del Pie.

He visto en ciudades, como Munich, Stuttgart, Lucerna, entre otras, y en los lugares más insospechados como puesen ser: Paseando por la ciudad, en los almacenes, en vehículos públicos, metros, autobuses, e incluso en WC públicos, sin olvidar las piscinas, deambular tranquilamente, incluso lloviendo, sin protección alguna en los pies, o sea COMPLETAMENTE DESCALZOS.

Desde niños de corta edad, hasta personas adultas. Y que nadie piense que se trataba de «Hippish». Nada más lejos de la realidad, si bien es verdad que eran una minoría, pero el hecho en sí, creo tiene su importancia.

Nos lamentamos de la escasa, por decirlo de alguna forma, protección que ofrecen nuestras piscinas, en donde las infecciones, por todos conocidas, cada día abundan más, a pesar de las normas que se recomiendan.

Es fácil suponer, que en las condiciones descritas, es terreno abonado a las micosis, sin olvidar las posibles lesiones, de más o menos gravedad, a que están expuestos al andar descalzos por la ciudad.

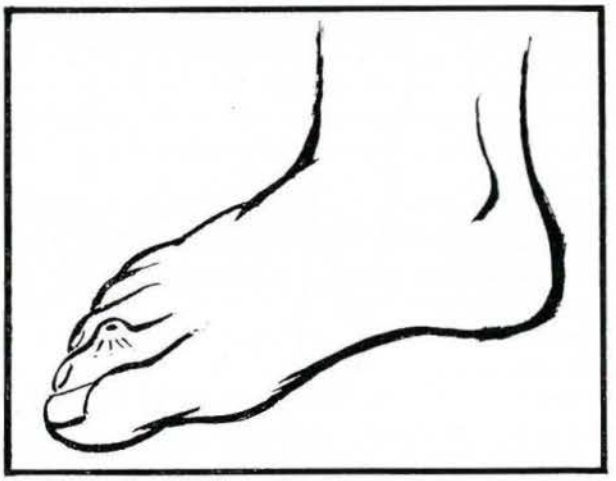
Tenía interés por adquirir algunos de los fármacos de los que usan para el tratamiento de dichas infecciones, aunque el idioma representaba una gran dificultad.

En Munich, y en la Kaufingerstrass, hallé una farmacia titulada Internacional, en donde atendían en varios idiomas, incluido el español.

Me atendió un doctor, y me confirmó el alto porcentaje de personas que padecen micosis. Adquirí dos productos que más usan para su tratamiento. Ambos productos se encuentran en España, incluso uno de ellos con el mismo nombre comercial; el otro con idéntica fórmula pero difiere su nombre.

Resumiendo, me quedé con las ganas de saber, si el caminar descalzo obedece a falta de la adecuada información o por una comodidad muy relativa. Sea como fuere he llegado a la conclusión de que sobrevaloramos en demasía lo de fuera, subestimando lo de casa, cuando la realidad es que, ni ellos están tan adelantados ni nosotros tan atrasados.

JEROGLIFICO por F. Muñoz Campos

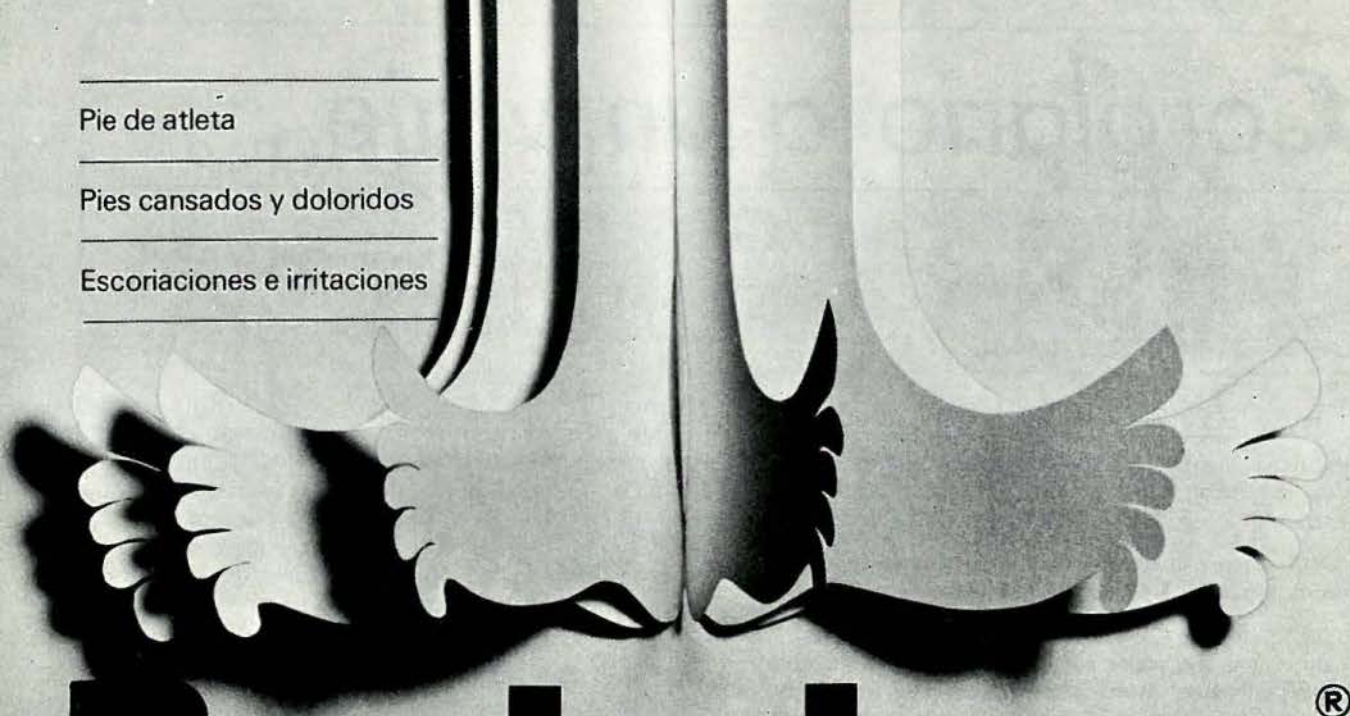


- Cuando no hablo...

Pie de atleta

Pies cansados y doloridos

Escoriaciones e irritaciones



Pentoderm®

Crema podológica

- Actúa como antiséptico y antifúngico.
- Ejerce una acción reepitelizante favoreciendo la normalización fisiológica de la piel.
- Desodoriza, refresca y protege la zona dañada de la piel.

Composición:
100 g. de crema contienen:
Acido undecilénico, 2 %; Alcohol fenoxietílico, 1 %; Sal sedativa de Homberg, 0,5 %; Poligalacturonsulfonato sódico, 0,75 %; Tintura de árnica, 0,3 %; Ovolecitina, 0,05 %; Pantotenol, 0,3 %.

Indicaciones:
Escoriaciones e irritaciones de la piel. Pies cansados y doloridos. Dermatofitosis. Pie de atleta.

Posología:
Habitualmente, dos o más veces al día, dada su inocuidad puede aplicarse cuantas veces se sientan molestias, las cuales se corrigen rápidamente.

Contraindicaciones y efectos secundarios:
Carece de contraindicaciones y puede asociarse a cualquier medicación. Suspender la aplicación en caso de hipersensibilidad alérgica a alguno de los componentes.

Presentación y P.V.P.:
Tubo con 50 g. de crema. **87 Ptas.**

MADAUS CERAFARM

CERAFARM

MADAUS CERAFARM, S.A.
Barcelona-4 - Tel. 331 26 00 - C. Fuego, s.n.

Elaboración de un recipiente térmico de agua para la sala de moldes de escayola

Por J. SANJUAN
Podólogo - Córdoba

Este recipiente está orientado para el profesional que teniendo que obtener varios pares de moldes de escayola durante su horario de consulta, se ve obligado a tener que estar a cada momento echando agua tibia y sal a la cubeta para cada obtención ya que se enfría entre paciente y paciente.

Obtendremos un recipiente de plástico blanco de base redonda o rectangular del tipo que suele haber en ferreterías con un tapón rosca de boca ancha y asas.

Recortaremos la parte superior, dejando simplemente unos 28 cm. de profundidad, procuraremos que su diámetro sea de unos 22 cm. o más para que podamos mojar las vendas de 20 cm. de ancha.

Se obtiene también, un termostato de los que se usan para los acuarios de 100 watios en cualquier pajarería.

Para su acople se le hace una mortaja en el borde del recipiente de forma que la cabeza del termostato encaje unos 2 cm. quedando parecido a un motor fuera borda marino, entre el tornillo de sujeción y el recipiente intercalaremos un taquito de madera de unos 4×2×4 cm. al objeto de que el tubo de cristal quede separado unos centímetros de la pared del recipiente.

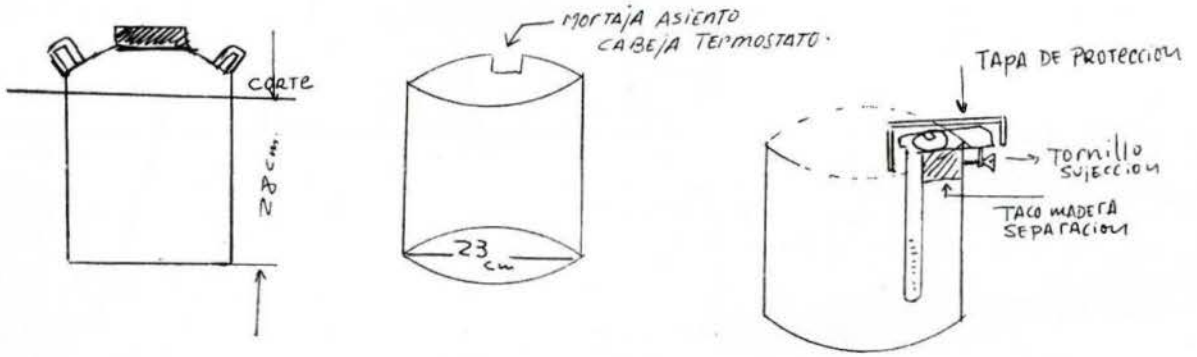
Como quiera que la cabeza del termostato está expuesta al goteo de la escayola, dicha cabeza se proteje perfectamente encajando, con el envase azul inferior de un carrete de 36 diapositivas agfa, que se monta con dos aberturas laterales de encaje en los filos del recipiente a modo de un gorro.

Para su uso llenaremos el recipiente con agua tibia 30° añadiéndole medio paquete de sal y remover.

Se gira el termostato a tope su rueda superior conservando así el agua a 30-35°.

Hemos de tener en cuenta que el agua debe cubrir el condensador que existe debajo de la cabeza, y compensar la absorción acuosa de las vendas de vez en cuando igualmente con agua tibia.

De esta forma dispondremos de un depósito de agua tibia continuo durante todas las horas de consulta ahorrando tiempo, manipulaciones, agua y butano, obteniendo un resultado altamente positivo.



César Puig

FABRICA DE CALZADOS INFANTILES TERAPEUTICOS

- Zapatos fisiológicos.
- Calzado profiláctico.
- Zapatos ortopédicos con simple modificación de elementos normales (tacón thomas para varo y valgo), tipo Lowet, etc.
- Hormas correctoras, 2 anchos.
- Horma invertida.
- Diferentes modelos para la colocación de férulas.

TODOS LOS FABRICADOS SON CON MATERIALES DE LEGITIMO CUERO VACUNO DEL PAIS.

Colón, 14
Tel. (977) 60 01 42
VALLS
TARRAGONA - ESPAÑA

Consideraciones sobre el vocablo que define nuestra profesión

Por Fernando Muñoz Campos
Podólogo - Málaga

Existen puntos diferenciales sobre el término que define nuestra profesión, habiendo dado motivo en muchas ocasiones, a la discusión crítica de numerosos vocablos desde el punto de vista etimológico.

Resulta obvio hacer referencia al proceso de extinción de la palabra callista, tan popularizado en España, y que no dejamos de reconocer el grado de relación que tenía en los diversos sectores públicos, por su gran influencia diccional. Pero el término estaba sentenciado por su exigua limitación profesional. El complejo perfeccionamiento de la especialidad, exigió el cambio de aquél vocablo por el de podólogo, el cual goza no sólo de profundidad etimológica, sino que concuerda con el carácter colectivo y confiere fuerza perdurable y positiva, adaptándose asimismo, a cualesquiera que fuesen las circunstancias inherentes a la profesión.

Por extensión, nuestros colegas argentinos comprendieron que el término podólogo, es quizás el más adecuado internacionalmente, y decidieron cambiar la palabra pedicuro por la de podólogo.

Sin embargo, en Francia se adoptó el vocablo pédicure (Pes, pedis, pie; cure, are; cuidar) que dista mucho de ser exacta, por no llenar totalmente el vasto campo de su intervención. Pero la peculiaridad francesa, parece admitir que dicha expresión, es de exquisito abolengo latino, tan clara y elocuente, que permite sobreentender cual es la función real que les compete, sin que ello comprometa, en forma alguna, la capacidad técnica profesional de nuestros compañeros franceses.

Por otra parte, digamos que nuestros colegas norteamericanos, mantuvieron durante muchos años como definición de la especialidad el término chiropody (del griego, cheir=mano; pous= pie) ya que en tiempos remotos, los que se dedicaban a este menester, trataban manos y pies. El paso del tiempo, transformó la profesión dedicándose concretamente, al cuidado de la salud del pie. Entonces, dichos colegas entendieron que el vocablo chiropody tendría que cambiarse por otro más apropiado. Con tal elemento de juicio, The National Association of Chiropodists fundada en 1912, decidió en 1958 cambiar su denominación por The American Podiatry Association (APA), cuya sede principal se encuentra en 20 Chevy Chase Circle, N.W. Washington D.C. 20015. Esta organización, desde el punto de vista nacional, está reconocida oficialmente su especialidad. Tiene personería jurídica por estar incorporada a las leyes del distrito de Columbia.

Los destinos profesionales de más del 60 % de los podiatrics norteamericanos, están regidos por las disciplinas educacionales que impone The American Association of Colleges of Podiatric Medicine, la cual, está constituida por cinco Colleges of Podiatric Medicine como miembros de la misma.

En cambio, Inglaterra, tal vez por su caracterizado tradicionalismo, mantiene la raigambre del término chiropody, quizás desde 1785 en que apareció el primer libro de la especialidad titulado Chiropodologia. Nuestros colegas ingleses, en el transcurso del tiempo hicieron caso omiso a la exacta etimología del vocablo chiropody. Y aunque ellos no tratan las manos sino únicamente los pies, los diversos sectores públicos reconocen la transcendencia de su personalidad técnica.

Queremos dejar constancia de que no tratamos aquí de imponer criterios, sino de considerar a título informativo, los diferentes vocablos que nos califican, y que todos y cada uno de ellos, expresan la misma condición técnica profesional en el camino mismo de la superación.

CALZADO FISIOLOGICO INFANTIL CLASICO

UN ESTILO QUE PERMANECE

Todo el calzado Taberner, se confecciona con inmejorables materias nobles.

40 fases del proceso de fabricación artesanal, garantizan su calidad.

CARACTERISTICAS ANATOMICAS:

HORMAS PARA INCORPORAR PLANTILLAS:

- base planta con ancho normal.
- base planta mas ancha.
- recta.

NORMALIZADAS:

- recta con capacidad normal.
- normal para pies sanos.

Contrafuerte resistente que asegura la adecuada sujeción pie-calzado.

Enfranque resistente.

Oscar 1975 y 1976 al mejor diseño de zapatos, anatómico infantil, patrocinado por la Comisión Española pro Suela de Cuero.

GREGORIO TABERNER, S.L.
Weyler, 53
Tel. - (971) 66.01.56
LLUCMAJOR (Mallorca).

MAFRE
Instruments

FRESCO

ORTOPEDIA-MATERIAL CLINICO

PRODUCTOS PARA PODOLOGIA

C. NAPOLES 148, bajos — TEL. 225 61 85 — 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

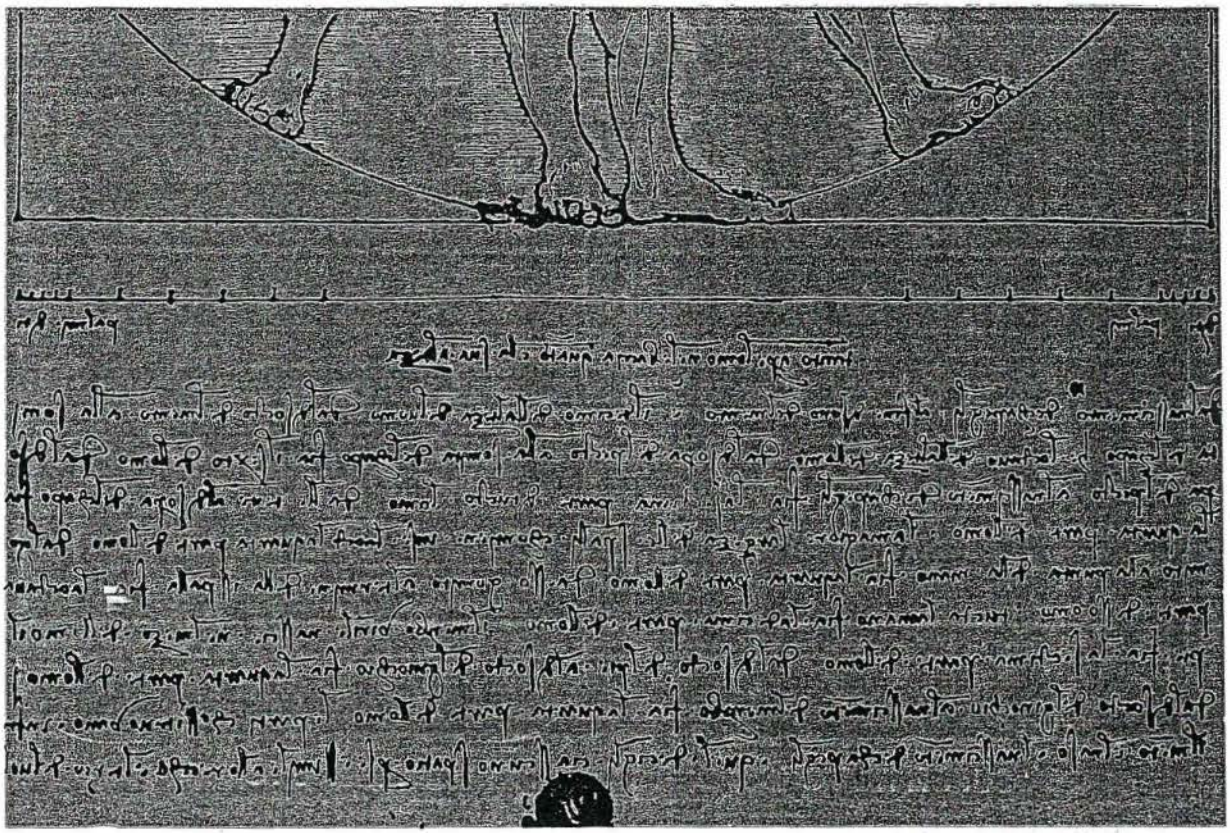
VIOLETA DE GENCIANA
ACIDO NITRICO
PERCLORURO FERRICO

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
PLANCHAS DE PLEXIDUR «O»
PLANCHAS DE PLEXIDUR «T»

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

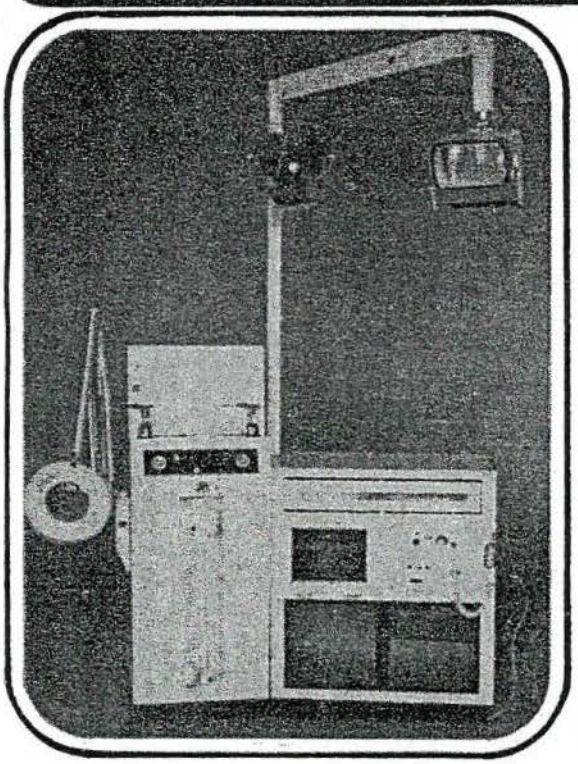


REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

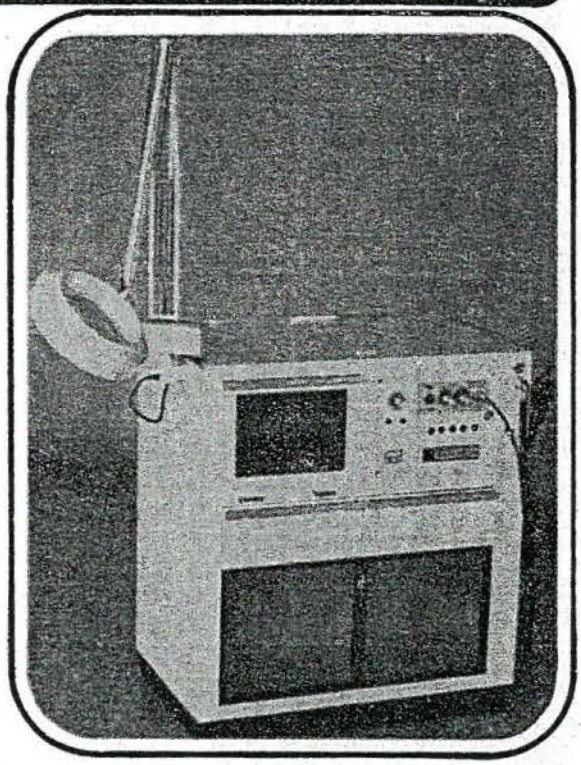
A.P.E. Noviembre-Diciembre

n.° 72 1979

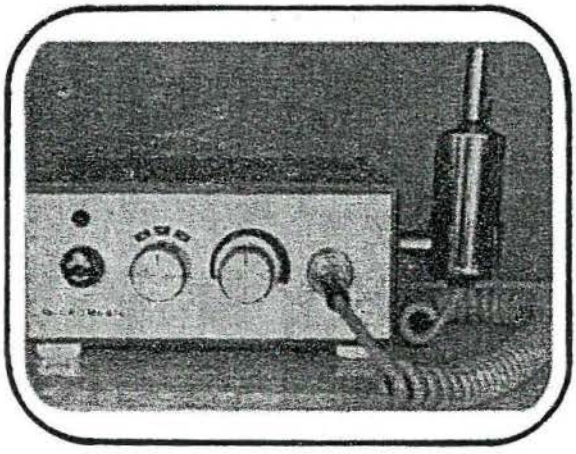
LE OFRECE NUEVOS EQUIPOS PARA SU CONSULTORIO



"SUPER NOVO"



"MINI S 78"



"MICROMOBIL"

Cónsul

Talleres CONSUL

PALLARS, 65-71 TELEFONO 3002269 BARCELONA-18

REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

ORGANO DE LA AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

A. P. E.

Redacción:
Diputación, 118, 2.°, pral., 2.ª, Barcelona-15

Director:
Leonardo Escachs Clariana

Sub-director:
Pablo Vilató Ruiz

Redactor jefe:
Martín Rueda Sánchez
Avda. Caudillo, 68, bajos, 2.ª
Santa Coloma de Gramanet. Barcelona

Administrador:
Manuel Gavin Barceló
Rda. Guinardó, 23, 1.°, 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

3 Junta de Gobierno

7 Editorial

9 El pie y su biomecánica

15 Vendajes con cinta de goma

19 Orden del 14-XI-79 del Ministerio de Sanidad

23 XIII Congreso Nacional de Podología

23 Navidad 1979

25 Labor de las Delegaciones

37 Parámetros podológicos

39 ¿Quiénes cuidan nuestros pies?

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 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.°	D. ZACARIAS GARCIA ANDRES	Madrid
Vice-Presidente 2.°	D. ISAIAS DEL MORAL CEJALVO	Valencia
Secretario General	D. JOSE A. CALVO GARCIA	Zaragoza
Vice-Secretario	D. FRANCISCO FARRERAS MORCILLO	Barcelona
Tesorero	D. MANUEL GAVIN BARCELO	Barcelona
Contador	D. LUIS AYCART VIJUESCA	Madrid
Vocal	D. JOSE OLCINA MORALES	Alicante
Vocal	D. JUAN VIDAN TORRES	Santiago de Compostela
Vocal	D. LUIS INCHAURRONDO	Irún
Vocal	D. JOSE M.ª BAEZ BASAURI	Bilbao
Vocal	D. FCO. MORAN VENTURA	Las Palmas G. Canaria
Vocal Nato	D. MARIANO RODRIGUEZ ESTEBAN	Madrid
Vocal Nato	D. EVARISTO RODRIGUEZ	Barcelona

DELEGADOS DE ZONA

D. Juan Vidán Torres. Preguntoiro, 10. SANTIAGO DE COMPOSTELA.
D. Isaías del Moral Roberto. Castellón, 8. VALENCIA-4.
D. Francisco Morán Ventura. Cabrera, 6. LAS PALMAS DE GRAN CANARIA.
D. Antonio Gutiérrez Velasco. Plaza de las Flores, Edificio Jazmín, 1.°. MALAGA.
D. Juan José Araolaza. Bidebarrieta, 4. EIBAR.
D. José Sánchez Luna. Avda. Cataluña, 24. ZARAGOZA.
D. Evaristo Rodríguez Valverde. Córcega, 505. BARCELONA.

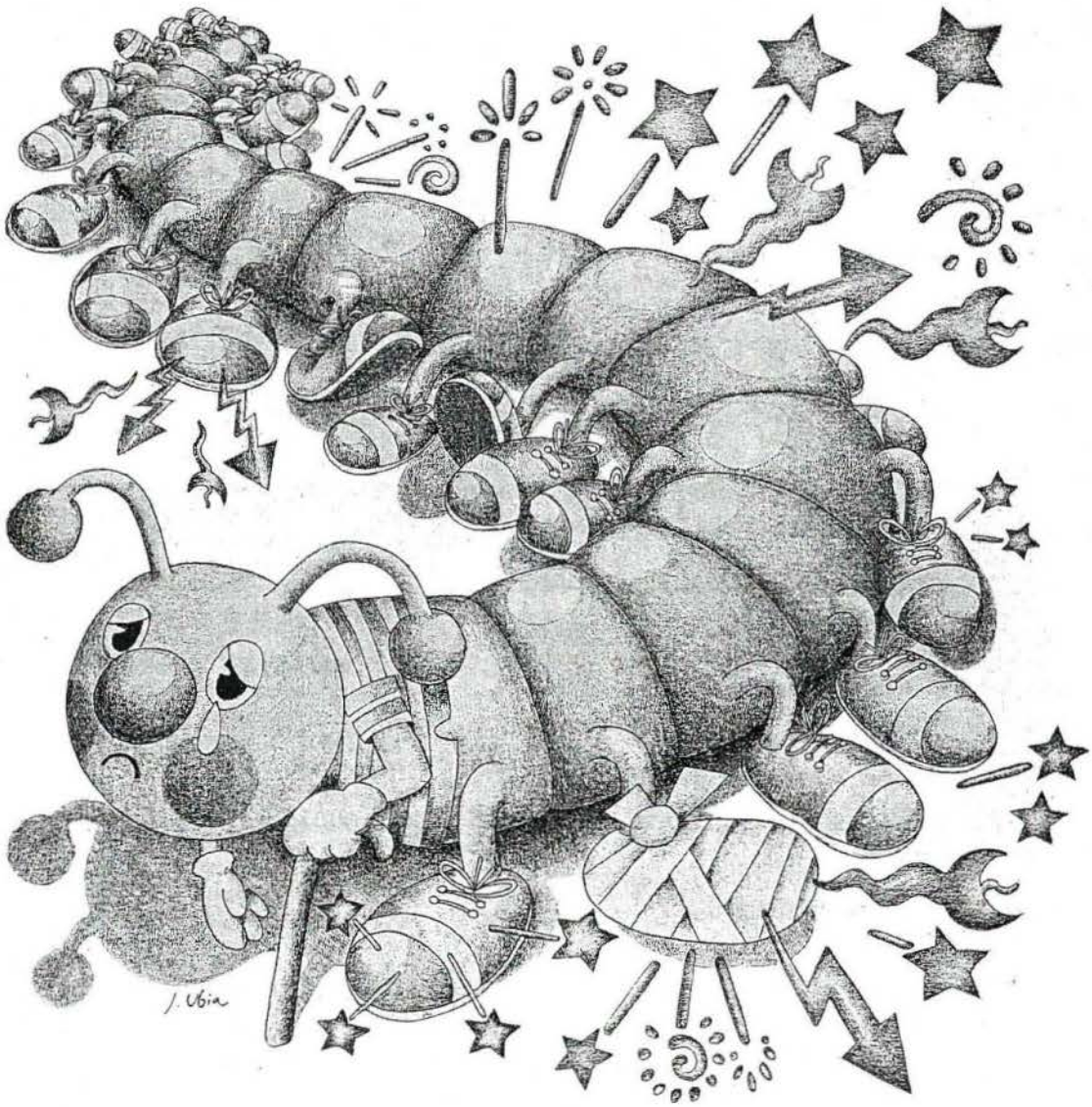
DELEGADOS PROVINCIALES

ALAVA: **D. Julio Crespo.**
ALBACETE: **D. Luis Juan Navarro.**
ALICANTE: **D. José Ochoa Morales.**
ALMERIA: **D. Esteban de Haro.**
ASTURIAS: **D. José Luis Alonso Alvarez.**
BADAJOZ: **D. José Villafaina de la Cruz.**
BARCELONA: **D. Evaristo Rodríguez Valverde.**
BILBAO: **D. Pedro M.ª Galardí.**
BURGOS: **D. Elías Hernando Tamayo.**
CACERES: **D. Timoteo Fernández**
CADIZ: **D. Manuel Albalá 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.**
HUESCA: **Delegado de Zaragoza.**
HUELVA: **D. Jesús Tocino.**
JAEN: **Víctor Nieto Molina.**
LA CORUÑA: **D. Francisco de la Cruz.**
LAS PALMAS: **D. Francisco Morán Ventura.**
LEON: **D. Luis Pascua San Miguel.**
LERIDA: **D. Alfredo Puchol.**
LOGROÑO: **D. Vicente Alvarez.**
LUGO: Sin Delegado Provincial.
MALAGA: **D. José Godoy.**
MADRID: **D. Mariano Rodríguez Esteban.**
MELILLA: **D. Fernando Bosch Palós.**
MURCIA: Sin Delegado Provincial.
ORENSE: **D. Elisardo Bralo Rego.**
PALMA DE MALLORCA: **D. Juan B. Brines.**
PAMPLONA: **D. Javier Gallo.**
PONTEVEDRA: Sin Delegado Provincial
SALAMANCA: **D. Antonio Basas Encinas.**
SAN SEBASTIAN: **Sebastián Tenés Iturriza.**
STA. CRUZ DE TENERIFE: **D. Armenio Méndez.**
SEGOVIA: **D. Francisco García Rodríguez.**
SEVILLA: **José Carmona.**
SORIA: Sin Delegado Provincial.
TARRAGONA: **D. Miguel Manzano.**
VALENCIA: **D. Isaías del Moral Roberto**
VALLADOLID: **D. Alfonso Domínguez Milán.**
ZAMORA: **D. Narciso Miguel Barrios.**
ZARAGOZA: **D. José A. Calvo García.**

ALGESAL®

ESPUMA

POMADA



ALGESAL ESPUMA

Composición

Laurilsulfato de nopoxamina, 10 mg;
Salicilato de dietilamina, 100 mg;
Excipiente, c.s.p. 1 g de emulsión.

ALGESAL ACTIVADO

Composición

Salicilato de dietilamina, 10%;
Nopoxamina (homomirtenil-oxi-dietilaminoetanol), 1%;
Excipiente, c.s.p. 100 g.

Indicaciones

Terapia percutánea del dolor local, dolores reumáticos, articulares y musculares, torceduras, torticolis, lumbago y otros de parecida naturaleza.

Posología y modo de empleo

Apliquese varias veces al día una cantidad suficiente según la extensión

Efectos secundarios

Hasta el momento no se han observado.

Contraindicaciones

No se aplicará sobre heridas al ni mucosas.

Incompatibilidades

Ninguna conocida.

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 1980 POR EL CAMINO DE LA SUPERACION Y LA UNIDAD PROFESIONAL.

S&N
SMITH NEPHEW IBERICA, S. A.
INFANTA CARLOTA, 61
Teléfono 250 79 25 - BARCELONA-15

SN-77001

Solicite por escrito La Edición Especial "TECNICAS GYPSONA"

Airstrip® Tensoplast	APOSITO PROTECTOR DE HERIDAS EN LOS PIES IMPERMEABLE-TRANSPIRABLE-AUTOADHESIVO ALMOHADILLADO- Medidas: 6 cm. x 9 cm.
Crepe S.N.®	VENDA ELASTICA SIN HILOS DE GOMA 100% algodón - Color crudo Medidas: 5 cms. x 4 m. /7 x 4 /10 x 4 / 10 x 10
Gypsona®	VENDA DE YESO UNICA, CON GASA DE TEXTURA ENTRELAZADA Medidas: 5 / 10 /15 y 20 cms. x 2,70 m.
Melolin®	APOSITO ABSORBENTE Y NO ADHERENTE A LAS HERIDAS - ESTERIL Medidas: 5 cm. x 5 cm. / 10 x 10 / 10 x 20.
NYLEX® Tubinylex	VENDA DE PAPEL CREPADO VENDAJE TUBULAR EXTENSIBLE — PARA APLICAR ANTES DEL ENYESADO
Op-Site®	VENDAJE DE HERIDAS - Medida: 14 cm. x 10 cm. HERIDAS - CIRUGIA MENOR - QUEMADURAS AUTOADHESIVO-IMPERMEABLE- TRANSPIRABLE TRANSPARENTE - ELASTICO
Retelast®	MALLA ELASTICA IDEAL PARA SUJETAR APOSITOS EN LOS DEDOS Y PLANTA DEL PIE n.° 0 - 1.
Stuca®	VENDA DE YESO PARA MOLDES Medidas: 5 / 10 / 15 y 20 cms. x 3 m.
Tensocrepe®	VENDA ELASTICA, NO ADHESIVA - POROSA, Color carne Medidas: 5 / 7,5 y 10 cms. x 4,5 m.
Tensoplast® venda elástica	VENDA ELASTICA, ADHESIVA - POROSA, Medidas: 5/7,5 y 10 cms. x 2,70 m.
Tensoplast® tiras	TEJIDO ELASTICO ADHESIVO-PARA PROTECCION DE HERIDAS Y ROZADURAS Tira 1 mt. - Tira 5 mt.

EDITORIAL

La cadencia rítmica del tiempo es una vez más marcada por la llegada de la Navidad, fecha de profundo sentir cristiano que pone broche al caduco y ajetreado año, para darnos entrada acto seguido en el esperado y no menos incógnito Año Nuevo, cualidad derivada del ritmo vertiginoso que llevamos traducido en una carrera desenfrenada en la que la Humanidad se halla inmersa sin posibilidad de tregua. Muchas cosas influyen en ello, cosas que marcan el paso del tiempo y dan a la época actual su propio signo diferenciándola de épocas pasadas no precisamente por un carácter benevolente y plácido, sino por adentrarnos en una nueva era de futuro ciertamente gris, a no ser que seamos conscientes de nuestra participación como testigos presenciales y actores principales de una serie de cambios que se imponen por su propio peso forzando un nuevo planteamiento social.

Cambios en los que se hace cada vez más necesaria la participación y solidaridad entre todos y cada uno de nosotros en busca de una solución de futuro que haga posible la convivencia. Es cierto que la historia se repite, pero de muy distinta manera. Los problemas actuales son indudablemente de gran magnitud, tanto a nivel mundial, donde la crisis de la energía está forzando el ritmo, sino a nivel de nación o de pueblo, e incluso de persona donde repercute de forma directa. Este problema en España es más patente, porque junto a los cambios nacidos de una exigencia mundial, se suman los nacidos de las exigencias de nuestra sociedad propios de una alternativa diferente y de un nuevo cariz político, que debía venir inexorablemente, para el cual no podemos prepararnos de la noche a la mañana. Podríamos decir que la nación ha dado a luz un hijo esperado, pero que su gestación y parto han sido harto difíciles. Nuestra función ahora es mimarlo y ofrecerle un futuro limpio y estable. Para ello no podemos aprovechar los patrones de sociedad de las décadas pasadas. Hay que plantear soluciones de futuro a corto y largo plazo, nacidas de las decisiones conscientes aceptadas como lo mejor, dejando atrás los afanes de protagonismo, las ideas totalitarias y ansias de poder. Pensemos quiénes somos, a dónde vamos y qué queremos. No se trata de renegar del pasado, que ése ya tuvo su época, si acaso, aprendamos de él lo bueno y lo malo, para catalogar nuestras posibilidades de mejorarlo cara al futuro. Es pues una labor de responsabilidad, que tomaremos todos

juntos, no unos cuantos, obrando sin resentimientos y encaminando nuestras acciones hacia el objetivo elegido mayoritariamente para hacer un bloque sólido.

Aprovechemos pues estas fechas navideñas de tan profundo sentir cristiano para ser un poco mejores y pedir que el próximo año sea portador de nuevas soluciones nacidas en la fe y en la amistad para conseguir una sociedad más justa y un mundo mejor donde nunca falte la sonrisa y donde sea posible la paz estable y duradera. Ese es nuestro más sincero deseo.

Feliz Navidad y Próspero Año Nuevo.

SERRA-FARGAS, S. A.

BARCELONA-1 — Plaza Castilla, 3
Tel. 301 83 00

DENTALITE, S. A.

MADRID-8 — San Bernardo, 74
Tel. 232 02 88

«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.

EL PIE Y SU BIOMECANICA

Por D. MARTIN RUEDA
PODOLOGO
Barcelona

Cuando confeccionamos una plantilla, nuestro objetivo primordial es buscar la normalidad fisiológica del pie a través del perfecto acoplamiento y equilibrio de las distintas fuerzas que gravitan sobre él, jugando para ello con la manipulación de las piezas óseas que lo constituyen para, a partir de una alteración postural, modificar los ejes de carga centrando la cúpula plantar. Normalmente, al menos es mi opinión personal, sólo podemos alcanzar ese objetivo mediante una plantilla con suficiente dureza para que neutralice por medio de unas fuerzas de reacción el desequilibrio existente entre las fuerzas de acción o peso. Si conseguimos esto, podemos considerar que la plantilla cumple su cometido. Lógicamente, no se puede llegar a esa consecuencia sin un previo estudio del pie, tanto en estática como en dinámica, para concretar en primer lugar la alteración, y en segundo, los puntos de corrección, o puntos de desplazamiento de las distintas piezas óseas a través de sus ejes de movimiento, de los cuales hablaremos seguidamente bajo un punto de vista puramente funcional.

La primera articulación funcional es la tibio-peronea-astragalina. En posición normal, esta articulación ha de adoptar una posición que represente el equilibrio entre las fuerzas que bajan por la pierna hasta el pie, y las que de éste ascienden como consecuencia del tono muscular equilibrador. Por su constitución anatómica es una tróclea, y como tal, su eje es transverso, pasando por la punta del maléolo tibial y por el borde anterior del maléolo peroneo. Los movimientos a través de ella serán de flexo-extensión, con una excursión de unos 60 a 65 grados. Por lo tanto, este eje y los maléolos adoptarán posiciones distintas dependiendo del tipo de alteración, girando internamente en los valgos y externamente en los varos, con un ángulo de giro que será proporcional al grado de valguismo o varismo del calcáneo y de la desviación del eje de la pierna sobre la perpendicular, según se trate de tibias varas o valgas.

Por debajo del astrágalo está la articulación subastragalina, cuya observación y estudio nos llevará a la conclusión de dividirla en dos partes: una posterior, sobre el tálamo de Destot, y otra anterior, que funcionalmente vamos a considerarla junto con la astrágalo-calcáneo-escafoidea. La posterior es un trocus, y su movimiento no es puramente el de su género, sino el de deslizamiento. Por delante de la ranura astragalina, la parte anterior del astrágalo tiene dos superficies articulares planas (artrodias) que apoyan sobre el sustentaculum tali y forman el inicio de la concavidad de la enartrosis astrágalo-escafoidea que, por su parte, a pesar de poseer tres grados de movimiento según su configuración anatómica, no los realiza funcionalmente, ya que su movimiento está limitado, además de por la articulación posterior, por los ligamentos que son comunes a ambas (interóseo, calcáneo-escafoideo-plantar o glenoideo, haz anterior del deltoideo y parte interna del ligamento en Y o de Chopart). El calcáneo, por su parte anterior, se une al cuboides mediante una articulación que, aunque anatómicamente se asemeja a una artrodia, la consideraremos de encaje recíproco, según se desprende de su cometido funcional. En conjunto, tenemos pues diversos ejes con diversas direcciones: uno transverso (t.p.a.), otro ántero-posterior y transverso (sub.as.post.), tres en la enartrosis y dos en la calcáneo-cuboidea; todos ellos trabajan armónicamente al unísono alrededor de otro eje imaginario, común a los mismos, que tiene tres componentes: uno ántero-posterior, otro oblicuo y otro transverso, y que transcurriría desde la parte ántero-interna de la cabeza del astrágalo, cruzando el seno del tarso, para ir a

ESSAVENON®
GEL

Fórmula: 100 g. 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 en la zona afectada 3 a 4 veces al día, extendiendo sobre la zona.

Indicación terapéutica:
Insuficiencia venosa local, traumatismos, hematomas.

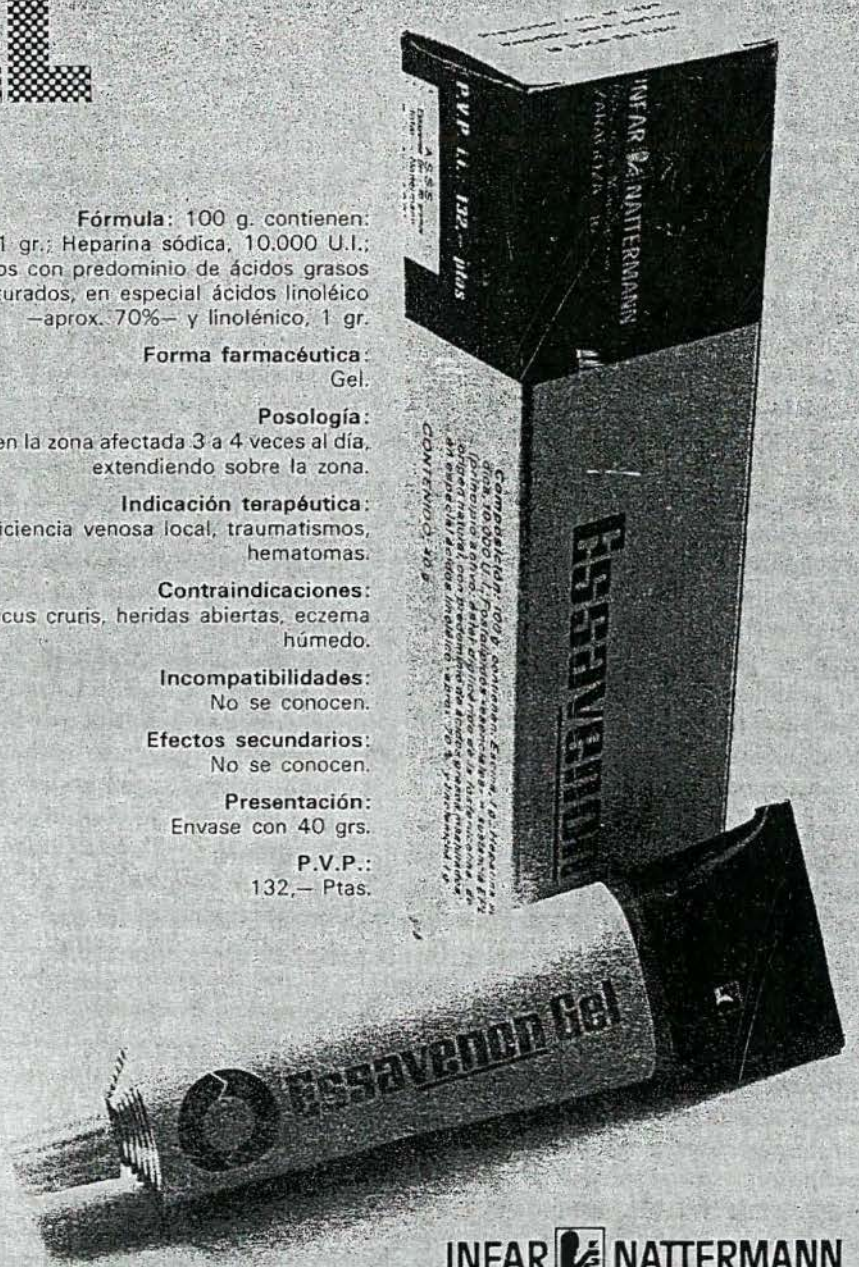
Contraindicaciones:
Ulcus cruris, heridas abiertas, eczema húmedo.

Incompatibilidades:
No se conocen.

Efectos secundarios:
No se conocen.

Presentación:
Envase con 40 grs.

P.V.P.:
132,— Ptas.



INFAR NATTERMANN

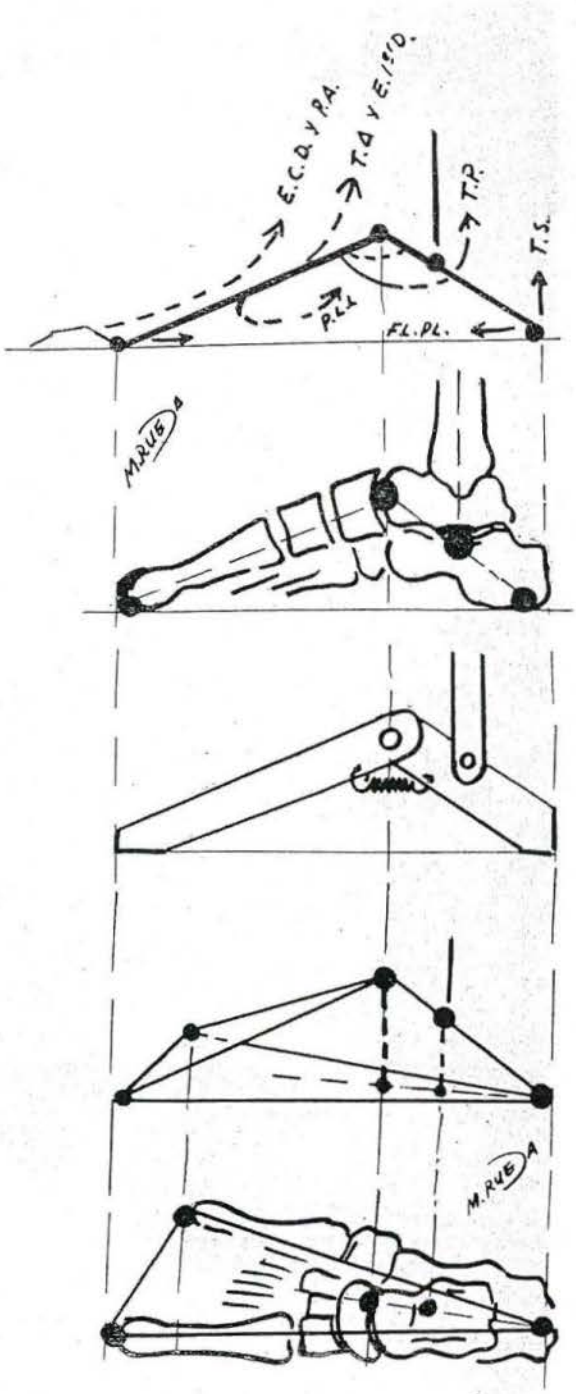
Apartado 400 Zaragoza — Infanta Carlota, 84-86 - Barcelona 29

salir por la cara lateral externa del calcáneo, hacia la tuberosidad de los peroneos: es el eje de HENKE. En cuanto al antepié, influirá activamente sobre el retropié según la longitud de los distintos radios óseos, y muy especialmente del primero y del quinto, como arbotantes laterales de los arcos interno y externo.

Si nos fijamos en el eje mayor del astrágalo, veremos que éste sigue la misma dirección que el primer radio óseo, formando un ángulo de 90º con la línea transversa que une los dos bordes posteriores de la cara articular del escafoides. Cuando el pie se variza o se valguiza se modifican forzosamente estos ángulos, como consecuencia del deslizamiento o subluxación de la cabeza del astrágalo, es decir, del movimiento realizado a nivel de la rótula astrágalo escafoidea; por tanto, éste será el punto de máxima corrección de la plantilla ortopédica, punto cuya consecución requiere la corrección desde la cara plantar del cuboides, supinándolo o pronándolo, según los casos, a la vez que sobre la cara plantar y lateral interna de la apófisis mayor del calcáneo, ascendiendo hasta la cabeza astragalina, a nivel del rodete glenoideo, sujetando posteriormente a la tuberosidad del escafoides por su parte lateral interna y plantar, y descendiendo ya de una forma paulatina hasta las cabezas metatarsales. Estas modificaciones se aprecian sobre la pinza maleolar, modificándose ésta, y consecuentemente la altura de los maléolos y la dirección del eje de la t.p.a.

En condiciones normales, el peso que gravita por la tibia se divide en dos vectores al llegar al astrágalo: uno posterior, que sigue la dirección de las líneas de fuerza o trabéculas del calcáneo para acabar en su tuberosidad plantar, y dos que divergen hacie el antepié (cabezas metatarsales y dedos 1.º y 5.º). Así, el arco plantar se asemeja a una bóveda triangular.

Este complejo estructural está dispuesto de tal manera que cumple la triple función de carga, amortiguación y propulsión, valiéndose para ello de dos arcos bien diferenciados: uno externo (calcáneo, cuboides, 4.º y 5.º segmentos), arco de carga, con poca altura, articulaciones sólidas (poco móviles), grandes ligamentos y pocos tirantes musculares; y otro interno (calcáneo, astrágalo, escafoides, 1.º, 2.º y 3.º segmentos), arco de propulsión, con más altura, más motilidad, más tirantes musculares.



El desequilibrio del pie en valgo trae como consecuencia la desviación del eje de carga hacia el radio interno, lo que motiva el desplazamiento de éste hacia adentro, con disminu-

NO LO MANTENGA EN DIFICIL EQUILIBRIO
Mendivil
LE AYUDARA, A DARLE LA CONFIANZA Y SEGURIDAD QUE NECESITA.
Orto-Mendivil s.l.
CALZADO CORRECTOR Y PARA PLANTILLAS ESPECIALES....
El Aguaor, José Menor Hernández, s/n - Apartado 191 - Teléfono 80 13 77 - VILLENA

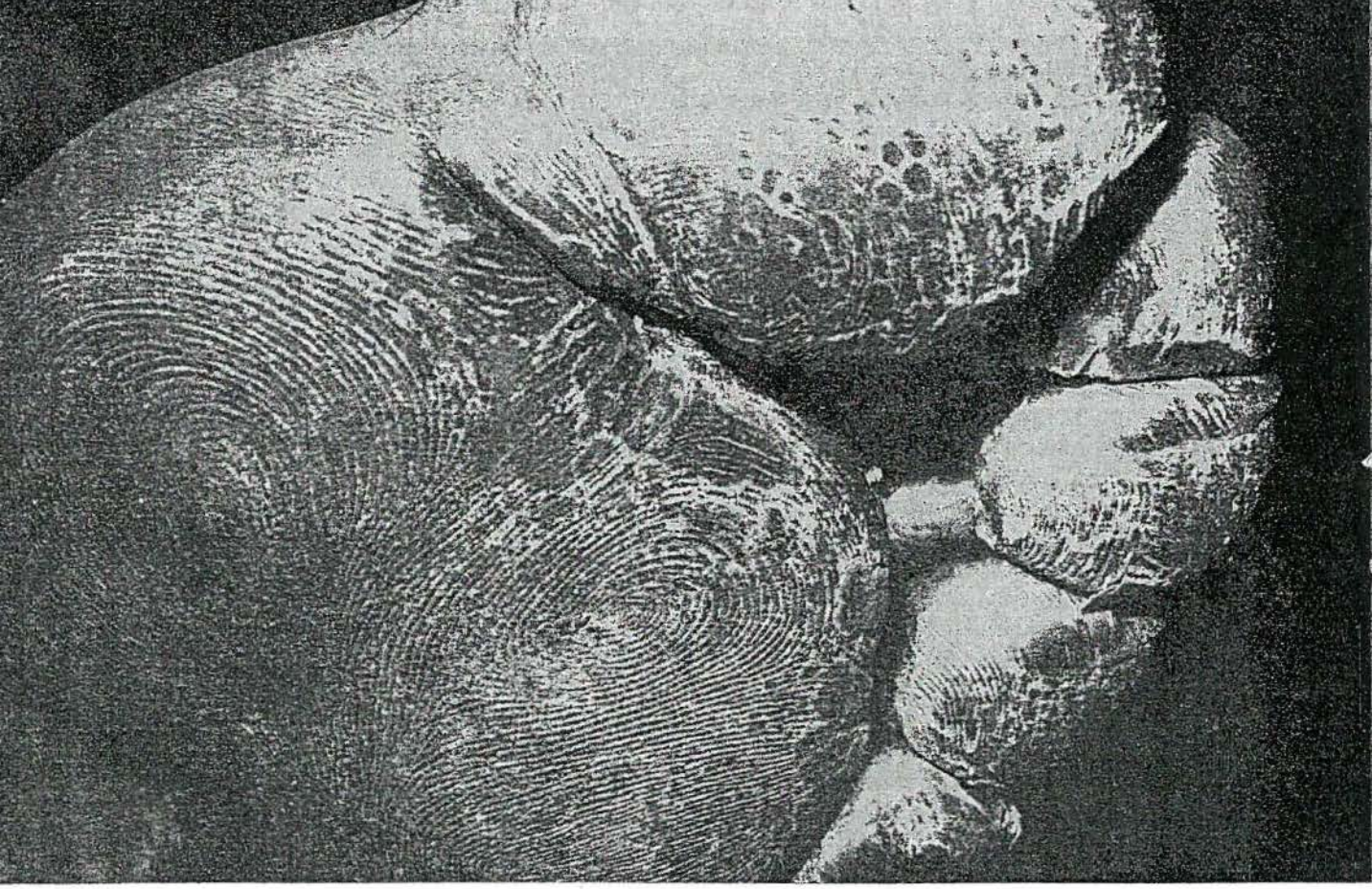
ción de su altura máxima respecto al plano del suelo (sin que forzosamente se altere su parábola); consecuentemente, el arco externo se eleva o pierde su contacto firme con el suelo, motivando ambas alteraciones la concurrencia de carga y propulsión sobre un mismo radio: el interno. Asimismo, el eje de calcáneo sufre una lateralización y una aducción, y un descendimiento de su parte anterior, girando a la vez la pinza maleolar internamente.

Estas modificaciones han de influir forzosamente sobre toda la arquitectura plantar, experimentando rotaciones o desplazamientos las articulaciones cuya anatomía se lo permite. En el arco interno ocurre en la enartrosis astrágalo escafoidea, ya que las demás (escafo-cuneales y cúneo-metatarsales) son articulaciones planas. Dicha enartrosis sufre una alteración en la coaptación de sus caras articulares traducida en la aducción de la cabeza del astrágalo, que «resbala» sobre la concavidad escafoidea posterior. Ese será, pues, el punto de máxima elevación de la plantilla para corregir las alteraciones del arco interno: la parte posterior de la enartrosis, es decir, la cabeza del astrágalo, descendiendo ya en la cara plantar y lateral interna del escafoides, al cual acolcha, y siguiendo el eje longitudinal del 1.º meta hasta detrás de su cabeza.

Por la parte exterior, el contorno de la plantilla seguirá al del pie (hasta la articulación metatarso-falángica del 5.º meta), rebasándolo sólo cuando las correcciones a efectuar así lo requieran. La parte anterior seguirá rigurosamente la fórmula metatarsal.

Hemos dicho que el peso del cuerpo se transmite por la tibia sobre la cara superior del astrágalo y desde aquí se distribuye en tres vectores: talón, 1.º y 5.º metas. El equilibrio del pie se logrará, pues, cuando la proyección de ese punto de intersección se realice dentro de la base triangular de apoyo. Será desequilibrio valguizante cuando se desplace hacia adentro, y varizante cuando se desplace hacia afuera (teoría de Perthes). Con la plantilla, lo que hacemos es centrar ese punto, que teóricamente debe caer sobre la bisectriz del ángulo posterior (el punto gravitacional de la cúspide de esa pirámide sería, matemáticamente, la intersección de las tres bisectrices).

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.



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
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.
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 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

pharma consult/sa

Vendajes con cinta de goma

Por MANUEL MONTES VICENTE

Profesor de la Escuela de Podología de la F. de Medicina de Madrid

Es posible que sea condición humana el despreciar lo sencillo y recurrir a lo complicado a pesar de que con lo primero hayamos obtenido buenos resultados.

Los profesionales de la Medicina (en este caso concreto los Podólogos), con cierta frecuencia usamos tratamientos o procedimientos terapéuticos exagerados para resolver problemas que de una forma mucho más sencilla tendrían una fácil solución.

Una alteración en la alineación de los dedos del pie que observamos con cierta frecuencia en nuestras consultas es el 5.º varo. Esta deformación, a veces no produce ninguna molestia, pero esto no siempre es así y hay personas que lo padecen y que tienen en ello un verdadero martirio, en especial si se trata de una mujer, por ser sus zapatos más estrechos y tener un tacón más alto.

Generalmente son tratados por el Traumatólogo por métodos quirúrgicos y, con frecuencia, sin obtener unos resultados totalmente satisfactorios.

Existe, sin embargo, un tratamiento a nuestro alcance que podemos incluir entre los sistemas sencillos que citamos al principio de este trabajo. Ni qué decir tiene que el éxito a obtener variará, entre otras cosas, con la edad del enfermo y por lo tanto las posibilidades de obtener buen resultado estará en razón de los años de éste, ya que cuanto más joven sea mejor será el pronóstico.

Consiste en aplicar un vendaje elástico, de forma tal, que obligue al dedo desplazado a ocupar su lugar fisiológico. Este fue descrito por H. A. Budin en 1.941 y consiste en utilizar una cinta de goma plana, como las que se usan de compresores para inyecciones endovenosas, es decir, de unos 2 ó 2,5 cm. de anchura. Se comienza haciendo un lazo en uno de sus extremos, de forma tal que quepa dentro de él, el 5.º dedo. Una vez colocado en éste, se hace una pequeña tracción hacia abajo para conseguir su corrección, se sigue por la planta del pie hasta el borde interno, pasando por detrás de la cabeza del 1.º metatarsiano para subir por el dorso del pie, continúa por debajo del maleolo externo, pasa al talón, sigue por el borde interno para terminar uniéndose a la misma goma, a la altura del 1.º metatarsiano.

Este vendaje deberá tener la suficiente tensión como para corregir la deformación, pero teniendo en cuenta no ponerle demasiado apretado, pues entonces no se podría soportar. La longitud de la cinta de goma variará con el pie del enfermo y no se cortará hasta haberla ajustado. A continuación se marca con un bolígrafo el sitio donde ha de unirse, se retira del pie y se pega.

Una variación del modelo anterior sería la siguiente: después de haber colocado el lazo sobre el 5.º dedo, la cinta sigue por la planta del pie hasta llegar al borde interno por detrás de la cabeza del 1.º metatarsiano, continúa por

Fitex-E Onico-Fitex

Tratamiento local específico de las dermatomicosis y micosis de uña respectivamente.

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.
224,— 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.
118,— ptas.

INFAR NATTERMANN

Apartado 400 – Zaragoza Infanta Carlota, 84-88 Barcelona-15

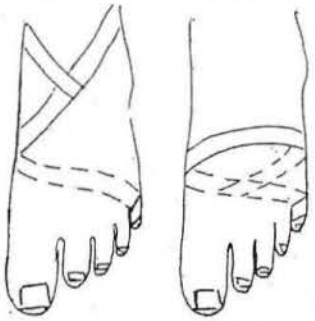
el dorso del pie, y pasando por detrás de la cabeza del 5.º metatarsiano, vuelve a pasar por la planta hasta unirse a la cinta por detrás de la primera articulación metatarsofalángica.

Siempre que tengamos que pegar dos trozos de cinta de goma deberemos tener la precaución de pasar antes por esa zona con la pulidora o en su defecto con el motor eléctrico y una fresa de carborundo, a continuación se da la disolución, se espera a que se seque y después se juntan las dos partes, pegando mejor si se aplica un objeto caliente, al tiempo que se hace una pequeña presión. Otra precaución que hemos de tener es que una vez pegadas las piezas, con la pulidora, o la citada fresa de carborundo rebajaremos el resalte del trozo de goma que monta para evitar que con el uso se tropiece con él y se facilite su despegue.

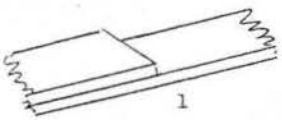
También se puede utilizar este sistema dándole, naturalmente, la forma adecuada, para tratar dedos supraductos, infraductos y hallux valgus. En este último caso el aparato presentará una anchura mayor por lo que, a veces, será preciso hacer unas perforaciones con un sacabocados para permitir una mejor aireación.

Estas piezas se pueden llevar por el día y por la noche, se quitan para bañarse, se lavan con agua y jabón, se seca bien y se espolvorea con talco.

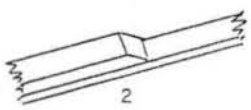
5º Varo.



Dos modalidades del Vendaje de Budin.



1



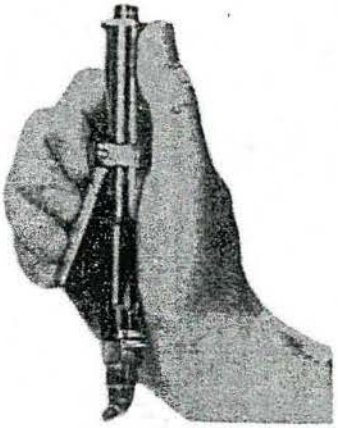
2

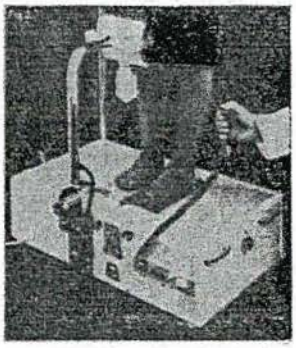
El trozo de cinta de goma que monta debe rebajarse para evitar que se despegue.

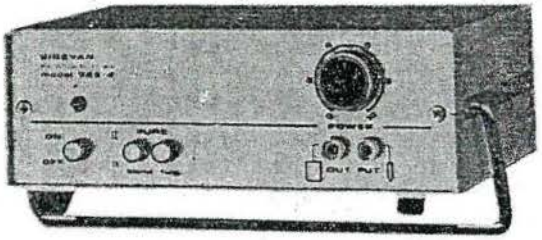
LUGA

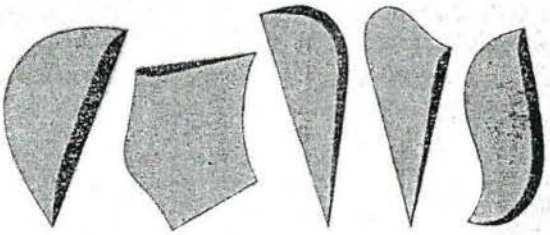
CLARA DEL REY, 47
TELEFONO 416 84 45
• MADRID-2 •

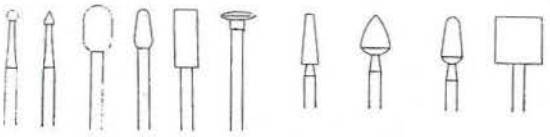
LA CASA DEL PODOLOGO

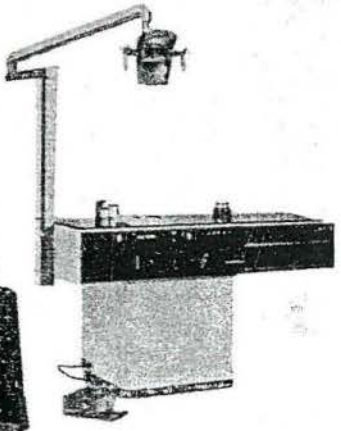


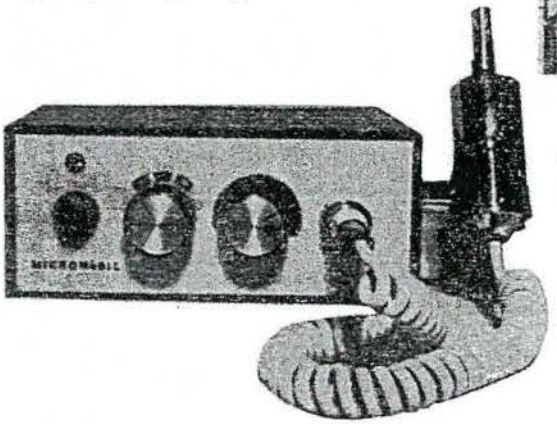












Estamos añadiendo nuevos artículos constantemente a nuestro catálogo.

Solicite cualquier información adicional que considere necesaria. Atenderle será para nosotros motivo de satisfacción.

A su servicio las 24 horas del día, con contestador automático

MINISTERIO DE SANIDAD Y SEGURIDAD SOCIAL

B.O.E. 14 Noviembre 1979

ORDEN de 16 de octubre de 1979 por la que se regulan los efectos y accesorios incluidos como parte de la prestación farmacéutica de la Seguridad Social.

Ilustrísimos señores:

El artículo 105.1 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social incluye dentro de las prestaciones farmacéuticas los efectos y accesorios farmacéuticos que se prescriban por los facultativos de la Seguridad Social. La importancia que dichos efectos y accesorios ha alcanzado últimamente aconseja que éstos sean regulados a través de la presente Orden. En ella se define lo que debe entenderse con dichas denominaciones y se determina la implantación de una oferta previa por parte de los fabricantes o importadores de dichos efectos o accesorios ante el Instituto Nacional de la Salud para que, en su caso, sean incluidos dentro de la prestación farmacéutica.

Al mismo tiempo que se impone la obligatoriedad de la oferta, se ordena a la Dirección General de Farmacia y Medicamentos que homologue las calidades y características de los diferentes efectos y accesorios y que reglamente o proponga la reglamentación de aquellos que no tengan unas normas propias.

Por último encarga a la citada Dirección General de Farmacia y Medicamentos de la fiscalización y control del mantenimiento de las características y calidades de los citados efectos y accesorios.

En su virtud, y previo informe de la Junta Reguladora de la Prestación Farmacéutica de la Seguridad Social, este Ministerio ha tenido a bien disponer:

Artículo 1.º Se define como efectos y accesorios comprendidos en la prestación farmacéutica de la Seguridad Social a aquellos artículos que, sin tener la consideración de medicamentos, se utilizan en la práctica médica habitual para llevar a efecto un tratamiento terapéutico o ayudar al enfermo en los efectos indeseados del mismo, su fabricación es seriada y se dispensan en las oficinas de Farmacia.

Art. 2.º Se considera que tienen el carácter de efectos y accesorios, de acuerdo con lo establecido en el artículo anterior, los siguientes grupos de materiales y utensilios:

a) Materiales de cura, tales como algodones, esparadrapos, agrafes, vendaje oclusivo ocular, gasas, vendas y apósitos en general, sean o no estériles.

b) Utensilios destinados a la aplicación de medicamentos, tales como equipos inyectores gota a gota, inhaladores, cánulas y las diferentes partes de equipos irrigadores.

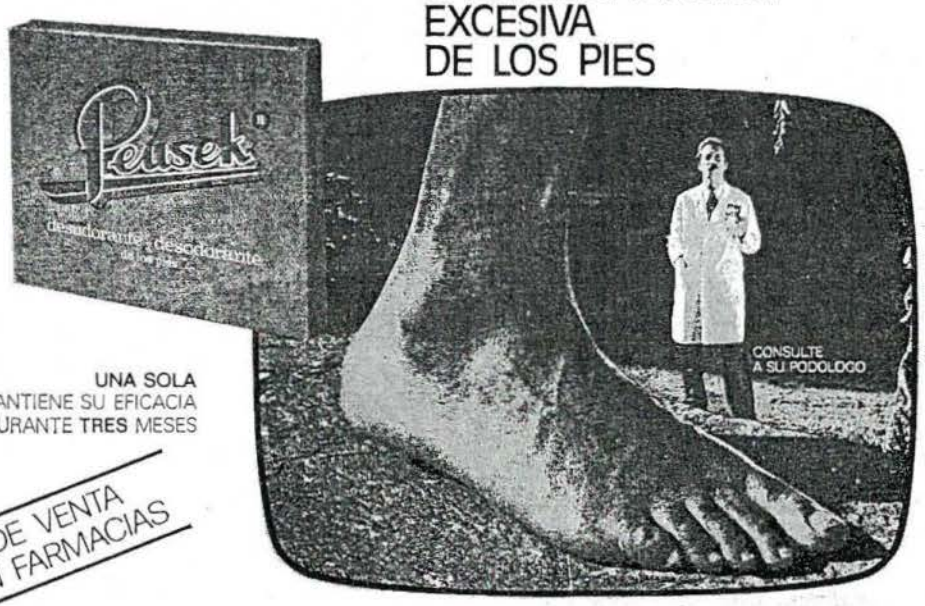
c) Utensilios para la recogida de excretas y secreciones, tales como sondas, bolsas contra natura, bolsas recolectoras de orina, aspiradores nasales y sacaleches.

d) Utensilios destinados a la protección o reducción de lesiones o malformaciones internas, tales como dediles, bragueros, muñequeras, rodilleras, musleras, coderas, hombreras, suspensorios, fajas o vendas umbilicales, vendas enyesadas, vendas adhesivas o elásticas y medias elásticas terapéuticas.

Art. 3.º No deben considerarse incluidos en los artículos anteriores aquellos objetos que requieran una confección o adaptación individualizada para su uso, tales como plantillas ortopédicas, fajas ortopédicas o lumbostatos, cuya prestación o dispensación se ajustará a lo establecido en el artículo 108 de la Ley General de la Seguridad Social y disposiciones que lo desarrollen.

Art. 4.º Los efectos y accesorios comprendidos en la prestación farmacéutica de la Seguridad Social tendrán que ser ofrecidos al Instituto Nacional de la Salud, debiendo hacerse cargo únicamente de aquellos cuya oferta haya sido aceptada.

REGULA
LA TRANSPIRACIÓN
EXCESIVA
DE LOS PIES



UNA SOLA
APLICACION MANTIENE SU EFICACIA
DURANTE **TRES** MESES

DE VENTA
EN FARMACIAS

¡Y andando! que es... PEUSEK

ARCANDOL
para pies siempre en danza

CONSULTE A SU
PODOLOGO

DE VENTA
EN FARMACIAS

Productos PEUSEK Av. Infanta Carlota, 19 21 Tel. (93) 239 83 34 - BARCELONA - 29

Art. 5.° Los citados efectos y accesorios tendrán que estar recubiertos por una envoltura en la que conste un cupón precinto, que tendrá que ser adherido a la receta por la farmacia que los suministre en el momento de su entrega al beneficiario.

Art. 6.° La aportación del beneficiario será la misma que la que está establecida para las especialidades farmacéuticas incluidas en el artículo primero, apartado 1.2, del Decreto 915/1978, de 14 de abril.

Art. 7.° El Instituto Nacional de la Salud determinará los requisitos que ha de llevar el cupón-precinto, el trámite a seguir y plazos para la concesión de la oferta, que tendrá que ser renovada cada cinco años.

Art. 8.° El Instituto Nacional de la Salud, consultadas las representaciones legales de fabricantes o importadores existentes y la Corporación farmacéutica, establecerá los precios máximos de cada uno de los tipos y calidades de aquellos efectos y accesorios que no tengan un precio fijado por la Administración del Estado.

Art. 9.° Para que se puedan dispensar efectos y accesorios que no estén incluidos en los ofrecidos y aceptados por el Instituto Nacional de la Salud, la receta correspondiente tendrá que estar autorizada por la Inspección de dicho Instituto.

Art. 10.° La Dirección General de Farmacia y Medicamentos establecerá la homologación de las diferentes clases de los efectos y accesorios citados, fijando los plazos y requisitos para llevar a efecto dicha homologación, que será condición previa para obtener la aceptación de la oferta.

Art. 11.° La Dirección General de Farmacia y Medicamentos a través de sus Servicios y Centros dependientes funcionalmente de ella, fiscalizará y controlará el mantenimiento de las características y calidades de los efectos y accesorios homologados.

DISPOSICION TRANSITORIA

Hasta tanto la Dirección General de Farmacia y Medicamentos establezca la homologación de los distintos grupos de materiales y utensilios, estos podrán ser ofrecidos al Instituto Nacional de la Salud sin dicho requisito, si bien, una vez obtenida la homologación, deberán renovar seguidamente su oferta, con independencia de que no se haya agotado el plazo de renovación señalado en el artículo 7.°.

DISPOSICION FINAL

Se faculta a la Dirección General de Farmacia y Medicamentos para resolver las cuestiones que pudieran derivarse de la aplicación y desarrollo de la presente Orden.

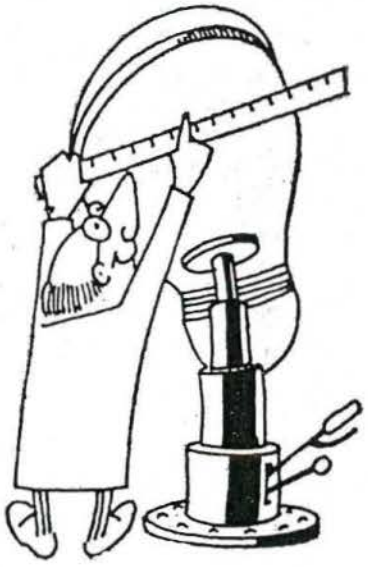
Lo que comunico a VV.II. para su conocimiento y efectos.

Dios guarde a VV.II. muchos años.

Madrid, 16 de octubre de 1979.

ROVIRA TARAZONA

Ilmos. Sres. Secretario de Estado para la Sanidad, Subsecretario del Departamento, Director general de Farmacia y Medicamentos y Director general del Instituto Nacional de la Salud.



PIEDRO

OFRECE AL PODOLOGO:

cuatro distintos anchos
cuatro tipos distintos de suela

- 100 % cuero crupón marca-royal
- palmilla entresuela cuero y bloque de composición controlada
- íd., íd., íd. y crepé superior virgen
- 100 % cuero crupón reforzado

tres tipos distintos de tacón (recto, estilo Thomas y recto con estabilización central)

dos tipos de hormas (normal y recta)

ochenta distintos modelos y siempre:

Máxima sujeción de empeine y retropié
Espacio para el movimiento de dedos
Máxima calidad de materiales
Espacio para el crecimiento
Máxima indeformabilidad

PIEDRO INTERNATIONAL

En España
J. L. Vila-Plana
Conde Borrell, 211 - prta. 33
teléfono 93/239 53 06
Barcelona-29
telegramas: KIRITA-Barcelona
exposición: Conde Borrell, 87
(rogamos hagan cita)

PIEDRO

NAVIDAD 1979

Entre los Christmas, que he recibido, no podía faltar el de mi amigo "PEPITO GRILLO".

No era el clásico Christma, de frases más o menos ingeniosas, sino más bien unas reflexiones.

Por este motivo, he creído oportuno transcribirlas.

Decía así:

"Amigo. Al llegar cada año por estas fechas, la humanidad, independientemente de enviar felicitaciones, hace un resumen o balance de sus actividades, tanto culturales, como profesionales.

Si el fiel de la balanza, es positivo, se quedan contentos, sin más. Pero, si es negativo, en vez de indagar los motivos, para subsanar el déficit, caen en la socorrida frase "NO HE TENIDO SUERTE".

También se desea prosperidad. Con frecuencia se olvida que ésta, exige un precio para alcanzarla, y que hay que abonarlo por adelantado.

Como de ilusión también se vive, la mía para 1980, sería poder contemplar:

— Que aumentara el número de agrupados.

— Que nadie quiera destacar, en perjuicio de los demás.

— Que si se pide colaboración, se dé desinteresadamente.

— Que la falsa modestia desaparezca.

— Que se trabaje con profesionalidad, pero, también con honradez.

— Que las prótesis las elabore personalmente el PODOLOGO, no las adquiera pre.....

— Que el PODOLOGO, se dedique única y exclusivamente a su profesión.

— Que los zapatos los vendan las zapaterías.

— Que cuando se solicite, un aumento de cuotas, no haya ataques de histerismo.

— Que el EGO desaparezca.

— Que aparezcan nuevas colaboraciones en la Revista.

— Que no se olvide que la UNION HACE LA FUERZA.

— Que la Paz, reine en todos los corazones.

— Que la Podología alcance las más altas cimas."

Después de algunas consideraciones, sin importancia, se despedía, deseándome Paz y Prosperidad.

Yo, aprovechando la ocasión, también deseo a la gran familia PODOLOGICA, PAZ Y PROSPERIDAD.

C.T.

XIII Congreso Nacional de Podología

ALICANTE, 15 DE NOVIEMBRE DE 1979

Estimado amigo y compañero:

Como supongo, estarás enterado que en la Asamblea habida en el XII Congreso Nacional de Podología, celebrado en la ciudad de Valladolid en el mes de mayo pasado, fue distinguida con la concesión del próximo congreso, la ciudad de Alicante.

Con este alegre motivo te comunicamos que el XIII Congreso Nacional de Podología se celebrará en esta ciudad el próximo octubre de 1980, en los días 8, 9, 10 y 11 (miércoles, jueves, viernes y sábado).

La sede del Congreso será el Aula de Cultura de la Caja de Ahorros de Alicante y Murcia, instalación modélica y con todos los adelantos técnicos para la celebración de Congresos, tanto nacionales como internacionales, su capacidad es de 700 plazas sentadas.

En próxima circular ya podremos adelantarte detalles del mismo, tales como, normas para las ponencias, situación de la sede con respecto a la ciudad y sus hoteles y otros detalles más.

Alicante en el mes de octubre, todavía estival, os espera y procuraremos que vuestra estancia aquí sea lo más agradable posible, tanto en el aspecto científico como de solaz.

El tema general de este Congreso será:

EXOSTOSIS EN PODOLOGIA

En espera de que la decisión asamblearia haya sido de tu agrada y hasta que nos comuniquemos próximamente, recibe un saludo afectuoso de,

La Comisión Organizadora

Secretaría General: Plaza Chapi, 1, 5.º dcha. - teléfono 21 24 61 - Alicante-1.

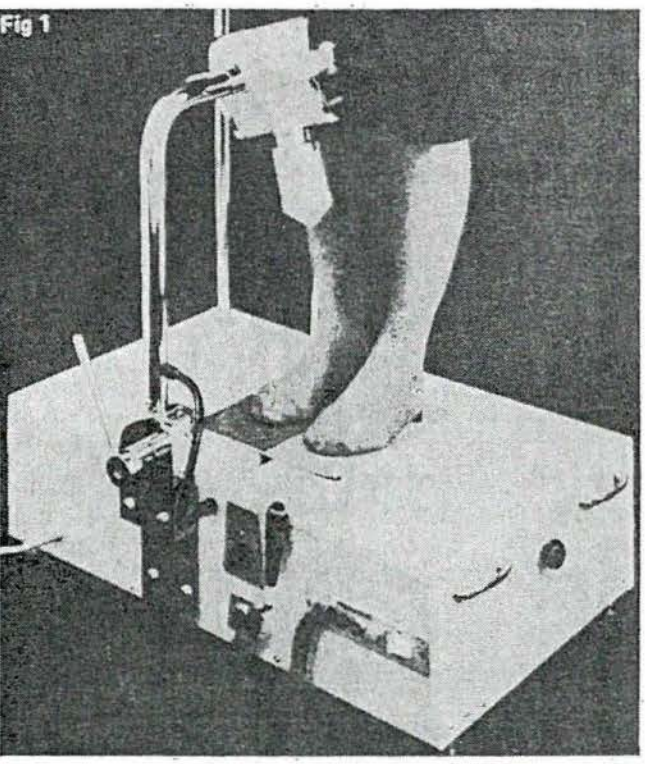


Fig 1

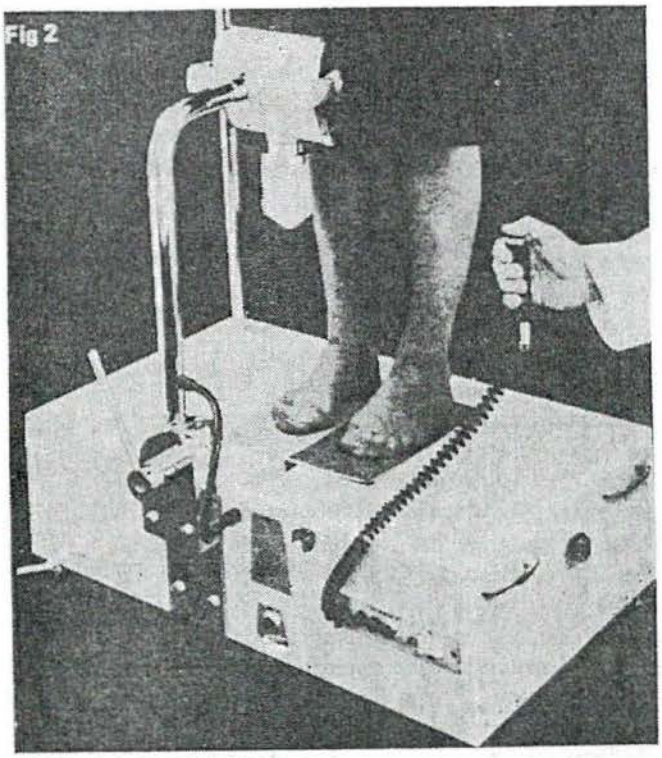


Fig 2

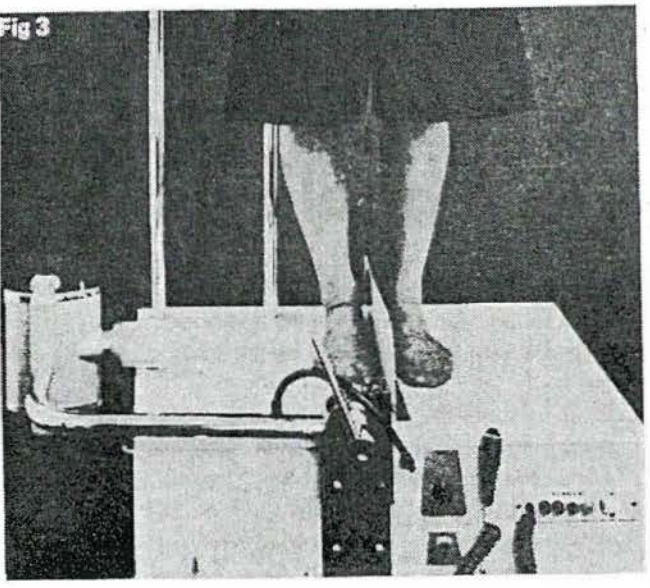


Fig 3

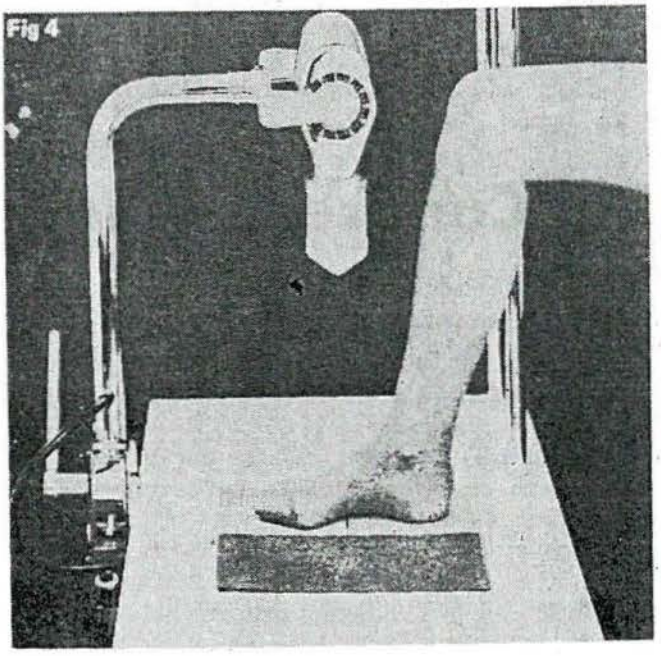


Fig 4

¡NOVEDAD! APARATO PODOLOGICO DE RAYOS X

La presente unidad de Rayos X fue especialmente estudiada para ser utilizada por los Podólogos, para dar una alta calidad y un diagnóstico radiográfico del pie y tobillo en las dos posiciones (carga y descarga).

La caja está diseñada para prevenir la exposición de toda la película por debajo del nivel del tope de la carga de exposición. Y esta posición permite radiografiar ambos pies en la posición de carga lateral, para ser comparados en la misma película.

El control remoto permite al operador adoptar la distancia correcta de trabajo.

DISTRIBUIDOR EXCLUSIVO: **LUGA - LA CASA DEL PODOLOGO** - Clara del Rey, 47, Madrid-2

LABOR DE LAS DELEGACIONES

DELEGACION DE ZONA ISLAS CANARIAS

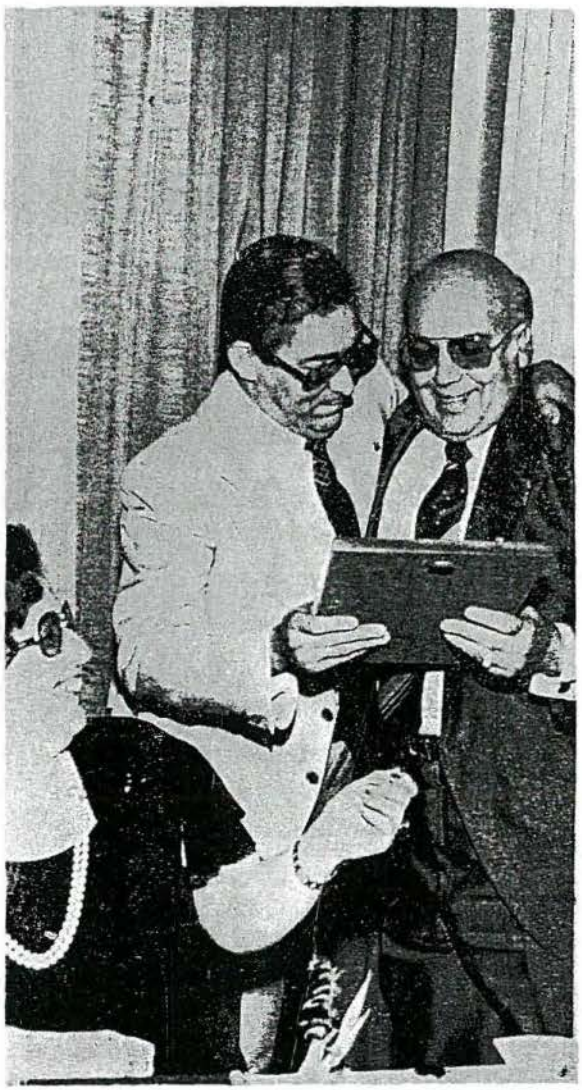
El pasado mes de junio, en los amplios salones del Gran Hotel Mencey de Santa Cruz de Tenerife, se dieron cita, personalidades, compañeros y amigos del destacado podólogo don Artemio Méndez Martín, con el fin de ofrecerle una Cena Homenaje, con motivo de habérsele concedido recientemente por la Agrupación de Podólogos de España, la Medalla al Mérito Profesional.

Es de destacar la presencia de compañeros venidos de todas las islas hermanas, del plantel de Médicos del Sanatorio de Enfermedades del Tórax de Ofra con su director Dr. Armas, del Sr. Presidente del Colegio Oficial de Ayudantes Técnicos Sanitarios, de Don Gerardo Lagüens Marquesan, Inspector General de Servicios del Ministerio de Educación y Ciencia, llegado exprofeso desde Madrid, para asistir al Acto, e innumerables amigos, todos ellos acompañados de sus respectivas esposas.

Se trataba nada más y nada menos que de homenajear a una de las primeras figuras de la Podología Canaria, un hombre que tiene en su haber mucha ejecutoria y mucho magisterio, en una amplia y dilatada labor profesional que no es posible silenciar. Así lo comprendieron sus compañeros y amigos, que se volcaron materialmente en la asistencia al Acto fraternal y en elogios a la hora inevitable de las disertaciones de sobremesa, con ello se rendía tributo de admiración y afecto a un profesional ligado a todos los ambientes de la vida de las Islas.

Este Acto de hermandad y cariño, constituyó un brillante éxito merced a los esfuerzos realizados por el Comité Organizador, que hizo imposibles para que éste revistiera las características especiales, que lograran el éxito alcanzado.

El Delegado de Zona de la Agrupación Nacional de Podología, Sr. Morán, leyó un sin fin de telegramas de adhesiones de toda España, obsequiando en nombre de la Delegación que



El Sr. Morán, Delegado de Zona haciendo entrega al Sr. Méndez, del Pergamino-Placa de plata

sillón eléctrico **STARLINE**

ELEGANCIA DE LINEA — FUNCIONALIDAD Y UTILIDAD
EN EL DISEÑO — ROBUSTEZ — PERFECTO ACABADO

PRECIOS Y CONDICIONES
EXCEPCIONALES

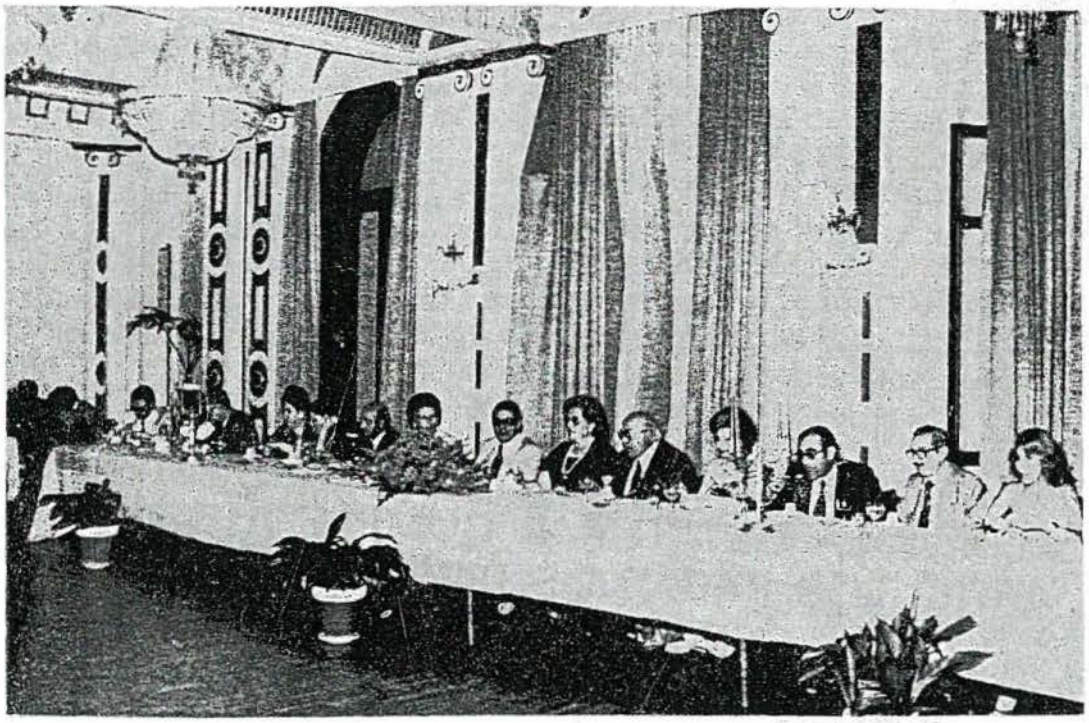
SERVICIO TECNICO GARANTIZADO EN TODA
ESPAÑA POR EL SERVICIO POSVENTA
SUDENTA, S. A.

SOLICITE AMPLIA INFORMACION SIN COMPROMISO A:

SUDENTA,S.A.
departamento podologia

Ronda San Antonio, 98
Tels. 318 96 16 - 318 96 12

Espoz y Mina, 7
Tels. 222 45 69 - 221 40 44



Aspecto de la mesa de autoridades e invitados asistentes

preside, a la Sra. de Méndez, un precioso ramo de flores y una bandeja de plata como recuerdo del Acto y después de unas emotivas palabras, hizo entrega a don Artemio Méndez Martín un artístico pergamino de plata, cediendo la palabra al Sr. Presidente del Colegio Oficial de Ayudantes Técnicos Sanitarios, el cual después de un cumplido elogio a la personalidad del homenajeado, le hizo entrega de un pergamino en nombre del Colegio que preside.

Hablaron a continuación los compañeros don Miguel Hernández de Lorenzo Muñoz y don Paulino Cejas Fuentes-Quintero, que abundaron en datos y citas sobre la recia personalidad humana y profesional del Sr. Méndez Martín.

El Sr. Méndez, agradeció visiblemente emocionado, las cariñosas pruebas de afecto recibidas, siendo sus palabras acogidas con un cálido y prolongado aplauso.

Como broche de oro, la reunión terminó con un animado baile y así también un homenaje que no fue precisamente uno más, sino que se caracterizó por su hondo sentido de solidaridad en torno a una figura querida por todos.

En fin un gran homenaje, para un hombre grande y generoso.

Cronista:
Miguel Hernández de Lorenzo-Muñoz

MADRID

Continuando la tradición de esta Delegación provincial, de realizar conferencias sobre temas profesionales en cada curso académico, durante el pasado de 1978-1979, se han celebrado en la misma los siguientes actos.

El 16 de febrero de 1979 y con gran número de Podólogos, tuvo lugar una MESA REDONDA sobre el tema ORTOSIS POLOKOFF DE SILICONA, siendo el ponente el conocido compañero DON LUIS AYCART VIJUESCA.

Con su proverbial sencillez, explico sus experiencias en este campo logrando interesar a todos los presentes, convenciendo de la importancia que tiene en nuestro campo profesional, el dominio y aplicación de estas pequeñas pró-

Constantino Velasco Lainz

PONE A DISPOSICION DE LA PODOLOGIA ESPAÑOLA UNA GAMA COMPLETA DE ARTICULOS PARA LOS PIES CON LOS PRODUCTOS:

für die Füße BERKEMANN

BERKEMANN

Y

VELMANN

VELMANN

...al servicio de sus pies.

INSTRUMENTAL PODOLOGICO
CORRECTORES Y PROTECTORES PARA PIES
MATERIAS PRIMAS. — Plexidur, Ortholen, corcho, goma-espuma, etc.
MATERIAS SEMITERMINADAS. — Cuñas, arcos bóvedas, etc.
CALZADOS FISIOLOGICOS. — Zapatos, botas, sandalias, zuecos, etc.
COSMETICOS PARA PIES. — Sprays, polvos, cremas, bálsamos, etc.
SILICONAS

OFICINA CENTRAL:
Santiago Bernabeu, 4 - Madrid-16 - ☎ 262 18 91 261 44 15 — 261 98 75 (contestador automático) — 261 47 21 261 45 96

DELEGACION CATALUÑA: Mallorca, 336 - Barcelona - 37 - Teléfonos 257 76 05 y 207 01 52

ALMACEN CENTRAL: Ferrocarril, s/n. - Getafe (Madrid) - Teléfonos 695 09 50 y 695 09 54

tesis, con las que se consigue en la mayoría de los casos, solucionar dolores en los dedos de los pies debidos a malformaciones de los mismos, así como, reducir muchas veces estas anomalías.

A continuación realizó prácticamente algunas de estas ORTOSIS resultando francamente interesante para todos, y, en especial el diálogo-coloquio habido entre el conferenciante y los compañeros, ya que dado el gran interés de las preguntas y las extensas y prácticas respuestas, se prolongó durante bastante tiempo. Al final el ponente fue largamente aplaudido.

En el mes de marzo (día 3), tuvimos el honor de recibir en nuestra Delegación a un prestigioso compañero de Barcelona, DON FRANCISCO MAURE TERNIA, el cual, nos ilustró con una interesantísima conferencia sobre el tema POSIBILIDADES DE LA RECOGIDA DE DATOS EN EL PIE POR COMPONENTES ELECTRONICOS, DETERMINANDO EL EQUILIBRIO Y FUERZAS DE SU BIOMECANICA, dado lo sugestivo del tema, hubo una nutrida asistencia, siguiendo las explicaciones con interés creciente por parte de todos, más cuando fueron ilustradas con la proyección de diapositivas.

Seguidamente se estableció un prolongadísimo coloquio en el que se sucedieron las preguntas de forma ininterrumpida por los presentes, siendo todas ellas, contestadas con amplitud, observándose cómo el tema resultaba a la vez, inédito, interesante y polémico.

Una vez finalizado, el amigo MAURE fue fuertemente aplaudido y calurosamente felicitado.

El 4 de mayo de 1979, presenciamos los asistentes una fenomenal película expuesta por el compañero de esta capital, DON RICARDO BECERRO DE BENGOA, en la que se nos ponía de manifiesto, la forma personal de tratar las uñas ONICOGRIFOSICAS.

La técnica consiste en laminar la uña con el bisturí, como si de una hiperqueratosis se tratara, para una vez que la uña ha quedado suficientemente fina, extrar la esquirla de uña incarnada, naturalmente en los casos en que ésta existe. Para llevar a cabo esta operación, se requieren muchos años de experiencia así como una gran habilidad, cosas ambas que el ponente domina perfectamente como quedó en la película demostrado.

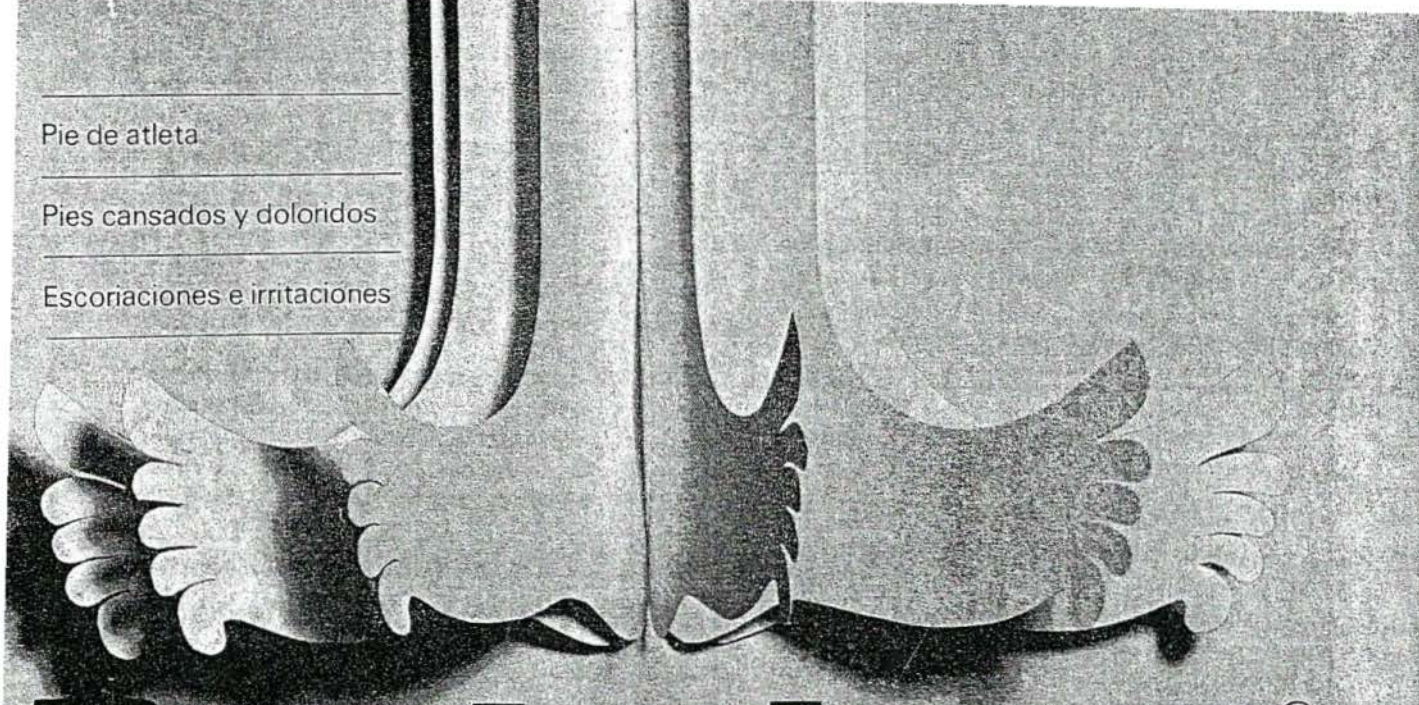
Lejos de lo que pueda parecer el acto no resulta doloroso en absoluto y, en rarísimas ocasiones se llega a hacer sangre en la extracción del trozo de uña incarnada.

Despertó gran interés entre los asistentes, lo que dio lugar a un largo coloquio de preguntas, finalizando con un fuerte y caluroso aplauso por parte de todos.

REUNION DE LA JUNTA DE GOBIERNO Y DELEGADOS DE LA AGRUPACION EN MADRID

El pasado día 24 de noviembre tuvo lugar en Madrid una reunión general de la Junta de Gobierno y los Delegados de la Agrupación de Podólogos de España. En la reunión, prolongada hasta altas horas de la noche, se abordaron temas de gran interés para el futuro de la profesión, discutidos ampliamente por los Delegados allí presentes; entre ellos el estado actual de las gestiones llevadas a cabo por la Agrupación para el futuro plan de estudios, con amplio informe de la Presidencia al respecto. Fueron tocados otros temas relativos a la actual Ley de Reforma Sanitaria, donde debe constar el Podólogo como especialista del pie, con actuación autónoma e independiente respecto a otros profesionales de la medicina. Fue asimismo tocado el tema de las autonomías de las distintas Delegaciones de Zona de la Agrupación, en cuyo sentido ya se están desarrollando en algunas los pasos pertinentes, como avanzadilla de estudio para las demás, lo cual debe ser estudiado ampliamente buscando la forma mejor para conseguir una Podología nacional con un nivel y unas directrices convergentes en cada Delegación, que se unifiquen finalmente en un sentir nacional representativo de todas ellas.

De todos los temas tratados serán ampliamente informados los Agrupados por cada uno de los Delegados allí presentes en sus respectivas Delegaciones.



Pentoderm®

Crema podológica

- Actúa como antiséptico y antifúngico.
- Ejerce una acción reepitelizante favoreciendo la normalización fisiológica de la piel.
- Desodoriza, refresca y protege la zona dañada de la piel.

Composición:
100 g. de crema contienen:
Acido undecilénico, 2 %; Alcohol fenoxietílico, 1 %; Sal sedativa de Homberg, 0,5 %; Poligalacturonsulfonato sódico, 0,75 %; Tintura de árnica, 0,3 %; Ovolecitina, 0,05 %; Pantotenol, 0,3 %.

Indicaciones:
Escoriaciones e irritaciones de la piel. Pies cansados y doloridos. Dermatofitosis. Pie de atleta.

Posología:
Habitualmente, dos o más veces al día, dada su inocuidad puede aplicarse cuantas veces se sientan molestias, las cuales se corrigen rápidamente.

Contraindicaciones y efectos secundarios:
Carece de contraindicaciones y puede asociarse a cualquier medicación. Suspender la aplicación en caso de hipersensibilidad alérgica a alguno de los componentes.

Presentación y P.V.P.:
Tubo con 50 g. de crema. **87 Ptas.**

MADAUS
CERAFARM

MADAUS CERAFARM, S.A.
Barcelona-4 - Tel. 331 26 00 - C. Fuego, s.n.

Manifestaciones del Delegado Sr. Pascua San Miguel a la prensa local, a la vuelta del Congreso Internacional de Podología celebrado en Londres

Los días 14, 15 y 16 de septiembre tuvo lugar en Londres el IX Congreso Internacional de Podología al que asistieron especialistas en esta materia de varios países del mundo. La organización de este congreso corrió a cargo de la Federación Internacional de Podología cuyo presidente es un español, el catalán Leonardo Escachs, elaboró un programa integrado por un conjunto muy equilibrado de actividades académicas y de tipo social para complacer a todos los visitantes del extranjero.

El país con mayor representación fue España, siendo los asistentes recibidos por el embajador de España en Londres.

—Señor Pascua, ¿cuál fue el motivo de su asistencia al Congreso?

—Bien, al ostentar el cargo de delegado de podólogos de León, el motivo no es otro que el representar a nuestra provincia en esta oportunidad que nos brindó la Federación Internacional de Podología para que nos pongamos en contacto con los colegas de todo el mundo y tratar los problemas que se derivan de esta parte del cuerpo.

—De los temas tratados, ¿cuáles fueron los más destacados?

—El programa de ponencias, debido a la variedad de contenido y a la amplitud del ámbito geográfico abarcado, es un reflejo de la paramedicina en distintas regiones del mundo. Pese a las diferencias que se observan en el ejercicio de nuestra profesión a escala nacional, todas las prácticas persiguen el objetivo común de prevenir y de aliviar las dolencias de los pies; esto es en líneas generales de lo que trató el congreso. Especificando, hubo ponencias muy interesantes de doctores en podología, norteamericanos, sobre afecciones dolorosas del tobillo y su tratamiento, técnicas de la analgesia local, aplicaciones ortodigitales con siliconas, deficiencias de la piridoxina y neuropatía diabética. En cuanto a las demás ponencias, hubo una española que produjo gran impacto, titulada "Rejección de la matriz de la uña del primer dedo" sobre la que disertó el profesor Alonso, que pertenece a la escuela de podólogos de Barcelona. Asimismo, tuvo lugar otra ponencia importante, dada por una mujer danesa. Al final de cada una de ellas se entabló un debate en el que cada país exponía el tratamiento de terapia para este problema de los pies.

—¿Qué país destacó por estar más avanzado en esta especialidad?

—Sin duda alguna, los americanos, aunque es la primera vez que asisten a este congreso. Contaba con una representación de 200 podólogos y era el nivel más alto, seguido de España, Francia e Inglaterra, en número de asistentes.

—Siguiendo con el tema, pero tocando otros aspectos, ¿nos puede decir, señor Pascua, qué requisitos son necesarios para ser podólogo en España?

—Según la legislación vigente, hay que estar en posesión del título de A.T.S., y cursar dos años de podología en las Escuelas Oficiales de Madrid o Barcelona para estar en posesión del título de diplomado en Podología.

—¿Señor Pascua, usted como profesional, nos puede decir cuáles son las afecciones más frecuentes que sufren los pies?

—A nivel general, se destacan las dolencias por callosidades, por micosis (enfermedad por hongos), verrugas plantares, uñas gruesas y encarnadas y, sobre todo en los niños por los pies planos.

—¿A qué son debidas estas dolencias?

—Las callosidades son causa de los roces del calzado, de sobrecargas. Las verrugas y los hongos aparecen por contagio. Las uñas gruesas son debido a alteraciones del epitalio y las encarnadas a cortes defectuosos, pero en general las padecen personas que están predispuestas a ello. En cuanto a los pies planos,

normalmente en los niños, las malformaciones son producidas por un desequilibrio muscular y en la mayor parte por obesidad, sin embargo en los adultos esto es efecto de permanecer bastantes horas de pie, cuya consecuencia deriva en desviaciones de columna en numerosos casos.

—¿Qué tipo de calzado recomienda para evitar o paliar estos problemas?

—En primer lugar, aconsejo un calzado de materiales nobles. En los niños, recomiendo la utilización de zapato y no de bota, pero con la condición de que este tenga un contrafuerte duro para que éste sujete el talón, porque fisiológicamente todos los niños tienden a desviarlo hacia adentro; y la parte delantera del zapato debe quedar desahogada; la utilización de plantillas ortopédicas, la rechazo totalmente cuando el niño tiene el pie sano; cuando las necesite, es conveniente hacérselas a medida, con revisiones cada tres o seis meses y no comprarlas de tipo standard.

¿Ante este tipo de problemas qué aconsejaría usted a la persona afectada, señor Pascua San Miguel?

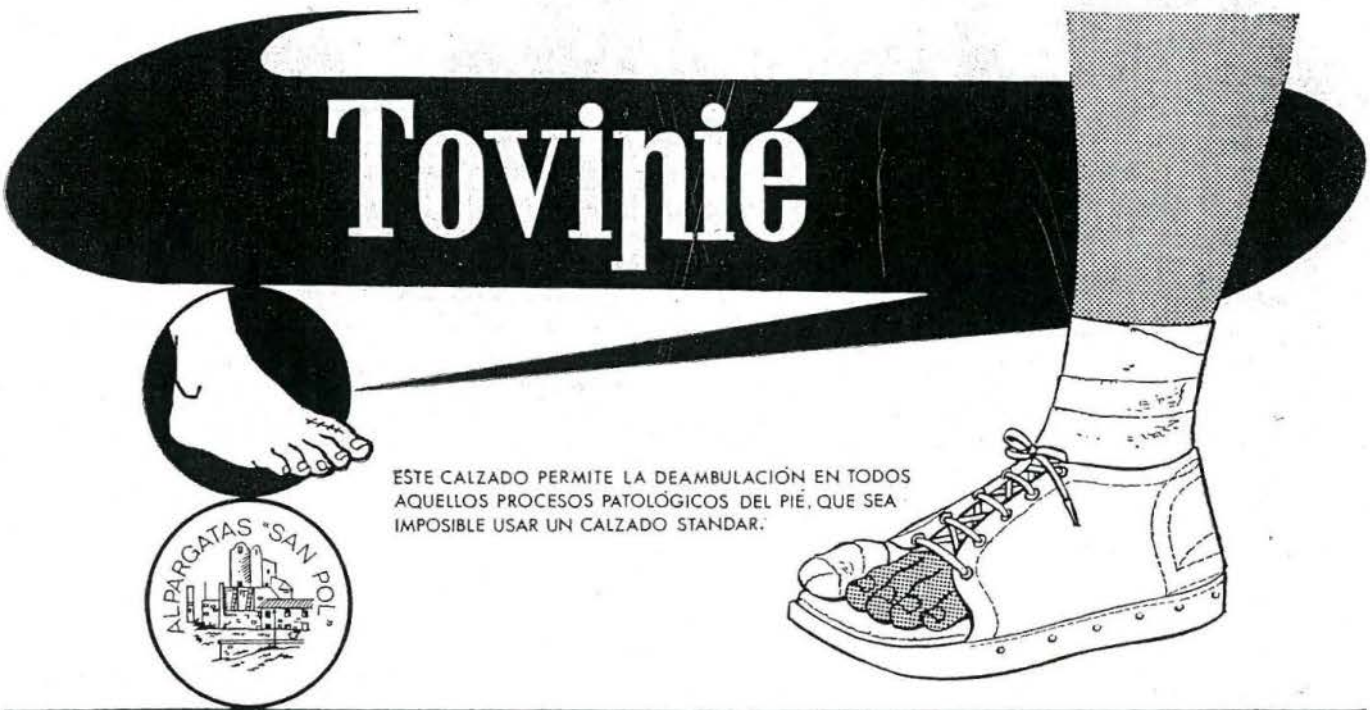
—En principio que visite al podólogo, para que éste trate esas afecciones procurando curarlas o aliviarlas.

—Para terminar, ¿existe alguna época concreta del año que perjudique más acusadamente a los pies?

—Sí, en efecto. Particularmente la primavera, estación que trae consigo la llamada "podoneuralgia primaveral".

(*De «La Hora Leonesa»*)

REF. 92: SUELA DE GOMA ● PISO DE MADERA CON PLANTILLA ACOLCHADA



FABRICADO POR TOMAS VIDAL - SANT POL DE MAR (BARCELONA)

TELEF. 760 05 64

"FIN DE SEMANA" PODOLOGICO

Los pasados días 1 y 2 del mes de diciembre, y con un tiempo prácticamente primaveral, se celebró un fin de semana Podológico, en el salón de conferencias del colegio de Ayudantes Técnicos Sanitarios de Vizcaya.

Se comenzó este fin de semana el día 1 a las cinco de la tarde siendo el moderador del mismo el compañero Podólogo José Ignacio Fernández de Valderrama y Molinuevo, el cual después de unas breves palabras de salutación a los presentes, presentó al primer conferenciante del fin de semana, que era el Podólogo Francisco Javier Rica San Juan, el cual nos dirigía la palabra sobre el tema "EVOLUCION DEL PIE A TRAVES DE LOS TIEMPOS", conferencia que fue acompañada de diapositivas, esta conferencia que fue muy amena, gustó mucho a los presentes y después de la misma, varios compañeros le pidieron datos sobre el tema que tan bien lo había expuesto y tratado.

Al finalizar esta conferencia, el moderador, Podólogo José Ignacio Fernández de Valderrama y Molinuevo, pidió que si alguien tenía más datos, fotografías, etc. sobre el tema tratado se pusiera en contacto con el compañero Rica San Juan, con el fin de profundizar más en el tema e incluso investigar sobre el mismo.

Seguidamente el moderador presentó al segundo conferenciante el compañero Podólogo Juan García Unanue, el cual era la primera vez que hablaba y que tocó el tema "DEFORMIDADES DE LAS UÑAS Y SU TRATAMIENTO" este compañero versó su conferencia de forma concisa y práctica, lógicamente en un tema de esta índole, le hicieron innumerables preguntas que él de forma clara y concisa contestó a todas ellas.

Después de esta conferencia, el moderador dio 10 minutos de descanso, durante los cuales se siguió hablando de Podología y algunos compañeros aprovecharon para tomar un refresco.

Después de esta pausa, el moderador presentó al tercer y último conferenciante de la tarde, que era el delegado, Podólogo Pedro María Galardi Echegaray, que versó sobre el tema "EXPLORACION VASCULAR PODOLOGICA", dentro del tema el conferenciante expuso la gran facilidad que se tiene para esta exploración y la gran importancia de la misma. También expuso las distintas pruebas que se pueden realizar, tanto arteriales, venosas como vasomotoras. Después contestó como los anteriores a las muchas preguntas que le hicieron los presentes.

Tenemos que decir que también para esta tarde estaban programados los compañeros Podólogos Aurora Bravo Ortiz, con el tema "CONFECCION Y ESTUDIO DEL FOTOPODOGRAMA" y Luis García Unánue, con el tema "EXPLORACION RADIOGRAFICA EN LA PODOLOGIA", estos dos compañeros no pudieron venir por enfermedad.

El domingo a la mañana se comenzó la segunda parte, del fin de semana, y como no pudo asistir el moderador del día anterior, por fuerza mayor, el compañero José Ignacio Fernández de Valderrama y Molinuevo, fue sustituido por el compañero Pedro M.ª Galardi Echegaray, en el puesto de moderador.

Con un poco de retraso, sobre el horario previsto, a las 10,30 de la mañana, el moderador presentó al primer conferenciante el Podólogo Don Guerricaechebarria Peña, al que los asistentes ya conocían el cual trató sobre el tema "EXPLORACION ARTICULAR Y MUSCULAR", hizo el compañero Guerricaechebarria una exposición del tema en plan teórico para pasar acto seguido a la práctica, durante la misma contestó a las muchas preguntas que le hicieron los presentes.

Acto seguido el moderador presentó al segundo conferenciante que era el compañero Podólogo, Jesús Domínguez Abásolo, el trato sobre el tema "SILICONAS SU APLICACION PODOLOGICA", este compañero nos presentó

César Puig

FABRICA DE CALZADOS INFANTILES TERAPEUTICOS

- Zapatos fisiológicos.
- Calzado profiláctico.
- Zapatos ortopédicos con simple modificación de elementos normales (tacón thomas para varo y valgo); tipo Lowet, etc.
- Hormas correctoras, 2 anchos.
- Horma invertida.
- Diferentes modelos para la colocación de férulas.

TODOS LOS FABRICADOS SON CON MATERIALES DE LEGITIMO CUERO VACUNO DEL PAIS.

Colón, 14
Tel. (977) 60 01 42
VALLS
TARRAGONA - ESPAÑA

lo más moderno dentro de este interesantísimo campo de la Podología, primero teóricamente y luego prácticamente, con distintas siliconas y fue resolviendo los distintos problemas que los compañeros presentes le iban diciendo, quedando los asistentes muy contentos por la exposición práctica realizada.

Después el moderador, presentó al tercer conferenciante de la mañana que era el compañero Podólogo Juan A. Miravalles González, el cual trataba sobre el tema "MOLDES Y PLANTILLAS", este compañero como el anterior, expuso los distintos casos teóricamente, para pasar acto seguido a la práctica, en la que después de hablar sobre los distintos moldes, tanto en carga como en descarga y las diferentes maneras de confeccionar las plantillas, en sus distintas formas y maneras, rígidas, semirrígidas y blandas, contestó a las innumerables preguntas que le hicieron los distintos compañeros presentes, razonando todas sus contestaciones.

Después de esta conferencia, el Delegado Galardi Echegaray, informó a los presentes, sobre el próximo congreso, a celebrar el próximo 1980, en Alicante, así como el tema del mismo "Exóstosis". Expuso la idea de presentar un tema por la Delegación para lo cual todos los agrupados tendrían que participar con su experiencia, diapositivas radiografías etc. y después en el congreso la leería uno de los agrupados en nombre de todos. Esto lógicamente no tenía nada que ver para después cada uno presente sus ponencias particularmente. La idea fue muy bien acogida en principio y ahora sólo nos queda esperar e ir preparando, si se puede este tema.

Dio las gracias a todos los presentes por su asistencia así como a los conferenciantes y quedó clausurado el fin de semana Podológico.

A I T Z

CALZADO FISIOLOGICO INFANTIL CLASICO

UN ESTILO QUE PERMANECE

Todo el calzado Taberner, se confecciona con inmejorables materias nobles.

40 fases del proceso de fabricación artesanal, garantizan su calidad.

CARACTERISTICAS ANATOMICAS:

HORMAS PARA INCORPORAR PLANTILLAS:

- base planta con ancho normal.
- base planta mas ancha.
- recta.

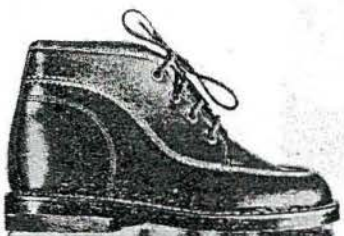
NORMALIZADAS:

- recta con capacidad normal.
- normal para pies sanos.

Contrafuerte resistente que asegura la adecuada sujeción pie-calzado.

Enfranque resistente.

Oscar 1975 y 1976 al mejor diseño de zapatos, anatómico infantil, patrocinado por la Comisión Española pro Suela de Cuero.



Taberner®

GREGORIO TABERNER, S.L.
Weyler, 53
Tel. - (971) 66.01.56
LLUCMAJOR (Mallorca).

PARAMETROS PODOLOGICOS

Por F. MAURE
PODOLOGO
Barcelona

Doy las gracias a los que lean este artículo, felicito a los que se interesan por la podología y admiro a los que se sacrifican por ella. Yo también quiero participar con mi pequeño óbolo al engrandecimiento de esta gran especialidad. Por ello quiero comunicar los resultados obtenidos, después de una investigación del complejo e intrincado mecanismo que presentan nuestros pies.

Para poder conocer un desequilibrio y emitir un diagnóstico son indispensables y necesarios al podólogo, unas medidas codificadas en grados a las que llamaremos parámetros. Así como al matemático le son indispensables las cuatro reglas, para resolver problemas con cálculos difíciles y sorprendentes.

Por lo tanto los parámetros podológicos son el conjunto de ángulos y medidas que componen la biomecánica de nuestros pies.

Aquí, estudiaremos la anatomía topográfica del hombre modelo, dividiendo los pies en dos tirantes o líneas de fuerza de retropié a antepié.

La línea externa está compuesta por el calcáneo, cuboides y dos metatarsianos.

La línea interna compuesta por el astrágalo, escafoides, tres cuñas y tres metatarsianos.

Estos tirantes o líneas de fuerza tienen su origen en dos carillas articulares una, en el astrágalo-escafoides, perteneciente a la línea interna; y la otra en el calcáneo-cuboides, perteneciente a la línea externa. Ellas situadas en la articulación de Chopar (interlínea astrágalo-escafoides y calcáneo-cuboides), cuyos epicentros se hallan a una diferencia de altura de 4 mm.

Por lo tanto si nosotros inscribimos un triángulo en la 1.ª bóveda (la del dedo gordo) nos dará una lectura de 141° en su ángulo superior, 25° en el retropié y 14° en el antepié.

Si hacemos lo mismo en la 5.ª bóveda, como la diferencia de los epicentros de las carillas articulares es de 4 mm. bajaremos el vértice en esta medida, dándonos un ángulo de 153°, 15° en el retropié y 12° en el antepié.

Observamos la diferencia del ángulo interno al externo y vemos que hay 12°, que divididos para el escalonado de las cinco bóvedas de nuestro pie, nos da un varismo natural de 2° 24'; o sea que de bóveda a bóveda hay 2° 24' de diferencia, que restados del plano sagital 180° de nuestro cuerpo, nos da una diferencia de 177° 36' inclinación equivalente a la línea de Helbin.

Si en estos triángulos que hemos descrito anteriormente inscribimos un segmento de circunferencia que contacte con las medianas de los lados opuestos a la base. La medida de su radio en la bóveda interna (la del dedo gordo) es de 70 mm., y el de la bóveda externa es de 80 mm.

Esta diferencia de radio de las bóvedas laterales del pie las unimos por medio de un vector, observamos que el plano inclinado que se forma tiene un desnivel del 7 %.

Con toda certeza podemos decir, que si nuestra biomecánica no altera los parámetros expuestos, no habrá patología.

LA MAS DEPURADA TECNICA
EN CALZADO ORTOPEDICO
CORRECTOR Y PARA PLANTILLA

P.F

NUEVO CATALOGO

P-F, pionera en España del Calzado Ortopédico, con experiencia práctica de más de 20 años, logra recientemente un avance considerable en su técnica exclusiva de construcción situándose a la vanguardia internacional de la Podología aplicada al calzado.

① Calzado integramente cosido
② Máxima consistencia en contrafuertes para la sujección del retropié
③ La más cualificada flexibilidad a nivel de antepié
④ Materiales de extraordinarias propiedades, entre los que destaca la suela de cuero de curtición "lenta" natural
⑤ Dirección médica en todas sus hormas y modelos desde su creación en 1960.
⑥ Servicio inmediato mediante stock de gran capacidad y distribución directa desde fábrica

Si desea mayor información, solicite nuestro Catálogo actual y Tarifa de Precios vigente con la relación de modelos en stock para servicio inmediato. O si lo prefiere, nuestro Agente de Zona pasará a visitarle. Distribución y venta en toda España.

MANUFACTURAS ORTOPEDICAS P-F, S. A.

B. Herrero 4 - VILLENA - Tels. (965) [illegible]

¿Quiénes cuidan nuestros pies?

Publicación del Delegado de la Agrupación en Sevilla, Sr. J. Carmona en diarios locales

Los pies, como el resto de las partes del cuerpo humano, se ven expuestos, a lo largo de la vida de una persona a enfermedades, malformaciones y diferentes dolencias. La especialidad sanitaria encargada de proteger la salud de los pies es la podología. Dicha especialidad y los profesionales de la misma se encuentran actualmente en España con diversos problemas que afectan sobre todo al enfermo.

José Carmona, podólogo sevillano nos informa como representante de la Agrupación Sevillana de Podología de esta situación.

—Efectivamente, el principal problema con que nos encontramos los podólogos españoles, aparte de afectar laboralmente a nuestra profesión, perjudica fundamentalmente al ciudadano. La podología no se encuentra incluida en la Seguridad Social por lo que es una parcela privatizada de la Sanidad. Esta situación ya es grave, pero no lo sería tanto si aún así la primera persona consultada en lo que se refiere a la salud de los pies fuese efectivamente el podólogo. Lamentablemente, muchas personas se autorecetan los remedios para sus pies dañados o acuden a algún comercio donde adquieren productos estandarizados: plantillas, zapatos ortopédicos, etcétera. Este es el punto donde más se ha insistido en los últimos Congresos Nacionales de Podología, en ellos se ha pedido la supresión de cursos de Ortopedia aplicada que tengan como objeto formar profesionales farmacéuticos para el ejercicio de la Ortopédica en oficinas de farmacia y que además el diseño de calzado denominado ortopédico sea encomendado al podólogo con amplia base científica para este cometido.

—¿Qué estudios son necesarios para ser diplomado en Podología?

—Para obtener el diploma es necesaria la titulación de ATS más dos años de especialización en la materia. Las enseñanzas establecidas en la especialidad nos facultan para: tratamiento de las afecciones y deformidades de los pies, tratamiento de las afecciones del pie sintomatológicas de enfermedades generales, higiene y profilaxis del pie, exploración de la podología, como puede comprobar es muy amplia y hay que tener en cuenta que al hablar del pie se está hablando también de la rodilla y de la columna vertebral. Es también muy importante la faceta de prevención, que se podría poner en práctica a través de revisiones en jardines de infancia, colegios y centros de trabajo.

NO ESTAMOS EN LA SEGURIDAD SOCIAL

—¿Qué ventajas supone la inclusión de la Podología en la Seguridad Social?

—Teniendo en cuenta, según las últimas referencias, que el Instituto Nacional de Previsión tiene un gasto en plantillas ortopédicas de dos mil quinientos millones de pesetas, globalmente esta cifra se podría reducir sólo a quinientos millones si las funciones del podólogo estuvieran incluidas en la Seguridad Social, racionalizando por tanto la prestación de dicho servicio.

—¿Qué trámites está siguiendo la Asociación de Podólogos en dicho sentido?

—En estos momentos nos encontramos en conversaciones con el Ministerio de Sanidad, pero aún no sabemos cuál será la respuesta. En Madrid y Barcelona las Asociaciones de Podólogos se está moviendo mucho para conseguirlo, y aquí en Sevilla y provincia que somos unos cuarenta también hacemos lo que podemos. Hay que tener en cuenta que en Andalucía no existe ninguna escuela de Podología y nos gustaría contar con la ayuda de las autoridades autonómicas para la creación de la misma, ya que aquella persona que quiera

dedicarse a la Podología sólo puede estudiar en Madrid o Barcelona.

—¿Dentro de la profesión existe inquietud por crear nuevos y mejores métodos que favorezcan la salud de los pies?

—Por supuesto, hace poco precisamente se ha presentado un nuevo aparato para la extirpación de callosidades y otras anomalías en los pies. Se trata de una cuchilla circular que funciona a doce mil revoluciones por minuto y que no es en absoluto dolosora. También en las deformidades digitales se está aplicando la silicona, que de una forma simple resuelve los problemas de deformidad en aquellos casos en los que no procede intervención quirúrgica. Quisiera destacar que precisamente aquí en Andalucía existe un podólogo llamado Manuel Albalá, residente en Cádiz que ha aportado importantes experiencias a esta especialidad.

—Ha hablado antes de la construcción del calzado, ¿es cierto que determinado tipo de calzado influye en la malformación del pie?

—En los niños la capacidad del calzado debe ser tal que permita el desarrollo del pie. En general la norma principal es que en todo zapato la altura del talón esté equilibrada respecto al antepie. De no ser así, produce una sobrecarga nefasta para la salud del pie. Esto es un asunto en el que las autoridades sanitarias deberían tomar cartas. En la construcción del calzado debería existir un criterio unificado que partiese del Ministerio de Sanidad y de ese criterio desde luego formarían parte las aportaciones de los podólogos.

—¿En qué personas son más frecuentes los defectos en los pies?

—Existe todo tipo de casos. En los niños desde luego ya se pueden observar muchos casos de malformación que pueden empeorar con la utilización de una plantilla estandarizada que no sea la adecuada al caso. Generalmente y debido al uso del tacón los defectos son más frecuentes en la mujer que en el hombre. Lo ideal es alternar el zapato de tacón alto con otro tipo de zapato más cómodo para que se ejercite el resto de los músculos del pie. Como mínimo el tacón debe tener dos centímetros de elevación con respecto a la parte anterior.

Agradecemos a don José Carmona su información e indicaciones acerca de la salud de nuestros pies. Esperamos asimismo que las peticiones de los podólogos sevillanos y españoles en general sean atendidas y no tengamos que andar todos de cabeza.

MARY CARMEN CORDERO

MAFRE
Instruments

FRESCO

ORTOPEDIA-MATERIAL CLINICO

PRODUCTOS PARA PODOLOGIA

C. NAPOLES 148, bajos — TEL. 225 61 85 — 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
PLANCHAS DE PLEXIDUR «O»
PLANCHAS DE PLEXIDUR «T»

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