REVISTA
ESPAÑOLA
DE
PODOLOGIA

1ª ETAPA

1980

1983

V



INDICE
1ª EPOCA. NUMEROS DEL 73 AL 90
AÑO 1980 AL 1983

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

Nº 73

3 JUNTA DE GOBIERNO
5 EDITORIAL
9 RESECCION TOTAL DE LA MATRIZ UNGUEAL por J. Alonso Guillamón
23 EL PIE Y LA ESCOLIOSIS VERTEBRAL por F. Maure
27 LA DERMATITIS POR CONTACTO Y EL PODOLOGO por F. Múñoz Campos
31 TUMOR GLOMICO por P. M. Galardi Echegaray
34 EL PIE EN LAS BELLAS ARTES por E. Cabane
35 LABOR DE LAS DELEGACIONES

Nº 74

3 JUNTA DE GOBIERNO
5 EDITORIAL
11 XIII CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA
13 HISTORIA CLINICA COMENTADA por J. M. Albiol Ferrer
17 LA PODOLOGIA Y EL DEPORTE por J. M. Ogala Rodriguez
21 CUESTIONARIO DE LA EVALUACION MUSCULAR DEL PIE por F. Múñoz Campos
23 LOS DOS CONEJOS
25 REPASO A LA FARMACOLOGIA PODOLOGICA por J. L. Martínez Soriano
36 LABOR DE LAS DELEGACIONES

Nº 75

3 JUNTA DE GOBIERNO
5 EDITORIAL
7 LA FISIOPATOLOGIA DEL MIEMBRO INFEERIOR Y SU RELACION CON LAS ALTERACIONES FUNCIONALES DEL AQUIS por D. Bejiga Garriga
11 NO HAY ENFERMEDADES, SINO ENFERMOS por J. M. Albiol Ferrer
13 PODOLOGOS DE MEDICUS MUNDI-ESPAÑA Dr. Raimón Rovira Saperas
17 ACCION ENCAMINADA A UNIFICAR LOS ESTUDIOS DE PODOLOGIA A NIVEL LATINOAMERICANO por E. González Gómez
31 LOS PIES, PRIMERO
33 LABOR DE LAS DELEGACIONES

Nº 76

3 JUNTA DE GOBIERNO
5 EDITORIAL
9 ESTUDIO CRITICO DEL CALZADO INFANTIL por J. M. ALBIOL FERRER
15 CURSO DE NIVELACION DE CONOCIMIENTOS "CONVALIDACION"
17 PENSAMIENTOS AL ESTILO GREGUERIANO (II) por F. Múñoz Campos
19 EL ATLETISMO, A DEBATE PODOLOGICO por J. M. Ogalla
25 ES CONVENIENTE NO ANDAR DESCALZO POR LAS PISCINAS por L. Pascua San Miguel
27 ACCION ENCAMINADA A UNIFICAR LOS ESTUDIOS DE PODOLOGIA A NIVEL LATINOAMERICANO (y II)

Nº 77

3 JUNTA DE GOBIERNO
5 EDITORIAL
7 CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LAS EXOSTOSIS por Dr. E. J. Raso y Rodríguez
23 ALGO SOBRE EL USO Y ABUSO DE LAS PLANTILLAS ORTOPEDICAS por J. A. Calvo García
31 ALICANTE, 1980
35 PUBLICACIONES SOBRE PODOLOGIA

Nº 78

3 JUNTA DE GOBIERNO
7 EDITORIAL
9 UNA BURLA DEL CONSEJO GENERAL DE A.T.S.
13 CONTESTACION A LA CIRCULAR ANTERIOR
17 XIV CONGRESO NACIONAL EN LAS PALMAS DE GRAN CANARIA
19 I JORNADAS ANDALUZAS DE ACTUALIZACION
21 LABOR DE LAS DELEGACIONES
27 ASAMBLEA NACIONAL DE DELEGADOS PROVINCIALES

Nº79

Director : Zacarias García de Andrés
Sub-director : Pablo Vilató Ruiz
Redactor Jefe : Francisco Mañe Domingo

3 JUNTA DE GOBIERNO
5 EDITORIAL
7 "CURRICULUM VIATA" de D. Leonardo Escach Clariana
9 A LEONARDO ESCACHS.
10 UN EJEMPLO A SEGUIR
11 ADIOS, AMIGO ESCACHS
13 CARTA DE LA JUNTA RECTORA DE LA ESCUELA DE PODOLOGOS DE BARCELONA
14 FEBRERO, 1981
15 RECUERDO A LA MEMORIA DEL ENTRAÑABLE COMPAÑERO
17 CARTA ABIERTA
19 "IN MEMORIAM"
21 RECUERDO DE LA COMISION ORGANIZADORA DEL XIV CONGRESO DE LAS PALMAS
23 "IN MEMORIAM"
25 L. ESCACHS. SU FALLECIMIENTO
26 JORNADAS BELGAS DE PODOLOGIA, DEDICADAS A LA MEMORIA DE L. ESCACHS
28 CARTA AL AMIGO
29 CARTA POSTRERA
31 RECUERDO A LA FIGURA DE UN EJEMPAR HOMBRE
32 EN LA MUERTE DE L. ESCACHS

Nº 80

Director : Pablo Vilató Ruiz
Redactor Jefe : Martín Rueda Sánchez

3 JUNTA DE GOBIERNO
5 EDITORIAL
7 ESTADISTICA PODODLOGICA por P. Vte. Moner Chulvi
9 EXOSTOSIS OSTEOGENICAS DEL PIE por Dr. Medina Morrás

19 EXOSTOSIS EN PODOLOGIA por L. Aycart Vijuesca
29 XIV CONGRESO NACIONAL EN LAS PALMAS DE GRAN CANARIA
37 CONGRESO INTERNACIONAL EN DINAMARCA EN 1982
38 LABOR DE LAS DELEGACIONES
39 ASAMBLEA NACIONAL EL 2 DE MAYO EN MADRID

Nº 81

Director : Zacarias García de Andrés
Sub-director : Pablo Vilató Ruiz
Redactor Jefe : Martín Rueda Sánchez

3 JUNTA DE GOBIERNO
5 EDITORIAL
7 XIV CONGRESO NACIONAL EN LAS PALMAS
15 VENTAJAS DE LA TENOTOMIA EN CASOS DE CIRCULACION DEFICITARIA DEL PIE
17 FILOGENIA DEL PIE HUMANO por J. M. Albiol Ferrer
21 DIVULGACION PODOLOGICA
27 PENSAMIENTOS AL ESTILO GREGUERIANO (III) por F. Múñoz Campos
29 EL PODOLOGO ANTE EL MAL PERFORANTE PLANTAR por A. Rodríguez Santana

Nº 82

3 JUNTA DE GOBIERNO
5 EDITORIAL
7 CREACION DEL PREMIO NACIONAL DE INVESTIGACION PODOLOGICA
11 EXOSTOSIS EN PODOLOGIA por J. J. Araolaza
17 "PODOLOGO" Y "PODOLOGIA" RECONOCIDOS POR LA REAL ACADEMIA
19 INTRODUCCION A LA TECNICA DE LA MINIMA INCISION EN PODOLOGIA por L. Aycart Vijuesca
29 NECESIDAD DE LA PODOLOGIA Y DEL PODOLOGO EN LA SEGURIDAD SOCIAL por E. González Gómez
31 GRISEOFULVINA COMO ANTIMICOTICO por J. Luna Martínez de Apellaniz

Nº 83

Director : Enrique González Gómez
Sub-director : Pablo Vilató Ruiz
Redactor Jefe : Martín Rueda Sánchez

3 JUNTA DE GOBIERNO
5 EDITORIAL
7 LAS PALMAS 1981
9 XIV CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA
17 CARTA ABIERTA A TODOS LOS PODOLOGOS ESPAÑOLES
19 CONGRESO INTERNACIONAL EN DINAMARCA 1982
21 EXAMEN DE LAS ACTITUDES por L. Pascua San Miguel
27 IMPORTANCIA DEL PODOLOGO EN LA MEDICINA DE EMPRESA por E. González Gómez
35 HIPERLAXITUD por E. Cabane
36 PENSAMIENTOS AL ESTILO GREGUERIANO por F. Múñoz Campos

Nº 84

3 JUNTA DE GOBIERNO
7 EDITORIAL
9 FELIZ NAVIDAD
11 A MANERA DE CRONICA DESDE LA OTRA ORILLA por M. Hernández
13 X CONGRESO INTERNACIONAL DE COPENHAGUE
17 XV CONGRESO NACIONAL DE CASTELLON DE LA PLANA
23 COMENTARIOS SOBRE LA EVOLUCION DEL PIE por J. Ojeda Gil
29 MICOLOGIA EN LAS DERMATOSIS FITOPARASITARIAS EN PODOLOGIA E. González Gómez

Nº 85

Director: Enrique González Gómez
Sub-director: Pablo Vilató Ruiz
Redactor Jefe Accidental: Manuel Menese Garde

3 AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA. JUNTA DE GOBIERNO
5 EDITORIAL
6 INTRODUCCION INFORMATIVA
11 INFORME DE LA SECRETARIA
12 ACTA 12 DICIEMBRE 1981
15 EXPEDIENTE DE PETICION A LA REAL ACADEMIA DE LA LENGUA
17 GESTION FISCAL
18 BALANCE ECONOMICO 1981
19 ESTUDIO ANTROPOLOGICO DEL PIE HUMANO por N. Albert

Nº 86

3 AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA. JUNTA DE GOBIERNO
5 EDITORIAL
7 POR FIN ¡LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS!
8 GESTION FISCAL
9 AUTONOMIAS
10 INTRUSISMO
15 ASUNTOS INTERNACIONALES
16 ESTATUTOS DE LA F.I.P.
23 INFORME ASESORIA JURIDICA
27 INTERPRETACION QUIRURGICA EN EL TRATAMIENTO DE LAS ONICOCRIPTOSIS

Nº 87

3 AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA. JUNTA DE GOBIERNO
5 EDITORIAL
7 AUTONOMIAS
11 GESTIONES Y RECURSOS
24 INFORMACION INTERNACIONAL
27 AVULSION PARCIAL DE LA UÑA Y MATRIZTOMIA POR FRESADO por L. Aycart Vijuesca
31 DIVAGACIONES SOBRE CONFLICTOS DEONTOLOGICOS por J. M. Albiol Ferrer

Nº 88

3 ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS. JUNTA DE GOBIERNO PROVISIONAL
5 EDITORIAL
7 ELECCIONES
11 GESTIONES Y RECURSOS

15 LABOR DE LAS DELEGACIONES
16 INFORMACION INTERNACIONAL
19 A DIOS ROGANDO Y CON EL MAZO DANDO
21 URGENCIAS EN PODOLOGIA por J. L. Medina Monzón
27 HELOMA INTERDIGITAL por R. Isidoro Martínez

Nº 89

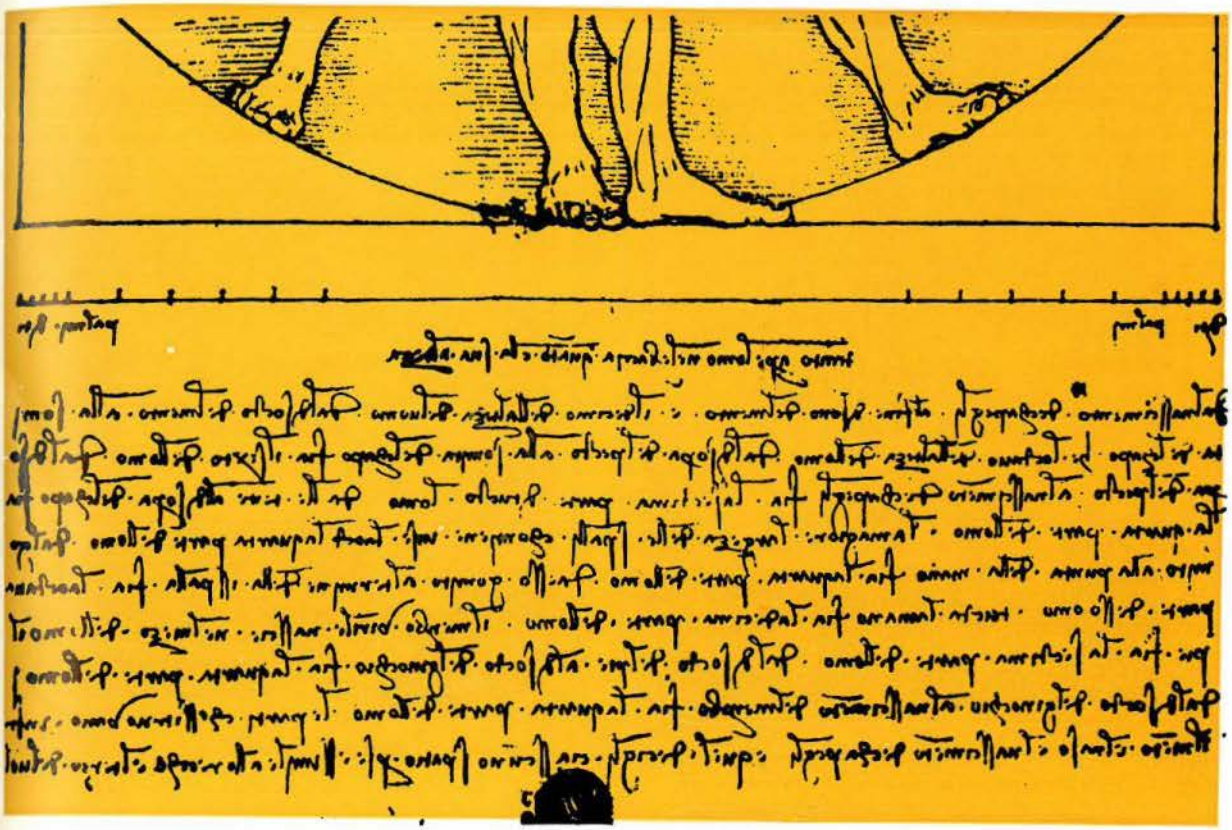
Director: Enrique González Gómez
Redactor Jefe Accidental: Manuel Menese Garde

5 ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS. JUNTA DEGOBIERNO
7 EDITORIAL
9 DIVIDE Y VENCERAS
13 ELIMINACION QUIRURGICA DE HELOMA DORSAL por L. Aycart Vijuesca
17 HALLLUX ADDUCTUS VALGUS
19 INFORMACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION Y CIENCIA
27 ACTA DE LA ASAMBLEA A.E.P.

Nº 90

Director: Sergio Bonamnusa Mont
Redactor Jefe Accidental: Isaias del Moral Roberto

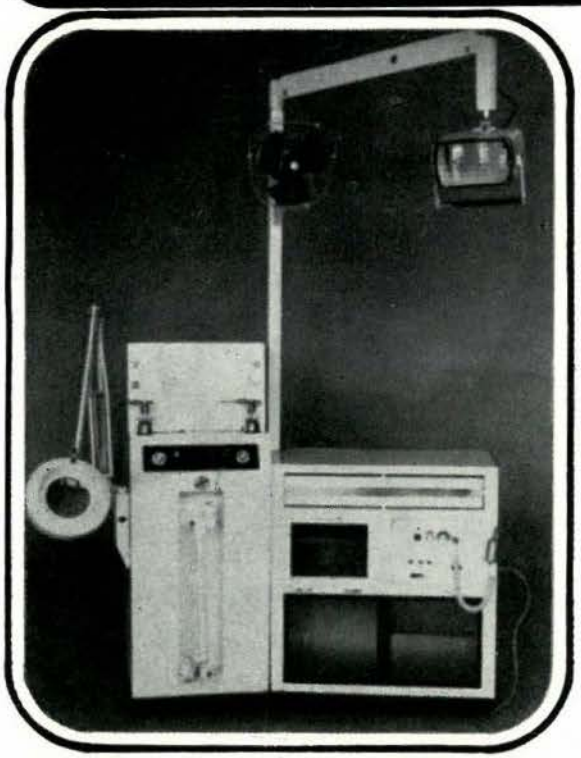
3 ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS. JUNTA DE GOBIERNO PROVISIONAL
5 EDITORIAL
7 EVOCACION DE UN CONGRESO
11 ACTA ASAMBLEA GENERAL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA
15 PARACENTESIS ARTICULAR EN MALFORMACIONES PODOLOGICAS
35 ENTREVISTA AL COMPAÑERO JOSE ANTONIO CALVO GARCIA
37 SEGUNDAS JORNADAS ARAGONESAS DE PODOLOGIA
39 ASPECTOS PODOLOGICOS DE LAS ALTERACIONES LONGITUD PIE-PIERNA por E. Giralt Veciana
44 XVII CONGRESO NACIONAL EN CADIZ
45 CIRCULAR INFORMATIVA JUNTA DIRECTIVA
47 QUIEN PUEDE EJERCER LEGALEMTE LA PROFESION DE PODOLOGO



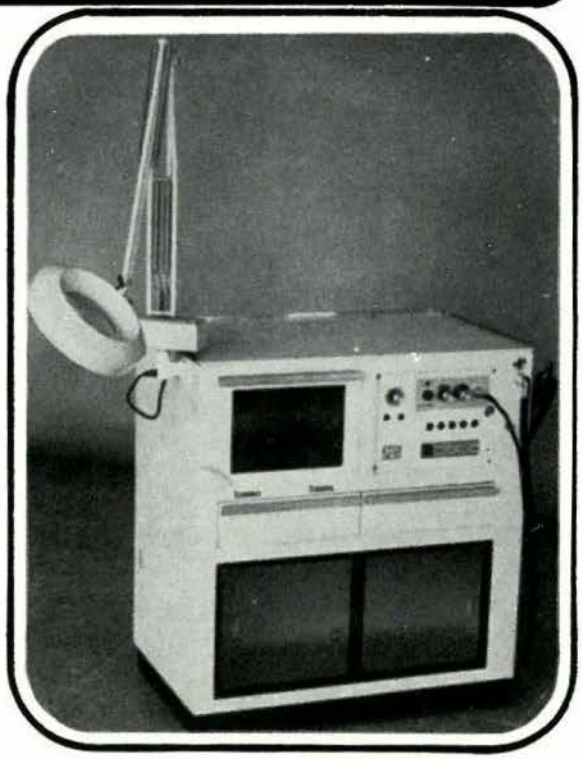
REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

A. P. E. Enero-Febrero
n.° 73 1980

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, 31, 1.°, 1.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

ISSN - 0210 - 1238

SUMARIO

3 Junta de Gobierno

5 Editorial

9 Resección total de la matriz ungueal

23 El pie y la escoliosis vertebral

27 La dermatitis por contacto y el podólogo

31 Tumor glómico

34 El pie en las Bellas Artes

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
Vocal Nato	D. MARIANO RODRIGUEZ ESTEBAN	Madrid
Vocal Nato (provisional)	D. JAIME SALA PICH	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. Jaime Sala Pich. BARCELONA (provisional).

DELEGADOS PROVINCIALES

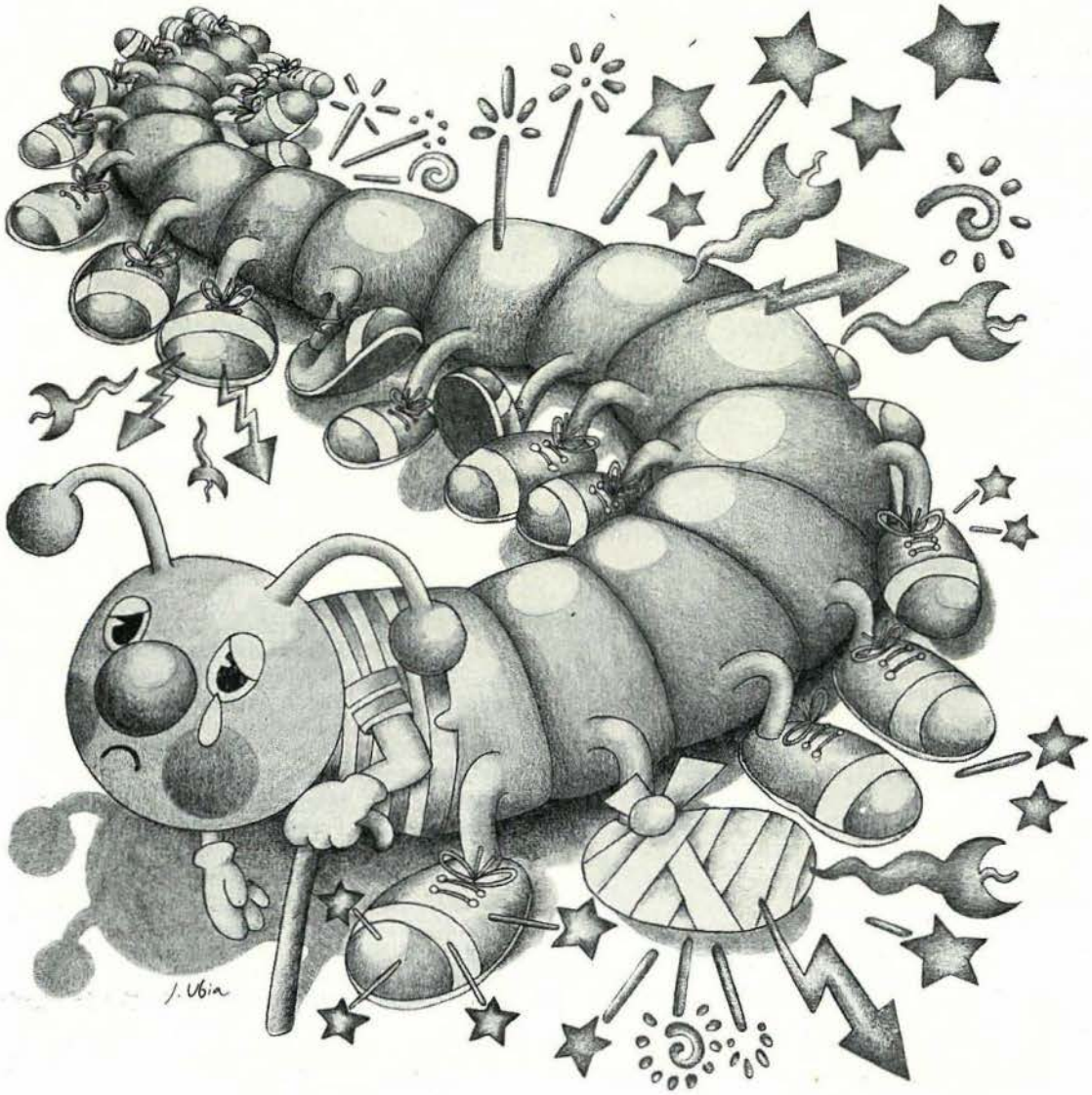
ALAVA: **D. Julio Crespo.**
ALBACETE: **D. Luis Juan Navarro.**
ALICANTE: **D. José Ochoa Morales.**
ALMERIA: **D. Esteban de Haro.**
ASTURIAS: **D. José Luis Alonso Alvarez.**
BADAJOZ: **D. José Villafaina de la Cruz.**
BILBAO: **D. Pedro M.ª Galardí.**
BURGOS: **D. Elías Hernando Tamayo.**
CACERES: **D. Timoteo Fernández**
CADIZ: **D. Manuel Albalá Valle.**
CASTELLON: **D. José Aguilar Beltrán.**
CIUDAD REAL: **D. Luis Barba Vázquez**
CORDOBA: **D. Máximo González Jurado.**
GERONA: **D. José M.ª Bosch Doménech.**
GRANADA: **D. Manuel Ruiz Morales.**
HUESCA: **Delegado de Zaragoza.**
HUELVA: **D. Jesús Tocino.**
JAEN: **D. 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. J. Sarasa Moneo.**
PONTEVEDRA: Sin Delegado Provincial
SALAMANCA: **D. Antonio Basas Encinas.**
SAN SEBASTIAN: **D. Sebastián Tenés Iturriza.**
STA. CRUZ DE TENERIFE: **D. Armenio Méndez.**
SEGOVIA: **D. Francisco García Rodríguez.**
SEVILLA: **D. 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.**

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-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.

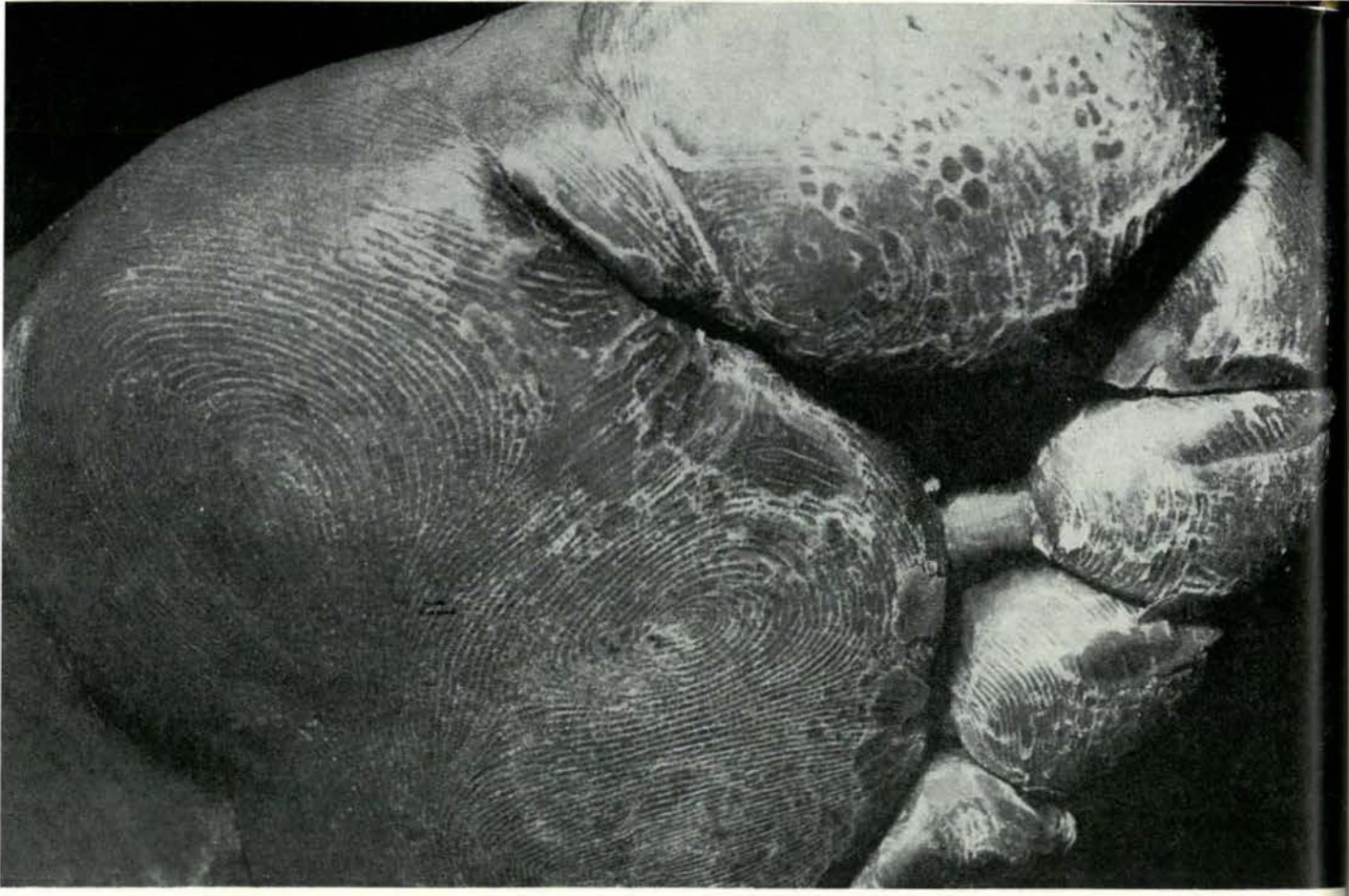
EDITORIAL

Con decir que la Universidad está en crisis no descubrimos nada nuevo. Es una crisis profunda y de difícil solución que pide de forma apremiante una reestructuración de base. Nuestros universitarios deben salir perfectamente preparados, y para ello necesitan desde un acondicionamiento del marco docente hasta un profesorado consecuente y suficiente, con cualidades didácticas y útiles necesarios para llevarlas a efecto, tanto en la faceta formativa como de investigación. Todo español tiene derecho a una formación docente, y por tanto al acceso a la Universidad. Por ello pedimos un rotundo NO a la selectividad, un rotundo NO al númerus clausus, a la vez que erigimos una gratuidad para todos. ¿Gratis? Ahora bien, la Universidad actual es insuficiente, no hay cabida para todos. Si no se recurre a algún tipo de Selectividad, el número de alumnos será mayor y mayor, lo que indudablemente redundará en perjuicio de la calidad de enseñanza. Por otro lado, si nuestro país es económicamente pobre y sus presupuestos no llegan a cubrir las exigencias sociales (no tenemos ni suficientes escuelas de E.G.B.), y además anulamos todo tipo de Selectividad, es lógico que necesitemos más profesores, más locales, mejores acondicionamientos... más dinero. La nación es un gran club, al que en teoría pertenecemos todos los ciudadanos como socios y estamos legalmente representados. Ese club se mueve con unos presupuestos, en virtud de unas primas que recibe de sus asociados, y que son los impuestos que por distintos mecanismos pagamos a Hacienda y demás Organismos públicos. A mayor presupuesto, más dinero y mayores primas, es decir, más impuestos. Desde luego, al español no le duele pagar impuestos si recibe algo a cambio. Hasta aquí, todo claro. La triste realidad es que la sociedad alta no siempre cotiza lo que debiera a ojos de la baja; la baja no rinde lo que sería lógico a miras de la alta, pero..., ¿y el pequeño comerciante, el profesional libre, el pequeño empresario, el que no está ni arriba ni abajo de los estamentos sociales, es decir, el que no puede declararse en huelga asimismo para subirse sus propios honorarios, el que no puede acogerse al paro, el que trabaja doce horas seis días a la semana? En ese grupo hay muchos profesionales, porque España es así, un país de pequeñas empresas, de pequeños autodidactas. Y muchas veces a esos profesionales, ¿quién los defiende? ¿Es por tanto siempre sulpable de sus actos si a veces se descarrila un poquito? Sencillamente, meditemos... y veremos que ante esta problemática, nos urge a nosotros más que a nadie una reestructuración.


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

¿Pueden nuestras Escuelas, con escasos medios económicos, matricular a todo el que lo solicite? ¿Es justo matricular a todos, para cobrar más dinero, y luego suspender a la mayoría? ¿Podemos nosotros permitir que salgan alumnos mal preparados y en número superior al que la sociedad puede absorber? ¿Le interesa eso al mismo alumno? Entonces sólo hay dos soluciones. Unas a corto plazo, que es por parte del profesional en ejercicio, en quien se fija el aspirante a Podólogo: obrar en conciencia y con ética; sencillamente, SER PROFESIONAL INTEGRO; y por parte de las Escuelas, practicar una Selectividad intelectual, no económica, admitiendo SOLO a aquel que reúna condiciones. Más valen pocos y buenos que muchos y menos buenos. Otra a largo plazo, que vendrá en función de una mayor base social, porque en definitiva, en los países vanguardistas, donde al profesional se le exige una responsabilidad *como tal, la Universidad es efectivamente gratis, pero no solo ella es quien suspende al alumno (pues su función no es suspender, sino enseñar) sino que es la propia sociedad quien ya no lo acepta si no está capacitado. Construyamos pues un edificio, pero, señores, aunque tardemos un poco más, que no se nos caiga encima, prestemos más atención a los fundamentos que a la fachada, que ésta, a fin de cuentas, sólo es eso: fachada.*

M. RUEDA



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.: 552 Ptas.
FUNGISDIN AEROSOL:
Frasco de 50 ml. P.V.P.: 279 Ptas.
FUNGISDIN GEL:
Tubo de 30 gr. P.V.P.: 311 Ptas.

Avda. Generalísimo Franco, 520
Barcelona-11

ISDIN

Técnica e investigación en dermatología

RESECCION TOTAL DE LA MATRIZ UNGUEAL

por **JULIO ALONSO GUILLAMON**
Podólogo - Barcelona

Dedico este trabajo con todo el cariño a mi esposa MONTSERRAT, también Podólogo, por su valiosísima participación en él.

Nuestro deseo es reflejar en este trabajo, algunos de los procedimientos que con resultados positivos empleamos en la Escuela de Podólogos de Barcelona, en los procesos patológicos ungueales, que nos obligan a efectuar la resección total de los elementos generadores de la uña, a fin de conseguir la eliminación definitiva de la misma.

Son pocos, por no decir poquísimos, los casos que consideramos necesarios efectuar estas técnicas operativas, ya que cuando es posible intentamos adoptar otros procedimientos menos cruentos, y probablemente, cuando más las empleamos sean en secuelas surgidas en un tratamiento quirúrgico anterior.

Apreciamos que la cirugía ungueal del pie, es una de las operaciones que proporciona más índices de fracasos, quizás condicionados a que, la mayoría de Centros quirúrgicos de nuestro país, (nos consta que también en otros europeos) no consideran las problemáticas ungueales, como casos clínicos importantes; o también por el frecuente desconocimiento de la Histología y Anatomía del aparato ungueal, acompañado, quizás, de la práctica de técnicas quirúrgicas inadecuadas al problema.

Dispongo de una Estadística realizada en el Departamento de Cirugía de un Hospital Militar, durante el período de 10 años (del 1960 al 1970) sobre procesos ungueales tratados de manera cruenta. Era relativamente frecuente atender esta patología podológica en los soldados. Quizás las circunstancias de: Utilización de la bota militar, menos cuidados higiénicos y mayor vida activa, facilitaban la hiperhidrosis y aumentaban las problemáticas derivadas de las mismas.

La mayoría de los casos, eran onicocriptosis, acompañadas generalmente de componentes piogénicos e hipertrofia del labio o labios ungueales y uñas hipertróficas, traumáticas o no que planteaban problemas mecánicos en los canales.

Pude recoger 500 casos. Todos ellos tratados en primera intención, con la ablación de la uña (onicoexéresis) acompañado de la extirpación del tejido granuloso o hipertrófico, si existía.

Con esta técnica se resolvieron un 65% de los casos aproximadamente. La mayoría correspondían a procesos sin antecedentes patológicos ungueales, ni antecedentes familiares. O bien a casos muy poco acusados.

Con el crecimiento de la nueva uña, pudimos comprobar, en algunos pacientes, la hipertrofia de la misma en su parte más distal y el despegamiento en forma más o menos triangular (con base en la extensión libre) como consecuencia al traumatismo quirúrgico, producido por la pinza de Pean, en el lecho subungueal, al realizar la onicoexéresis.

En los pacientes que tenían antecedentes patológicos ungueales por anomalías morfológicas, (muchos de ellos de ámbito familiar) eran frecuentes las recidivas. Entonces usábamos la técnica de Winograd, es decir la resección en cuña del canal, matriz y lecho subungueal, del lado correspondiente. Aún así, nos encontrábamos con la sorpresa de que un 5% se presentaban a los

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.

3, 4 ó 5 meses después de la operación, con onicomas, fístulas o islotes de neoformaciones ungueales, que acarreaban problemas mecánicos dolorosos con el roce del calzado.

Otros fenómenos nos econtrábamos con la técnica de Winograd, como la presencia de un heloma subungueal, consecuente al traumatismo en el lecho al suturar los bordes de la herida, (progresivamente hemos superado este problema, dejando, primeramente los bordes de la herida separados en el centro y posteriormente con la aplicación de cintas adhesivas, que nos mantienen contactados los bordes). Y, luego cicatrices hiperqueratósicas, que condicionan un cierto grado de molestias con el uso del calzado.

Finalmente una de las complicaciones más importantes, pero también de las más raras en frecuencia, era la presencia de quistes epidermoides al cabo de 1 ó 2 años después de la operación. La aparición se localizaba en el borde medial del dedo, y era consecutivo al microtraumatismo del calzado en una zona desprovista de tejido adiposo de amortiguación, al habérselo extirpado el canal y el trozo de matriz correspondiente, (estos casos, se han solventado con la exéresis quirúrgica del quiste y la protección a la presión del calzado.

En los pocos casos que se nos presentaban complicaciones importantes, realizábamos la resección total de la matriz y de los canalas laterales, con el deseo de que la uña no volviera a crecer nunca más. Aún así, no era raro encontrarnos con complicaciones quirúrgicas similares a las de la técnica de Winograd y que transcurridos los años, lo atribuimos al hecho de no disponer de una técnica depurada. Por esto, no era raro encontrarnos con pacientes que tenían que ser operados, en varias ocasiones, por un mismo problema.

Al incorporarme en el departamento de Podología del Hospital Clínico de Barcelona, conocí a D. Leonardo Escach Clariana, Director-Podólogo de la Escuela, introductor e investigador de la Cirugía podológica en nuestro país. Pude apreciar los éxitos personales que obtenía en nuestro campo profesional y que gracias a él, de no mediar hoy su ayuda, no hubiera sido posible realizar este trabajo. Por ello, quiero aprovechar esta maravillosa circunstancia para testimoniarle mi más sincero y afectuoso agradecimiento.

Son más de 100 casos, los que he podido re-



Fig. 1

Fracaso post-quirúrgico, después de intentar practicar onicoexéresis total

coger de pacientes que se les ha practicado la resección total de la matriz ungueal. En todos ellos se han obtenido los resultados apetecidos. En algunos, pocos, hemos comprobado que posteriormente presentan una cicatrización hiperqueratósica, más o menos consistente, en su totalidad o parcialidad del lecho subungueal, sin que llegara en ningún caso, a la formación de espículas neoformativas ungueales dolorosas que nos obligaran a su reintervención.

El fundamento de los resultados apetecibles, obtenidos en esta técnica, los atribuimos a:

1.° Al conocimiento de la anatomía de la uña.

2.° A la valorización de las normas básicas adoptadas ante cualquier tipo de operación; deseando que la curación justifique el trauma quirúrgico.

3.° Conocimiento de la técnica adecuada a cada caso.

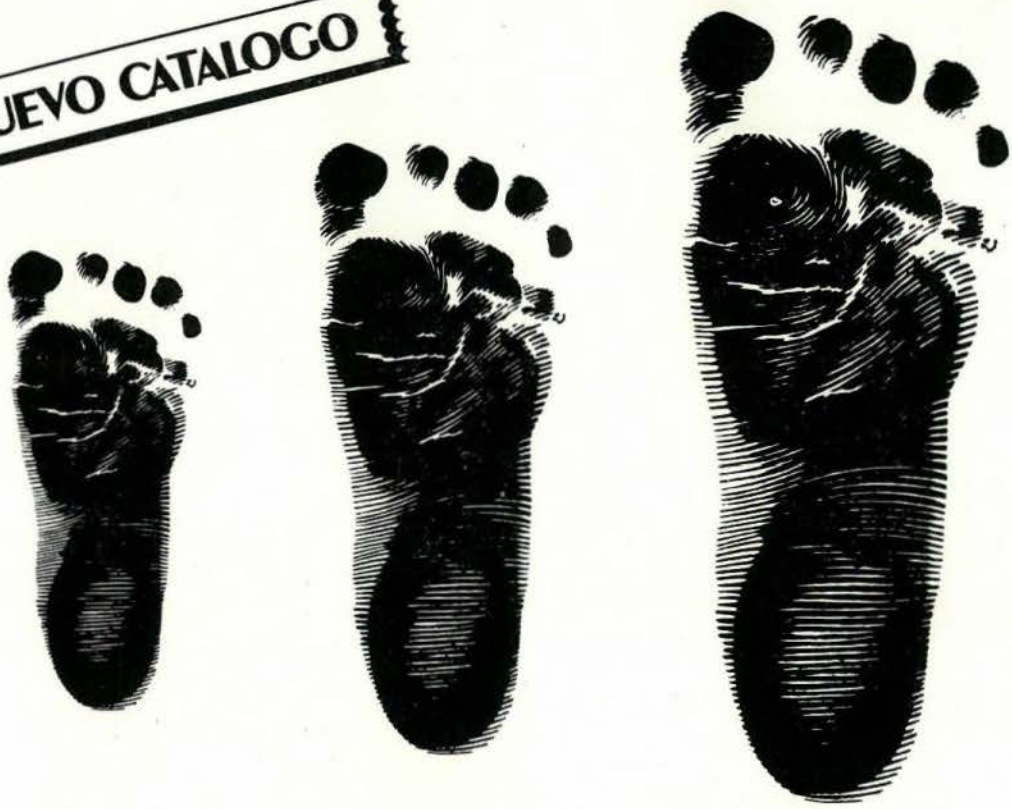
Con el conocimiento de la anatomía e histología de los tejidos ungueales, podemos precisar donde se inician los elementos generadores ungueales y cuales son los de trasmisión del cuerpo de la uña. Así, nos permite abordar convenientemente y en el lugar adecuado, según los cuadros patológicos que se nos presentan.

Recordando la anatomía ungueal, podemos decir que: La uña es un cuerpo laminar aplanado en su forma trasversa, con una parte proximal (escondida debajo del repliegue supraungueal) llamada raíz y una parte distal o extensión libre. En la parte superior de la raíz ungueal, se halla

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 íntegramente 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.

R. Herrero, 4 - VILLENA - Tels. (965) 800191 - 802586 - 803212

el eponiquio que es un tejido córneo engrosado e importante en el desarrollo del cuerpo de la uña. La parte posteroinferior que recubre la raíz, es la matriz, cuyo elemento es el productor de la misma. En el cuerpo de la uña, se aprecia un espacio blanquecino en forma semicircular denominado lúnula, que se halla menos vascularizada en comparación con los tejidos circundantes, este espacio no se halla adherido en la lámina de la uña, pero en cambio, sí está con las crestas de Henle que se presentan en el lecho.

El lecho subungueal y los canales laterales son los órganos transmisores. El eponiquio, la matriz y la lúnula son órganos productores. De aquí la importancia de conocer topográficamente estos elementos para llegar a abatirlos si el caso lo requiere.

El Podólogo deberá considerar y valorar una serie de normas básicas preliminares a la intervención, durante el posoperatorio y como no en el acto quirúrgico.

Precauciones iniciales serán aquellas que nos darán a conocer el estado general médico del paciente. La esterilización del instrumental, la desinfección adecuada del campo operatorio, así como las manos del operador, serán requisitos ineludibles.

Igualmente deberá tener conocimientos sobre la anestesia local, como son: Las características principales, los tipos apropiados de aplicación en cada caso la elección de la sustancia química, su dosificación, la eliminación de los vasopresores, posición del paciente, técnica empleada y complicaciones que se nos puedan presentar con el uso.

En algunas ocasiones y generalmente en pacientes que han sufrido anteriores infiltraciones anestésicas, con poco esmero en su realización, nos han pedido que se les practique la intervención con anestesia general, lo cual cumplimentamos con la ayuda del médico anestesista.

La realización de la hemostasia preventiva, es obligada en estos casos, ya que nos permite visualizar mejor el campo quirúrgico.

Después de la intervención deberá tenerse en cuenta, retirar la cinta hemostásica lentamente, procurando evitar mantenerla aplicada el menor tiempo posible. La colocación de apósitos que impidan la adhesión con la herida. La utilización de un calzado adecuado para estos casos, que le permita la deambulación después de la intervención, sin ningún tipo de compresión. El prescribir el analgésico apropiado y las curas sucesivas hasta su total curación.

La técnica que vamos a describir, puede presentar algunas variantes según el caso, aunque siempre irá encaminada a eliminar todos los elementos onicogénicos para evitar de nuevo su crecimiento.

Empleamos esta técnica en las uñas hipertróficas, cuyos pacientes no están satisfechos con el tratamiento conservador o incruento. En los procesos traumáticos con grandes lesiones en los elementos productores. En los procesos micóticos crónicos y que plantean procesos infecciosos de repetición en todo el aparato ungueal. En algunos procesos tumorales y exostósicos subungueales muy voluminosos que abarcan todo el lecho de la uña. También en los casos que mencionábamos anteriormente de complicaciones quirúrgicas con onicomas o espículas dolorosas, entre otros.

El instrumental que empleamos es el siguiente:

a). Bisturí.
b). Pinza de disección con dientes.
c). Pinza de Kocher curvas.
d). Pinza de Forceps o de Pean.
e). Cucharilla de volkmann.
f). Tijeras curvas.
g). Porta agujas.
h). Agujas triangulares.

La técnica a realizar consiste en:

1.° Se practican dos incisiones longitudinales, como si se prolongasen los canales laterales, por detrás de la raíz de la uña, (5 ó 6 mm. aproximadamente).

2.° Disecamos un colgajo en forma de lengüeta, con base del lado proximal dejando al descubierto la matriz y el engaste con la raíz de la uña.

3.° Con la pinza de Forceps o de Pean, practicamos la onicoexéresis, introduciéndola en su parte libre, hasta la lúnula, realizando después un movimiento de rotación lateral.

4.° Resección por disección de todos los tejidos onicogénicos, como son matriz, lecho, eponiquio y canales laterales. Para ello, empezamos con una incisión media en la lúnula y en el lecho, eliminándolos en dos trozos.

5.° A continuación hacemos lo mismo con la matriz, con doble incisión trasversa en forma

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 o 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.
245,– 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.
132,– Ptas.

INFAR NATTERMANN

Apartado 400 - Zaragoza Infanta Carlota, 84-88 Barcelona-29

de ojal. En los casos que la uña es hipertrófica, la matriz y el eponiquio están atróficos, con lo que en ocasiones tan sólo es suficiente, practicar legrado con la cucharilla, sobre la superficie.

6.° Se extirpan ambos canales laterales, igualmente en forma de ojal.

7.° Se efectúa un legrado de toda la superficie cruenta, con la cucharilla teniendo en cuenta de insistir sobre los extremos de la matriz, en la superficie del periostio falángico.

8.° Se suturan los bordes de la herida, especialmente en sus extremos, dejando una superficie cruenta central, que cicatrice en 2.ª intención.

9.° Recubrimos la herida con una sustancia grasa, generalmente con una pomada antibiótica enzimática, que consiga que no se adhiera el apósito sobre la superficie de la herida y evite también la infección. Posteriormente se aplica un vendaje semicompresivo.

Al retirar la cinta hemostática suele sangrar abundantemente si se inicia la deambulación, es por lo que aconsejamos mantenerse en la posición operatoria unos minutos más, hasta que consideremos que ya se ha formado el coágulo. Pudiendo entonces desplazarse a su domicilio, si se ha realizado mediante anestesia local.

La primera cura se realizará a los 4 ó 5 días después de la intervención, (si es que no ha molestado mucho con anterioridad). Las sucesivas, se efectúan 2 veces por semana, aplicando pomadas antibióticas y previo toques de solución de violeta de genciana.

Se extraen los puntos a los 10 días aproximadamente, siendo su curación total de 30 a 50 días, si bien en algunos casos puede llegar a los 2 meses.

No aplicamos antibióticos por vía general, ni suero antitetánico, si hemos tenido en cuenta las normas asépticas y podamos comprobar que el paciente también las mantiene en el postoperatorio.



Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4

A la izquierda, fracaso post-quirúrgico después de realizar ablación de la uña en 4 ocasiones. En el centro, 1ª cura post-operatoria. A la derecha, A los 11 meses después de la operación.

Una variante quirúrgica que empleamos es en el caso de que exista una hipertrofia del pulpejo o rodete anterior, muy marcado, acompañado de un lecho subungueal corto. Estos casos, nos permiten contactar la parte proximal o repliegue supraungueal con la distal o pulpejo, una vez hayamos extraído las partes generadoras ungueales. Realizándose la técnica como sigue:

1.° Las incisiones longitudinales que efectuamos en los canales laterales se prolongarán hasta la interlínea articular, para poder aproximar mejor ambos extremos.

2.° Se libera ampliamente el colgajo distal, con la continuidad de las incisiones longitudinales.

3.° Se realiza la extirpación de todos los tejidos productores ungueales tal como se realizó en la técnica anterior.

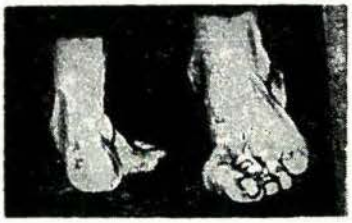
4.° Se suturan ambos colgajos de forma que el lecho ungueal, quede totalmente cubierto de piel.

Hemos podido comprobar que ciertos cirujanos, en casos rebeldes, han practicado la téc-

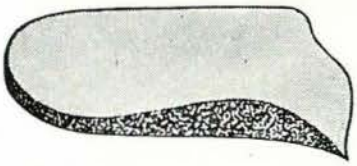
LUGA

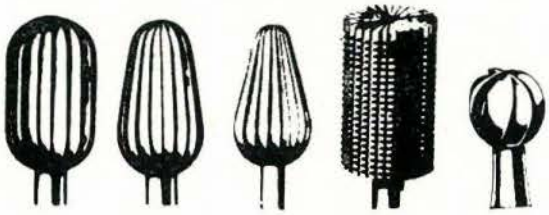
CLARA DEL REY, 47. MADRID-2. TELEF. 416 84 45

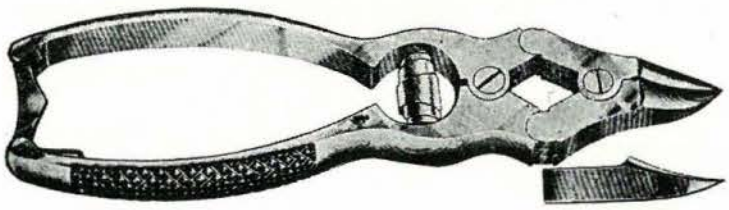
LA CASA DEL PODOLOGO











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

nica de Symes; que consiste en la amputación parcial y distal de la falange. Logran curar el proceso a expensas de un dedo más corto. Esto conlleva en algunos casos, la presencia de una hiperqueratosis plantar dolorosa, en la base distal del dedo, como consecuencia a la alteración biomecánica que sufre el pie en la marcha.

También empleamos, en algunos casos, una técnica quimioquirúrgica, iniciada por nuestros compañeros americanos y que consiste en la utilización del Fenol aplicado sobre los elementos productivos ungueales.

Por considerarla de interés, vamos a detallar como la realizamos, si bien primeramente diremos que el Fenol es un conjunto cristalino incoloro (C6 H5 OH) obtenido por la destilación de la brea de la hulla, y que al mezclarlo con un 10% de agua se convierte en un líquido claro de olor peculiar. En este estado es caústico y anestésico al mismo tiempo, dos cualidades importantes para el fin que deseamos.



Fig. 5

Gráfico indicativo de la forma en que realizamos otra variante quirúrgica.

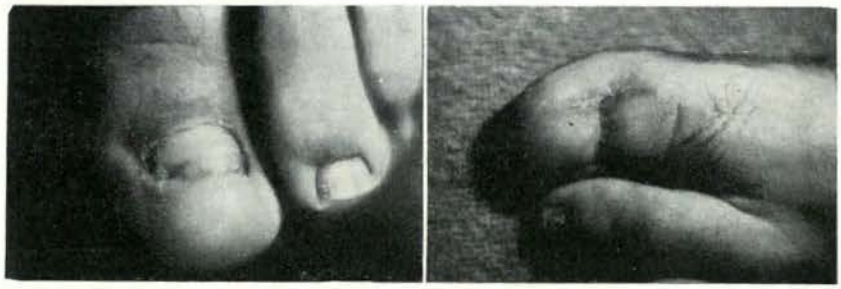


Fig. 6 *Fig. 7*

A la izquierda, un caso operado en 3 ocasiones por onicocriptosis sin resultado, persistiendo la misma problemática con exóstosis subungueal en pico de pato. A la derecha, la misma paciente al cabo de 16 meses después de la intervención.

El instrumental necesario para realizar esta técnica será:

Pinza de Pean o de Forceps.
Pinza de Kocher.
Cucharilla de Volkmann.
Tijeras.

Es aconsejable haber limitado el proceso infeccioso, anteriormente, si es que lo hubiera y en los casos de que exista la sospecha de una exóstosis subungueal, deberemos realizar previamente radiografías.

La técnica quirúrgica consiste, previa anestesia local troncular (en la base del dedo) y hemostasia preventiva, en efectuar una onicoexéresis y legrado de la superficie cruenta.

A continuación limitamos los tejidos vecinales con gasas o sustancias grasas, para evitar la quemadura caústica.

Aplicación de Fenol en toda la superficie cruenta, en dos tiempos, por espacio total de 1 ½ a 3 minutos, según las características de la uña.

Se lavará dicha superficie con alcohol, procurando que llegue a todos los pliegues, para frenar la acción del caústico.

Aplicación de pomadas antibióticas encimá-

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





DE VENTA
EN FARMACIAS

CONSULTE A SU
PODOLOGO

Productos PEUSEK Av. Infanta Carlota, 19 21 Tel. (93) 239 83 34 - BARCELONA - 29





Fig. 8 *Fig. 9*

A la izquierda, proceso antiguo de onicocrptosis con panhipertrofia. Ala derecha, proceso curado a los 10 meses con técnica mixta de amputación de la hipertrofia y fenol.

ticas, para facilitar la cicatrización y la no adhesión del vendaje.

La primera cura se efectuará a los 3 ó 4 días después de la intervención y mantendremos un control semanal, hasta lograr su total cicatrización, que suele ser entre los 40 y 60 días. Si bien durante este período el paciente efectuará cambio de apósitos diarios.

Una vez el proceso curado puede presentarse una cicatrización hiperqueratósica que eliminamos con pomada salicílica o bien con bisturí.

Es un procedimiento eficaz y aparentemente resulta menos traumático, condicionando además menor incapacidad transitoria para el paciente.

En los casos que se nos presenta una hipertrofia del labio o labios ungueales, o bien una panhipertrofia, consideramos mejor usar la primera técnica o bien realizar una combinación con la del Fenol, ya que de esta forma reconstruimos la estética del dedo, que no se consigue solamente con el uso de la sustancia química.

En cambio el Fenol, debido a sus peculiaridades fungistáticas, está muy indicado en aquellos casos que van acompañados de procesos micóticos ungueales.

En la Revista Nacional de Podología del año pasado, hay publicada una estadística de 100 casos tratados con Fenol, en procesos que queríamos conseguir resecciones totales o parciales de uñas. Los resultados de todos ellos, fueron altamente positivos.

Y... bien nuestro deseo ha sido detallar en este trabajo, unas técnicas quirúrgicas que empleamos con resultados positivos en la resección total de la uña. Y que como comentábamos en el principio nos vemos precisados a realizarlas en escasas ocasiones.

Esperando y deseando que esta exposición, haya sido del agrado de todos. Aprovecho la ocasión para testimoniarles mi profunda ilusión de estar en este maravilloso marco londinense, reunidos todos aquí en este Congreso Internacional, formando una gran familia, agrupada y unida, por una causa común que es: BENEFICIAR CELOSAMENTE EL CUIDADO DE LOS PIES.

JULIO ALONSO GUILLAMON

BIBLIOGRAFIA

Alonso J.: Algunas técnicas quirúrgicas en las onicocriptosis y uñas en teja. Rev. Española de Podología núm. 43.

Alonso, J.: El fenol en las onicopatías. Rev. Española de Podología núm. 65.

Escachs, L.: Extirpación de la matriz ungueal. Rev. Nacional de Podología núm 2.

PIEDRO

OFRECE AL PODOLOGO:

el calzado anatómico-fisiológico número uno de Europa

cuatro distintos anchos
cuatro tipos distintos de suela

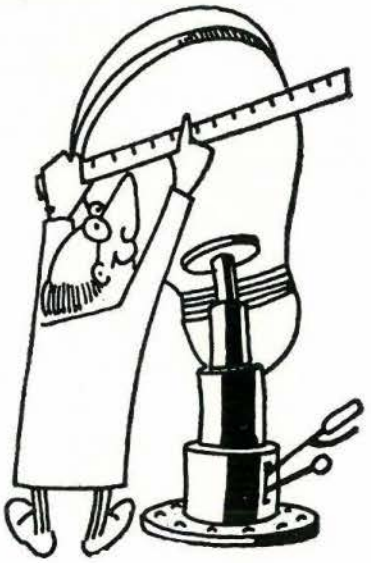
- **100 % cuero crupón marca-royal**
- **palmilla entresuela cuero y bloque de composición controlada**
- **íd., íd., íd. y crepé superior virgen**
- **100 % cuero crupón reforzado**

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:

Espacio para colocar plantillas
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,87, 2.°
teléfono 93/239 53 06
Barcelona - 15
telegramas: KIRITA-Barcelona

Greene, A.A.: A modification of de phenol alcohol technique for toenail correct. Chronical Pod., 13: 20-25, 1964.

Kleiman, M.A.: Some observations concerning the phenol alcohol nail technique Footprints. Fla. Pod. Ascs., 4: 1, 1958.

Nyman, S.P.: The fhenol alcohol technique for toenail excision. J. Nat. Ass. Chir., 5: 2, 1956.

Suppan, R.J., and Ritchlin, I.D.: A non debilitating surgical procedure for ingrown toenail. J. Am. Podiatry Ass., 52: 900-902 1962.

Symes: Amputación parcial falange distal para el tratamiento de las uñas hipertróficas. Podología Frank Weinstein. Pág. 152.

Viladot, A.: Patología del antepié. Pág. 246.

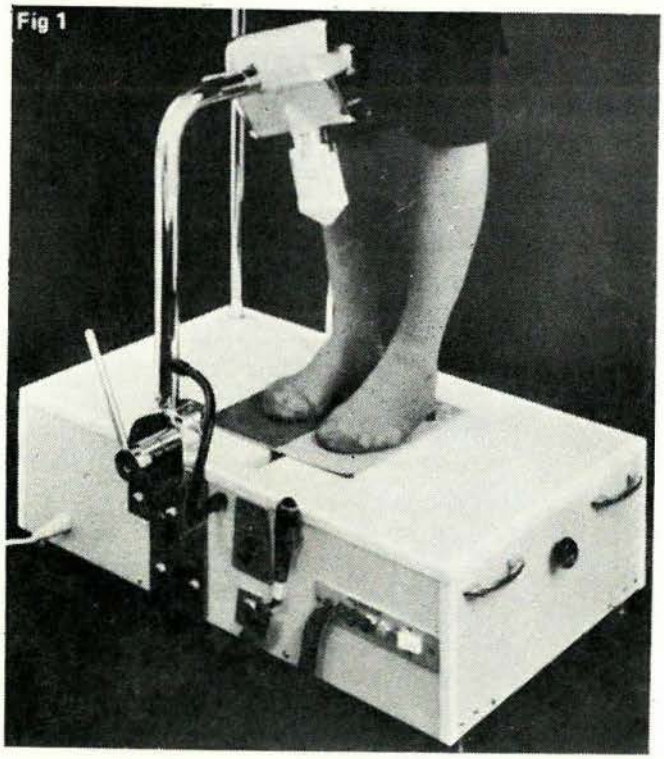
Weinstein, F.: Practice of Podologic 1970.

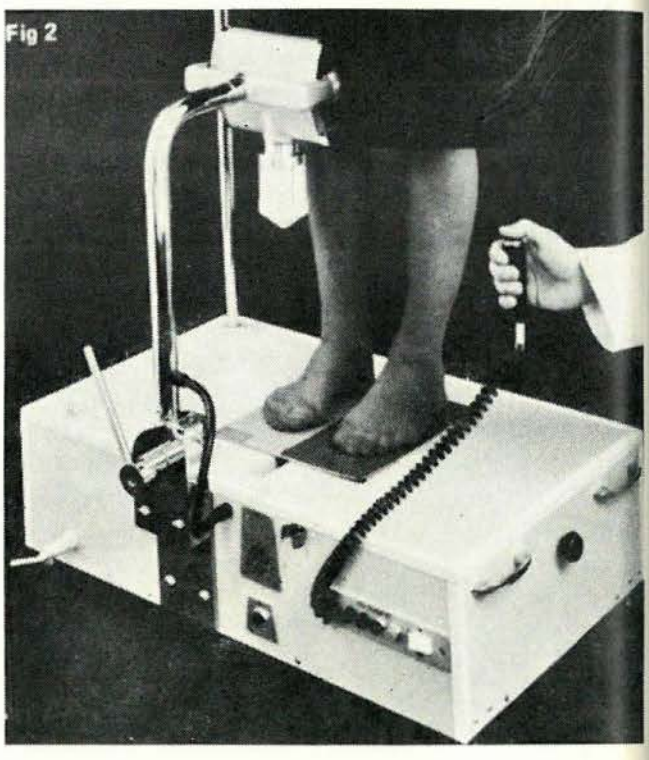
Winograd, A.M.: Modification in tecnique of operation for ingrown toenail J. Am. Med. Ass. 92, 229, 1929.

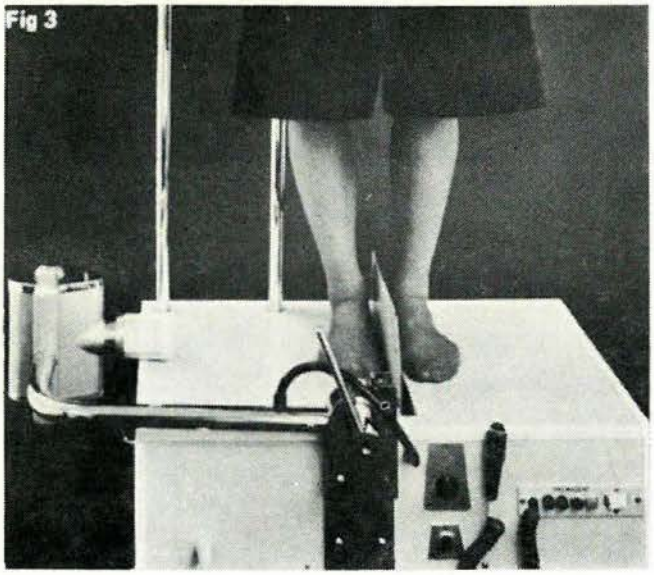
AVISO:

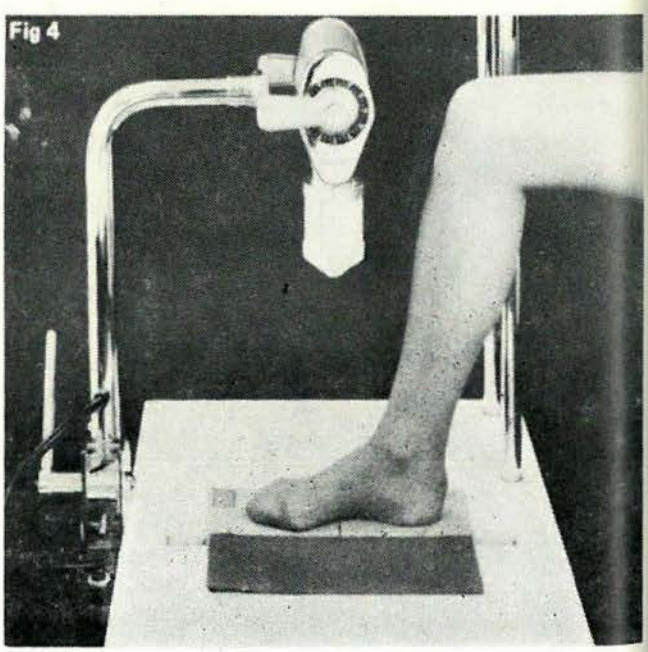
Se comunica a todos los Sres. Podólogos, que la Empresa PODO-ORTOSIS de Villena (Alicante) ha cambiado su número de teléfono, poniendo a su disposición el nuevo n.º:

(965) 80 02 71









¡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

El pie y la escoliosis vertebral

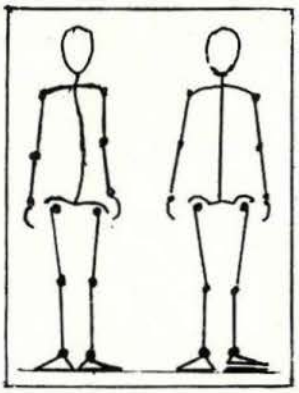
por **F. MAURE**
Podólogo - Barcelona

De todos es sabido que todos los cuerpos están sometidos a fuerzas gravitatorias. De aquí se deduce que también nuestro esqueleto sufre este efecto. Y el resultado lógico lo tenemos en las escoliosis vertebrales, que son tributarias de los pies.

¿Cuál es su mecanismo?

El proceso viene dado por el acortamiento virtual de una pierna, esto hace bascularizar la pelvis, que producirá una escoliosis vertebral tanto, cuanto más corta sea una pierna con respecto a la otra.





La diferencia de acortamiento oscila desde unas décimas, hasta 3 mm. como mucho de longitud. Casi inapreciable dados los medios rudimentarios con que trabajamos actualmente los podólogos.

El fotopodograma algo nos puede orientar, pero sin determinar su diferencia. En la representación gráfica de las huellas de nuestros pies vemos, que una huella es más ancha que la otra, pues bien, la más ancha corresponde a la pierna más corta.

Si seguimos observando vemos que a la pierna más corta le corresponde el hombro más alto. No es que un hombro sea más alto no, es una imagen óptica dado que la clavícula con el tronco forman un ángulo agudo, y el más bajo ópticamente un ángulo obtuso, con la clavícula y el flanco del tronco.

En la mayoría de los casos esta falsa imagen nos lleva a tratamientos nefastos, tales como poner cuñas o alzas en los zapatos, que en algunos casos son de considerable altura.

En el terreno práctico una pierna es igual que la otra, lo único que varía son las bóvedas plantares. Por lo tanto si nosotros damos el valor X a cada de las dos extremidades inferiores, podemos plantear la siguiente ecuación diciendo que X= X — 1, este uno será el valor de la

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)

alza, y vemos que la ecuación no se cumple, tal que el problema físico queda sin resolver, agravando el cuadro.

En la deambulación cuando el pie normal (sin alza) se apoya en el suelo, su arco se hundirá, por lo que su longitud se acortará. Lo cual no sucederá en la otra extremidad portadora de un tacón o alza rígido.

De forma que en carga, surge la paradoja de que la extremidad problema más corta, es funcionalmente más larga y viceversa. La extremidad normal por aplanamiento de su arco plantar, es más corta funcionalmente.

El tratamiento ante esta situación consiste no tanto en añadir altura, sino en reconstruir de de manera fisiológica y homóloga los arcos de las bóvedas plantares. Pues es allí donde radica el problema, y dado que conocemos los parámetros podológicos, estamos en disposición de tratar tales desequilibrios.

Estos desequilibrios no aparecen en el ser humano como secundarios de cualquier enfermedad, sino que son hereditarios y no imputables a toda la especie humana.

Se habla mucho de la escoliosis vertebral, inclusive en programas de televisión, tal como el espacio Más Vale Prevenir que Curar, que tuvo lugar el 25 de enero de 1980.

En él se decía el qué de la escoliosis vertebral; planteando el problema como causa desencadenante en un varismo y en un valguismo. Entiendo que estos dos desequilibrios producen entre otros dolores, una genualgia; que en la mayoría de los casos es confundida con un menisco, pero en rarísimas ocasiones podría dar una escoliosis vertebral.

F. MAURE

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.

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

La dermatitis por contacto y el podólogo

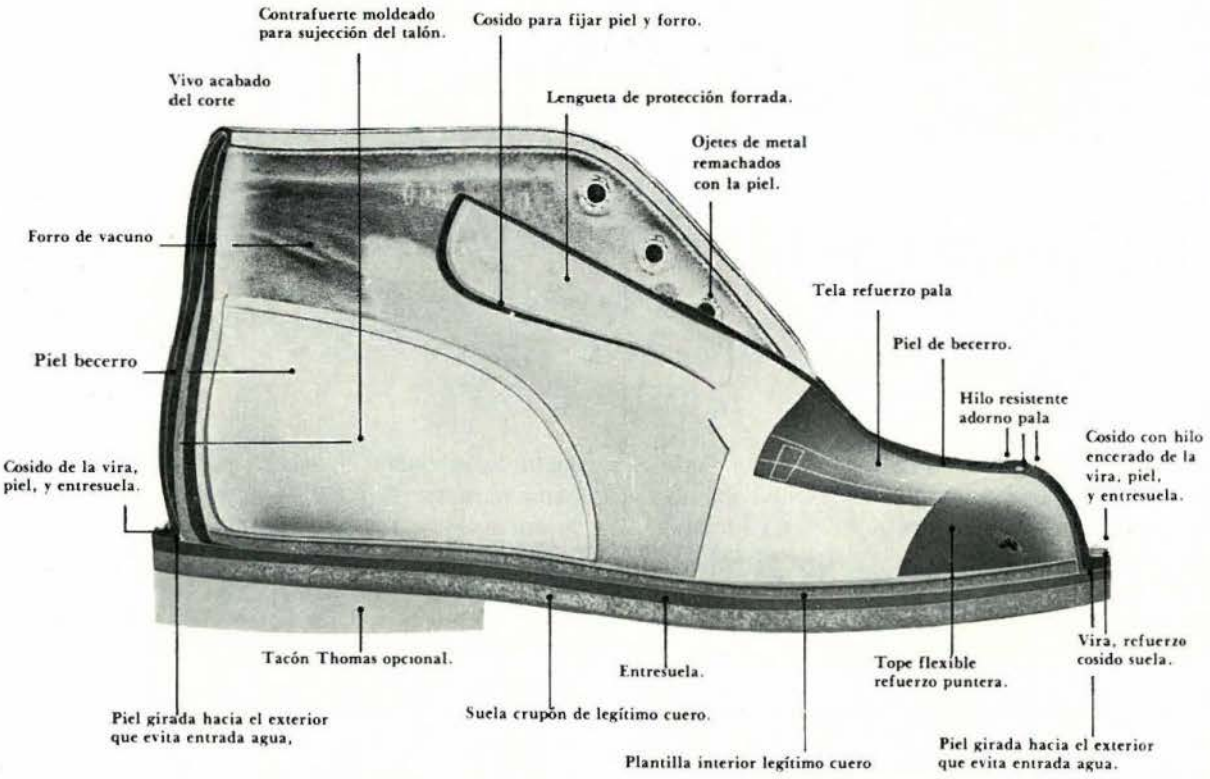
por **FERNANDO MUÑOZ CAMPOS**
Podólogo - Málaga

El hecho de que nuestra profesión de podólogo nos relacione frecuentemente con cuantas afecciones pueda padecer el pie del ser humano, hace que nuestra condición experimental adquirida por el estudio y la práctica, nos lleve al conocimiento del diagnóstico diferencial de muchas enfermedades encuadradas en la especialidad dermatológica.

El podólogo, desempeña un importante papel ante la presencia de ciertas enfermedades de la piel del pie, y en especial, cuando se trata de la dermatitis por contacto. Por ello, es conveniente aclarar algunos conceptos referidos a la variedad causal y sintomatológica de esta enfermedad cutánea, ya que al existir otras, cuyas manifestaciones clínicas, tan numerosas y variadas, puede confundirse fácilmente con la dermatitis por contacto. A tal efecto citaremos algunas como son; la dermatitis eczematosa, tinea pedis (pie de atleta), lesiones pustulosas hemorrágicas e hiperqueratósicas plantares en el síndrome de Reiter, psoriasis pustulosa con localización onicodistrófica, dermatitis de origen alérgico, infecciones bacterianas e infecciones micóticas, las cuales, no mantienen sus incipientes manifestaciones siendo susceptible de variar su morfología, evolución y pronóstico al complicarse con fenómenos inflamatorios nuevos. Todas estas formas fundamentales con que la piel del pie responde a la invasión de innumerables agentes morbígenos, presenta cierta dificultad clínica para establecer el diagnóstico diferencial de sus respectivas etiologías. Sin embargo, la dermatitis por contacto es quizás la que menos problema presenta para su diagnóstico. Generalmente porque se cuenta con una efectiva sintomatología y el conocimiento de ciertos elementos que pueden ser los causantes.

El acceso inicial de la dermatitis por contacto, suele ser repentino acompañado de prurito y seguido con eritema con o sin urticaria y edema. Es muy común la aparición de erupciones vesiculosas que al romperse, dan lugar a la formación de costras. Las excoriaciones producidas por el paciente al rascarse, acarrea a menudo infecciones pustulosas. Por otra parte, existe tal diversificación de causas capaces de alterar la integridad de la piel que, unas veces en su carácter de agentes químicos como son los ácidos, álcalis, tinturas, detergentes, jabones, ciertas plantas etc., y otras en su carácter físico en los que se hallan la fricción, rayos X, el frío o el calor en sus graduales intensidades, rayos solares, el eritema por ignición, muy común en las mujeres de más de 50 años al exponer los miembros inferiores cerca del fuego para combatir el frío etc. Estos casos y el observado por la aplicación de substancias químicas rubefacientes en piernas y pies practicadas por profanos a fuer de intrusos ocasionales, dan buena cuenta de esta dermatitis. Existe incluso el hecho de que la misma, pueda ser provocada por el uso de calcetines de lana u otros que su tejido sean de fibras artificiales. Igualmente, permanecer el pie desnudo en contacto directo con la piel del calzado, puede dar lugar a este tipo de afección ya que las subs-

NO ES UNA CASUALIDAD, QUE NUESTRO CALZADO SEA EL MEJOR.



CARACTERISTICAS DE NUESTRAS HORMAS:

PARA INCORPORAR PLANTILLAS

- **base planta con ancho normal.**
- **base planta más ancha.**
- **recta.**

NORMALIZADAS

- **recta con capacidad normal.**
- **normal para pies sanos.**

Taberner®

Weyler, 53. Tel.(971) 66 01 56. LLUCMAJOR (Mallorca)

OSCAR 1975 y 1976 y MENCION DE HONOR 1979 AL MEJOR DISEÑO DE ZAPATOS, ANATOMICO INFANTIL, INSTITUIDO POR LA COMISION ESPAÑOLA PRO SUELA DE CUERO.

tancias curtientes, vegetales o artificiales, con que se adoban las pieles destinadas a la fabricación del calzado, al quedar éste impregnado de aquéllas, pueden llegar a disolverse por la perspiración, con lo cual, la predisposición a la dermatitis por contacto es evidente.

Por consiguiente, se aconseja la protección del pie mediante el uso de calcetines de algodón o hilo en el hombre y para la mujer que no usa medias en el verano, se recomienda soletas elastizadas de fabricación especial, muy usadas por la población femenina.

En general, no olvidemos que toda substancia de propiedades sensibilizantes, capaces de eliminar o disminuir la humedad natural de la piel del pie, haciéndole perder su elasticidad, resecándola y provocando soluciones de continuidad en la misma, son agentes todos de la aparición de la dermatitis por contacto.

La actitud que debe adoptar el podólogo, ante una afección semejante, es la que corresponde a su esfera de acción, considerándose este trabajo como una contribución más de interés informativo sugerido por la clínica podológica.

F. MUÑOZ CAMPOS

SERRA-FARGAS, S. A.

BARCELONA-1 — Plaza Castilla, 3

Tel. 301 83 00

DENTALITE, S. A.

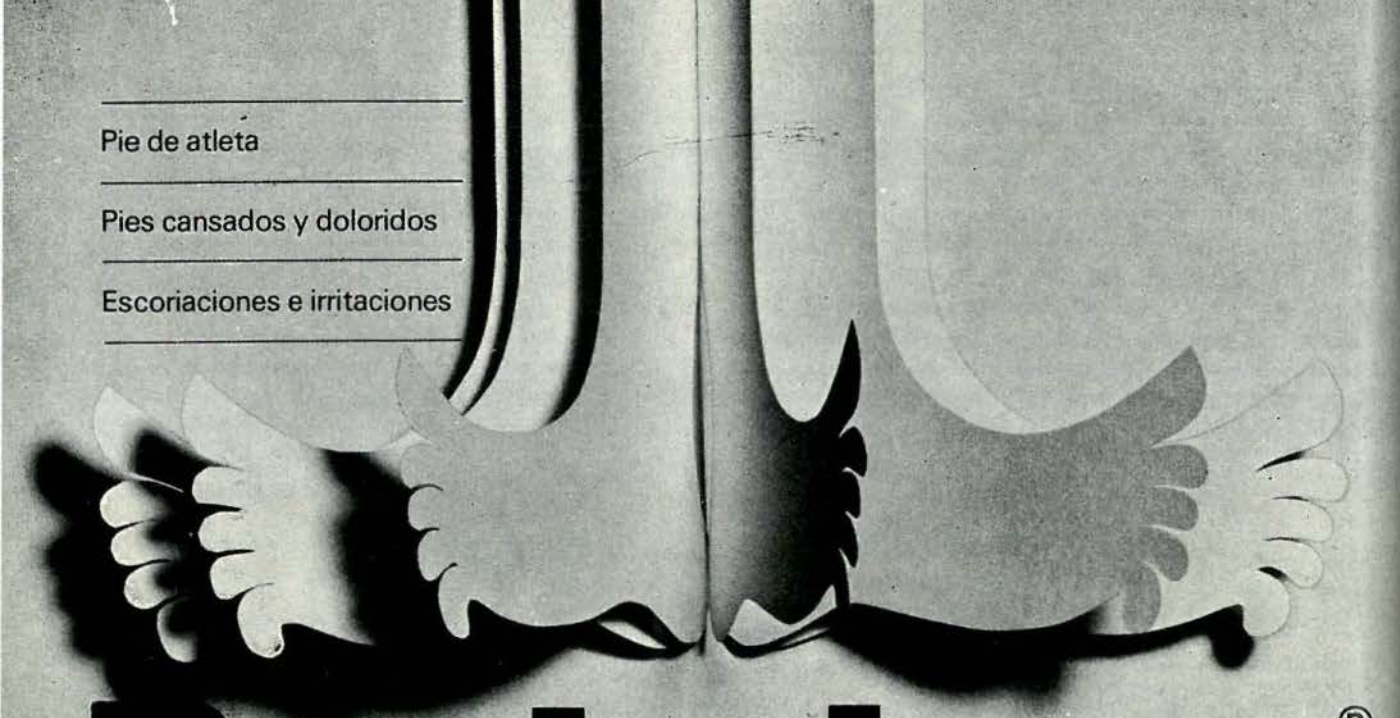
MADRID-8 — San Bernardo, 74

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.



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-4 - Tel. 331 26 00 - C. Fuego, s.n.

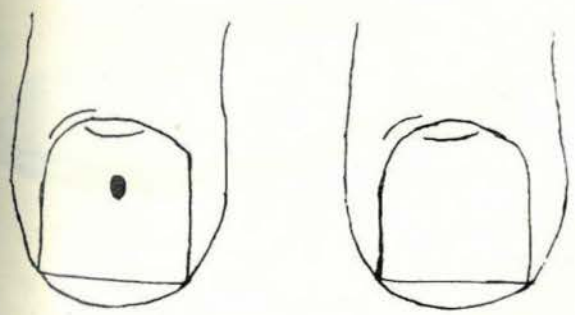
Tumor glómico

por **PEDRO M.ª GALARDI ECHEGARAY**
Podólogo - Vizcaya

Fue descubierto por P. Masson, hace 56 años y le bautizó con el nombre de "Angioneuromioma".

Es una neoformación de tamaño muy pequeño, aproximadamente del tamaño de un grano de arroz. Es un tumor que se encuentra encapsulado, que es benigno y nunca degenera en maligno.

Aparece generalmente debajo de la lámina ungueal del dedo primero, aunque también puede aparecer en cualquier dedo de la mano o del pie debajo de la uña o en cualquier otra parte del cuerpo debajo de la piel, por ser este el lugar donde se encuentran los glomus.



A la izquierda, Dedo y uña normal; a la derecha, Dedo afectado de un tumor glómico subungueal.

Dentro de su estudio sintomático diremos, que presenta un color rojo púrpura, pero cuando se le localiza debajo de una uña se presenta como una mancha de un color azul rojizo o violáceo que se trasluce a través de la placa ungueal y se halla en su centro.

El diagnóstico de esta afección, es bastante fácil bajo mi punto de vista, si pensamos en el dolor insoportable que produce y que este dolor puede irradiarse. El paciente en la consulta nos suele decir: "Por favor no me toque el dedo, por que no se lo que tengo, pero el dolor no lo puedo soportar". Basta el leve roce de un dedo, el cambio de temperatura, una corriente de aire que afecte directamente al dedo, la presión producida por el peso de la sábana en la lámina ungueal, es lo suficiente para provocar un dolor insoportable.

El dolor es tan intenso, que puede provocar incluso atrofias musculares y deformidades, al inmovilizar el enfermo el miembro afectado.

La estructura que se atribuye a estos tumores, deriba de la hiperplasia de los tejidos que forman el glomus, que son la arteria aferente, que tiene un diámetro finísimo y que desemboca inmediatamente en una finísima vena varicosa, sin que haya ninguna interposición de red capilar. A la arteria le cubre el endotelio y por fuera es doblada por la capa muscular, por acumulación de células epiteloides, acompañadas por un gran número de fibras nerviosas amielínicas. Este acompañamiento de un gran número de fibras nerviosas, nos da la esplicación del dolor intensísimo que produce y que se hace insoportable.

En el tumor glómico se produce una hiperplasia de los elementos que lo forman, por lo que se hace muy variable su imagen histológica. A veces la proliferación y la dilatación vascular es muy acusada y va unida a zonas de células epiteliales y tramas nerviosas amielínicas. Otras veces, el predominio es muscular de manera que se puede confundir facilmente con un "Dermatomioma".

Entre el tumor glómico y el dermatomioma, no es fácil el diferenciarlos, pero en la práctica

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,
Tel. (977) 60 01
VALL
TARRAGONA - ESPAÑ

no tiene ningún valor, porque tanto el diagnóstico como el tratamiento son esactamente iguales.

Para el diagnóstico del tumor glómico nos tenemos que basar en su localización, en su aspecto y en el gran dolor que produce, con estos tres puntos a tener en cuenta creo que es suficiente para no caer en el error.

Steimberg, publicó 24 casos de tumor glómico. Pues este señor insiste en la frecuencia de hacer diagnósticos erróneos, debido a lo pequeño que resulta el tumor; y dice que un paciente que presente el intensísimo dolor que provoca el tumor glómico es a menudo etiquetado como enfermo neurótico.

Burleson, indica que los "Santomas", "Felomas", "Fibromas", "Las exotosis subungueales", y "Las fracturas de la falange distal" se pueden confundir con el tumor glómico y que se debe excluir la posibilidad de cualquiera de estas lesiones, antes de hacer un diagnóstico en firme de un tumor glómico.

Pasado ya al tratamiento de esta afección, diré que mi corta experiencia en ellos, pues sólo he visto y tratado cuatro en mi vida profesional, el tratamiento que he seguido ha sido el quirúrgico y los resultados han sido totalmente satisfactorios, y los realizo de la siguiente manera: Realizo en el dedo afectado una anestesia troncular con un anestésico sin adrenalina lógicamente, y acto seguido realizo la hemostasia del dedo, despego la lámina ungueal hasta un poco por detrás del tumor glómico y a continuación procedo a desonicar esta parte despegando con un alicate de uñas; con el trozo de uña que he extirpado se desprende también parte del tumor.

El resto del tumor que se queda en el lecho ungueal, lo diseco con la punta del bisturí o con una cucharilla fina, esta disección se hace de una forma muy fácil por que como ya se ha dicho el tumor se encuentra encapsulado, llego hasta el periostio de la falange.

Cubro la herida con un tul antiséptico-cicatrizante o con una pomada de las mismas características y a continuación le aplico un apósito con un vendaje semicompresivo.

A las 24 horas suelo realizar la primera cura y sigo con el mismo tratamiento hasta su total curación.

Tengo que decir que desde el mismo momento de la extirpación del pequeño tumor ya el paciente no siente ningún dolor.

Plotnik, indica, que han llegado a encontrar, 65 tumores glómicos en un primer dedo de un pie. También manifiesta que la cirugía, es el mejor tratamiento, mejor que la radioterapia, la fulguración y la crioterapia.

P. M. GALARDI ECHEGARAY

el pie en las Bellas Artes

Si visitamos una exposición, bien sea de Escultura o Pintura, en —que el temario— sea la figura humana, podremos contemplar, las grandes diferencias, en la construcción de una parte de la anatomía humana. EL PIE. Los comentarios que oiremos, difícilmente se referirán a los mismos.

Incluso si leemos, la crónica de la exposición, efectuada por un experto en Arte, nos enteraremos de la perfección de un rostro, o del colorido, más o menos adecuado, pero del PIE, ni una sola sílaba. Da la impresión de que éstos no son una parte esencial de la figura, sino más bien un accesorio.

En cambio si urgamos en la Historia de la Humanidad, nos será dable advertir, que realmente el PIE, ha tenido siempre y continuará teniendo, una gran importancia en cualquier manifestación de Arte.

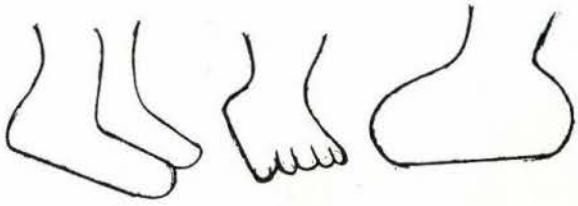


Fig. 1 *Fig. 2* *Fig. 3*

Es la parte del cuerpo humano, que ha tenido más y variadas interpretaciones.

Ciñéndonos solamente a la Escultura, podemos comparar las diferentes concepciones del modo de interpretar un mismo tema.

Así vemos "El Discóbolo" del griego Mirón, realizado en bronce, aunque sólo se conservan copias romanas confeccionadas en mármol.

El arte cubista de Pablo Gargallo, en la composición confeccionada en hierro forjado "El Profeta" y el figurativo de Henry Llowe en "Figura inclinada", en piedra.

Cotejando las mismas advertiremos enseguida que existe una gran diferencia en la realización de la misma parte del cuerpo.

Admiramos unos PIES totalmente correctos en la figura "El Discóbolo", En cambio notaremos pies muy anchos y extremadamente largos en la composición del "Profeta" con la particularidad, de ser completamente planos.

Y en la "Figura inclinada" nos sorprende, porque el autor, se aparta totalmente de la forma clásica de los mismos.

Más variaciones las hallaremos en las obras "Madre amamantando a su hijo" fig. n.° 1 que se encuentra en el Museo de Ankara. La fig. n.° 2 "Fetiche con amuleto" depositada en la colección Rasmusen en París; y la fig. n.° 3, titulada "El Jorobado" alojada en el Museo Arqueológico de México.

Las obras reseñadas tienen el mismo tema. La figura humana. Las diferencias de concepto sobre el PIE, son bien remarcables.

Existen otras versiones, que sería prolijo enumerar, y que harían inacabable este pequeño comentario sobre la importancia del PIE en Arte.

BIBLIOGRAFIA:

La Medicina en el Arte, Jean Rousselot; *Historia de la Humanidad,* Rafael Ballester; *Historia del Arte,* José Manuel Cruz Valdovinos.

ENCARNACION CABANE
Podólogo - Barcelona

LABOR DE LAS DELEGACIONES

Zona Vasco-Navarra

En Eibar a 26 de enero de 1980 siendo las 4 y media de la tarde se reunen los Delegados Provinciales de Alava, Guipúzcoa, Navarra y Vizcaya conjuntamente con el Delegado de la Zona.

Al orden del día ya establecido se acuerda incluir por la urgencia del tema un nuevo punto, quedando así establecido:

1.° Examen de la situación de nuestra especialidad tras la aprobación de la homologación del A.T.S. con la de Diplomado en Enfermería.
2.° Constitución de la Asociación Vasco-Navarra de Podólogos.
3.° Gestiones ante organismos autonómicos oficiales.
4.° Divulgación y vulgarización de temas podológicos en medios de comunicaciones.
5.° Exploraciones sistemáticas en los colegios para poder establecer unos porcentajes de alteraciones de los pies en los niños.

Con referencia al primer punto de la información de la que se dispone y son conscientes del momento crítico en que se halla nuestra especialidad, por un lado sin conseguir la nueva estructuración como una carrera independiente y por otra con la amenaza de quedarnos en Formación Profesional y por otra como Licenciado en Enfermería Podológica.

También se da cuenta que la inclusión de nuestra especialidad dentro de los planes de la Seguridad Social, es un hecho inminente y se sospecha con grandes razones que no va a ser de la forma que más nos favorezca dándosenos todo hecho y sin posibilidad de influir en su decisión.

Ante estas razones, se acuerda solicitar a la Junta de Gobierno de la Agrupación que convoque Reunión urgente de Delegados y agilizar la reunión con el Consejo General Vasco y la Diputación Foral de Navarra para procurar adecuar a nuestros deseos las organizaciones sanitarias de los entes autonómicos.

En el segundo punto del Orden del día se acuerda examinar los estatutos de que disponemos adaptando a nuestros deseos la estructura para poder proponer a la Asamblea la creación de la Asociación Vasco-Navarra de Podólogos.

Con respecto al tercer punto, el Delegado de zona da información de las diversas gestiones que ha realizado y de la dificultad que de hecho está entrañando la convocatoria de la reunión con la Consejería de Sanidad del Consejo General Vasco. Atribuye parte de esta dificultad a la solicitud que hicimos de que la reunión fuese a poder ser un sábado para poder contar con la presencia de Escach.

Se acuerda que tipo de "dossier" preparar y si es preciso cambiar la reunión para cualquier día de la semana siempre que se establezca con cierto plazo de antelación. Se acuerda solicitar que el Podólogo esté dentro del Plan de Sanidad del C.G.V. El Delegado de Navarra queda responsable de hacer lo propio con la Diputación Foral de Navarra.

Se pasa al 4.° punto del Orden del día y tras una breve exposición y vista la importancia que adquiere para cualquier gestión a realizar, la conveniencia de que sea del dominio del público en general que quien entiende y domine el tema del pie sea el Podólogo, se tome el acuerdo de iniciar una campaña de divulgación y vulgarización en los medios de comunicación con trabajos sobre diversos temas. Queda ya determinado un posible temario y los responsables de redactarlos.

Los temas versarán sobre estos puntos:
Calzado
Podología laboral
Podología infantil
Podología en el deporte
Podología en geriatría
Podología en el diabético
Dermatología del pie

Todos estos temas vistos desde una perspectiva de profilaxis e higiene.

Se fija también las posibilidades de incluir estos artículos en los diarios.

A continuación se pasa al último punto. Se da una explicación de los objetivos del planteamiento y del estado actual del estudio. Se trata en definitiva de extraer datos de la incidencia del pie valgo en los niños de 3 a 11 años. Para que estos datos tuvieran un valor estadístico harían falta dos condiciones:

1.º Que correspondieran a un mínimo de cien niños en cada edad.

2.º Que el método de exploración fuera fijado para todos los componentes del equipo, con exigencias de simplicidad y objetividad, para que pudieran homologarse los resultados de todas las exploraciones.

Queda totalmente descartado cualquier motivación que haga de esta campaña un instrumento para que aumente el número de pacientes en nuestras consultas. A tal fin se evitará dar a los padres cualquier referencia de los Podólogos que efectúan la campaña.

Esta campaña la realizarán todos aquellos compañeros de las cuatro delegaciones que quieran incluirse en los equipos provinciales.

Se han enviado cartas a Podólogos pidiendo opinión, y a las escuelas de Podólogos sobre métodos exploratorios con el fin propuesto. La respuesta hasta la fecha ha sido realmente pobre.

El segundo paso será determinar las pruebas que vayamos a realizar, pasando inmediatamente a realizar un cursillo intensivo de todos los compañeros con el fin de llegar a una unidad total de criterios y sistemas.

Posteriormente haremos la distribución de los grupos por edades de niños y tras la exploración sacaremos las conclusiones que den lugar según orientaciones y asesoradas por alguna entidad especializada en estadística.

Sin más por el momento se dio fin a la reunión.

Vizcaya

NECROLOGICA

El pasado día 14 de enero de 1980, falleció en Portugalete (Vizcaya) Don José Fernández de Valderrama y Molinuevo, padre de nuestro amigo y compañero Don José Ignacio Fernández de Valderrama y Molinuevo, vocal de la Delegación en Vizcaya, de la Agrupación de Podólogos.

Desde estas líneas, nos unimos en el dolor por tan sensible pérdida a la viuda, hijos y nietos de Don José, y en especial a nuestro amigo y compañero Iñaki. Uniéndonos en la oración, para que el Padre Eterno lo reciba y tenga en la Gloria en unión de todos los Santos.

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

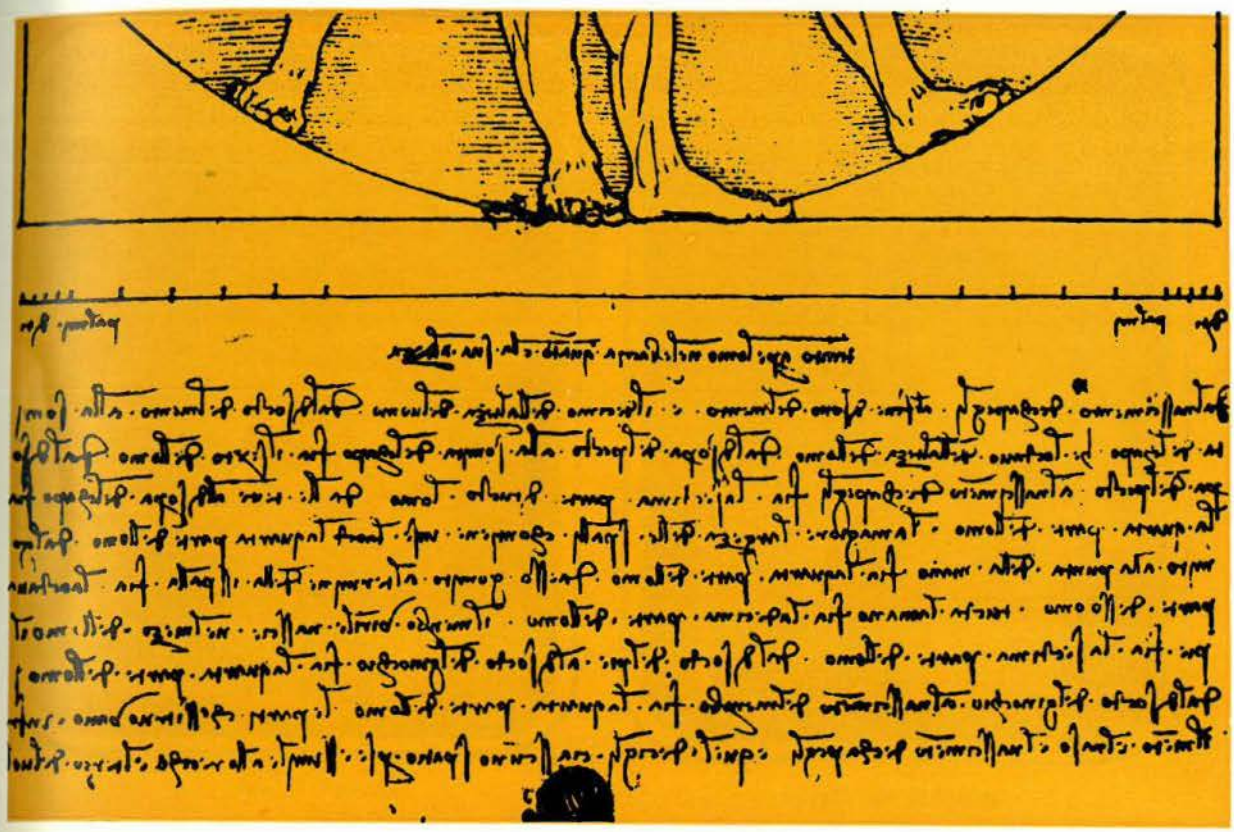
TUBITON
TUBIGRIP
TUBOS DE TUBIFOAM
TUBOPROT
TUBOCLIN
APLICADORES TUBITON, TUBOCLIN, etc.

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

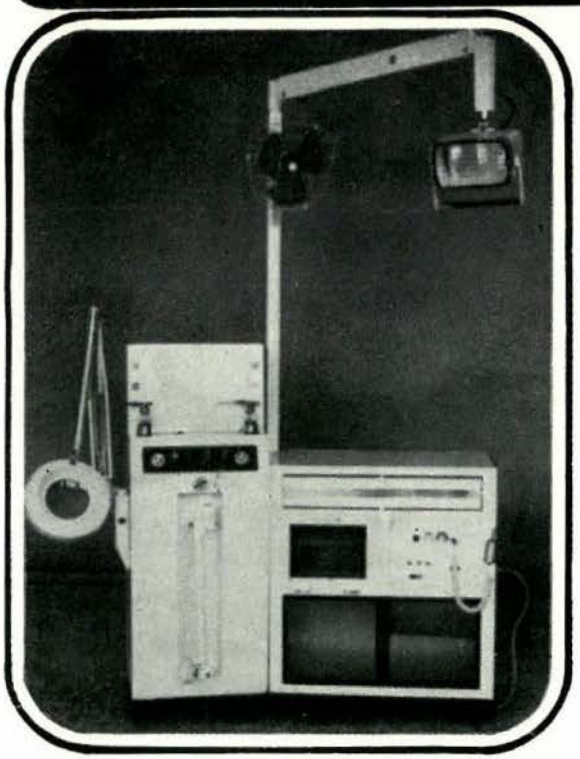




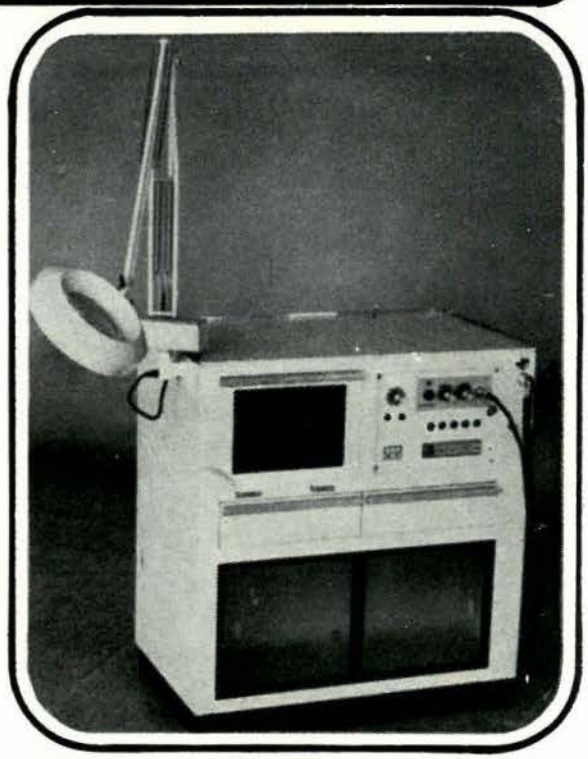
REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

A. P. E. Marzo-Abril
n.° 74 1980

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, 31, 1.°, 1.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

ISSN - 0210 - 1238

SUMARIO

3 Junta de Gobierno

5 Editorial

11 XIII Congreso Nacional de Podología

13 Historia Clínica comentada

17 La Podología y el Deporte

21 Cuestionario de la evaluación muscular del pie

23 Los dos conejos

25 Repaso a la Farmacología Podológica

36 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
Vocal Nato	D. MARIANO RODRIGUEZ ESTEBAN	Madrid
Vocal Nato (provisional)	D. JAIME SALA PICH	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. Jaime Sala Pich. BARCELONA (provisional).

DELEGADOS PROVINCIALES

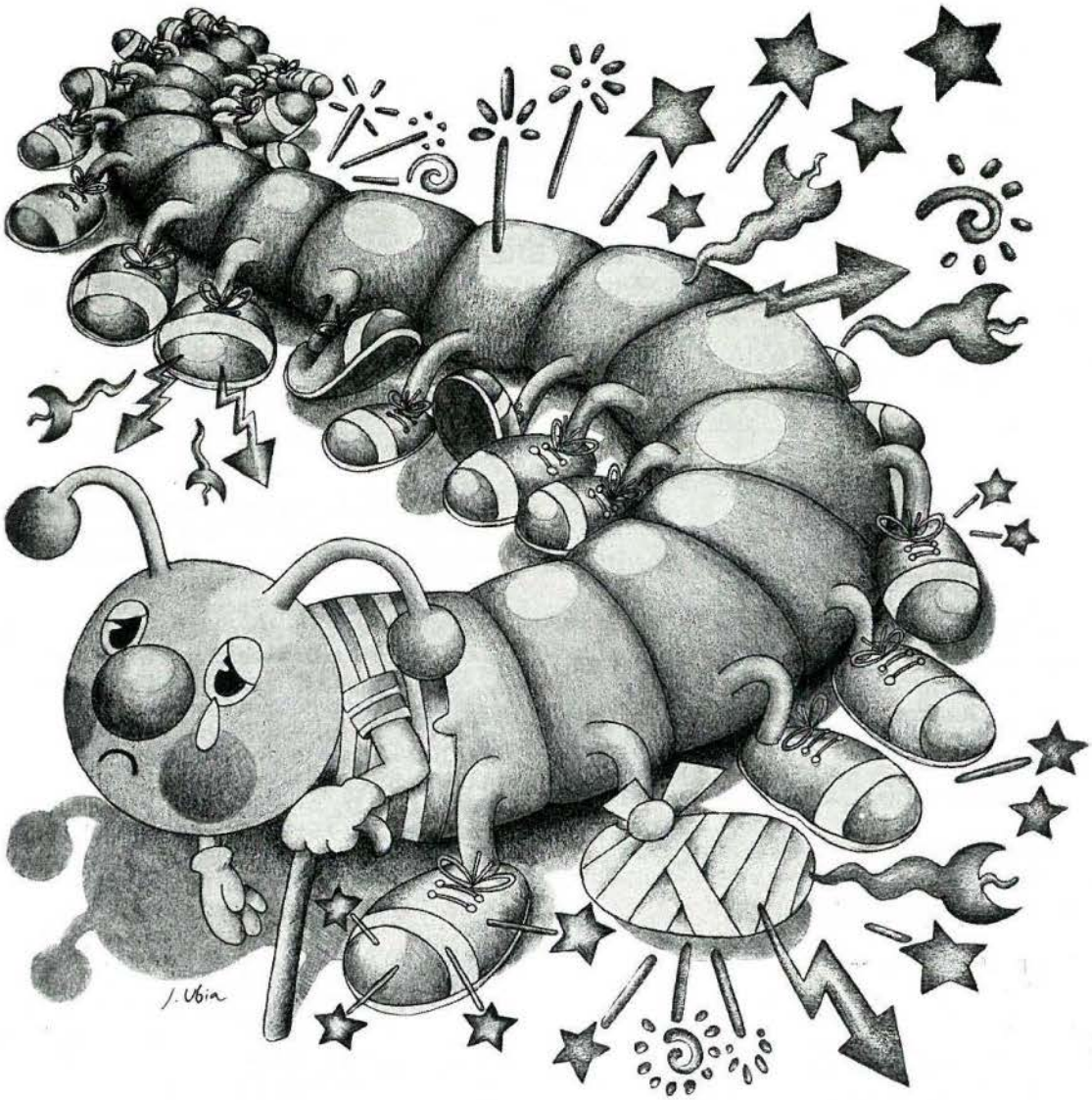
ALAVA: **D. Julio Crespo.**
ALBACETE: **D. Luis Juan Navarro.**
ALICANTE: **D. José Ochoa Morales.**
ALMERIA: **D. Esteban de Haro.**
ASTURIAS: **D. José Luis Alonso Alvarez.**
BADAJOZ: **D. José Villafaina de la Cruz.**
BILBAO: **D. Pedro M.ª Galardí.**
BURGOS: **D. Elías Hernando Tamayo.**
CACERES: **D. Timoteo Fernández**
CADIZ: **D. Manuel Albalá Valle.**
CASTELLON: **D. José Aguilar Beltrán.**
CIUDAD REAL: **D. Luis Barba Vázquez**
CORDOBA: **D. Máximo González Jurado.**
GERONA: **D. José M.ª Bosch Doménech.**
GRANADA: **D. Manuel Ruiz Morales.**
HUESCA: **Delegado de Zaragoza.**
HUELVA: **D. Jesús Tocino.**
JAEN: **D. 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. J. Sarasa Moneo.**
PONTEVEDRA: Sin Delegado Provincial
SALAMANCA: **D. Antonio Basas Encinas.**
SAN SEBASTIAN: **D. Sebastián Tenés Iturriza.**
STA. CRUZ DE TENERIFE: **D. Armenio Méndez.**
SEGOVIA: **D. Francisco García Rodríguez.**
SEVILLA: **D. 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.**

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 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 abier ni mucosas.

Incompatibilidades
Ninguna conocida.

EDITORIAL

El pasado sábado día 26 de abril tuvo lugar en Madrid la Junta de Gobierno y Delegados de la Agrupación de Podólogos de España con el siguiente orden del día:

1. Informe sobre las tarifas de la S.S.
2. Informe de la reunión Internacional de la FIP.
3. Nueva puesta en marcha del Decreto de la Profesión.
4. Congreso Nacional en Alicante.
5. Revista Internacional.
6. Congreso Internacional de Podología en España.
7. Acuerdo sobre próximas reuniones.
8. Acuerdo para la presentación de Candidaturas para renovación Junta de Gobierno.
9. Ruegos y preguntas.

Se inicia la sesión con debate sobre el punto primero acerca de la confección de unas tarifas por acto podológico, para presentar a la Seguridad Social, marcando los cánones a seguir para tal logro por las diversas Delegaciones de zona, dado el diverso índice del coste de la vida en las distintas regiones españolas. Así pues, sobre este punto cada Delegado en su respectiva zona hará las gestiones pertinentes entre los Agrupados con el objeto de presentar una relación de costos por acto podológico.

Respecto al punto número 2, informa la Presidencia acerca de la reunión de la FIP, cuyo registro como Asociación Internacional se ha realizado en España. Cumplido este primer objetivo se procede a la inscripción del Profesional Podólogo en la Sede de la OMS (Ginebra) y en la OIT, incluyendo por tanto tales Organismos a partir de ahora la Profesión en los diversos planes de acción Sanitaria.

Entre los proyectos para un futuro próximo con que cuenta la FIP está el de crear unos cursos de reciclage entre los profesionales de los distintos países Federados, buscando una nivelación científica similar en los mismos.


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

Dentro de este programa será preceptivo de dicho comité la transcripción a cada país de los artículos referentes a las materias cuyo nivel sea inferior en una determinada faceta. Con los artículos seleccionados se nutriría una revista de carácter Internacional. Asimismo, según se desprende de las consultas realizadas, estarían dispuestos a participar en la misma los países Iberoamericanos, con lo cual quedaría dicha Revista convertida en un vínculo de intercambios culturales y de aproximación científica, base para una reglamentación paralela profesional en los diversos países de uno y otro Continente.

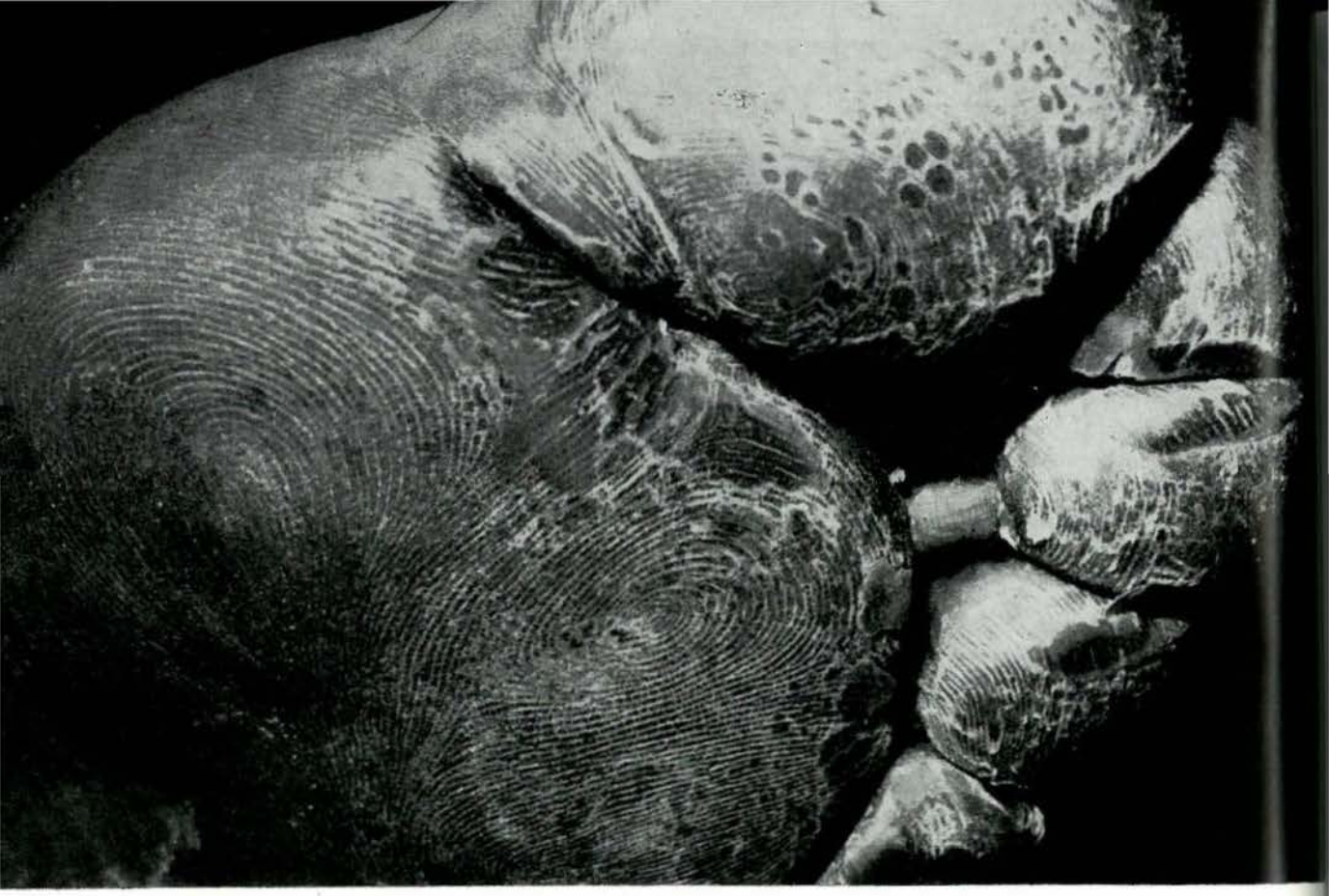
Asimismo se discute sobre la conveniencia de realizar en España un Congreso Internacional de Podología para el año 1985, ya que el próximo está acordado su realización en Copenhague.

El Delegado de Alicante y Secretario General del XIII Congreso Nacional de Podología pasa seguidamente a informar sobre el estado de los trabajos que su Junta está realizando con gran entusiasmo para ofrecernos un explendoroso Congreso en el bello marco Alicantino. Dada la importancia del Tema del Congreso, el escenario, y teniendo en cuenta la presencia masiva de Podólogos a estos certámenes Nacionales, esperamos sea un verdadero logro para la Podología Nacional y que nuestros compañeros organizadores vean recompensada su ardua labor organizativa con la asistencia en bloque de Agrupados.

Respecto al número siete del Orden del día, y con objeto de reducir gastos a la Agrupación, se propone y aprueba en lo sucesivo hacer solo dos Juntas Generales de Delegados por año, coincidiendo una de ellas con el Congreso, quedando las demás reuniones reducidas consecuentemente tan sólo a Delegados de Zona.

Dado que, teniendo en cuenta la especificación del capítulo V de los Estatutos de la Agrupación, en su artículo 11.º, en San Sebastián se renovaron los cargos de Junta que correspondían, ahora quedan las siguientes vacantes: Vicepresidente segundo, Secretario General, Contador y tres vocales (primero, tercero y quinto), para cuya presentación de candidatos se concede plazo hasta el 30 de junio, debiendo dirigirse a Secretaría General en carta certificada, haciendo constar el cargo que se solicita o propone la Delegación correspondiente. Una vez finalizado el plazo se procederá a comunicar a todos los Agrupados las candidaturas a dicha elección, que podrán ser votadas en la Asamblea General que se celebrará el día 10 de octubre en Alicante, coincidiendo con el Congreso Nacional de Podología.

Se incluye en la Asamblea el informe del Vicepresidente del Consejo, Sr. Antonio Cordero, quien tras agradecer la deferencia al invitarle y justificar su presencia como "no oficial", pasa a aclarar la situación del Podólogo en el Anteproyecto de Estatutos para presentar a la Seguridad Social, en cuyo contexto queda perfectamente reflejada la figura del mismo como Especialista con total autonomía de atribuciones dependientes de su expresa indicación en el Decreto que regula y ampara nuestra profesión; promete asimismo la nece-



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.: 552 Ptas.
FUNGISDIN AEROSOL:
Frasco de 50 ml. P.V.P.: 279 Ptas.
FUNGISDIN GEL:
Tubo de 30 gr. P.V.P.: 311 Ptas.

Avda. Generalísimo Franco, 520
Barcelona-11

ISDIN

Técnica e investigación en dermatología

sidad de la presencia del Presidente de la Agrupación de Podólogos en el pleno del Consejo, con objeto de informar y participar en la forma en que deben llevarse a cabo las diversas gestiones del Consejo en las que esté implicado el Podólogo.

En otras facetas, se toca la necesidad de incluirnos como profesionales en todos cuantos organismos sea imprescindible nuestra actuación, como las Mutualidades de Seguros MUFACE, Asistencia Sanitaria, etc., entre cuyas prestaciones asistenciales a sus afiliados se especifica la de Podólogo. Es importante remarcar que de no ocupar nosotros esas plazas, daremos pie a que otros profesionales asuman nuestra función, con el peligro que ello representa no sólo para la Podología nacional, sino para la propia política mutual y muy especialmente para la salud podológica del paciente, que en definitiva es quien más nos necesita y el primerísimo motivo de ser de dichas entidades.

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.

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.

XIII CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA

ALICANTE - Octubre, 1980

La Comisión Organizadora del XIII Congreso Nacional de Podología, a todos los Podólogos:

Como ya se adelantó en otra circular, el XIII Congreso Nacional de Podología se celebrará en la ciudad de Alicante los días 8, 9, 10 y 11 del próximo mes de Octubre del año en curso.

Esta comisión organizadora, desea que nos veamos otra vez reunidos, no sólo ya con ese afán de estudio e investigación, que siempre ha sido nuestra meta, sino también con ese mutuo sentimiento de franca amistad y camaradería que nos ha caracterizado. Queremos y hemos procurado por eso, que vuestra estancia aquí sea lo más agradable posible y que lleveis un grato recuerdo de esta paradisíaca ciudad de la Costa Blanca, donde el otoño es otra bella primavera junto a nuestro apacible mar y nuestras palmeras, bajo los cálidos besos de nuestro sol.

Hemos concebido para ello uno de los más peculiares hoteles de Alicante, casi dentro del mar, con unas vistas incomparables que dominan todo el horizonte, arrullado por el suave murmullo de las olas. La sede del Congreso será el Aula de Cultura de la Caja de Ahorros de Alicante y Murcia, local instalado con los últimos adelantos técnicos y con capacidad más que suficiente para todos nosotros.

El tema general del Congreso, como ya se anunció, será "EXOTOSIS EN PODOLOGIA". Podeis enviar vuestros trabajos, experiencias personales y comunicaciones, tanto al tema del Congreso como libres *hasta el día 15 de julio*, que será la fecha tope para la admisión de los mismos, debiendo indicarse si vienen o no acompañados de película (de 8, 16 ó 32 mm. o diapositivas) la duración de las comunicaciones será de 30 minutos, todo incluido, pudiéndose ampliar el tiempo si el caso lo merece. Los trabajos deberán ir escritos a máquina, en folios y a doble espacio, con el fin de editar aquellos que se consideren admitidos y hacer entrega de ellos a la clausura del Congreso. Al terminar cada sesión habrá una mesa redonda sobre los temas tratados con el fin de llegar a la conclusión de los mismos; para ello actuará un moderador. Las comunicaciones al tema general tendrán prioridad sobre las libres.

Esperando que nuestro deseo sea una realidad y poder hacer una estancia agradable a cuantos familiares vengan en vuestra grata compañía, os saluda atentamente

LA COMISION ORGANIZADORA

AVANCE DE PROGRAMA

Miércoles 8 de Octubre:

De 10 a 12: Entrega de documentaciones e inauguración de la Exposición.

A la 1: Inauguración del Congreso, con asistencia de Autoridades.

De 4'30 a 8: Sesiones del Congreso.

Vino de Honor ofrecido por el Excmo. Ayuntamiento de Alicante.

Jueves 9 de Octubre:

Congresistas, de 9 a 2 y de 4'30 a 8: Sesiones del Congreso.

A las 2: Comida de trabajo para congresistas.

Acompañantes: Excursión, partiendo a las 10 horas y regresando a las 6 de la tarde aproximadamente.

Viernes 10 de Octubre:

De 9 a 2: Asamblea General de la Agrupación de Podólogos de España.

A las 2: Salida desde la sede del Congreso en Autocares a Monóvar para una comida típica y acto folklórico.

Acompañantes: Por la mañana visita a la ciudad de Elche para continuar viaje a Monóvar y participar en la comida típica y acto folklórico.

Sábado 11 de Octubre:

De 9 a 2 y de 4'30 a 6: Sesiones del Congreso y a las 7, Clausura y entrega de Diplomas a los señores congresistas.

A las 10: Cena de hermandad y despedida.

Acompañantes: Día libre.

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 íntegramente 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.

R. Herrero, 4 - VILLENA - Tels. (965) 800191 - 802586 - 803212

HISTORIA CLINICA COMENTADA

Paciente M.C.M.
Sexo: Mujer
Edad: 40 años
Tipo constitucional: Obesidad moderada
Ocupación: Trabajos hogar y oficina
Antecedentes patológicos generales propios infancia y sin apenas interés
Patología podológica familiar sin interés

ANTECEDENTES

Cuenta la paciente, que desde la pubertad, es decir hasta donde le alcanza la memoria de forma clara y sin lagunas, viene presentando unas pododinias difusas, sin puntos selectivos, que describe como "pies cansados y doloridos"; molestias que van aumentando con la bipedestación y la marcha durante el transcurso del día, y que se acusan a medida que se va haciendo mayor.

A los 32 años decide consultar con su médico de cabecera, el cual la remite a un traumatólogo u ortopédico (no sabe precisar), que le diagnostica unos pies planos y le prescribe unas plantillas de duraluminio prefabricadas, a las cuales no se adapta y no le solucionan el problema. En vista de los resultados se le cambian las plantillas por otras de material blando, y después de un corto período de adaptación, encuentra mejoría temporal.

A los 34 años las molestias vuelven a ser preocupantes, teniendo que restringir las horas de bipedestación, y aumentar las de sedentarismo. Tiene que renunciar al clásico calzado de salón, y calza zapatos de tacón ancho, con una altura de unos 3 traveses de dedo, sujetos con cordones, y con una anchura de puntera no aberrante.

Prueba varios tipos de plantillas, de distintas ortopedias, según consejo de personas "bien intencionadas", pero no profesionales, de las más variopintas formas, y que tampoco le solucionan el problema.

MOTIVO CONSULTA

"Sus pododonias", que ahora ya con 40 años son selectivas en cabezas metatarsales.

EXPLORACION

A) *INSPECCION*

Coloración extremidades normal, Contextura epidérmica normal, Temperatura local normal. Se palpan bien las arterias poplíteas, tibiales y pedias. No vasculopatías ni formaciones varicosas, Si sub-edema acro vespertino estival ("en verano por la tarde, los zapatos parecen apretarle más"). No dermopatías ni onicopatías, No trastornos de la sudoración. En sus zapatos usados el desgaste de la suela y tacón son normales, y no se aprecian deformaciones valorables.

B) *PALPACION*

La palpación metatarsal es positiva dolorosa a nivel de la 4.ª cabeza derecha, y de la 2.ª izquierda, tanto a la presión inferior, a la anteroposterior, como al pinzamiento.

La fórmula metatarsal es Index plus, bilateral y simétrica, y la fórmula digital egipcia. Palpación plantar normal. Palpación talón normal. En la palpación del borde interno se encuentra el escafoides al través de dedo, del plano de la base de sustentación (en posición sedenta). La palpación del borde externo es normal, y la de la cara dorsal normal.

C) *FUNCIONALIDAD ARTICULAR*

— Tibio-peróneo-astragalina. Pie derecho: flexión 15°, extensión 55° Pie izquierdo: flexión 15°, extensión 45°
— astrágalo-calcánea normal.
— Chopart normal
— Lisfranc normal
— Intermetatarsianas normales
— Metatarso-falángicas normales
— Interfalángicas normales.

No obstante se apreció claramente un crepitar de sesamoideos izquierdos.

D) *FUNCIONALIDAD MUSCULAR*

Gemelos y sóleo normales
Flexor largo propio del 1.° dedo normal
Flexor largo común de los dedos normal
Extensor largo propio 1.° dedo normal
Extensor largo común de los dedos buena en 2.° y 3.° e insuficiencia funcional casi absoluta en 4.° y 5.° dedos bilateralmente.
Tibial anterior normal
Peroneo anterior normal
Tibial posterior normal
Peroneos lateral largo y corto normales
Pedio normal.

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 o 4 veces al dia, 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.
245,– 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.
132,– Ptas.

INFAR NATTERMANN

Apartado 400 - Zaragoza Infanta Carlota, 84-88 Barcelona-29

E) *EXPLORACION NEUROLOGICA*

Reflejo patelar normal
Reflejo aquíleo normal
Reflejo plantar normal
Sensibilidad táctil y térmica normales
No alteraciones valorables del tipo de marcha.

F) *PODOSCOPIA*

Surcos poplíteos equidistantes y simétricos
Genu valgo de 10° simétrico
Línea de Helbing neutra
No diástasis maleolar
Insuficiencia del A.L.I. bilateral con palpación del escafoides a ½ través de dedo del suelo.
Gran hundimiento metatarsal formando arco anterior transverso una imagen en secafirmas.
Insuficiencia total de los dedos, que aparte del 1.° que ofrecía imagen de contacto, pero no de presión, los 8 restantes no contactan con el cristal del podoscópio.

DIAGNOSTICO

Con todos los datos anteriores la etiología de las metatarsalgias parece clara; PIE PLANO BILATERAL CON GRAN HUNDIMIENTO DE LOS ARCOS ANTERIORES TRANSVERSOS, claudicación de los ligamentos intermetatarsales, insuficiencia de los músculos lumbricales, interóseos, y extensores comunes de los dedos. La subluxación de los sesamoideos izquierdos provoca una insuficiencia del 1.° eje-radio unilateral con sobrecarga del 2.° (se comprobó posteriormente la subluxación mediante radiografía en bipedestación y carga), y en el pie derecho se encuentra afectado especialmente el 4.° meta.

TRATAMIENTO

En un primer intento se ensayaron unas plantillas blandas, previa la confección de moldes de yeso en descarga y angulación pierna-pie de 90°, que protegiera y acolchara los A.A.L.L.I.I. en su hundimiento funcional, añadiendo una descarga retrocapital en barra transversal, también blanda e irregular procurando descargar especialmente los puntos dolorosos selectivos, todo ello combinado con un alargo metatarsal de espuma de látex para acolchar cabezas. La adaptación a las plantillas fue buena y la paciente encontró una mejoría que no fue total.

En una 3.ª consulta, y a la vista de los resultados positivos parciales, y tras comprobar, de nuevo, la insuficiencia prácticamente total del apoyo digital, se optó por confeccionar unos moldes negativos, (en carga) del antepié, con alginato, que una vez rellenos de yeso-escayola, reproducían exactamente las zonas de hiperpresión e insuficiencia.

Con estos moldes positivos se confeccionaron unas "plantillas dígito-metatarsales" con silicona del tipo Silone, que se incorporaron a las "plantillas tarso-metatarsianas" anteriormente descritas, consiguiendo que la superficie de apoyo del antepié fuese de un 100 %.

La adaptación no ofreció ningún problema, pues la paciente ya estaba mentalizada para el uso de un calzado ancho de puntera.

Pasadas ya 5 semanas han desaparecido en su totalidad las metatarsalgias, y están desapareciendo también las hiperqueratosis difusas de las cabezas de los metas.

COMENTARIO FINAL

El interés de esta historia clínica, no radica tanto en el tratamiento, que no creemos sea original, sino más bien en comprobar el valor que tiene el apoyo digital en la biomecánica de la marcha, puesto que al aumentar la superficie de apoyo dígito-metatarsal, y adaptar el suelo a la insuficiencia anatómica del antepié desaparecen las molestias y permiten restablecer en gran parte la funcionalidad de este.

J. M. ALBIOL FERRER
Podólogo. Mataró (Barcelona)

LUGA

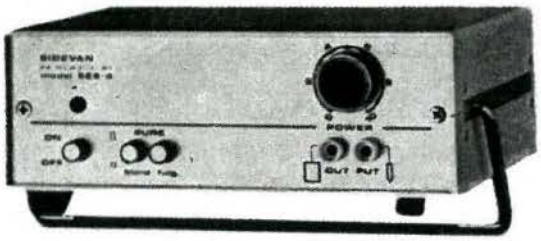
CLARA DEL REY, 47
TELEFONO 416 84 45
• MADRID-2 •

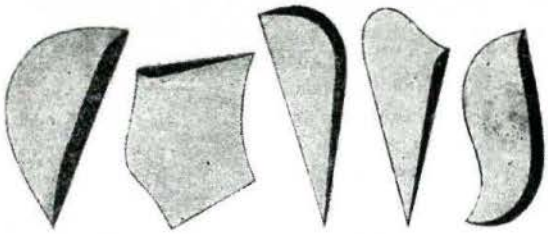
LA CASA DEL PODOLOGO



















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

La Podología y el Deporte

LESIONES EN PIERNA Y PIE PROVOCADAS POR EL DEPORTE

El deporte, aborda una temática tan actual, polifacética y sugestiva, que creo será interesante recordar algunas lesiones provocadas por la práctica inadecuada de algún deporte.

Primero comentaré los esfuerzos deportivos exagerados que pueden producir manifestaciones patológicas y procesos de desgaste en el aparato locomotor y, por otra parte, los traumatismos directos y sus secuelas.

Las molestias musculares tendinosas son extremadamente frecuentes en la práctica deportiva. La multiplicación de los esfuerzos en el curso de los entrenamientos o de la competición, basta para que se produzcan la mayor parte de ellas. Esta noción de frecuencia puede inducir a considerarlos banales, y por ello, de poca importancia, lo que es un error. Si bien es cierto que la mayoría de estos accidentes son de poca gravedad y no merecen por lo general, más que el calificativo de accidentes, su desconocimiento, puede empeorar notablemente las consecuencias y agravar singularmente el pronóstico y la evolución.

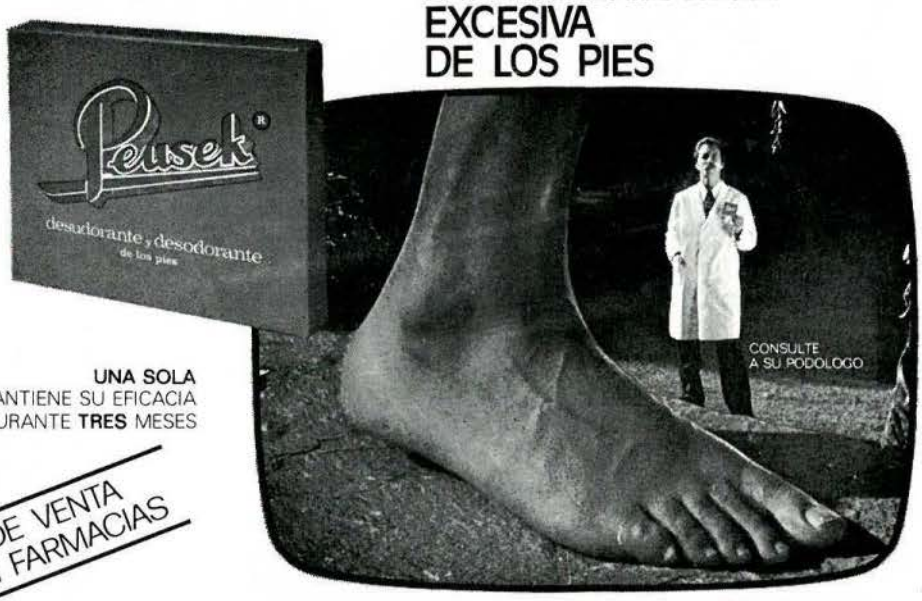
Por otra parte, la repetición anormal de tales incidentes debe despertar siempre sospechas e invitar a la búsqueda de una deficiencia en sus orígenes. Que este incidente sea técnico o dietético, o que se sitúe a nivel de entrenamiento, su descubrimiento, y corrección serán las mejores garantías para evitar la reincidencia.

LESIONES POR FATIGA EXAGERADA

El Dr. BAETZNER fue el primero en llamar la atención sobre este asunto. Al principio se afectan los tendones, ligamentos, músculos y articulaciones, preferentemente los de la extremidad inferior, fácil de comprender, por ser esta sometida a mayor sobrecarga, por causa de la gravitación. Las lesiones por desgaste son muy parecidas a las que se desarrollan lentamente por las lesiones profesionales.

El estímulo del trabajo funcional sobre el tejido de sostén, no sólo es excitante y productivo, es decir, puede tener efectos no asimilativos, sino también disimilativos. Cuando la actividad funcional por su duración, por su repetición y por su unilateralidad rebasa la medida natural, determina un efecto nocivo, sobre todo si el individuo es joven. Este efecto se produce principalmente sobre los cartilagos articulares que, representan la piel que recubre los extremos óseos articulares. Pierden elasticidad y aparecen trastornos que reconocemos como fenómenos de desgaste. Estas influencias nocivas aparecen ante todo en las rodillas y en la articulación tibioperoneotarsiana, ya en edades juveniles. Deportes como la carrera y el balompié, fuerzan con exceso la rodilla, a menudo rebasando los límites de capacidad funcional y no siempre de un modo fisiológico; esto sucede cuando giramos bruscamente y al correr de lado. A esto hay que añadir las frecuentes e intensas acciones contusionantes, distensoras y conmocionales. Se puede dar el caso de que esto se soporte durante un largo tiempo, sin acusarlo, hasta que un día se presentan dolores e hinchazón; en la articulación y se descubre un derrame, se puede percibir ruidos de roce y, a menudo, prontamente aparece reducción de la movilidad en cuanto a la extensión se refiere. Los deportistas, tanto masculinos como femeninos y en edades que varían de 20 a 50 años, se pueden encontrar con la aparición de gonalgias poco claras al principio, acompañadas de hidratosis recidivantes, que se presentan por

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





DE VENTA
EN FARMACIAS

CONSULTE A SU
PODOLOGO

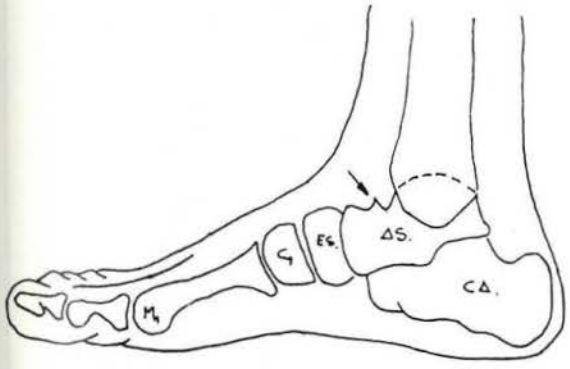
Productos PEUSEK Av. Infanta Carlota, 19 21 Tel. (93) 239 83 34 - BARCELONA - 29

lo regular consecutivamente y a veces algunos días después de haber realizado grandes esfuerzos, tales como los determinados por una excursión alpina o varias partidas de tenis, actualmente tan de moda, etc.

Si practicamos una radiografía, observaremos en el roentgenograma un aumento de volumen de las eminencias yustaarticulares que prestan la inserción a músculos. A veces hasta la tuberosidad anterior de la tibia, donde se inserta el cuádriceps, está engrosada, aunque preferentemente esta hipertrofia se aprecia en la inserción del músculo tibial anterior, que entonces aparece como un engrosamiento alargado, semejante al producido por una periostitis, situado en la cara externa de la diáfisis superior de la tibia. En el hueco popliteo, también están engrosadas las eminencias en las que se insertan los gastrocnemios, así como, en la superficie posterior de los cóndilos tibiales, aquellas en que se insertan el músculo popliteo y el semimembranoso, tensor de la cápsula articular de la rodilla. Sabido es que después de marchas forzadas pueden aparecer engrosamientos periosticos en la tibia, a nivel de las inserciones de los músculos de la pierna, los cuales también se observan por la estática patológica, preferentemente en el geno varum.

En articulaciones pedias de deportistas se ha observado alteraciones análogas: afilamientos periósticos en ambos lados del astrágalo. Tales alteraciones, en realidad, son más consecuencia de traumatismos directos deportivos que resultado lento de la continuidad deportiva.

En el pie es muy típica la formación de una espicula extraarticular en la parte anterior de la polea astragalina (fig. 1), Algunos autores, como Heiss, estiman que se produce por el choque acaecido en el salto, al flexionar dorsalmente el pie, mientras que otros, como Knoll, tienden a suponer que las repetidas flexiones plantares máximas del pie tan frecuentes en el salto y en el juego del balompié, producen tirones de la parte anterior de la cápsula articular, que puede llegar a determinar desgarros a nivel de su inserción en el astrágalo, seguido de reacciones periósticas secundarias.



La índole de estas lesiones no está bien definida, pero de todos modos cabe inferir conclusiones prácticas.

1.º) Todo traumatismo deportivo, por insignificante que parezca, tiene que ser tratado y no descuidarlo, para evitar la aparición de secuelas tardías.

2.º) Un deportista lesionado no debe reintegrarse a sus actividades, hasta que su aparato locomotor haya recuperado plenamente su capacidad funcional.

TRAUMATISMOS DEPORTIVOS

Por su frecuencia en el deporte del esquí y en el balompié, los traumatismos de la rodilla, junto con las fracturas, ocupan su primer plano en las lesiones deportivas. Se originan principalmente por una rotación exagerada de la articulación, produciendo un desgarro del aparato ligamentoso frenador, preferentemente del ligamento lateral interno, o bien una lesión de los cartilagos semilunares, afectándose preferentemente el menisco interno.

En cuanto a las fracturas que ocasiona el deporte no tiene características especiales, por lo cual no se apartan de la doctrina general de estos traumatismos.

Los accidentes musculares traumáticos, su patología es variable y no siempre precisa pero se encuentran un cierto número de factores que favorecen tales como el frío, un calentamiento insuficiente, la fatiga, etc.

Las dolencias traumáticas las podemos dividir en internas y externas. Las externas son las contusiones y sobrevienen en un músculo en fase de contracción intensa, lo que explica que en el lugar de la contusión propiamente dicha se registre, a menudo, un auténtico desgarro muscular. Las internas es aquí el propio músculo el que genera el traumatismo por una contracción demasiado brusca o asincrónica.

Según el grado de lesión se distinguen tres formas anatomoclínicas: la elongación, la ruptura fibrilar y el desgarro. Cada lesión cursa con una sintomatología distinta y consecuentemente a su extensión y gravedad requieren un tratamiento terapéutico diferente.

J. M. OGALLA RODRIGUEZ
Estudiante 2.º curso de Podología
Barcelona

PIEDRO

OFRECE AL PODOLOGO:

el calzado anatómico-fisiológico número uno de Europa

cuatro distintos anchos
cuatro tipos distintos de suela

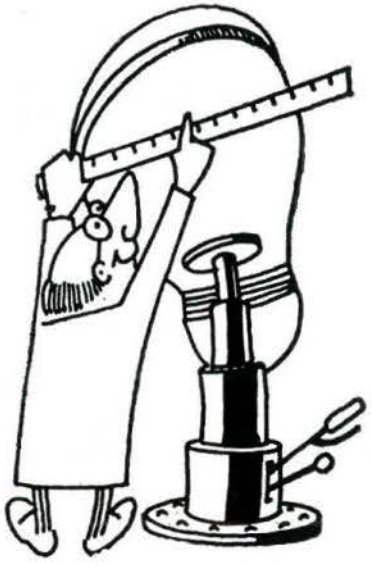
- **100 % cuero crupón marca-royal**
- **palmilla entresuela cuero y bloque de composición controlada**
- **íd., íd., íd. y crepé superior virgen**
- **100 % cuero crupón reforzado**

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:

Espacio para colocar plantillas
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,87, 2.°
teléfono 93/239 53 06
Barcelona - 15
telegramas: KIRITA-Barcelona

CUESTIONARIO DE LA EVALUACION MUSCULAR DEL PIE

(Autoexamen recordatorio del tibial posterior)

Por FERNANDO MUÑOZ CAMPOS
Podólogo - Málaga

1. ¿Dónde se origina el músculo tibial posterior?

2. ¿Dónde termina su inserción?

3. ¿Qué rama inerva este músculo?

4. ¿Qué función se le asigna al tibial posterior?

5. ¿Qué estado presenta en caso de paresia?

6. ¿En qué posición anormal se sitúa el pie cuando este músculo padece de contractura?

SOLUCIONES AL CUESTIONARIO DE LA EVALUACION MUSCULAR DEL PIE

1. En la cara posterior de la tibia en sus dos tercios superiores por detrás del flexor común; parte interna de la cresta de la tibia; cara interna del peroné en sus dos tercios superiores; ligamento interóseo y tabiques fibrosos que lo separan de los músculos flexores largos.

2. En el tubérculo del escafoides con expansiones hacia la planta del pie, los tres cuneiformes, el cuboides y la extremidad posterior de los metatarsianos segundo, tercero y cuarto.

3. La rama colateral del nervio tibial posterior.

4. La de adductor y rotador interno del pie.

5. La adducción y rotación interna del pie se anula, se desprende el arco longitudinal interno concomitante con la bóveda plantar, facilitando la tendencia al pie valgo.

6. Pie varo, tendente al equinismo.

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)

LOS DOS CONEJOS

Me recuerda la situación actual del PODOLOGO Y PODOLOGIA a la FABULA DE IRIARTE. "LOS DOS CONEJOS", por el tiempo que transcurre, cuando no debemos detenernos en cuestiones frívolas, olvidando el asunto principal.

Por entre escuelas, reuniones y congresos.
Seguidos de feroces peligros.
No diría, corría, volaba un Podólogo:
De su cotidiana consulta,
salió un compañero.
Y le dijo: "Tente amigo: ¿qué es esto?
¿Qué ha de ser? —responde—;
Sin alientos llego...
dos, tres, cuatro pícaros profesionales,
me vienen siguiendo.
Si —replica el otro—
por allí los veo.
Pero no son médicos
¿Pues qué son? —Farmacéuticos.
—Qué? ¿Farmacéuticos dices?
Si, como mi abuelo.
Pedicuros, ortopédicos y zapateros, y muy galgos.
Bien vistos los tengo.
"Son comerciantes del pie; vaya,
que no entiendo de eso.
Son médicos te digo.
—Digo que Farmacéuticos"
En esta disputa,
Llegando los pícaros profesionales,
Pillan descuidados,
a mis buenos podólogos.
Llegó en poco tiempo,
El Decreto de demolición,
y no de derecho, sino de hecho.

Recordándose que por cuestiones de pocos momentos. Se deja lo que importa, en espera del favor. Llévense éste ejemplo. En la disputa de los dos podólogos, llegaron los avispados médicos, farmacéuticos, pedicuros, ortopédicos y zapateros, comiéndose a los PODOLOGOS.

Eso sí, en la barriga de los galgos continuarían discutiendo.

Perdón, por la maltrecha situación literal de la buenísima y popular FABULA DE LOS DOS CONEJOS.

Adaptación a cargo de

D. ENRIQUE GONZALEZ GOMEZ

Sub-Director de la Escuela
de Podólogos de Madrid.

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

REPASO A LA FARMACOLOGIA PODOLOGICA

CONFERENCIA PRONUNCIADA POR EL PODOLOGO JOSE LUIS MARTINEZ SORIANO, EN EL CURSO ACADEMICO 1978-79, ORGANIZADO POR LA DELEGACION PROVINCIAL DE BARCELONA DE LA AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA.

Antes de entrar en la descripción de los medicamentos de aplicación podológica, quiero recordar que en cuanto a la prescripción legal de ellos estamos limitados tanto por lo dispuesto para la carrera base, como por la ausencia de disposiciones, al respecto, en los estudios propios de la especialidad.

Ahora bien, teniendo en cuenta el archiconocido y repetido en múltiples ocasiones Decreto 727/62, por el que se crea nuestra especialidad y se regula nuestra autonomía profesional, así como si miramos con detenimiento el programa de estudios, aprobado también en dicho Decreto, observamos que tácita e implícitamente podemos hacer uso de una gama de drogas con objeto terapéutico sin traspasar los límites legales, porque es de la más elemental lógica que si se crea una profesión con unos objetivos determinados, se la permita utilizar el bagaje terapéutico necesario para poder conseguir los fines para los que fue creada.

A nuestros consultorios llegan una serie de pacientes que presentan una muy diversa patología y para hacerle frente necesitamos antisépticos, antibióticos, antifúngicos, antiflogísticos, analgésicos y anestésicos, etc.

Pues bien, vamos a ver qué podemos hacer; pero antes hagamos un repaso a algunas generalidades.

¿QUE SON LOS FARMACOS O MEDICAMENTOS?— Son sustancias, simples o compuestas, que administradas con fines terapéuticos al interior o al exterior del organismo, son capaces de modificar alguna función de los seres vivos.

ORIGEN Y NATURALEZA DE LOS MEDICAMENTOS. — No cabe duda de que los primeros medicamentos procedían del reino vegetal. Se utilizaban las flores, raíces, hojas, etc.

Actualmente casi no se usan tal como las presenta la Naturaleza, pero sí sus principios activos extraídos y purificados por diversos procedimientos.

En menos proporción se utilizan los fármacos de origen mineral y animal.

Hoy día el gran suministrador y creador de medicamentos es el laboratorio químico que constantemente está sintetizando nuevos productos y modificando los ya existentes en un afán de conseguir sustancias más activas y con menos efectos colaterales y adversos.

¿COMO ACTUAN LOS MEDICAMENTOS? — Como sustancias químicas que son, han de ponerse en contacto con las células para desarrollar su acción y producir *el efecto*. Mediante este contacto se establecen unas reacciones físicoquímicas y como consecuencia se desencadenan reacciones consecutivas que constituyen *la acción farmacológica*.

Como he dicho más arriba, de esta acción se derivan unos efectos, los cuales debemos conocer y que pueden ser:

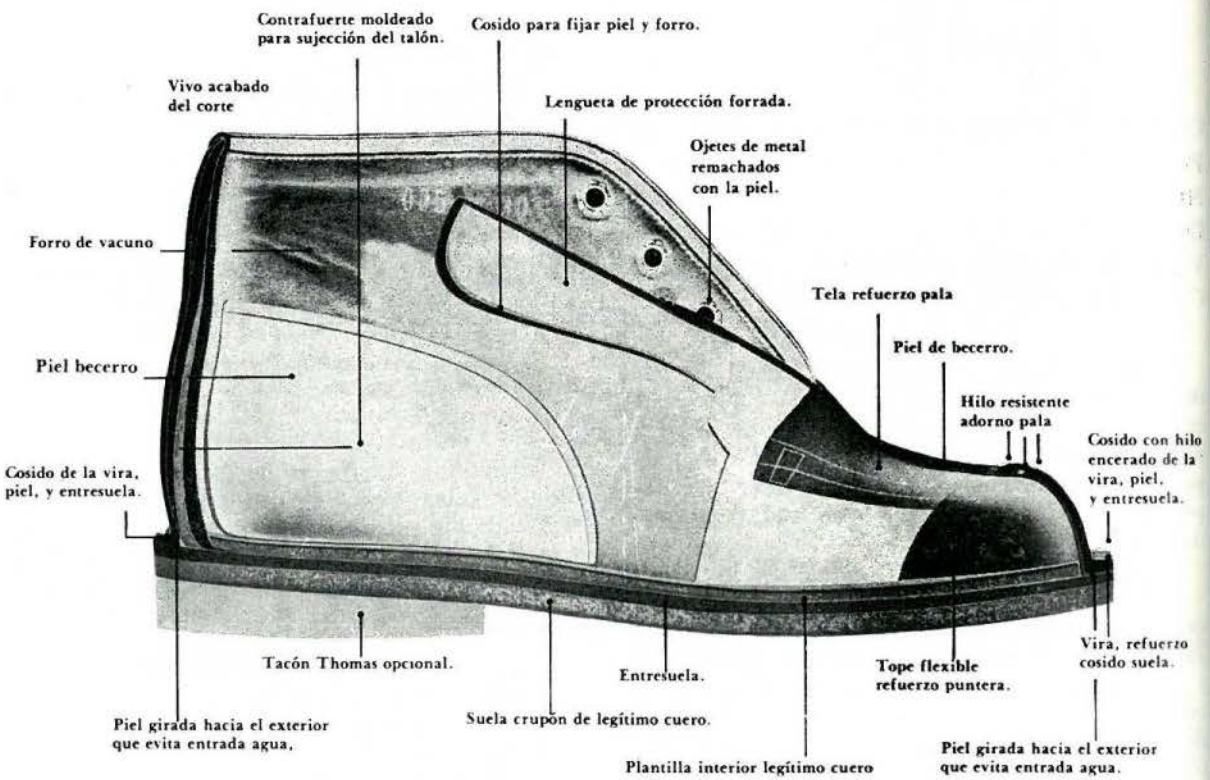
Efectos terapéuticos: Son los beneficiosos desde el punto de vista de la curación.

Efectos colaterales: Son los que se desarrollan simultáneamente a los anteriores y son indiferentes, o como máximo causan pequeñas molestias sin llegar a producir alteraciones patológicas, pues en este caso nos hallaríamos ante los *efectos adversos o tóxicos*.

Por último están los *efectos placebos* que son modificaciones producidas por la sugestibilidad del individuo, independiente de la acción farmacológica.

Para conseguir la acción del fármaco primero se ha de *administrar* y luego se ha de *absorver*.

NO ES UNA CASUALIDAD, QUE NUESTRO CALZADO SEA EL MEJOR.



CARACTERISTICAS DE NUESTRAS HORMAS:

PARA INCORPORAR PLANTILLAS

- base planta con ancho normal.
- base planta más ancha.
- recta.

NORMALIZADAS

- recta con capacidad normal.
- normal para pies sanos.

Taberner®

Weyler, 53. Tel. (971) 66 01 56. LLUCMAJOR (Mallorca)

OSCAR 1975 y 1976 y MENCION DE HONOR 1979 AL MEJOR DISEÑO DE ZAPATOS, ANATOMICO INFANTIL, INSTITUIDO POR LA COMISION ESPAÑOLA PRO SUELA DE CUERO.

Las vías de administración son los procedimientos utilizados para dar los medicamentos. Las vías de absorción son los caminos seguidos por aquéllos para penetrar en la circulación sanguínea.

Las *vías de administración* son:

Tópica o local: Es la aplicación directa del medicamento sobre la piel o las mucosas, tratando de conseguir efecto solamente en la zona de administración. Es la vía más utilizada por nosotros.

Después están las vías, *oral, rectal y parenteral.*

En cuanto a las *vías de absorción* tenemos:

Absorción por la piel: Como sabemos la piel está formada por varias capas de células, de las cuales las más superficiales están queratinizadas constituyendo un medio de aislamiento y protección, pero esta barrera se puede trapasar a través de los poros y folículos pilosos mediante sustancias liposolubles, siempre que no sean de elevada viscosidad, como los aceites vegetales y las vaselinas, vehículos utilizados normalmente para las pomadas, por lo que no resultan adecuados si se desea que actúen en profundidad. Para este caso se han de usar las cremas con base de aceites muy fluidos o emulsiones de estearatos.

Absorción por las mucosas: Su configuración histológica permite a los medicamentos penetrar en el organismo más facilmente que a través de la piel.

Aquí tenemos la vía perlingual, el estómago, el intestino delgado, el cual posee la capacidad máxima de absorción, enlentecida si se administra el medicamento después de la ingesta de alimentos, acelerada si se toman en ayunas y más si se toma con líquidos calientes.

Existe además, la mucosa del intestino grueso y la mucosa pulmonar, aunque ésta de poca utilidad para nosotros.

Absorción por el tejido conjuntivo subcutáneo: Dada la estructura del tejido conjuntivo las sustancias hidrosolubles se difunden con relativa facilidad, no ocurriendo así con las grasas que por no ser miscibles con el medio acuoso del tejido han de ser absorvidas por fagocitosis. Se puede acelerar su absorción mediante la vasodilatación por el calor o el masaje.

Es la vía que empleamos normalmente para practicar anestesias locales, la cual puede retrasarse su absorción añadiéndole sustancias vasoconstrictoras como la adrenalina.

Por último nos quedan la *vía intramuscular* y la *vía intravenosa.*

Después de la absorción viene la *DISTRIBUCION*, la cual se realiza a través de la sangre.

El siguiente paso es la *METABOLIZACION* que es la transformación que sufren los medicamentos al reaccionar con los diferentes sistemas enzimáticos dando lugar a complejas reacciones bioquímicas, tales como oxidación, reducción, hidrólisis y conjugación que modifican la naturaleza de muchos fármacos para así poder actuar adecuadamente.

Termina todo este proceso con la *eliminación* realizándose ésta por vía renal principalmente, seguida por la vía digestiva, pulmonar y las secreciones como el sudor, leche, lágrimas, etc.

Conocido ya cómo llegan los medicamentos al organismo, merece la pena recordar los diferentes modos de acción:

1.° Sustituyendo alguna sustancia normal o que por cualquier motivo no se encuentre en cantidad suficiente.

2.° Antagonizando alguna sustancia anormal o que siendo normal se encuentre en cantidades anormalmente elevadas.

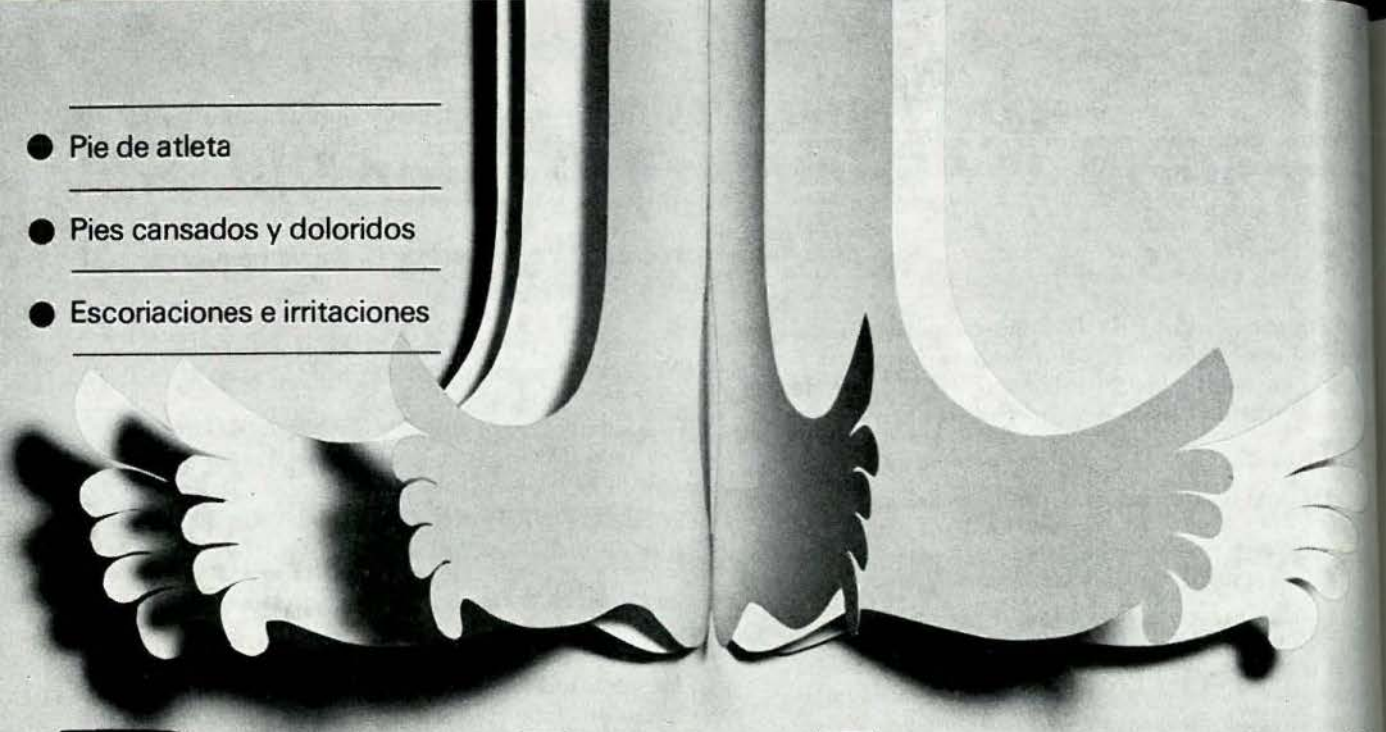
3.° Modificando la estructura físico-química de las células o su ambiente inmediato, por ejemplo los anestésicos locales.

4.° Reaccionando químicamente con estructuras celulares específicas, pues al existir diversas categorías de células, la droga ha de ser selectiva según donde queramos actuar.

Aún podríamos recordar algo sobre la interacción fármaco-receptor, o la relación dosis-efecto, así como la toxicidad de los medicamentos, pero creo que me extendería demasiado y además como es materia bastante árida, dejémoslo para otro día y pasemos a describir algunos fármacos.

(Quiero hacer un inciso para advertir que los nombres comerciales que iré mencionando no significan su prioridad ni su exclusividad. Simplemente los citaré como ejemplo.)

- 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

MADAUS CERAFARM, S.A.
Fuego, s/n. Telf. 331 26 00. Barcelona-4-

ANTISEPTICOS. Son sustancias utilizadas para conseguir la esterilización de la piel o para promover la curación de heridas o infecciones localizadas en la superficie de la misma.

Según sus características físico-químicas se clasifican en:

Fenol y derivados: El fenol o ácido fénico es uno de los antisépticos primeramente utilizados. Hoy prácticamente no se emplea como tal por su carácter fuertemente tóxico ya que lesiona los tejidos.

Se puede utilizar en solución acuosa al 1%, pero si se usa prolongadamente o en soluciones concentradas produce una escara blanca que luego enrojece. (Los que hayan practicado la técnica del fenol en las onicocriptosis lo recordarán fácilmente.)

Actúa también como anestésico de las terminaciones nerviosas.

Son más interesantes los derivados halógenos de los fenoles, como el exaclorofeno que debido a su gran poder antiséptico permite utilizarlos muy diluidos. Se utilizan con jabones (Germibón). Pero al igual que todos los derivados fenólicos, es un buen antiséptico de la piel sana, pero poco apropiado en las heridas infectadas, pues es inactivado por la materia orgánica y antagonizado por el alcohol.

Alcoholes, ALDEHIDOS Y ACIDOS: Entre los primeros tenemos el alcohol etílico que se debe utilizar a la concentración del 70% que es la de mayor acción antiséptica. (675 c.c. de alcohol de 96° + 325 c.c. de agua = 1.000 c.c. de alcohol de 70°).

También se puede usar el alcohol isopropílico al 50%.

Ambos son menos volátiles que el oficinal de 96°, pero ninguno de ellos son activos frente a los esporos.

Entre los ALDEHIDOS tenemos el aldehído fórmico o formol, que si bien no se usa como antiséptico para la piel en solución acuosa al 40% (presentación aficinal) por ser demasiado irritante, sí tiene mucha utilidad para la desinfección de instrumental en forma de polvo o comprimidos. Para ello se ha de mantener cerrado en una caja apropiada durante 24 horas.

Otra aplicación del formol es contra la hiperhidrosis en soluciones del 2 al 10% aplicadas en la planta por espacio de 5 minutos 2/3 veces por semana, depende de la sensibilidad de la piel, pues ya se ha dicho que es muy irritante.

Entre los ACIDOS orgánicos el único interesante para nosotros es el salicílico que, aparte de sus propiedades antisépticas en concentraciones superiores al 10%, tiene una acción queratolítica.

OXIDANTES: Tenemos dos. El peróxilo de hidrógeno o agua oxigenada que se usa a la concentración de 10 volúmenes. Su acción más intensa es sobre los gérmenes anaerobios. Es muy útil para la limpieza de heridas y para facilitar el desprendimiento de las gasas adheridas. Tiene una acción hemostática.

El permanganato potásico que es muy soluble en agua y da soluciones de color violáceo. Se puede usar en forma de pediluvios o en fomentaciones, en concentraciones que oscilan del 1% al 1/10.000.

HALOGENOS Y DERIVADOS: De los componentes halogenados el más conocido y usado es el *cloro* o derivados de éste. Entre ellos tenemos el hipoclorito sódico en soluciones acuosas. Se le conoce con diferentes nombres: Agua de Javelle, líquido de Labarraque o líquido de Dakin-Carrela.

La clorina T., usado por muchos de nosotros llamado Clorina Heyden.

Otro compuesto clorado es el producto Hibitane, en soluciones acuosa o alcohólica. No debe utilizarse con jabones porque se inactiva.

Entre los derivados halógenos tenemos a uno de los antisépticos más antiguos y todavía muy utilizado. Me refiero al *yodo*. Es insoluble en agua, pero soluble en alcohol o disolventes de las grasas. Como antiséptico se utiliza casi exclusivamente en solución alcohólica. Es la conocida tintura de yodo, que según la farmacopea española es al 6,5% y contiene, además, yoduro potásico para evitar que el yodo precipite al mezclarse con líquidos acuosos.

Debe utilizarse en soluciones más débiles —1/2%— pues la original es irritante. No es antagonizado por la materia orgánica, es esporicida y un buen fungicida.

Existen derivados del yodo llamados compuestos yodofóricos. Tienen la ventaja de ser solubles en agua y no son irritantes, pues liberan el yodo

César Puig

FABRICA D
CALZADO
INFANTILE
TERAPEUTICO

- 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,
Tel. (977) 60 01
VALL
TARRAGONA - ESPAÑ

lentamente. Como tales preparados tenemos: Betadine y Topionic.

DERIVADOS DE LOS METALES PESADOS: Como los de la plata, que se utiliza en forma de nitrato y además es caustico y astringente (Argenpal).

Las sales de cinc (Agua de Alibour: Sulfato de cinc, 70 gr.; sulfato de cobre, 20 gr.; Alcanfor, 10 gr.; azafrán, 4 gr., y agua, 1.000 gr.). Tiene una acción astringente, antiséptica y antiulcerosa.

Los derivados mercuriales en sus variantes inorgánicas, que son muy tóxicos y por lo tanto poco usadas como el *sublimado corrosivo* que se puede emplear al 1 ‰. Y los derivados orgánicos que son menos peligrosos, pero se discute su eficacia. Son poco irritantes. En este grupo tenemos: Mercromina, Mercryl, Merthiolate y Merfén.

DETERGENTES: Es el capítulo más moderno dentro de los antisépticos y constituye el avance más considerable en antisepsia, aparte de los antibióticos.

Actúan modificando la tensión superficial y permiten la eliminación de las grasas facilitando la limpieza de la piel al tiempo que realizan la antisepsia.

Existen más de mil compuestos sintéticos y se dividen en dos grupos:

Los detergentes aniónicos, que son los jabones. Son irritantes a las mucosas y escasamente antisépticos. Para aumentar su eficacia se les suele añadir fenol, un derivado mercurial o exaclorofeno (Germibón).

Luego están *los detergentes catiónicos*. Son mucho más activos que los anteriores. No son irritantes y se emplean en solución acuosa que varía del 1 ‰ al 1/10.000. A este grupo pertenecen: Armil, Cetavlón y Savlón (éste es el último preparado polivalente, al menos que yo conozca. Sirve tanto para la piel y heridas, como para el instrumental. Es un producto a base de Cetavlón y un compuesto clorado, el Hibitane).

No pueden usarse simultáneamente detergentes aniónicos y catiónicos porque existe una incompatibilidad físico química y se anulan sus efectos.

COLORANTES: Tienen el inconveniente de teñir la piel durante días o semanas, pero están indicados contra hongos y levaduras.

Pertenecen a este grupo: Violeta de Genciana (Vigencial), Azul de Metileno y Verde Brillante, que se utilizan en soluciones acuosas o hidroalcohólicas al 1 %.

Existen otros antisépticos que pertenecen a grupos de antibióticos, sulfamidas y nitrofurazonas (Furacín pomada), o a esencias obtenidas de diferentes plantas, como Mentol y Timol, que en solución acuosa-alcoholizada al 1 % actúa como antiséptico y contra las contusiones. El Yoduro de timol se emplea en las epidermofilosis.

ANTIMICOTICOS. Prescindiendo que sean funfistáticos o fungicidas, se pueden clasificar en tres grupos:

Antifúngicos no específicos: Algunos ya los hemos citado en el apartado de los antisépticos: Acido salicílico, yodo al 1 % y los compuestos yodofóricos, Violeta de Genciana al 1 % en solución hidroalcohólica.

Antifúngicos específicos: Son sustancias que tienen acción preferente o exclusiva sobre los hongos. Los más utilizados son: El ácido paraaminobenzoico, 1-a alfabrocina, el tolfnaftate, el ácido undecilínico y más recientemente se muestran muy eficaces los derivados del Imazol. (DAKTARIN, FUNGISDIN, FUNGO-POLICID, TINADERM, DERMATICUM, MULTIFUNGIN, UNDECENIL, FITEX-E, FUNGUSOL, CANESTEN, DERMOMYCOSE).

Antibióticos antifúngicos: Según algunos autores constituyen los antifúngicos más activos y eficaces cuando su localización es en los anejos cutáneos. Se pueden emplear complementariamente cuando los tratamientos locales no dan resultados satisfactorios.

Existe, principalmente para nosotros, la Griseofulvina. Actúa selectivamente sobre los hongos de los géneros microsporum, trichofitum y epidermofitum. Es de absorción intestinal y se deposita en las células basales de la epidermis, persistiendo en las mismas después de la queratinización, por lo cual es muy útil en las onicomicosis. Los preparados se llaman FULCIN y GREOSIN.

De los otros dos antibióticos conocidos, la Nistatina y la Anfoteracina, solamente son utilizables por nositros de forma tópica en pomadas,

lociones o cremas. Son MICOSTATIN y FUNGIZONA.

ANESTESICOS LOCALES. Con el nombre de anestesia local se designa el procedimiento por el cual conseguimos suprimir toda clase de sensación en un territorio limitado del organismo.

Un buen anestésico local debe reunir unos requisitos, que son:

1.° No debe producir fenómenos irritantes.
2.° La anestesia debe durar el tiempo suficiente para una intervención quirúrgica.
3.° No debe dejar lesiones residuales de los tejidos ni de su inervación.
4.° No debe producir acciones tóxicas generales a la velocidad a que debe absorverse.

En Podología se pueden usar tres tipos de anestesias locales:

Anestesia tópica o local: Es la que se produce en la piel por la simple aplicación del anestésico. La piel intacta es penetrada con dificultad por los anestésicos locales. Sólo son eficaces en los casos de solución de continuidad de la piel, tales como heridas o úlceras. (Percainal, Pasta anestésica Miró).

En este apartado, creo se podría incluir el cloruro de etilo (Cloretilo), el cual produce una anestesia local que es una mezcla de frío y de isquemia. Durante el proceso de enfriamiento y al recuperarse el individuo siente dolor en la región afectada. Esta anestesia no se puede mantener mucho tiempo por el peligro de fenómenos gangrenosos.

Existe en el mercado un anestésico dental llamado Pharmaethyl que produce los mismos efectos.

Anestesia por infiltración: Es la anestesia local propiamente dicha y la más utilizada. Consiste en el bloqueo nervioso localizado en la zona a intervenir. Es de señalar la conveniencia, en muchas ocasiones, de añadir adrenalina al 1% con objeto de retrasar la absorción del anestésico por la vasoconstricción producida y por lo tanto prolongar su efecto con menos cantidad. Pero he de advertir que a pesar de la ventaja que representa la adición de adrenalina, ésta estará totalmente contraindicada en aquellos casos en que se deba realizar la anestesia en los dedos de personas con un déficit en su circulación sanguínea, pues el riesgo de gangrena es elevado.

Como preparados tenemos: Procaina al 1-2% (Novocaina) Lidocaina del 0,5 al 1% (Xilocaina y Lincaina) Mepivacaina (Scandicain) (Baycain, Distracain, Svedocain).

Anestesia troncolar: Se consigue mediante la inyección en las inmediaciones de los troncos nerviosos que inervan la zona. Se pueden emplear los fármacos mencionados anteriormente.

HEMOSTATICOS. Pueden ser de dos tipos. De acción vascular o vasoconstrictora cuyo exponente máximo es la adrenalina y la noradrenalina que se pueden usar localmente en forma de compresas o bien añadida al anestésico local.

Y los que actúan sobre los factores de la coagulación puestos localmente. Son a base de esponja de gelatina y espuma de fibrina. (Espongostan, Zimospuma, Gelasty-pt, Coaguleno, Fibrospuma y Reptilase polvo).

ANALGESICOS - ANTIFLOGISTICOS. Este grupo de medicamentos nos puede ser útil en varias ocasiones, pues los usaremos, dependiendo del atrevimiento personal, en una serie de cuadros patológicos muy variados y extensos.

Se puede emplear el ácido-acetilsalicílico, la salicilamida, la indometacina, los derivados de la pirazolona, dipironas, fenilbutazona, etc.

Los preparados comerciales prácticamente los conocemos todos. (Aspirina, Inacid, Indometacina, Sulindal, Piramidón, Neomelubrina, Nolotil, Dolo-Tanderil, Naprosyn, Voltarén, Nyxin, Tantum, Butazolidina, etc.).

Todos ellos pueden producir acciones irritativas de la mucosa gástrica, retención hídrica —edemas—, e incluso alteraciones nerviosas como cefaleas, insomnio, zumbido de oídos, mareos y excitación nerviosa.

Para tratar localmente inflamaciones consecutivas a traumatismos como esguinces, hematomas, etc., además de los fármacos dichos anteriormente, pero aplicados localmente, se pueden usar preparados a base de heparinoides y enzimas como la hialuronidasa y la tiomucasa. (Lasonil, Thiomucase, Hirudoid, Feparil, Thrombocid, Chymar pomada, Mesarín, etc.

ANTIBIOTICOS. Como se sabe este capítulo es amplísimo y complejo. Yo sólo recomendaría la utilización de antibióticos en aplicación directa y en algún caso extremo se puede recu-

rrir, mediante otras vías, a los de amplio espectro: Tetraciclina, Cloramfenicol, Ampicilina, Rifamicina y Gentamicina.

En cuanto a los efectos adversos quiero recordar dos cosas: 1.ª El Cloramfenicol posee una acción tóxica sobre la médula ósea con producción de aplasias medulares graves. Claro está que tienen relación con tratamientos prolongados y dosis elevadas administradas por vía parenteral u oral. 2.ª Que los preparados locales a base de sulfamidas o penicilinas no deben usarse por su gran capacidad sensibilizante.

Localmente los antibióticos que se suelen usar y que son más activos son: Bacitracina, Polimixina, Neomicina, (generalmente estos tres se asocian para cubrir todo el espectro: (Pomada Antibiótica Liade, Bacisporín, Banedif, Dermo-Galup, Dermo-Hubber, Neo-Bacitrín.) Tetraciclina, Cloramfenicol, Gentamicina (Gentobryan, Cuatroderm), Kanamicina (Kanfotrex) y Virginiamicina (Estapolidex).

Como muchas de las heridas o lesiones de la piel tienen componentes inflamativos, piógenos, eczematosos, etc., estas pomadas pueden y suelen ir acompañadas de corticoides tipo Hidrocortisona, Triamcinolona, Prednisolona, Betametasona, etc. (Cohortan, Dermisone Hidrocortisona+Cloramfenicol o Neomicina).

Hablando de las pomadas, diré que las indicaciones y preparados son extensísimos, pero quisiera recordar a un grupo que, o bien a solas o asociadas a los antibióticos, nos pueden ayudar en heridas o ulceraciones que haya que eliminar escaras o esfacelos mediante la acción del "bisturí enzimático" como han sido calificadas por algún autor. Me refiero a los compuestos enzimáticos Tripsina, Lisina, Quimotripsina y Desoxirribonucleasa.

Pertenecen a este grupo Forunculone, Dertrase, Cicolagen, Iroxol y Parkelase. Se debe renovar la cura cada 24 h. o mejor cada 12 h., debiendo retirar los restos anteriores para que no se inactive.

En el cuadro de las *VIRIASIS*, normalmente observamos dos entidades patológicas: Las verrugas y el herpes.

En el caso de las primeras, todos, más o menos, tenemos nuestros métodos ya establecidos para su eliminación y yo no soy quien para dilucidar cuál de ellos es el mejor o más idóneo. Pienso que todos y ninguno a la vez; pues si existiese un sistema eficaz, rápido, carente de molestias y ausente de recidivas, todos los demás sobrarían.

Voy a recordar algunas fórmulas magistrales y preparados comerciales que nos pueden ser útiles en este apartado.

Acido acético glacial	5 gr.
Glicerina	25 gr.

Se pincela por la noche y por la mañana se desprende la capa y se espolvorea con talco. Se repite la operación durante unos días hasta su desaparición.

Acido Nítrico al 33 %. — Se hace un toque con una barrita de cristal. Al día siguiente se quita la escara amarillenta y se aplica nuevamente.

Cromato de potasa	12 centíg.
Vaselina	15 gr.

Se hacen fricciones dos veces al día. El tratamiento dura de 20 a 30 días.

Acido láctico	10 gr.
Acido salicílico	10 gr.
Colodión elástico	80 gr.

Forma un barniz. Se aplica diariamente, quitando con éter la capa del día anterior.

Colodión	30 gr.
Acido salicílico	2 gr.
Acido láctico	2 gr.
Podofilino	2 gr.

Se hacen toques diarios.

Aceite de linaza	20 %
Podofilino	20 %
Lanolina	25 gr.

En cura oclusiva cada 24 ó 48 horas.

En cuanto a los preparados comerciales tenemos:

Antizona. — 1-2 aplicaciones en cura oclusiva, o no.

Bleomicina. — Conocida y desarrollada su técnica por otros compañeros.

Dermocytostat. — Pomada, en cura oclusiva o no cada 24 h., previa limpieza con un antiséptico local. El tratamiento dura de 15 a 30 días, pudiendo intercalar una semana de descanso por cada 7 días de tratamiento.

Efudix. — Pomada. Es un citostático. Se puede usar en cura oclusiva.

Lisozima. — En comprimidos. 100-250 mgr. 3-4 veces por día.

Magnogene. — Grageas. Son sales de magnesio. 4-6 grageas por día, preferentemente en ayunas.

Rasavé. — Núcleos grasos de ingesta oral.

Virexén al 2 ó al 10%. — Se hacen pincelaciones 2-3 veces por día, hasta la curación.

Estos fármacos se pueden utilizar como medicación exclusiva, combinada o como continuación y terminación de otros tratamientos.

Para terminar esta relación de fármacos y nombres comerciales voy a reseñar algunas fórmulas para combatir la hiperhidrosis y maceraciones.

En muchas ocasiones con una higiene adecuada seguida de pediluvios con astringentes (permanganato potásico al 2,5%, lociones de alcohol alcanforado, o solución acuosa de tanino al 5%), pueden dar buenos resultados. Si no es suficiente, se pueden usar las siguientes fórmulas:

Acido bórico	a.a. 20 gr.
Alumbre de potasa	" " "
Estereato de zinc	" " "
Talco	140 gr.

Se espolvorea y fricciona el pie 1-2 veces por día.

Talco o Almidón (Mejor lo 1.° por no fermentar, lo cual puede favorecer la formación de olor desagradable)	300 gr.
Magnesia calcinada	100 gr.
Acido bórico	100 gr.
Alumbre	100 gr.
Acido salicílico	30 gr.

Se espolvorean también, 1-2 veces por día, principalmente entre y por debajo de los dedos.

Alumbre	100 gr.
Acido salicílico	1 gr.
Tonoformo	10 gr.
Talco o Almidón (Recordar lo dicho antes para el almidón).	20 gr.

BROMIDROSIS. Casi siempre es una consecuencia de la sudoración excesiva. por lo que principalmente actuaremos sobre ella con lo dicho anteriormente. Además como desodorante se pueden emplear baños formolados a razón de una cucharada de formol por cada 2-3 litros de agua. En los casos intensos, una aplicación quincenal de ácido crómico al 5%.

O bien la siguiente fórmula:

Coaltar	1 gr.
Almidón	30 gr.

Se espolvorean los pies.

Los zapatos se pueden espolvorear con alguna de estas dos fórmulas:

Talco	5 gr.
Subnitrato de bismuto	25 gr.
Permanganato potásico	10 gr.

Talco	40 gr.
Subnitrato de bismuto	45 gr.
Permanganato de potasa	3 gr.
Salicilato de sosa	2 gr.
Polvos de arroz	60 gr.

ANHIDROSIS. La ausencia total de sudor es un complejo problema de endocrinología. Podemos aconsejar no bañar los pies con frecuencia. No deben usar jabones alcalinos, sino ácidos (Lactacyd, Dermijabón ácido, Cusiter, Detergente ácido), ni los pediluvios con sal y de sosa. Se recomendarán las friscciones con glicerina, lanolina, aceite de almendras dulces o simplemente de oliva.

En casos de hiperqueratosis del talón que cursan con grietas difíciles de cicatrizar, y que generalmente son de origen hipofolicular, suele ir bien lo siguiente:

Acido salicílico	0,50 gr.
Crema base de Lannette	25 gr.
Acina pomada	1 tubo.

Se hace una aplicación nocturna en cura oclusiva. No se debe aplicar en la fase menstrual.

Para los hombres se sustituye la pomada Acina por Halibut.

Como colofón quisiera exponer que tanto en mi experiencia personal, así como en conversaciones mantenidas sobre el tema con diversos compañeros, he llegado a las siguientes conclusiones:

— Necesitamos para saber Farmacología, estudios de Bioquímica, Fisiología y Patología.

— No debemos actuar por experimento o empirismo, que aunque a veces sea genial, potencialmente puede ser peligroso, pues no debemos olvidar que el enfermo no es un objeto con el que se pueda jugar o experimentar.

— En todo caso podemos seguir los consejos de maestros más experimentados que realmente se esfuercen en capacitar a los alumnos.

— Por nuestra responsabilidad ante la Sociedad que confía en nosotros para solucionar sus problemas podológicos, debemos pedir y exigir plena y comprobada competencia para atender debidamente a los enfermos; pues son personas a las cuales no podemos ni debemos defraudar.

Por lo cual, creo hemos de seguir luchando, presionando y en definitiva, convenciendo, para lograr una mejor preparación profesional que redunde en una mejor asistencia podológica.

Bibliografía:

"Farmacología experimental y terapéutica general" Fcº. García Valdecasas.

"Manual de Farmacología clínica" H. Bedate Alvarez.

"Manual de Quiropodia - Males de los pies" J. R. Alamilla.

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.

LABOR DE LAS DELEGACIONES

Barcelona

Conjuntamente con la Escuela de Podólogos de Barcelona, la Delegación de dicha ciudad está llevando a cabo un curso de reciclage para profesionales, durante los meses de abril, mayo y junio, impartiéndose las clases los martes a por la noche en las aulas de la Escuela, registrándose una asistencia masiva de Podólogos, que rebasan el centenar y medio entre los que están representadas las distintas generaciones, ya que al lado de los ya conocidos, el número de jóvenes es cada día mayor, lo que por si solo denota el interés creciente de estas conferencias y el ansia de superación del podólogo actual, consciente de que debe refrescar sus conocimientos y ampliarlos en lo posible para poder atender con el rigor científico que merece al paciente que sufre de alteraciones podológicas diversas. Entre los conferenciantes, hay nuevas caras, que han dado al curso un cariz de alto nivel. Así, hemos contado con la participación de los Cátedros Dr. Arandes, Director de la Escuela, y Dr. Ruano, Catedrático de Anatomía de la Universidad Central. Han intervenido también hasta la presente los compañeros Vilató, y el Profesor de la Escuela Sr. Apolo, quienes nos ofrecieron sendas Conferencias versando sobre el fotopodograma y sobre Radiología, respectivamente. Otros temas que se tocarán durante el curso serán los de Farmacología, Cirugía, Ortopodología y Rehabilitación.

Asimismo, en los locales de la Escuela hay exposición de las diversas casas Comerciales, habiendo expuesto hasta la presente Luga Solé Palou y Constantino Velasco. De esta manera, la Delegación y la Escuela pretenden que el podólogo pueda contemplar detenidamente los diversos materiales y mobiliario para consulta.

Debemos reseñar asimismo, que este curso, al cual precederán otros de más larga duración y con asistencia de los Podólogos extranjeros que resalten en algunas de las materias o facetas de la Podología, tiene un carácter totalmente gratuito.

Asimismo debemos manifestar que tras la dimisión de la anterior Junta de esta Delegación, encabezada por el compañero Evaristo Rodríguez, se hizo cargo de la misma una Gestora que posteriormente convocó elecciones para los diversos cargos de la Delegación, siendo elegido, tras la presentación de candidatura y posterior aprobación por la Asamblea el compañero Joaquín Solé Cuch, para el cargo de Delegado, quien en breve deberá presentar a los agrupados el programa de actuación que piensa llevar a efecto durante el tiempo de su mandato, así como la composición de su Junta de Gobierno.

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

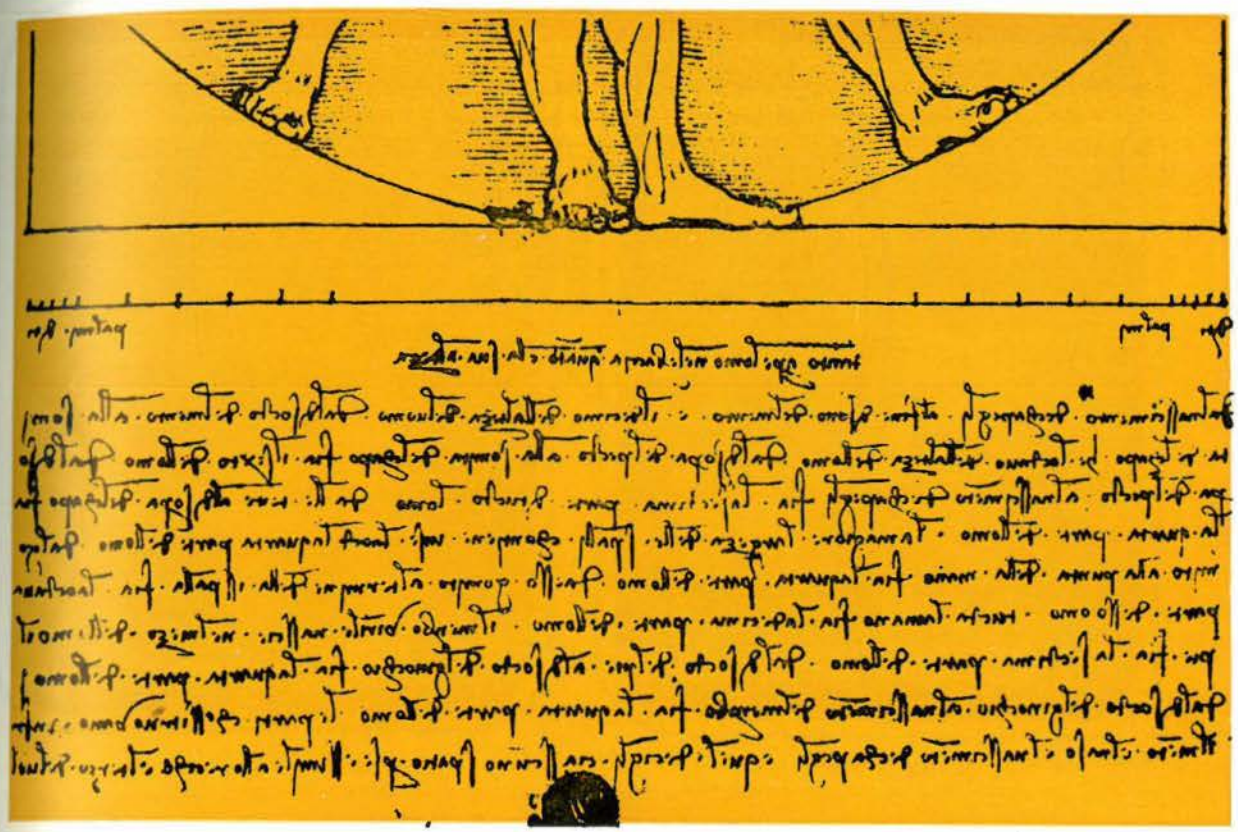
TUBITON
TUBIGRIP
TUBOS DE TUBIFOAM
TUBOPROT
TUBOCLIN
APLICADORES TUBITON, TUBOCLIN, etc.

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

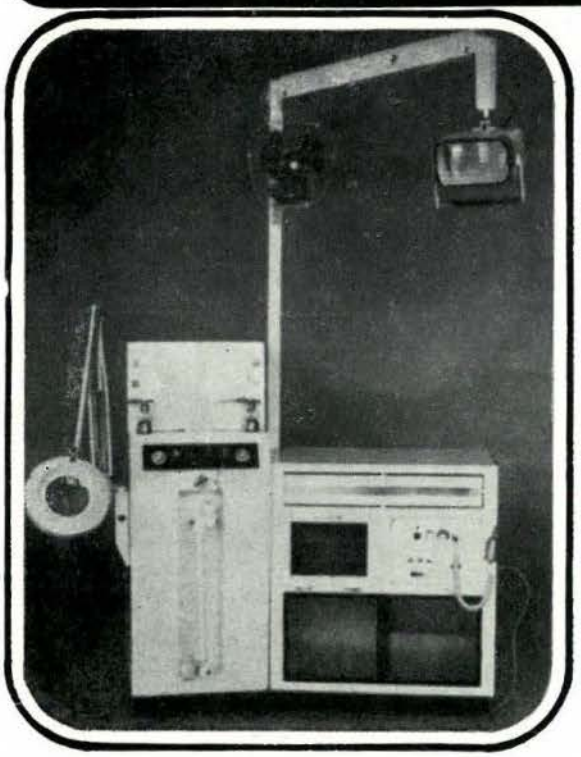




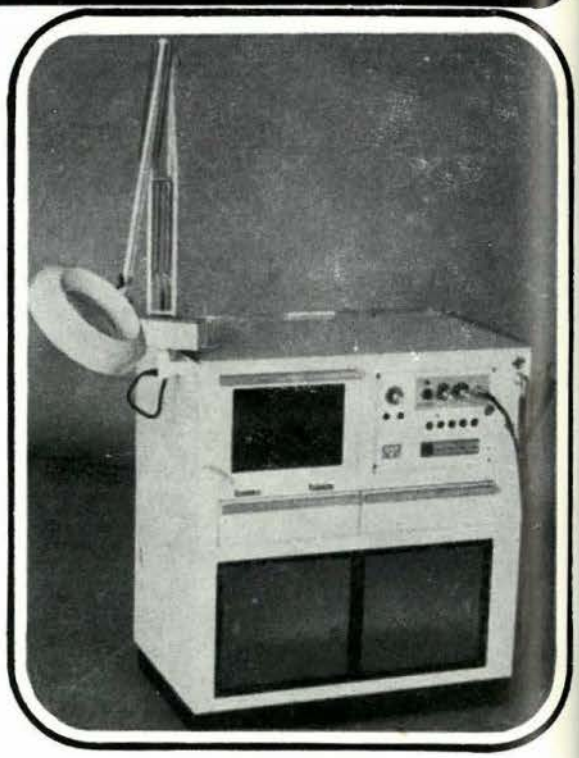
REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

A. P. E. Mayo-Junio
n.° 75 1980

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, 31, 1.°, 1.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

ISSN - 0210 - 1238

SUMARIO

3 **Junta de Gobierno**

5 **Editorial**

7 **La fisiopatología del miembro inferior y su relación con las alteraciones funcionales del raquis**

11 **No hay enfermedades, sino enfermos**

13 **Podólogos de Medicus Mundi-España**

17 **Acción encaminada a unificar los estudios de Podología a nivel latinoamericano**

31 **Los pies, primero**

33 **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
Vocal Nato	D. MARIANO RODRIGUEZ ESTEBAN	Madrid
Vocal Nato (provisional)	D. JAIME SALA PICH	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. Jaime Sala Pich. BARCELONA (provisional).

DELEGADOS PROVINCIALES

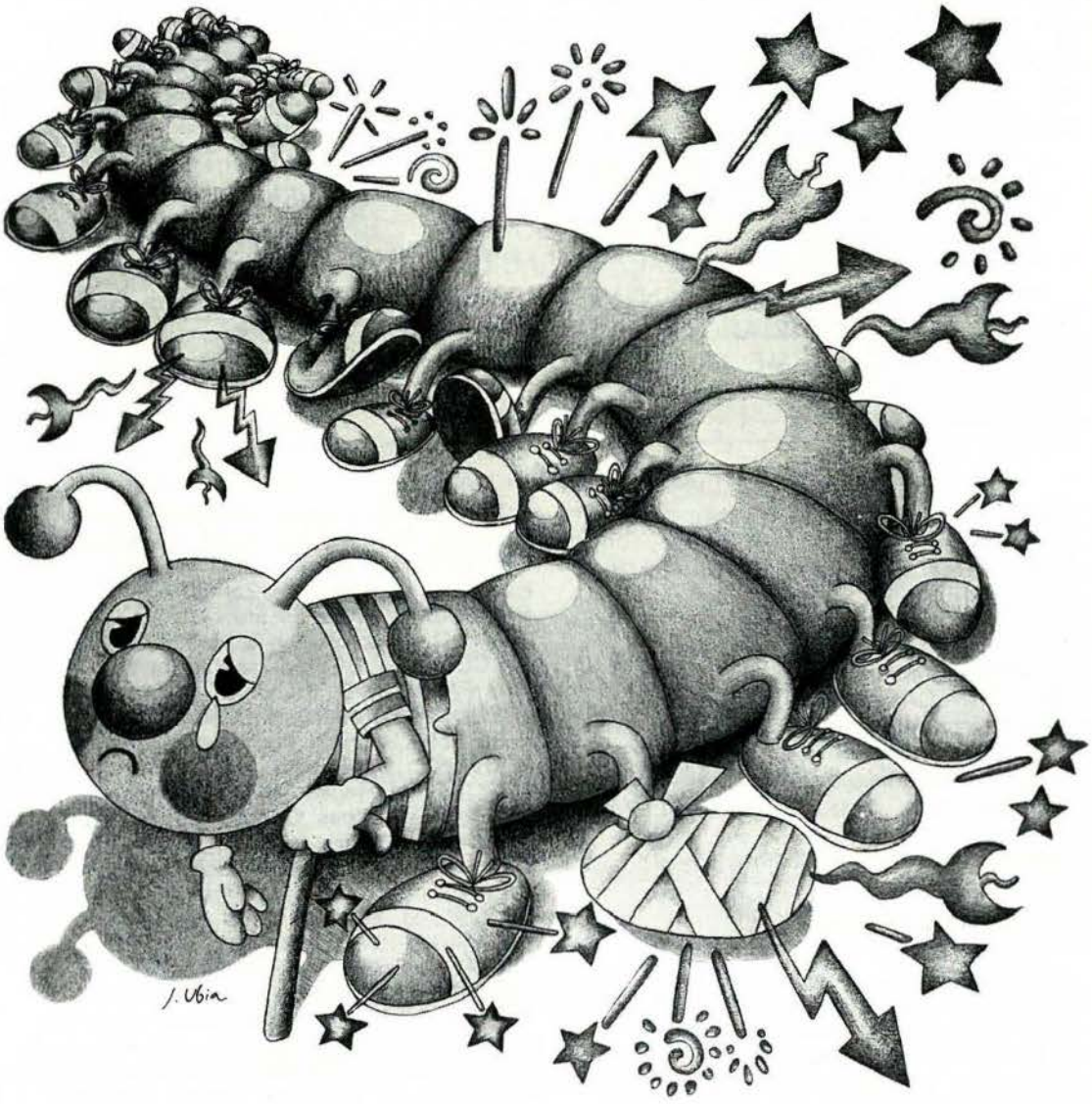
ALAVA: **D. Julio Crespo.**
ALBACETE: **D. Luis Juan Navarro.**
ALICANTE: **D. José Ochoa Morales.**
ALMERIA: **D. Esteban de Haro.**
ASTURIAS: **D. José Luis Alonso Alvarez.**
BADAJOZ: **D. José Villafaina de la Cruz.**
BILBAO: **D. Pedro M.ª Galardí.**
BURGOS: **D. Elías Hernando Tamayo.**
CACERES: **D. Timoteo Fernández**
CADIZ: **D. Manuel Albalá Valle.**
CASTELLON: **D. José Aguilar Beltrán.**
CIUDAD REAL: **D. Luis Barba Vázquez**
CORDOBA: **D. Máximo González Jurado.**
GERONA: **D. José M.ª Bosch Doménech.**
GRANADA: **D. Manuel Ruiz Morales.**
HUESCA: **Delegado de Zaragoza.**
HUELVA: **D. Jesús Tocino.**
JAEN: **D. 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. J. Sarasa Moneo.**
PONTEVEDRA: Sin Delegado Provincial
SALAMANCA: **D. Antonio Basas Encinas.**
SAN SEBASTIAN: **D. Sebastián Tenés Iturriza.**
STA. CRUZ DE TENERIFE: **D. Armenio Méndez.**
SEGOVIA: **D. Francisco García Rodríguez.**
SEVILLA: **D. 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.**

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.
Envases con 30 y 60 g de emulsión.

ALGESAL ACTIVADO

Composición
Salicilato de dietilamina, 10%;
Nopoxamina (homomirtenil-oxi-dietilaminoetano), 1%;
Excipiente, c.s.p. 100 g.

Presentación y P.V.P.
Envase con 50 g de pomada.

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 suave fricción hasta su completa

Efectos secundarios
Hasta el momento no se han observado.

Contraindicaciones
No se aplicará sobre heridas abier
ni mucosas.

Incompatibilidades
Ninguna conocida.

KALIFARMA, S.A.

EDITORIAL

Que nuestras aspiraciones profesionales están más que justificadas queda bien reflejado en las páginas que componen esta Revista (tu Revista) que por 75.ª vez consecutiva recibes más o menos puntualmente. Puede ser, y lo es, una Revista criticable en muchos aspectos, pero desde luego, a lo largo de trece años ha llevado a los Podólogos un mensaje de profesión y de inquietud. Sus páginas son el mejor testimonio de nuestro existir, y eso no puede negarse, porque es un hecho. Indudablemente no podemos sentirnos satisfechos, porque en muchos aspectos puede y debe mejorarse. Pero no hay que olvidar que la escribimos entre todos. Sus páginas se nos bridan a todos los profesionales para que plasmemos en ellas nuestro sentir y nuestra ciencia. El cuerpo de Redacción debe estar formado no por uno o varios nombres, sino por todos y cada uno de nosotros, y debiéramos sentirnos orgullosos, o culpables si no raya a la altura que debe. Sólo la mejoraremos dotándola de lo que más carece, pero jamás criticándola y cruzándonos de brazos, aunque sólo sea por atención a los compañeros que roban tiempo al tiempo y nos exponen sus experiencias, para los que guardamos en todo momento nuestra más sincera gratitud. Hay que enviar artículos inéditos, no publicaciones de «segunda mano» ni copias literales de un libro y después molestarse porque no se publican ni se devuelven. Cuando así lo hagamos es cuando llenos de razón podremos decir que «esto no funciona». Tampoco debiéramos molestarnos cuando un artículo no se publica inmediatamente, ya que debemos contar siempre con un número de ellos preparados para la próxima, y a veces, pueden llegar dos o tres seguidos, pero otras los meses pasan sin recibir ni uno, pero mientras tanto, la publicación debe hacerse regularmente. Una de las facetas que tal vez más adolece es la informativa. Pero, señores, ¿quién informa? Creo sinceramente no es función de una persona ir desplazándose cada vez que en alguna provincia se celebra una asamblea o se toman decisiones, sino función específica y muy particular de esa Delegación o Provincia el comunicarlo para conocimiento general y estímulo de las demás. Pero comunicarlo directamente, no enviando hojas de periódicos donde ya ha visto anteriormente la luz. Pero eso está lejos. En 38 Revistas que se han editado desde que me encargo de esta faceta, podría contar con los dedos

de una mano las noticias recibidas «en exclusiva» y no como un agru pado más, y mientras así se haga, cuando se recibe y se publica ya es noticia rancia.

Esta Revista, bien o mal, ha paseado el nombre del Podólogo y el de España por todo el mundo y tiene solera para seguir haciéndolo, porque detrás de ella no hay carices políticos, sino más de un millar de profe sionales que pertenecen a la Agrupación, y son ellos y nadie más que ellos los que tienen realmente autoridad para juzgarla y para modificarla. De vez en cuando se reciben ideas, fabulosas ideas, pero que desgraciada mente no pueden ponerse en práctica, porque hay que secundarlas des pués para que den fruto. Se han intentado hace diversas sesiones (La Po dología en el Mundo, Labor de las Delegaciones, Temáticas, Consultorio Profesional...), pero no nos engañemos y seamos pragmáticos: ha faltado lo principal siempre... la colaboración, el decir, señores, esto no puede seguir, hay que mejorar, y ponerse manos a la obra. Creo es importante y debes recapacitarlo, ahora que la época estival permite un ligero sosie go. Pensemos un poco en lo que queda después de nosotros y veremos que lo que perdura es lo escrito. Las palabras, palabras son. Esas Delega ciones, que formen equipos de Redacción y que les den el apoyo necesa rio para estar todos en contacto. Eso servirá para dar cabida a gente que tiene ganas de trabajar, para que se sientan a gusto dentro de la profe sión al ver que algo de ellos se transmite a los demás, mejor o peor, pero de corazón. Será el estímulo para otros que permanecen en la sombra porque piensan que sus ideas no son buenas cuando en realidad lo que ocurre es que sencillamente no las han confrontado con las de los demás. Tienen y deben hacerlo ya a nivel corporativo de Delegación, porque sin mal principio van teniendo cuando justamente la nueva orientación auto nómica tiende a convertirlas en Presidecias.

MARTIN RUED

LA FISIOPATOLOGIA DEL MIEMBRO INFERIOR Y SU RELACION CON LAS ALTERACIONES FUNCIONALES DEL RAQUIS

Domingo Bejiga Garriga
Podólogo

El logro de la bipedestación por el hombre, ha producido cambios estructurales de tipo biomecánico y funcional. El gran salto realizado al pasar de la posición cuadrupédica a la posición bípeda, originó en el Raquis un enderezamiento y posteriormente una inversión de la curvatura localizada en la región lumbar. Aun hoy podemos afirmar que el hombre no ha encontrado su equilibración idónea. *La civilización, con las modas que impone principalmente en la mujer, «zapatos antifisiológicos y de tacón alto» actúan nefastamente para conseguir un equilibrio, que de por sí ya resulta harto difícil de lograr.*

El hombre desafía orgullosamente a las fuerzas gravitatorias, manteniéndose y desplazándose gracias a unas compensaciones fisiológicas, y a un minucioso y complicado mecanismo de propiocepción. La actitud erguida que adoptamos, está sometida permanentemente a una serie de reequilibraciones y compensada fundamentalmente, por una caída anterior de la pelvis y una forma más o menos pronunciada de las curvaturas raquídeas. Los desequilibrios frontales en el niño, considerando dentro de la normalidad sus estructuras inferiores, no suelen ser tan, digamos dramáticos, como los que se producen en plano sagital. En el primer caso se ayuda de sus brazos y aumenta su base de sustentación, por medio de la abducción. En el segundo caso se requiere de un más complicado mecanismo e inclinación del tronco de adelante y atrás. Para un buen funcionamiento de este raquis, es fundamental que exista un perfecto equilibrio entre sus estructuras inferiores y que empiezan por el sufrido pie. Cualquier alteración anatomo-patológica o simplemente cualquier asimetría del miembro inferior, por vanal que fuere, puede alterar una serie de parámetros que consideramos dentro de la normalidad en nuestra columna vertebral, o sea de su Cifosis, Lordosis y Escoliosis fisiológica, pudiendo con el tiempo producir una patología en la misma, importante y a veces irreversible.

La misión del podólogo en la sociedad, es entre otras, la de conseguir de una forma incruenta, una corrección lo más perfecta posible de las alteraciones biomecánicas del pie, valiéndonos fundamentalmente de, la ortopodología y la reeducación funcional muscular, siendo para mí esta última la más importante y la menos usada. Para conseguir nuestros fines no podemos limitarnos a estudiar el pie como una estructura sola y aislada, sino que debemos estudiar su etiopatología, ayudándonos de las distintas especialiades médicas, sin inmiscuirnos en sus campos, pero trabajando en equipo y con humildad, para conseguir de esta forma el fin pretendido, recordando siempre aquella frase de «Doctores tiene la Iglesia».

«Los pies son las bases donde se apoyan todas nuestras estructuras.»

No todas las alteraciones del equilibrio del raquis tienen su origen en el miembro inferior y más específicamente en el pie, pero sí podemos afirmar que cualquier alteración anatomopatológica de nuestro miembro inferior, afectará en mayor o menor grado al buen funcionamiento de nuestro raquis.

Pasemos después de este preámbulo, a exponer las principales causas que debemos de conocer y que teniendo su origen en el miembro inferior tienen una repercusión raquídea importante y de los medios de que se puede valer

el podólogo para valorarlas, consiguiendo con ello establecer el tratamiento más idóleo que a nuestra especialidad compite.

Como causas fundamentales de los desequilibrios raquídeos, que tienen su origen en el miembro inferior, tenemos dos de capital importancia:

1.ª La propia patología del pie, que no describo pues de todos nosotros debe de ser harto conocida.

2.ª Los acortamientos ya sean relés o virtuales.

Los acortamientos tienen su máximo exponente, en las escoliosis raquídeas.

Veamos ahora la diferencia que existe entre un acortamiento real y un acortamiento virtual. El primero como su nombre indica existe verdaderamente, o sea encontramos una diferencia real en cuanto a su longitud ósea en el miembro inferior, diferencia ésta que se puede medir exactamente a través de una telemetría radiográfica, y que se debe de compensar a partir de los generalmente 5 mm. siempre y cuando naturalmente con esta compensación logremos el fin propuesto.

Llamamos acortamiento virtual, a aquella dismetría que no es real en cuanto a las longitudes comparadas de los huesos de cada extremidad inferior, sin embargo observamos una imagen óptica de acortamiento, al fijarnos en la exploración hay una diferencia de alturas en los pligues poplíteos y glúteos, con marcada desnivelación pélvica, raquídea y escapular. Como ejemplo clásico está el de un genuvalgum monolateral importante, que nos da un acortamiento que damos en llamar virtual.

Pasemos ahora a enunciar la fisiopatología más importante que nos puede dar un acortamiento real o virtual y la fisiopatología que generalmente da un acortamiento real.

1.º Causas fisiopatológicas que pueden darnos un acortamiento real o virtual:

Sífilis espinal, Mielitis, displasias de caderas (luxación congénita), tuberculosis vertebral, neuritis, esclerosis múltiple, espina bífida, tumores medulares, paraplejia atáxica, distrofias musculares, la patología del pie, etc., etc.

2.º Causas fisiopatológicas que pueden darnos acortamientos reales:

Cualquiera de las anteriores y: fracturas en el miembro inferior, coxalgias, coxa vara o valga asimétrica, poliomielitis, hemiplejia infantil, alteraciones osteogenéticas durante el crecimiento o congénitas, osteomielitis crónica, osteoartritis, artrosis, enfermedades sacroilíacas, etc., etc.

Para valorar estos acortamientos de la forma más exacta posible, y después de haber realizado una completa anamnesis del paciente, el Podólogo debería de poseer en su consulta una serie de instrumentos, que sin ser tan costosos como un aparato radiológico, le permitieran medir y evaluar estos parámetros, para establecer el tratamiento más idóneo que el caso requiera. Entre este material que nos puede ser de gran utilidad y cuyo costo no resulta excesivo tenemos: El Cristal Biométrico, una plomada, una cinta métrica, tablas de madera de dimensiones aproximadas 35 x 20 cm. y de gruesos comprendidos entre los 3 y 10 mm. para calzarlas debajo del pie y comprobar el resultado de la compensación, un pelvímetro con nivel incorporado o mejor aún un diferenciador tipo SECA, el cual nos permite lecturas directas en grados y milímetros de los desniveles existentes, un lápiz dermográfico, y opcionalmente una balanza talla.

Para dar fin a este artículo y sin pretender sentar cátedra con todo lo aquí expuesto, enumeraré una serie de puntos que creo convendría tener siempre presentes en nuestra práctica diaria.

1.º Todo acortamiento real o virtual que tenga una repercusión negativa, en el buen equilibrio de nuestras estructuras superiores, debe de ser compensado.

2.º En los acortamientos virtuales debe darse prioridad, a ser posible, al tratamiento etiológico.

3.º Que a la extremidad más corta le corresponde generalmente y siempre del mismo lado, una cresta ilíaca más descendida, un aumento de la escoliosis fisiológica raquídea y un nivel escapular más alto, y digo generalmente puesto que a veces así no sucede. Puede ser el caso de que exista un acortamiento real e importante que el mismo paciente puede compensar, por medio de un genu

flexus de la extremidad más larga o bien varizando el pie del miembro más corto, con lo que no encontraremos en la estática desequilibrios raquídeos, *aunque sí existirán en la marcha.*

4.º Toda la patología del pie puede y de hecho generalmente lo produce, un desequilibrio en sus estructuras superiores, con manifestaciones clínicas tales como, genualgias, coxalgias, raquialgias, etc., etc.

Para terminar añadiré una frase que usó nuestro insigne y querido profesor Dr. Ruano como contestación a una pregunta que se le hizo tras la magnífica conferencia que nos ofreció a los podólogos, sobre embriología del pie.

«Señores, las ciencias médicas no son ciencias matemáticas.»

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.


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

No hay enfermedades sino enfermos

A parte de la clínica del pie, resulta muy útil estudiar la clínica del calzado, y lo que es más importante, estudiar el entorno o bio-sistema de la vida del paciente.

No debemos olvidar que el calzado es el continente, que el pie es el contenido, y que la plantilla va comprimida entre ambos como una pieza que se prensa.

Es fácil comprender que no tendrá la misma importancia funcional un dedo en martillo, en un cajero de un banco, por citar una actividad de cierto sedentarismo, que el mismo problema en un empleado de correos que cada día debe andar, con la cartera al hombro, sus «muchos» kilómetros para repartir la correspondencia. Exactamente el mismo transtorno, en el primer caso puede significar unas ligeras molestias, y en el segundo puede ser causa de baja laboral permanente.

Desde mi óptica particular, y recalco lo de «particular», creo que nos preocupamos demasiado de la anatomía estática, y relegamos, en parte, la funcionalidad dinámica de cada caso en concreto.

No hace mucho tiempo, tuve la ocasión de comprobar en mi consulta que una paciente con insuficiencia del primer eje-radio, por acortamiento congénito del primer metatarsiano, tipo «Index Minus», presentaba molestias con una cadencia temporal periódicamente exacta. La señora en cuestión padecía unas metatarsalgias a nivel de la 2.ª y 3.ª cabezas los martes, jueves y sábados, y estaba libre de ellas en lunes, miércoles, viernes y domingos. La explicación del «raro fenómeno» resultó sencilla con la anamnesis; regenta una peluquería, en un pequeño núcleo urbano, que por el escaso número de habitantes no le da trabajo diario. Pues bien, los días que tiene abierto su negocio y permanece en posición bípeda casi estática durante 6-8 horas aparece la insuficiencia funcional; el resto de la semana, que lo dedica a trabajos del hogar o tiempo de esparcimiento se ve libre de ella.

En esta ocasión pude darme cuenta de cuán importante resulta la inter-relación del transtorno anatómico con su función, es más, casi me atrevería a asegurar que prima en importancia para un órgano la función que de él se espera debe desempeñar, que su hipotética alteración anatómica.

Hace unos 12 años, trabajando en un centro rural, formé parte de un equipo de revisión escolar. En una clase del penúltimo curso de enseñanza primaria descubrimos a dos adolescentes con miopía. El oftalmólogo confirmó que uno debía usar lentes correctores de 3 dioptrías, y el otro de 1 dioptría. Transcurrido el tiempo volví a encontrarme con aquellos muchachos, ya transformados en hombres, y el que necesitaba 3 dioptrías iba sin lentes, y el otro no puede prescindir de ellas. La explicación resulta también sencilla: el primero se dedica a la horticultura, y según sus palabras textuales fielmente traducidas «PARA VER COLES Y LECHUGAS, PICAR CON EL AZADON, Y TRANSPORTAR SACOS LAS GAFAS NO ME HACEN FALTA, MAS BIEN ME MOLESTAN». El segundo tiene una tienda de relojería y su actividad resulta imposible desempeñarla sin la corrección.

Otros muchos ejemplos no relacionados con la Podología me vienen a la memoria, pero haría demasiado largo y aburrido el trabajo que debe suponer el tener que leerme.

Volviendo al hilo de la cuestión, es decir, a la señora de las metatarsalgias intermitentes y cadencialmente periódicas; el problema se solucionó de una forma muy sencilla, aumentando el apoyo posterior con un calzado de tacón bajo y ancho, descargando al mismo tiempo el antepié con un apoyo retrocapital blando para las 2.ª y 3.ª cabezas «solamente durante los días en los cuales el pie se veía obligado a soportar la sobrecarga laboral».

En otra ocasión vino a consultarme un joven ejecutivo, jefe de ventas de una importante empresa, con un «metatarsus latus» y dedos de tipo «egipcio», sin ninguna alteración de arcos, ni de apoyo, ni insuficiencia muscular, que sufría lo indecible porque tenía que ir siempre «bien presentado», y siguiendo la moda usaba mocasines «curalotodo», que correctamente traducido debería decirse «estropeapiés». Pues bien con unos zapatos tipo blucher, de horma 10, y un número más largo que el que marcaba el eje longitudinal de su pie, se resolvió el problema.

Conozco una familia compuesta por los padres y 5 hijos, de los cuales 3 son varones y 2 son hembras, todos adultos y todos con pies planos atávicos presumiblemente de tipo hereditario, que nunca han parecido la más mínima «*dolencia*» podológica, y remarco dolencia para distinguirla de transtorno anatómico.

A esta familia no se les puede hablar de que deben usar plantillas, y su razonamiento es muy lógico; ¿para qué?, dicen ¡si a nosotros los pies no nos duelen! Su tipo constitucional es macroesplácnico y muy musculoso, y sus potentes músculos plantares, tanto intrínsecos como extrínsecos suplen con creces su deficiencia estructural. Su actividad diaria es armónica en todos los casos. Las mujeres se dedican a trabajos del hogar, y los varones en artes de pesca de bajura. Ellos van casi todo el año descalzos, y cuando en invierno usan calzado buscan que sea holgado, impermeabilizante y de abrigo; ellas usan un zapato racional, para «ir cómodas por la casa».

Por otra parte, ¿qué íbamos a ganar con colocarles plantillas? Los núcleos de osificación desaparecieron hace tiempo, y el tratamiento sólo puede ser paliativo, ya que no correctivo, pero ¿palitivo de qué?, ¡¡si no tienen ninguna molestia!

No me extiendo más para no hacerme pesado, sólo insistir en recalcar que LAS PLANTILLAS a mi modesto y particular entender, NO SON UNA PANACEA UNIVERSAL, representan un tratamiento ortopédico muy importante «importantísimo», pero no más que el usar un calzado correcto, unidas estas dos armas terapéuticas al estudio de la bio-función particularísima de cada paciente.

Quiero despedirme haciendo patente mi agradecimiento al Sr. SOLE CUCH, que con su disertación el pasado 20 de mayo, en la Escuela de Podólogos, me ayudó indirectamente a escribir estas líneas.

J. M. ALBIOL FERRER
PODOLOGO
Mataró (Barcelona)

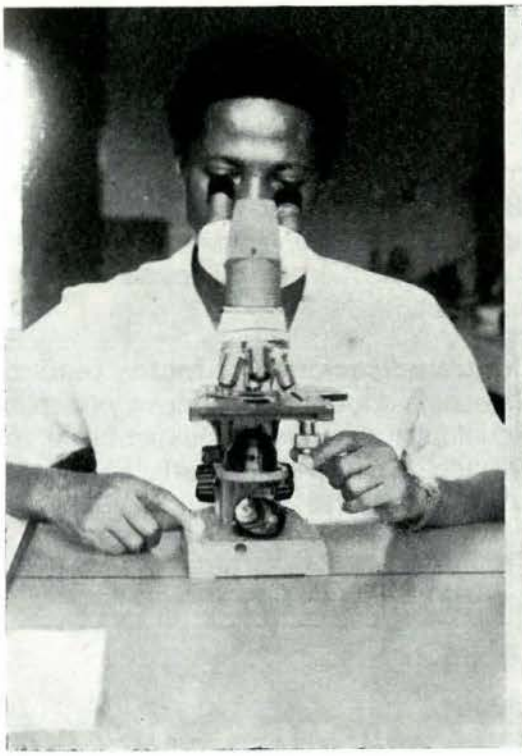
Para dirigirse por cualquier concepto a asuntos concernientes a esta Revista, rogamos se remitan a los encargados correspondientes (Redacción, Administración y Publicidad), cuyas direcciones figuran en página 1.ª, con lo cual pretendemos agilizar la correspondencia al canalizar los escritos directamente a los responsables de cada faceta.

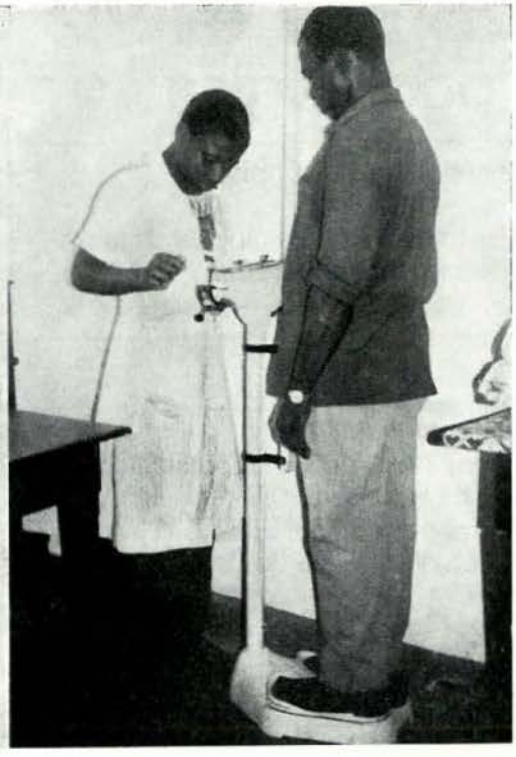
PODOLOGOS DE MEDICUS MUNDI - ESPAÑA

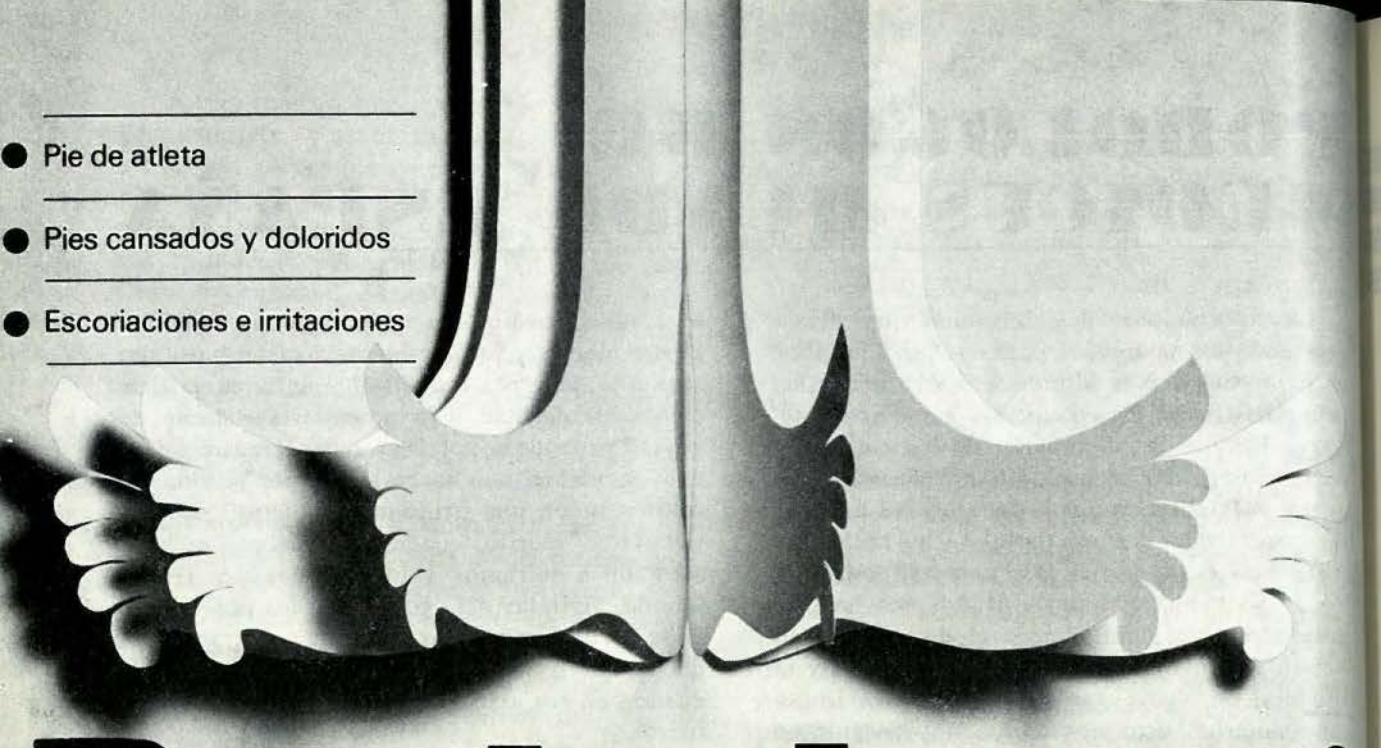
Las aportaciones desinteresadas que vienen prestando los podólogos para ayudar a la labor en favor del Tercer Mundo, empieza a dar los primeros frutos. En efecto: los donativos obtenidos durante la celebración de los congresos nacionales de Podología de San Sebastián, Madrid y Valladolid en que la generosidad de prácticamente todos los asistentes se ha hecho patente, más el líquido de las cuotas de los podólogos asociados a Medicus Mundi nos ha permitido remitir algún dinero al dispensario de Beboro en la República africana del Chad y al Hospital de Ngovayang de la República Unida del Camerun, esto nos anima a proseguir en nuestra labor de captación y volveremos a estar presentes en el próximo congreso en Alicante, con el superior permiso de la junta organizadora.

Vivimos en una época de preocupación, tanto a nivel nacional como internacional, la creciente inflación, la incrementación del paro año tras año, la crisis industrial y agrícola, la deficiente escolaridad y la amenaza constante de guerra provocada por las tensiones entre oriente y occidente, nos hacen andar por la vida recelosos y con una profunda inquietud, por eso tiene más mérito, cuando distraemos nuestra atención y miramos a los pueblos del Tercer Mundo, víctimas del egoísmo de los poseedores de la fortuna, discriminados por nuestras sociedades, que se llaman pomposamente civilizadas, cuando en realidad, es la ley que impone el más fuerte.

Nuestros compañeros, sanitarios, enfermeras, médicos y personal que despreciando todo confort, están en lejanas tierras del Tercer Mundo saben que los podólogos de España somos conscientes de su altruista labor y que con







- 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

MADAUS CERAFARM, S.A.
Fuego, s/n. Telf. 331 26 00. Barcelona-4-

nuestras aportaciones contribuimos a que su sacrificio no sea estéril. Elocuente es la carta que hemos recibido del Dr. Raimon Rovira y que con satisfacción publicamos.

HOSPITAL NGOVAYANG
Medicus Mundi
B.P. 8 LOLODORF
CAMERUN

Ngovayang, Marzo de 1980

Apreciado Sr. Vilató:

Pese al retraso de esta carta, ahora con la visita a España de la Superiora de las hermanas religiosas que trabajan con nosotros, se presenta una buena ocasión, para hacerle llegar, las fotografías de todas las cosas, que con la aportación de los podólogos, nos han permitido comprar para el servicio de nuestro hospital y en segundo lugar para esta gente del sur Camerún.

Las 145.000 ptas. que en forma de diferentes aportaciones, hemos ido recibiendo, nos han permitido adquirir, un microscopio óptico, una camilla con ruedas para el desplazamiento de los post-operados y enfermos graves, un laringoscopio para la intubación, una báscula con tallímetro, para la P.M.I. (protección maternal infantil).

De las diversas cosas adquiridas, quiero destacar la importancia que tiene para nosotros, el microscopio. Hay que decir que un microscopio es imprescindible en todo dispensario u hospital del Tercer Mundo, ya que permite el diagnóstico de la mayor parte de las enfermedades tropicales, sólo hay que pensar en el Paludismo (primera enfermedad mundial) en la que hacemos el diagnóstico mediante la gota gruesa, todas las parasitosis intestinales (ascaris, oxsiuros, ankylostomas, amebas histolíticas etc.) digamos también las filarias, la esquistosomiasis, y un muy largo etc.; no es pues un lujo como muchos podrían pensar, si no una herramienta de trabajo imprescindible, si se quiere llegar a un diagnóstico correcto y poder tratar adecuadamente a los pacientes.

Sin más Sr. Vilató, solamente agradecerle a Vd. como representante de los podólogos de Medicus Mundi, la aportación desinteresada que tanto bien hace a nuestro hospital.

Firmado: Doctor Raimon Rovira Saperas

César Puig

FABRICA D
CALZADO
INFANTILE
TERAPEUTICO

- 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, 1
Tel. (977) 60 01 4
VALLS
TARRAGONA - ESPAÑ

«Acción encaminada a unificar los estudios de Podología a nivel latinoamericano»

PONENTE: D. ENRIQUE GONZALEZ GOMEZ

Profesor y Subdirector de la Escuela OFICIAL DE PODOLOGIA, de la Facultad de Medicina de Madrid

CONFERENCIA IV CONGRESO LATINOAMERICANO DE PODOLOGIA CELEBRADO EN LIMA (PERU) LOS DIAS 23, 24 Y 25 DE NOVIEMBRE DE 1979

Señoras, señores, amigos todos:

Estoy en la *encrucijada* en un TEMA *complicado y alucinante a la vez*, como es la ACCION ENCAMINADA A UNIFICAR LOS ESTUDIOS DE PODOLOGIA A NIVEL LATINOAMERICANO.

PRIMERO. — Deseo hacer resaltar. que mi modesta opinión reflejada en esta CONFERENCIA, es una *diminuta* aportación con arreglo a la magnitud de la necesaria *ACCION* a emprender por todos y cada uno de nosotros.

SEGUNDO. — Intentaré exponer las condiciones *sociopolíticas* de nuestros pueblos, para un mejor desarrollo profesional, dentro del contexto de las *estructuras académicas y atribuciones profesionales*, con base en los *Organismos informativos y consultivos internacionales*, como son *O.E.I., UNESCO y OMS, O.I.T.*

TERCERO. — Entendimiento profesional realista que nos conduzca a una unificación colectiva interprofesional, *sin perjuicio ni partidismo con intereses unilaterales*, que puedan interpretarse como obstáculo del *progreso y desarrollo de la Podología.*

CUARTO. — Exposición que intentará reflejar el PASADO, PRESENTE Y FUTURO DE LA PODOLOGIA, que es lo mismo que preguntarnos: ¿De dónde venimos? o ¿de dónde procedemos?, ¿dónde estamos?, o ¿a dónde nos encontramos? o ¿a dónde vamos? o ¿a dónde deseamos llegar?, para *planificar el futuro de la unificación profesional* dentro de los conocimientos básicos para la plataforma de lanzamiento.

QUINTO. — Creación de la *necesidad social* dentro del campo de la Podología. Por entender, que las profesiones nacen como consecuencia de una *necesidad sociopolítica* de los pueblos de la TIERRA.

SEXTO. — Planificación y unificación de ESTUDIOS dentro de un *marco universitario*, con sistemas de ENSEÑANZAS Y PROGRAMAS, acorde con las necesidades profesionales. Insistiendo en la planificación de las Escuelas con *estructuras de autonomía* y con *ubicación* en las respectivas Facultades de Medicina.

SEPTIMO. — Anteproyecto de creación de la FEDERACION INTERNACIONAL IBEROAMERICANA DE PODOLOGOS, como *órgano informativo, consultor y representativo internacional*, para colaborar con las respectivas Asociaciones profesionales de cada país federado, conectando con los PODERES PUBLICOS de las diferentes naciones miembro.

Con esta introducción, intentaremos tratar cada CAPITULO dentro de un orden de *actuación*, que nos sirva de pauta, para la PLANIFICACION definitiva que se acuerde en su momento. Deseando con toda modestia, que mi trabajo sea de utilidad para la Organización de este magno acontecimiento podológico.

CAPITULO I

ACCION POLITICA A EMPRENDER COMO BASE DE UNIDAD EN SUS EXTRACTOS PODOLOGICOS

La noción de unidad evoca en todos nosotros, en 300 millones de mujeres y hombres de

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 o 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.
245,– 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.
132,– Ptas.

INFAR NATTERMANN

Apartado 400 - Zaragoza Infanta Carlota, 84-88 Barcelona-29

habla hispana y *connotaciones afectivas* que nos dicen que nuestros pueblos no vienen de la nada, que nos recuerdan una historia de siglos a través de la cual se forjó *un idioma, una cultura y una manera de entender la vida.* Una historia sin la que es imposible comprender el mundo de hoy y el futuro de mañana.

La historia del mundo ha sido forjada por las *ideas y sus culturas.* Y lo seguirá siendo en el futuro. Las ideas que mueven hombres, constituyen el entramado en el que debaten, día a día, nuestros destinos y los de los que nos rodean; las ideas que conducen al *trabajo,* al *esfuerzo y a la cooperación.* La cultura hispana está colmada de ideas creadoras que es necesario *vitalizar, reforzar* y *movilizar* en favor de nuestros pueblos. El futuro en el contexto internacional progresivamente integrado, en el que sólo tiene voz las ALIANZAS.

La evolución y el progreso, no se hace en soledad. *Los robinsones sin inquietudes, ni desarrollo comunitario,* tienen corta vida. Esta es mi modesta opinión. Sacar una image de entendimiento profesional en el campo PODOLOGICO y ayudar a buscar una vida social con respuesta a los diarios problemas que plantean las necesidades *tecnológicas* y *evolutivas* de nuestra PODOLOGIA, que nos obligan a *proponer soluciones nuevas,* abandonando fórmulas unilaterales, aceptar y, en definitiva, *estudiar y realizar.*

Y, finalmente, debemos recordar que somos pueblos jóvenes, que aspiran a unas mejores condiciones de vida, que *luchan por el progreso,* porque su vieja historia les ha enseñado que no existe *libertal real* sin mejorar las posibilidades de la cultura, distribuyendo los mejores frutos del desarrollo y condiciones de vida digna para todos.

No se trata de resucitar la *retórica,* verdadera selva en la que se perdieron para siempre tantos *proyectos* y *posibilidades.* Se trata de emprender una acción *deliberada y común,* a la vez *ambiciosa y pragmática,* que dignifique a *nuestra podología,* que defienda nuestros valores y nos permita recuperar lo que en justicia nos corresponde.

La velocidad del amplio cambio que vive el mundo, hace que toda actividad profesional de nuestro tiempo, requiera una puesta en función de todas las facultades humanas. Y para ello, es preciso profundizar en el conocimiento mutuo, ahondando con respeto en todos los niveles.

Hoy tenemos la experiencia de la UNION de nuestros pueblos en el campo de la Educación, fruto de experiencia del *IV Magno Congreso Iberoamericano de Educación,* celebrado en España, con unas *conclusiones muy favorables* para las *estructuras de unificación de criterios y entendimiento en la formación de los profesionales del futuro.*

CAPITULO II

ENTENDIMIENDO PROFESIONAL REALISTA

Debemos convencernos de que nuestro futuro debe interpretarse exclusivamente con datos preagónicos de nuestro pasado. Porque es la *referencia y el cimiento, pero no la estructura. Se debe conservar la experiencia, pero no los métodos,* que estén trasnochados, son de utilidad los antecedentes que es en definitiva la *experiencia,* pero no la *conclusión final.* La *Historia* sigue siendo *maestra en la vida;* pero solo eso, que no deja de ser una *pequeñísima parte de nuestra vivencia.* Pero en realidad se convierte en una *forma obsesiva y morbosa* la insistencia del pasado, con una apreciación distinta, según la forma personal de cada observador, aunque en la mayoría de los casos, las tendencias *históricas y conservadoras,* ocultan las verdaderas dimensiones del futuro, basadas, en el *análisis del presente* y los medios actuales de proyección al futuro. *Cuando se proyecta el futuro, sin más elementos que los de un pasado, sin base y contravertiendo el resultado, es el temor o miedo al lanzamiento de nuestro futuro, viviendo nuestro drama histórico, que nos dificulta para sintetizar un porvenir inmediato.*

Objeciones primarias que entorpecen el futuro y progreso de la Podología.

a). La vehemencia a veces en la *comprensión y edificación de nuestro propio edificio,* con alteraciones sistemáticas al diálogo. Creemos tímidamente en *Instituciones y Organizaciones profesionales.* Nos quejamos de que no se usan. Nos asustamos de que empiecen a funcionar las de proyección, basada en el apoyo de las condiciones que nosotros mismos hemos *propuesto y aceptado*

LUGA

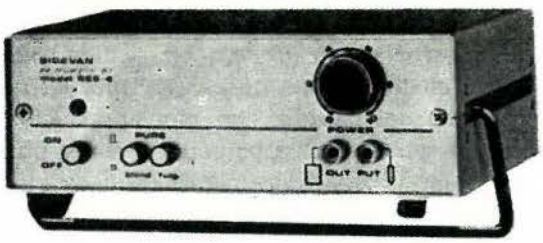
CLARA DEL REY, 47
TELEFONO 416 84 45
• MADRID-2 •

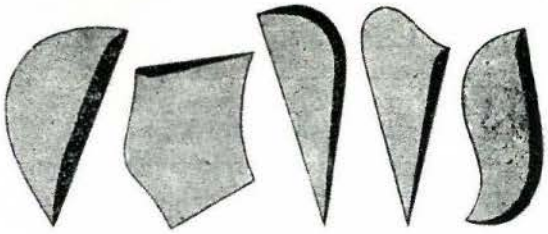
LA CASA DEL PODOLOGO



















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

de una forma espontánea. Nos quejamos, ante las respuestas de *nuestros oponentes*, desaprovechando la gran ocasión que nos brinda *la unión de todos los podólogos en los Congresos, Symposiums, Convenciones, reuniones, etc.* para madurar nuestra situación ante los *poderes públicos.*

Parece que nos *disgustas los contactos, para los significativos éxitos de nuestra proyección.* Optamos por el turismo para captar la belleza de las ciudades que visitamos.

b). Nos cuesta mucho creer, que la *Especialidad de Podología, es muy joven,* y por tanto, está *por madurar.* Parece que tendemos a *institucionar a la intemperie.* Aunque tal vez seamos nosotros los que intentamos *monopolizar los elementos del progreso,* sobre las *nuevas generaciones de una especialidad o profesión que espera más unión y espíritu de equipo, de vital importancia y que se realizará con nuestra aportación, desterrando la creación recelosa del futuro artificial.*

c). Debemos confiar en las *nuevas generaciones* para que hagan alarde de su fuerza que acompañado de la facultad de saber, *escuchar la experiencia da la razón* de sus mayores. Se asegura el futuro.

No hay que olvidar, que toda *analogía* entre el pasado que es *historia* y el *futuro* que es la p*royección hacia lo mucho que nos queda por conseguir, pasando por el presente,* que a *pesar de encontrar múltiples problemas,* quiere *irrevocablemente su futuro.*

Llegando a la conclusión que la *unificación de los estudios de Podología a nivel latinoamericano* en el campo de la medicina, que es el objetivo de esta CONFERENCIA, depende de *nuestro trabajo y de las nobles ambiciones profesionales para lograr la unificación de estudios, nombre y atribuciones profesionales,* en el contexto de acción social del PODOLOGO; con una labor positiva dentro de esa necesidad socio-sanitaria de la PODOLOGIA.

Con los CAPITULOS siguientes, se intentará reflejar el PASADO, PRESENTE y FUTURO que es lo mismo, que preguntarnos: ¿De dónde venimos? a ¿dónde estamos? y ¿a dónde pensamos llegar?

CAPITULO III

EXPOSICION DEL PASADO, PRESENTE Y FUTURO DE LA MEDICINA Y DE LAS PROFESIONES PARAMEDICAS AFINES AL TRATAMIENTO DEL PIE

ORIGEN DE LA PROFESION

LA MEDICINA. — Es una noble ciencia tan vieja como el hombre mismo. Siendo las enfermedades mucho más viejas que la propia humanidad.

El principio del ejercicio de la Medicina, ha sido de *forma empírica,* practicando el *curanderismo* de tradición familiar, enfocado dentro de *la brujería* en las diferentes épocas de la vida, en el que *la cultura* ha jugado un papel transcendental en su *evolución, desarrollo y progreso.*

Los ciudadanos de la medicina en la antigüedad, estaban a cargo de *esclavos enfermeros* que, por otra parte, solamente atendían a los *demás esclavos.* En efecto, estos profesionales tenían por principal finalidad, «recuperar» para su dueño a los trabajadores en lo posible.

En los tiempos de Roma «La profesión sanitaria —dice PLINIO— *está en desacuerdo con la dignidad romana».* Por lo general los *sanitarios proceden de los esclavos.* La gran mayoría de los CIRUJANOS no podían vivir solamente del ejercicio de su profesión. *Carecían por completo de cualquier tipo de consideración y son escasos quienes consiguen alcanzar la libertad.* MARCIAL, cuenta que frecuentemente dejan su profesión para convertirse en GLADIADORES o en *transportadores de cadáveres.* «No cambian nunca de oficio». Añade, irónicamente, *el poeta.*

No es sorprendente que los romanos organizaran un *cuerpo sanitario* dentro del ejército. Los ejércitos romanos que alcanzaron una importancia considerable, teniendo que combatir en regiones alejadas y contra los *pueblos bárbaros,* de quien no se podía esperar otra cosa que una gran crueldad.

En la época del Emperador MAURICIO (Siglo VI d.C.) incluso su misión era buscar a los heridos y transportarlos a la retaguardia. Por cada herido salvado, recibían una *prima.* En general, el *personal sanitario, estaban muy poco considerados, exceptuando algunos especialmen-*

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





DE VENTA
EN FARMACIAS

CONSULTE A SU
PODOLOGO

Productos PEUSEK Av. Infanta Carlota, 19 21 Tel. (93) 239 83 34 - BARCELONA - 29

te cercanos a la persona del emperador, al que acompañaban en todas sus campañas.

Aquí se aprecia el favoritismo individual (*Primera lacra de nuestros orígenes*).

A medida que *progresó el cristianismo,* poco a poco, disminuye *la esclavitud.* Pero *estos enfermeros,* permanecen para curar a los *menesterosos, mendigos y libertos* que la estructura social no les favoreció con la fortuna.

LA EDAD MEDIA. — Nos lega escrito y documentos que muestran claramente la mezcla de *misticismo y crueldad* que inundaban aquellos tiempos. El hombre de la Edad Media es totalmente *cristiano.* En todos los elementos de su destino, ve una intervención directa de Dios. Y si no es Dios, es Satán. Las enfermedades era una de las pruebas por las que Dios o el Demonio sometían a los hombres: las razones naturales no contaban para nada. *Obstáculo religioso con repercusión sociopolítico que entorpece el progreso profesional* de los más modestos. Ya, que la influencia de la Iglesia era exagerada con un marcado autoritarismo. (*Segunda consecuencia de nuestro presente*).

De esta forma, era necesario acudir a los hombres que poseían *conocimientos sobrenaturales. El alquimista y el astrólogo,* eran las personas más frecuentemente consultadas. Sólo confiaban en las *fórmulas mágicas.* Las supersticiones más *estrambóticas y amuletos.* Para los hombres de la Edad Media, resultan las *armas terapéuticas,* de mayor eficacia, si tales prácticas no son de *inspiración divina,* provienen del Diablo y la *hoguera* puede ser la *sanción.*

La Iglesia, cuya autoridad es, en esta época, indiscutible, lanza numerosas prohibiciones que durante mucho tiempo impiden a la aparición de todo espíritu de investigación. Concretamente, la prohibición de la *disección* que es mantenida hasta el año 1480. No obstante, para *juzgar con equidad* debe reconocerse que la *concepción del universo hombre en la Edad Media,* era completamente diferente de la actual. Todo se sitúa sobre un *plano simbólico o esotérico.* El *alquimista* no trata nunca de descubrir las *leyes de la química,* sino que realiza *investigaciones metafísicas* utilizando los metales como instrumentos. El *astrónomo,* se esfuerza por encontrar las correspondencias cosmológicas entre el *hombre y el universo.* El error radica en querer interpretar indistintamente los fenómenos naturales y de un modo particular, el funcionamiento del *cuerpo humano* y sus *estados mórbidos.* Error que se agrava dada la proliferación de *falsos sabios; magos, hechiceros, etc.* que fueron creando la confusión y explican el descrédito que más tarde pesara sobre la Edad Media.

Es la época en que un gran número de *sacerdotes y monjes* consagran su existencia a cuidar a sus semejantes. Los hospitales y la política sanitaria estaba totalmente en manos del CLERO. No se trata pues, de una medicina *doctrinal y estudiada,* sino de pequeños cuidados departidos con amor y gran piedad.

¿Qué sucedía con la cirugía propiamente dicha? Desgraciadamente, era el *pariente pobre* de la Medicina, que a su vez sufría un desprecio considerable. Era considerada como una *práctica bárbara* condenada por la Iglesia. En el año 1092, publicó un Edicto ordenando a los *monjes* y *sacerdotes* que estuvieran afeitados, a enseñar *el oficio de BARBERO* a los *miembros de servicio* que vivían en los Monasterios para *servir a los clérigos* y ayudarles en las *intervenciones quirúrgicas.* Más tarde en el concilio de TOURS en el año 1163, se publicó el famoso Edicto proclama «Eclesia abhorrt a sanguine» —La Iglesia aborrece la sangre—. *Prohibiendo a los eclasiásticos realizar operaciones quirúrgicas.* Ya que no debían hacer nada que supusiera derramamiento de sangre. Por esa razón, la Santa Inquisición, utilizaba la hoguera.

En esa época, el nivel de la cirugía, no llega a superar el de los *tiempos primitivos.*

Hay que hacer constar, que por aquel entonces, los Clérigos practicaban, casi exclusivamente la *medicina y cirugía.* Y según parece, ante los *riesgos e incomodidades* trabajando denodadamente en los más *apartados y comprometidos lugares; galeras, luchas guerreras, curando campesinos y menesterosos.*

La definición que aún es válida, viene de Hipócrates. Pero hasta el siglo XVI, no se hace la distinción entre médico y cirujano. Anteriormente, el mismo médico realizaba las *operaciones y manipulaciones que exigían urgencia.* Posteriormente ante los problemas que planteaba el *dolor, la hemorragia y la infección,* abandonó la cirugía en manos de los *barberos.* La escisión no se realizó sin tropiezos, puesto que a cambio de *su menosprecio,* los médicos exigían la *sumisión* de los barberos cirujanos que actuaban como *simples obreros y lacayos de a*

PIEDRO

OFRECE AL PODOLOGO:

el calzado anatómico-fisiológico número uno de Europa

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:

Espacio para colocar plantillas
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, 87, 2.°
teléfono 93/239 53 06
Barcelona - 15
telegramas: KIRITA-Barcelona

pie, de ropa corta, ignorantes, iletrados y laicos con la influencia *patronal religiosa y burguesa de los poderosos con influencia política* que tendía a diferenciar las clases sociales de la época. (*Se aprecia claramente que los principios, no favorecerían mucho el desarrollo de aquellos profesionales*).

La historia comienza con la figura del CIRUJANO, *hombre rudo, hábil,* de gran corazón y en la mayoría de los casos con conocimientos empíricos.

Los cirujanos ejercían su oficio sin ANESTESIA, sin concepto de la ASEPSIA y sin apenas HEMOSTASIA. Actuando sobre un cuerpo *convulsionado o desfallecido,* por el terrible sufrimiento.

El cirujano, siempre acuciado por *el tiempo, la sangre, la infección, el dolor y la angustia de perder al enfermo, cortaba los tejidos con rapidez prodigiosa y gran habilidad.* De ahí, que las cualidades de un buen cirujano, se asemejaban a *la vista del Aguila, corazón de León y rapidez de Gacela.*

Dentro del último tercio de la Edad Media, existían *dos tipos de cirujanos*: unos que habían *estudiado y hablaban latín* con conocimiento de *Humanidades, Anatomía* y práctica de disección, y los otros que recibían su enseñanza en CONVENTOS, y a estos CIRUJANOS BARBEROS, se les llamó cirujanos de TOGA CORTA, para distinguirlos de los primeros que eran CIRUJANOS de carrera o de TOGA LARGA.

Más tarde fueron recibiendo distintas denominaciones y así se les llamó Cirujanos de TOGA CORTA, luego CIRUJANOS ROMANTICISTAS, CIRUJANOS MENORES, MINISTRANTES.

Estos hechos pertenecen a los principios básicos de la CIRUGIA MENOR al PASADO de nuestra PROFESION, repleta de *esclavitud, ingratitud, miseria, ignorancia, atropellos, discriminación social,* etc. En una palabra, los obreros pobres de la Medicina, una profesión de *valores humanos, de sacrificios.* Que los *destinos de la vida o apatía* de nuestros antepesados no supieron reclamar justicia.

En 1354, una *Orden de Pedro IV de Aragón,* determina que *cada Galeón* que se hiciese a la mar, había de llevar un CIRUJANO BARBERO y es curioso resaltar, que en el descubrimiento de América, y *a bordo de la «Pinta»,* marchaba un CIRUJANO-BARBERO, *llamado Maese Juan,* que aunque poco se haya ocupado de él la historia de la Medicina, su labor fue muy importante por los problemas que presentaba la Epoca. Con la mencionada *ORDEN* comienza la LEGISLACION de nuestros antepasados, continuando la legislación con el Siglo XV, en que fueron admitidos a estudiar en la Facultad de Medicina de París. En *Inglaterra Enrique VIII,* aquel Rey que se hizo proclamar cabeza suprema de la *Iglesia Anglicana,* comenzó un ESTATUTO de los Cirujanos Menores y más tarde en 1699, la *Universidad de Cambridge,* estableció cursos de *Anatomía para Cirujanos-Barberos.*

La misión de estos CIRUJANOS BARBEROS, era muy amplia; *hacer sangrías, abrir abscesos, curar heridas, corregir huesos dislocados o rotos, sacar muelas, cortar callos y durezas, sacar uñas, recoger partos, amputación de miembros, etc.*

Y por último, la figura de AMBROSIO PARÉ, a pesar de ser un simple *Cirujano-Barbero,* ha sido considerado como el padre de la CIRUGIA, cuya gran influencia se extendió durante los siglos XVI y XVII. Reivindicada la historia del *Cirujano Barbero.* Buen ejemplo de *tenacidad y concepto de la responsabilidad profesional.*

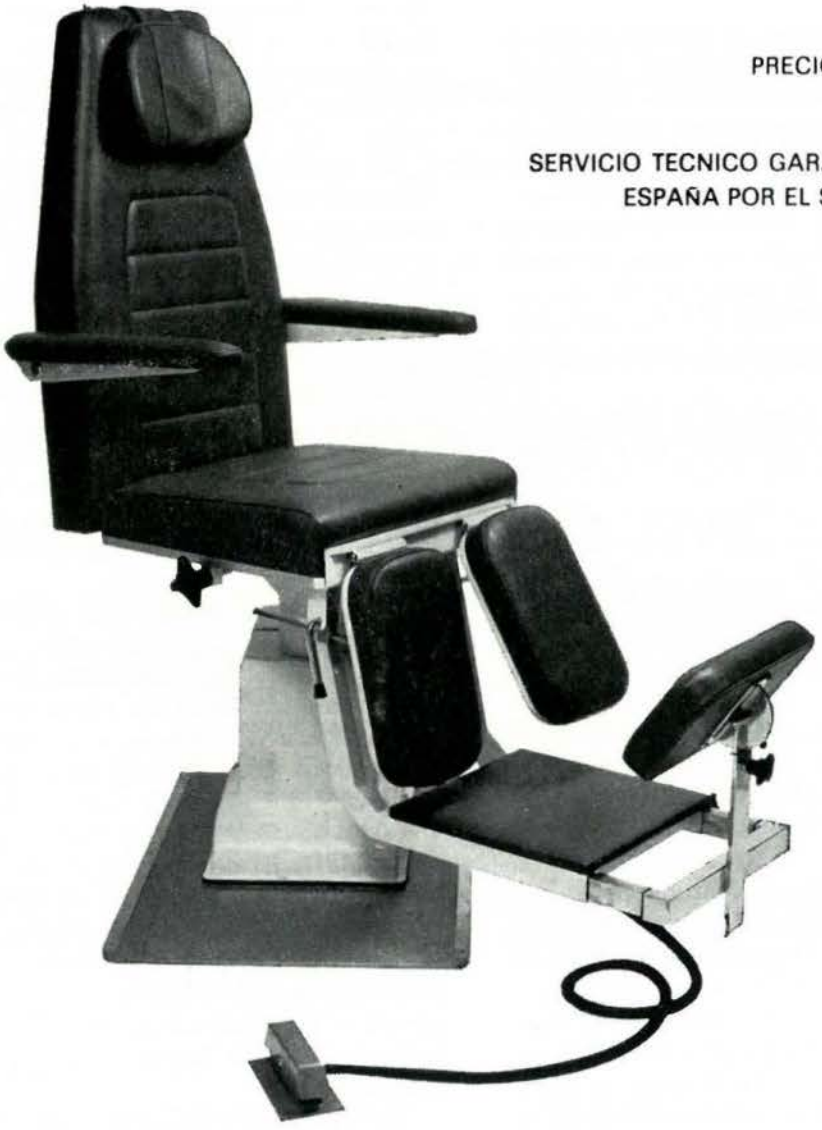
Bruscamente, surgió una revolución auténtica a mediados del siglo pasado, que transformó la Cirugía. Esta revolución sorprendió de tal forma a los cirujanos, que la mayoría la rechazaron con vehemencia, al menos en su principio. Acaso porque no habían intervenido en el descubrimiento de la ANESTESIA, que fue debido a dos DENTISTAS (Weles y Morton) en el año 1847. El de la ANTISEPSIA, aunque la obtuvo un cirujano (Lister) en 1867, partió de los trabajos de un químico (Pasteur).

Vencido el *dolor* y la *infección,* se evolucionó rápidamente, por la inmensa posibilidad que se ofrecía a los practicantes de la CIRUGIA MAYOR Y CIRUGIA MENOR que practica el PODOLOGO.

Para concluir con estos meros conocimientos del origen y pasado de nuestra profesión y de sus atribuciones. Haremos referencia a las pinturas que delatan la actividad de CIRUGIA MENOR, CIRUGIA DEL CALLISTA, PEDICUROLOGIA, reflejada en sus cuadros por los célebres pintores, como DAVID TENIERS,

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 (8)

ADRIAN BROWER y otros, que nos muestran cómo ejercían los *cirujanos callistas* o *pedicuros* de aquellos tiempos. En el Museo del Prado de Madrid, existe una tabla de TENIERS titulada «OPERACION QUIRURGICA», en la cual vemos a un cirujano dispuesto a intervenir en el pie (1610 a 1690).

ESTE ES EL AUTENTICO PASADO DEL PROFESIONAL QUE HOY PRACTICA LA CIRUGIA PODOLOGICA.

Poco más se puede decir de la PODOLOGIA antigua como *ciencia* y *arte de curar los pies* y del PODOLOGO como profesional *paramédico*, con diferentes nombres y con distintas atribuciones dentro de las diferentes épocas y lugares de la TIERRA.

PRESENTE DE LA PODOLOGIA Y DEL PODOLOGO

NOMENCLATURA. — *PODOLOGIA*: Estudio de los pies y del tratamiento de sus dolencias. *PODOLOGO*. — Perito o profesional que ejerce la *Podología*.

El *Cirujano Callista*, profesión que se *remonta a muchos años*, ejercida de una manera *empírica* por el hecho de ser una *profesión sanitaria*, cuya especialidad, estaba parcialmente legislada y reglamentada, y su aprendizaje, se haría de una forma AUTODIDACTICA.

Estos especialistas fueron *superando sus conocimientos* y gestionando la REGLAMENTACION ESPECIFICA PROFESIONAL con sus correspondientes ATRIBUCIONES PROFESIONALES.

El Ordenamiento Jurídico de la PROFESION. — Base legal para el cumplimiento y ejecución de nuestra trayectoria profesional.

La Real Orden de 26 de junio de 1860 dice: «Siendo de urgente necesidad dar el debido cumplimiento al párrafo 2.º del artículo 40 de la Ley de Instrucción Pública de 1857, que determina que mientras *se publican los reglamentos especiales, los conocimientos que hayan de exigirse a los que deseen adquirir el título de PRACTICANTE*, la Reina, de conforme con el dictamen del Real Consejo de Instrucciones Públicas, ha tenido a bien, disponer que se exijan a dichos aspirantes, los *estudios teórico y prácticos*: En el apartado 4.º, trata sobre el ARTE DEL DENTISTA Y DE LA PEDICURIA: Por tanto, en España, uno de los *primeros datos de ordenación y reglamentación*, se remonta a la Reina Isabel II, que como se puede apreciar ya menciona el *ARTE DE LA PEDICURIA*.

En el año 1945, la Orden Ministerial de fecha 26 de noviembre (Ministerio de la Gobernación), se aprueban los *Estatutos de las Profesiones de Auxiliares de la Medicina*, donde se vuelve a distinguir las atribuciones del PRACTICANTE EN MEDICINA Y CIRUGIA y entre las mismas, el EJERCER LA PROFESION DE PEDICURO O CIRUJANO-CALLISTA; denominación del profesional que se dedicaba al cuidado de los pies en aquellas fechas.

En el año 1951, se comienzan los cursos en la Facultad de Medicina de Barcelona, sobre ESPECIALIZACION EN ENFERMEDADES DE LOS PIES, para PRACTICANTES EN MEDICINA Y CIRUGIA.

En el año 1955, por Orden Ministerial de fecha 23 de diciembre (Ministerio de Educación Nacional), crea la *Escuela de Podología* en la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona. En este Centro Docente, se utiliza por primera vez la palabra PODOLOGIA EN ESPAÑA.

Con motivo de la creación de la nueva carrera de *Ayudante Técnico Sanitario*, fueron unificados los estudios de Auxiliares Sanitarios. Se crea el DECRETO del Ministerio de la Gobernación 2319/1960 de 17 de noviembre. Sobre el ejercicio profesional de los A.T.S. Practicantes, Matronas y Enfermeras. Donde se ratifica el ejercicio de Pedicuría o Cirujano-Callista, para los Practicantes y Ayudantes Técnicos Sanitarios.

LA PODOLOGIA Y EL PODOLOGO EN ESPAÑA

La Podología, es una ciencia nueva y reciente, que trata del estudio y cuidado de los pies. Anteriormente era ejercida de una forma subjetiva y empírica como toda la medicina en general. El podólogo español, está trabajando dura y firmemente para lograr conseguir las exigencias técnicas y científicas de una moderna PODOLOGIA.

El vacío legislativo específico de la PODOLOGIA, vino a llenarse con la publicación del DECRETO 727/1962 de 29 de marzo, que reguló

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

definitivamente esta *Especialidad de Practicante y Ayudante Técnico Sanitario,* asignándole la denominación más acorde con sus funciones y cometido específico, el de PODOLOGIA Y PODOLOGO.

Actualmente el ejercicio de la Especialidad de Podología, exige *cinco años de estudio* en la Facultad de Medicina, y los dos últimos dedicados al *estudio del pie,* con más de *quinientas horas de prácticas y trescientas horas de teoría podológica,* cursadas en las Escuelas Oficiales de Podología.

A la culminación de estos *dos cursos de especialización,* se obtiene el DIPLOMA DE PODOLOGO, expedido por el Ministerio de Edución y Ciencia, que viene a determinar la diferenciación entre el antiguo Cirujano-Callista y esta nueva figura que es el *Podólogo presente.*

FORMACION. — Está compuesta por las siguientes asignaturas: Anatomía descriptiva, topográfica y funcional de la extremidad inferior. — Embriología, Histología y Anatomía patológica. Biomecánica del pie. Afecciones y deformidades de los pies. Enfermedades con sintomatología de enfermedades generales, higiene y profilaxis del pie. Microbiología y parasitología. Exploración clínica del pie. Cirugía menor (uñas, verrugas, abscesos, helomas, tiloma, hiperqueratosis, etc.). Farmacología, prótesis del pie, confección y aplicación de plantillas y pequeñas ortosis. Estudio del calzado. Vendajes especiales del pie, férulas, etc. Recuperación funcional de la extremidad inferior. Según PROGRAMA OFICIAL publicado en la Orden Ministerial del 31 de julio 1962.

ATRIBUCIONES DEL DIPLOMA DEL PODOLOGO. — El DIPLOMA DE PODOLOGO, habilita para el ejercicio de la profesión, *facultando a los titulares para recibir directamente a los pacientes con plena autonomía a desarrollar las actividades comprendidas en las enseñanzas impartidas.*

EL REGLAMENTO DE LAS ESCUELAS DE PODOLOGIA. — Está regulado por la ORDEN MINISTERIAL del 22 de noviembre de 1963. Las Escuelas de Podología, estarán adscritas a las Facultades de Medicina del distrito universitario que correspondan. Dentro de esta Orden se especifica la Organización, Régimen Interior, Montaje, Planificación de Estudios, Junta Rectora, Profesorado, Exámenes, Régimen Económico, etc.

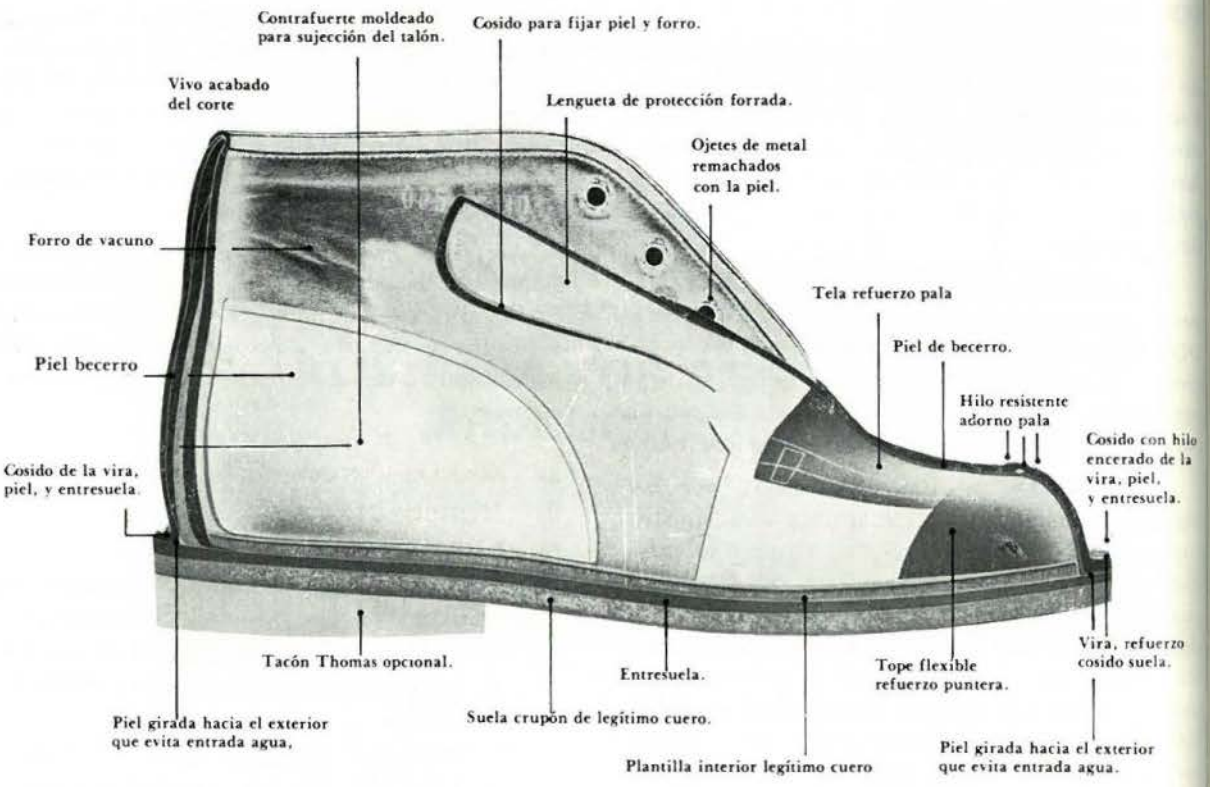
Debemos significar también, que las enseñanzas que se imparten en las Escuelas de Podología, siguen en todo momento el Programa aprobado por el Ministerio de Educación y Ciencia. Estando a cargo la docencia de Doctores y Licenciados en Medicina y Cirugía —las clases que corresponde a la Teoría Médica y a Podólogos Diplomados, las que corresponde a Teoría y Práctica Podológica.

Así pues, en las Clínicas o Dispensarios de Podología de las diferentes Escuelas, funcionan de una forma autonómica y los enfermos *son visitados y tratados* exclusivamente por podólogos, dentro de su campo profesional que es el siguiente:

a). Afecciones y deformidades de los pies.
b). Higiene y profilaxis del pie.
c). Exploración clínica del pie.
d). Cirugía podológica, que comprende toda la Cirugía Menor que es la siguiente:
   1. Cirugía total o parcial del aparato ungueal incluyendo la matriz y rodetes laterales.
   2. Verrugas, higromas, bursitis, abscesos, helomas, tilomas, hiperqueratosis y afecciones similares.
e). Vendajes y férulas correctoras en general.
f). Ortopodología del pie, que comprende desde las plantillas ortopédicas hasta el pie artificial, incluyendo las prótesis protectoras y correctoras para las deformaciones o afecciones de los dedos; hallux valgus, dedos en martillo, etc.
g). Recuperación funcional del pie, en sus distintas facetas, valoración muscular, tratamiento post-operatorio, adaptación a la prótesis, gimnasia especializada, siempre relacionada con el pie, ayudándose de los aparatos adecuados y electroterápicos.
h). Orientación sobre profilaxis e higiene del pie.
i). Orientación sobre el calzado podológico, ortopédico y de standard en general.

(Continuará)

NO ES UNA CASUALIDAD, QUE NUESTRO CALZADO SEA EL MEJOR.



CARACTERISTICAS DE NUESTRAS HORMAS:

PARA INCORPORAR PLANTILLAS

- **base planta con ancho normal.**
- **base planta más ancha.**
- **recta.**

NORMALIZADAS

- **recta con capacidad normal.**
- **normal para pies sanos.**

Taberner®

Weyler, 53. Tel.(971) 66 01 56. LLUCMAJOR (Mallorca)

OSCAR 1975 y 1976 y MENCION DE HONOR 1979 AL MEJOR DISEÑO DE ZAPATOS, ANATOMICO INFANTIL, INSTITUIDO POR LA COMISION ESPAÑOLA PRO SUELA DE CUERO.



LOS PIES, PRIMERO

DIALOGO DE HUMOR

Por FERNANDO MUÑOZ CAMPOS
Podólogo (Málaga)

—¿Qué te pasa, Roberto? ¿Por qué caminas cojeando?

—Tengo cierta molestia en el dedo gordo del pie derecho.

—Deja que lo vea. ¡Oh! tiene un cuerpo extraño.

—¿Un cuerpo extraño? ¿Qué es eso?

—Parece como una pequeña astillita sucia, que se ha clavado en el dedo.

—¡Por Dios! ¿Me la puedes sacar?

—No, yo no puedo.

—Entonces, ¿qué debo hacer?

—Creo es mejor que lo vea un podólogo.

—¿Y que me hará?

—Seguramente, primero te limpiará el dedo con un antiséptico, después con una aguja especial esterilizada, te sacará la astillita, luego te aplicará un pequeño apósito aséptico y seguidamente te recomendará vayas a tu médico para que te prescriba una inyección antitetánica.

—¿Hará daño todo eso?

—¿Por qué preguntas tanto? ¿Es que tienes miedo?

—No, yo no, pero el dedo gordo sí.

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 íntegramente 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.

R. Herrero, 4 - VILLENA - Tels. (965) 800191 - 802586 - 803212

LABOR DE LAS DELEGACIONES

GALICIA

Tras su publicación en «El Correo Gallego», en su edición correspondiente al martes día 3 de junio, ha sido remitido recorte a esta Redacción para su inserción en «Revista Española de Podología», el artículo correspondiente a la constitución de la Junta Rectora de la Asociación Gallega de Podología. Nos alegramos enormemente del éxito conseguido por la Delegación de Galicia, a la vez que lamentamos que no haya sido nuestra Revista la primera en recibir dicha noticia, que consideramos realmente interesante para toda la clase. Es por ello que a continuación insertamos el artículo ya aparecido en prensa gallega al carecer de noticias más directas.

Presidió el Rector Suárez Núñez

CONSTITUIDA LA JUNTA RECTORA DE LA ASOCIACION GALLEGA DE PODOLOGIA

SANTIAGO. (C. G.)

Al objeto de constituir y nombrar la Junta Rectora de la Asociación Gallega de Podología, el domingo último se reunieron en esta ciudad los podólogos de Galicia.

Los actos comenzaron en la basílica compostelana con una misa en recuerdo de los podólogos fallecidos y también como especial recuerdo a don Luis Legaz Lacambra, acto que fue oficiado por el canónigo de la Catedral D. Jesús Precedo Lafuente.

Seguidamente los podólogos se reunieron en asamblea general para, entre otros asuntos, proceder al nombramiento de la Junta Rectora de esta naciente asociación, que quedó formada del siguiente modo: presidente, don Juan Vidán Torres, de Santiago; secretario, don José Araujo Gómez, de La Estrada; tesorero, don Manuel Trillo Andújar, de La Coruña, y vocales, don Armando Díaz Pena, de La Coruña; don José L. Mando Núñez, de El Ferrol; don José Rodríguez Míguez, de Lugo; don Eduardo de la Fuente Miguel, de Orense; don Eugenio Pérez Vidal, de Pontevedra, y don Francisco Santomé Rodríguez, de Vigo.

OCUPA EL CARGO DE PRESIDENTE EL PODOLOGO COMPOSTELANO, DON JUAN VIDAN

Seguidamente y en el Paraninfo de la Facultad de Medicina tuvo lugar la celebración del solemne acto académico que presidió el rector de la Universidad, don José María Suárez Núñez; rector honorario y miembro de honor de los Podólogos de Galicia, don Angel Jorge Echeverri; decano de la Facultad de Medicina, don Ramón Domínguez Sánchez; presidente de la Asociación Nacional de Podólogos; presidentes de los Colegios provinciales de ATS de Galicia, y don Juan Deltel, miembro de honor de los Podólogos.

Abrió el acto el presidente de la Asociación, don Juan Vidán, quien agradeció el honor de que eran objeto los podólogos al verse honrados y distinguidos con la presencia de las autoridades académicas, pidiendo a todos unión en bien de la Podología de Galicia y pidiendo por último el patrocinio de las autoridades para que el artículo tercero de los Estatutos sea pronto una realidad, a través de la creación de la Escuela de Podología al amparo de la Facultad de Medicina.

Intervino seguidamente el rector de la Universidad quien tras felicitar a los podólogos por haber conseguido el nacimiento de esta Asociación, pasó a pronunciar una conferencia magistral sobre el tema «La evolución del pie en el hombre».

Cerró el acto el presidente nacional, se-



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.: 552 Ptas.
FUNGISDIN AEROSOL:
Frasco de 50 ml. P.V.P.: 279 Ptas.
FUNGISDIN GEL:
Tubo de 30 gr. P.V.P.: 311 Ptas.

Avda. Generalísimo Franco, 520
Barcelona-11

ISDIN

Técnica e investigación en dermatología

ñor Escasch, quien hizo una semblanza de la Podología desde el año 1962 cuando por decreto se reconoce la especialidad de Podólogo, destacando la serie de congresos tanto nacionales como internacionales, semanas podológicas y dando unas ideas sobre los futuros estudios de la Podología.

Finalizada esta intervención el rector clausuró el acto de constitución de la Asociación Gallega de Podología.

El Rectorado y Facultad de Medicina ofrecieron un vino de honor a los podólogos y familiares asistentes al acto.

Por último, en el Hostal de los Reyes Católicos, tuvo lugar un almuerzo que los asambleístas ofrecieron a las autoridades académicas, presidente nacional y al señol Deltel.»

LEON

El pasado día 25 de mayo de 1980 tuvo lugar en León una marcha a pie de 40 km. patrocinada por ASPRONA para los niños subnormales. En este acontecimiento estuvo presente el Podólogo, formando el SERVICIO DE PODOLOGIA PARA LA MARCHA en uno de los autocares de la HERMANDAD DE DONANTES DE SANGRE DE LA S.S.

Cabe destacar la casuística de la Gran marcha, en la que, de 1.000 participantes, 500 llegaron al final de la misma.

Fueron atendidos varios casos de contracturas, calambres musculares, así como flictemas sobre todo en antepié. En total, el número que requirió los servicios podológicos se aproximó a los 200.

El éxito de la prueba fue enorme, y la Delegación de Podología de León, además de la participación directa, también lo hizo en el terreno de la prevención, publicando en la prensa local unos consejos para los participantes, que a continuación reproducimos.

CONSEJOS PARA LOS PIES

El podólogo diplomado de la marcha, Luis Pascua San Miguel, ha indicado a nuestro periódico algunos consejos que los participantes en la marcha han de tener muy en cuenta si no quieren terminar el recorrido con los pies destrozados. Según el señor Pascua San Miguel *«no conviene estrenar nada el día de la marcha, para evitar sorpresas desagradables. Las zapatillas o el calzado de deporte no deben de producir molestias. Antes de calzarse conviene prevenir los pies para la dura prueba que se va a afrontar. Las ampollas pueden evitarse si se echa una cierta cantidad de alcohol en el interior de la zapatilla. Si sospechamos que van a salir ampollas, es preciso ponerse una tirita. "Los calcetines tienen que ser de fibras naturales", hilo, seda, lana, algodón, y llevar otros para cambiar durante la marcha. La ropa de deporte conviene que también sea de fibras naturales. Por último, es preciso tener en cuenta que en la marcha normal se distinguen cuatro fases: choque del talón en el suelo, apoyo total del pie, apoyo de la planta y despliegues por el primer dedo».*

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.

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

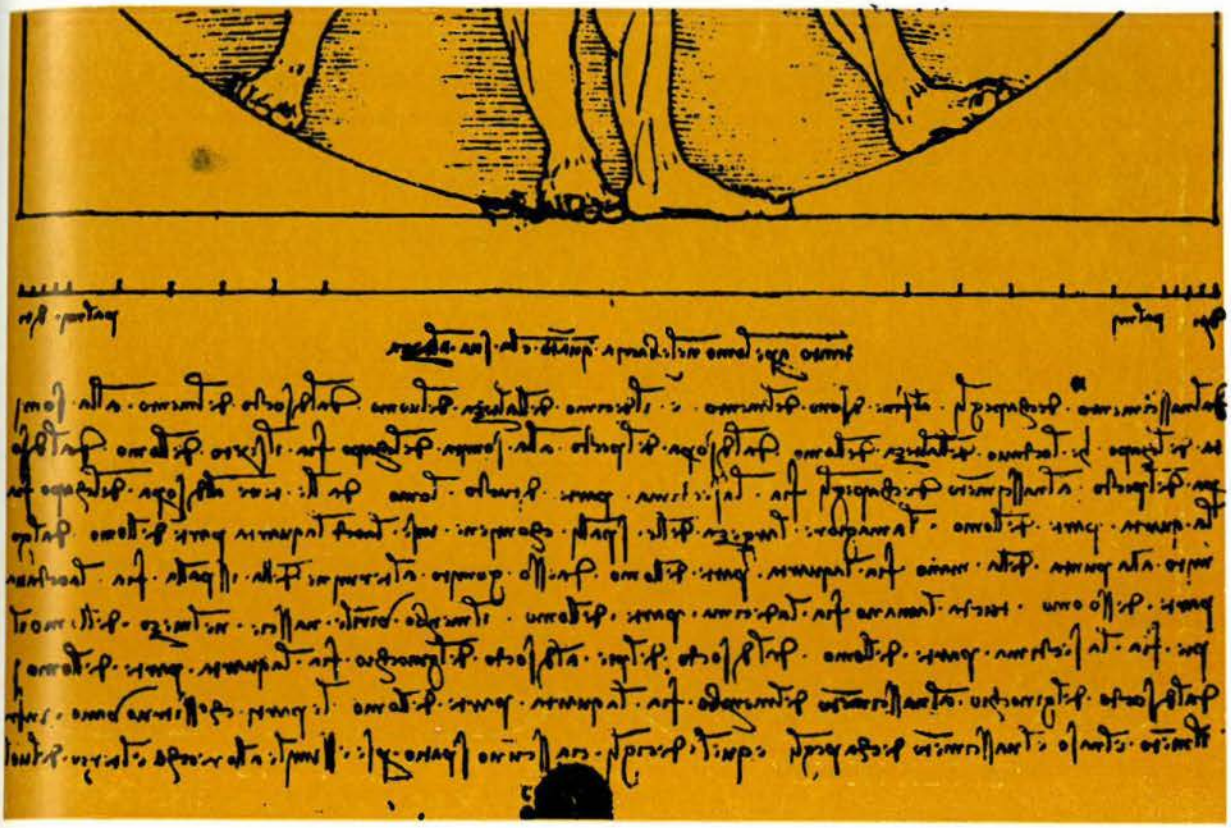
TUBITON
TUBIGRIP
TUBOS DE TUBIFOAM
TUBOPROT
TUBOCLIN
APLICADORES TUBITON, TUBOCLIN, etc.

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

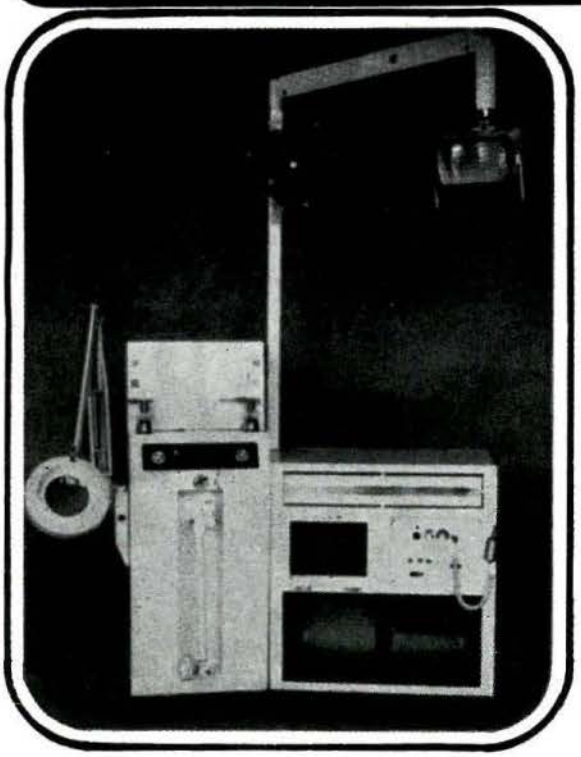




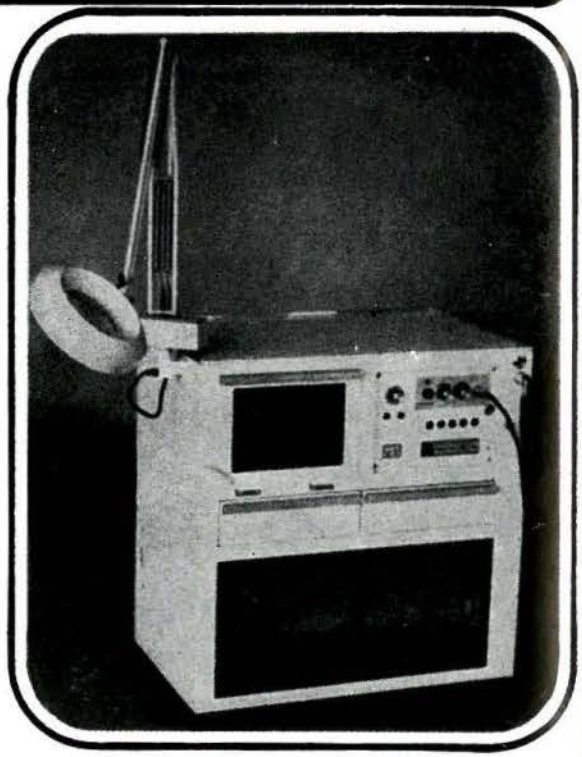
REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

A. P. E. Julio-Agosto
n.° 76 1980

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. de la Generalitat, 31, 1.°, 1.ª
Santa Coloma de Gramanet. Barcelona

Administrador:
Manuel Gavin Barceló
Rda. Guinardó, 23, 1.°, 2.ª, Barcelona-24

Publicidad:
Publicidad Permanyer
Mallorca, 310, ático, Barcelona-37

Imprime:
Gráficas Fomento
C. Peligro, 8. Barcelona-12

Depósito Legal:
B - 21972 - 1976

ISSN - 0210 - 1238

SUMARIO

3 **Junta de Gobierno**

5 **Editorial**

9 **Estudio crítico del calzado infantil**

15 **Curso de Nivelación de Conocimientos**

17 **Pensamientos al estilo gregueriano (II)**

19 **El atletismo, a debate podológico**

25 **Es conveniente no andar descalzo por las piscinas**

27 **Acción encaminada a unificar los estudios de Podología a nivel latinoamericano (y II)**



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
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 (provisional)	D. JAIME SALA PICH	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. Juan José Araolaza. Bidebarrieta, 4. EIBAR.
D. José Sánchez Luna. Avda. Cataluña, 24. ZARAGOZA.
D. Joaquín Solé Cuch. BARCELONA.

DELEGADOS PROVINCIALES

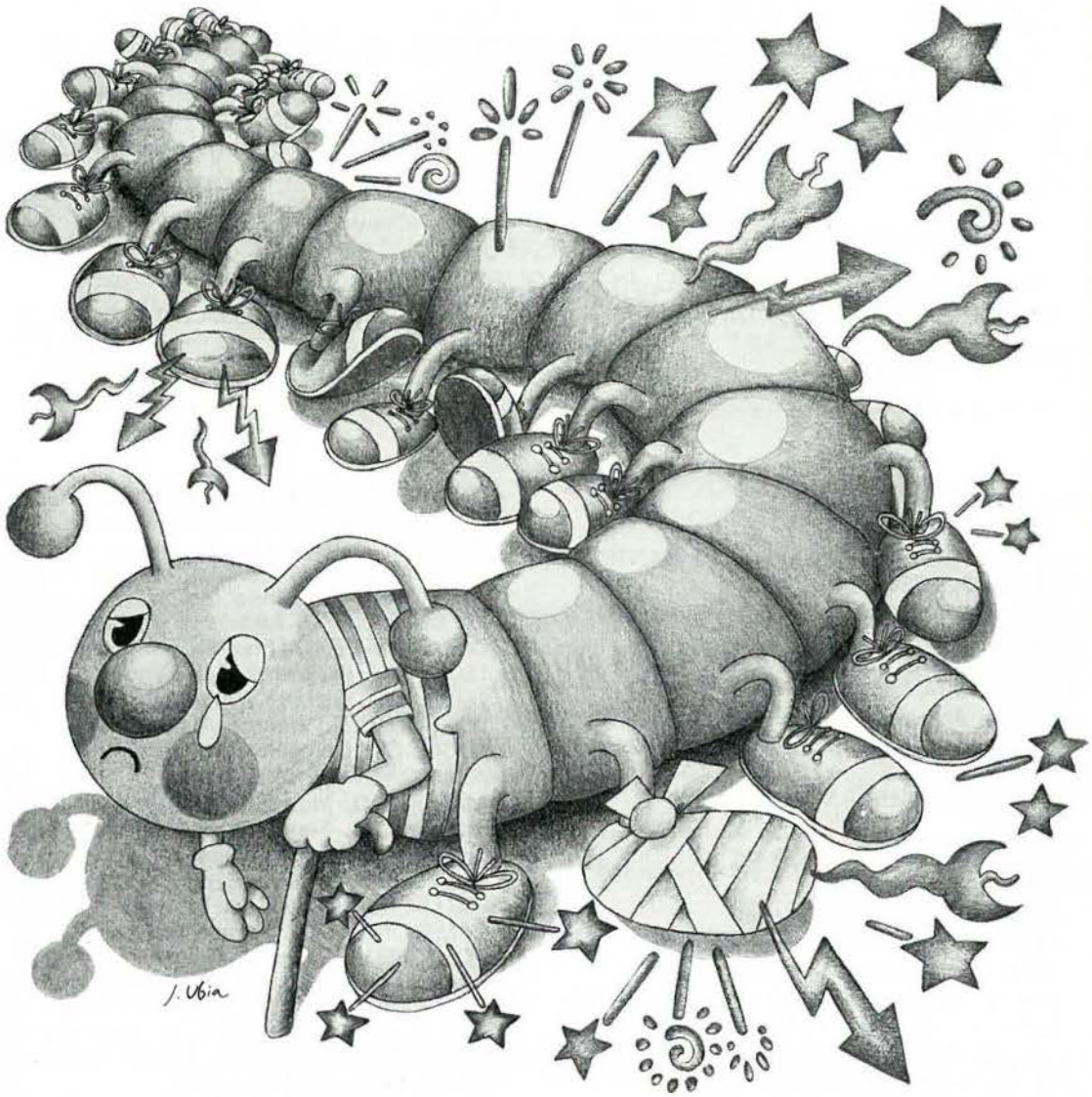
ALAVA: **D. Antonio Nogal Benito.**
ALBACETE: **D. Luis Juan Navarro.**
ALICANTE: **D. José Olcina Morales.**
ALMERIA: **D. Esteban de Haro.**
ASTURIAS: **D. José Luis Alonso Alvarez.**
BADAJOZ: **D. José Villafaina de la Cruz.**
BILBAO: **D. Pedro M.ª Galardi.**
BURGOS: **D. Elías Hernando Tamayo.**
CACERES: **D. Carlos Saguillo Núñez.**
CADIZ: **D. Manuel Albalá Valle.**
CASTELLON: **D. José Aguilar Beltrán.**
CIUDAD REAL: **D. Luis Barba Vázquez**
CORDOBA: **D. Máximo González Jurado.**
GERONA: **D. José M.ª Bosch Doménech.**
GRANADA: **D. Manuel Ruiz Morales.**
HUESCA: **Delegado de Zaragoza.**
HUELVA: **D. Jesús Tocino.**
JAEN: **D. 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: **D. José Iniesta Gallego.**
ORENSE: **D. Elisardo Bralo Rego.**
PALMA DE MALLORCA: **D. Juan B. Brines.**
PAMPLONA: **D. J. Sarasa Moneo.**
PONTEVEDRA: Sin Delegado Provincial
SALAMANCA: **D. Antonio Basas Encinas.**
SAN SEBASTIAN: **D. Sebastián Tenés Iturriza.**
STA. CRUZ DE TENERIFE: **D. Armenio Méndez.**
SEGOVIA: **D. Francisco García Rodríguez.**
SEVILLA: **D. 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.**

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 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 abie
ni mucosas.

Incompatibilidades
Ninguna conocida.

EDITORIAL

La época estival por sus especiales características climatológicas supone una serie de cambios en nuestra sistematizada forma de vida. Cambios que afectan tanto a la parte material como psíquica desde el momento que significan una cierta liberación en el vestir y calzar a la vez que nos llevan a la vivencia de nuevas actividades en función del colapso laboral que se ve sustituido por las bien merecidas vacaciones. Durante el verano nuestros itinerarios geográficos se convierten en verdaderos serpentines multicolores que van y vienen de forma casi ininterrumpida, las playas y los lugares de recreo se llenan a rebosar y el individuo se libera y se mezcla con la naturaleza en un diálogo sordo y variado que supone la descarga de nuestra actividad mental.

Quizás una de las partes de nuestro cuerpo que menos descansan sean justamente los pies, y en cambio, generalmente aprecian una menor sintomatología que les confiere ese estado de "libertad provisional", al ser "desencarcelados" y sometidos a algo de lo que les priva la sociedad moderna: el ejercicio que supone el traslado constante de nuestro cuerpo por otros senderos diferentes a los habituales, en un contacto más directo con la naturaleza desarrollando su actividad en una superficie cambiante, sobre todo en zonas de montaña y playa, lo que supone la permutación de las zonas de presión y carga, permitiéndoles algo primordial, cual es la distensión y percepción directa de las irregularidades, lo cual estimula indudablemente a esos corpúsculos propioceptivos que tensionan a los tirantes musculares en base a conseguir una estabilidad perfecta sin perjuicio de la amortiguación y en beneficio de la propulsión. Pero claro, ese estado de vida natural y casi primitivo a que sometemos a nuestros pies se desarrolla en el marco que les ofrece una sociedad moderna, lo que le impide ser un estado perfecto, ya que estamos sometidos tanto a los contagios, especialmente de micosis y afecciones afines, como a la producción de estados yatrogénicos, fáciles de presentarse al no estar la planta de nuestros pies habituada a caminar descalza. Debemos pues, ante esta perspectiva tener en cuenta unas consideraciones básicas bajo el punto de vista profiláctico. La primera calzar durante el año prendas que permitan una transpiración, con lo que evitaremos la maceración de la piel con la consiguiente pérdida de resistencia, a la vez que deberíamos ir sometiendo al pie durante el año a entrenamientos intermitentes, caminando descalzos siempre que sea posible por zonas irregulares y usando calzados que sujeten sin limitar movimientos, cuando lo primero no sea posible. De esta forma mantendremos siempre la puesta a punto de los músculos plantares en su mejor estado. Haciendo

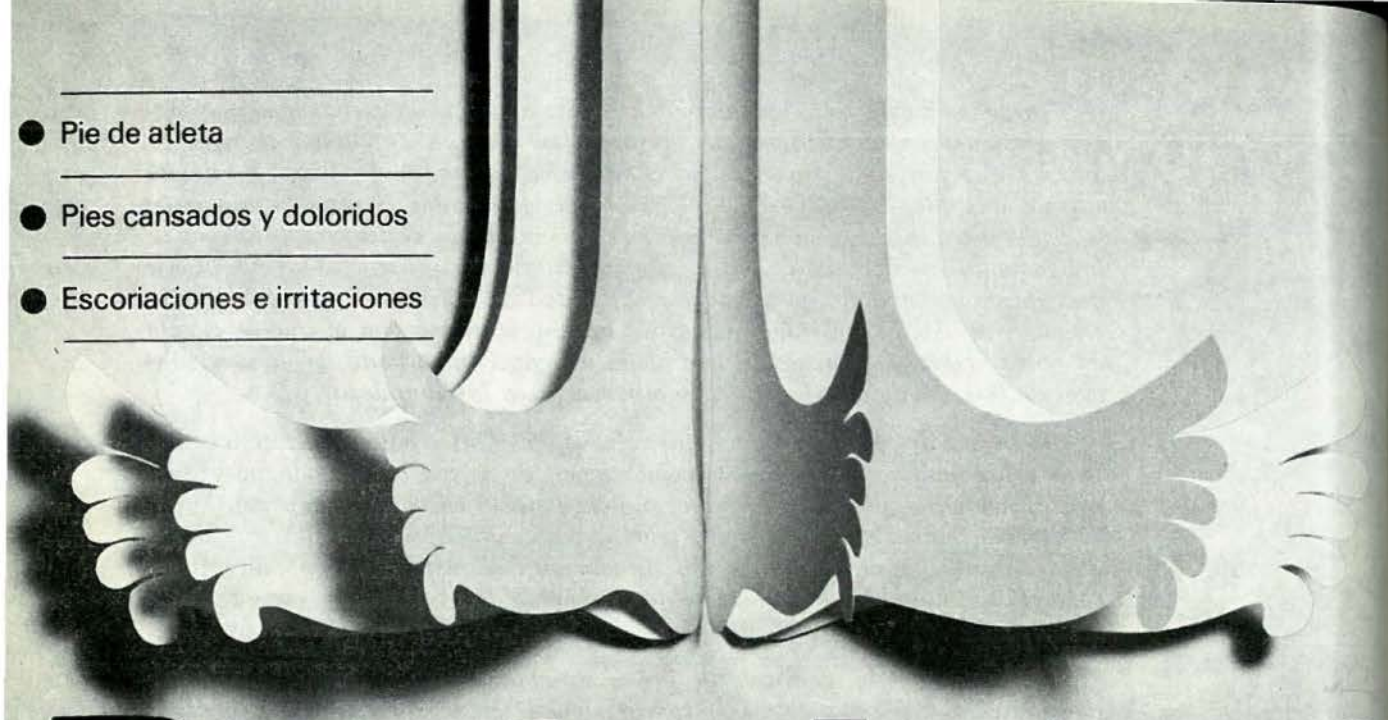

NO LO MANTENGA EN DIFICIL EQUILIBRIO
Mendivil
LE AYUDARA, A DARLE LA CONFIANZA Y SEGURIDAD QUE NECESITA.
Orto-Mendivil s.l.
CALZADO CORRECTOR Y PARA PLANTILLAS ESPECIALES....
El Aguaor, José Menor Hernández, s/n - Apartado 191 - Teléfono 80 13 77 - VILLENA

una paradoja deportiva, someteremos a nuestros pies a un ejercicio más o menos continuado y controlado, de la forma en que un deportista prepara su "puesta a punto" ante una prueba competitiva futura. Si tenemos en cuenta además que las alteraciones podológicas más frecuentes tienen su origen en fallos biomecánicos intrínsecos que dan como resultado el desequilibrio músculo-ligamento-articular, con la consiguiente atrofia de grupos, es obvio pensar que un pie "entrenado" posee mayor capacidad de recuperación que otro funcionalmente débil. Pensemos que existe un ente curativo con el que se cuenta en pocas ocasiones a pesar de que juega un papel importante en la recuperación de la normalidad: la propia compensación y la naturaleza.

Debemos desterrar pues aquellos calzados, como las botas, los tacones abusivos y las punteras estrechas, que mantienen de forma continuada posiciones podo fisiológicas, procurando que el pie vaya sujeto en talón y empeine y libre en antepié, permitiendo por tanto unos movimientos básicos cuales son los de flexo extensión y prono supinación. Igualmente el material debe reunir unas condiciones mínimas de porosidad que permitan la evaporación constante del sudor y la respiración de la piel.

Igualmente sería ideal que de forma sistemática, y muy especialmente durante el verano, en que es más propicio, sometiésemos a nuestros pies y extremidades a la práctica de ejercicios profilácticos para no entorpecer las leyes que de forma inexorable rigen el desarrollo músculo articular, pudiendo además ayudar a que éstas se cumplan, cuando el caso lo requiera, con el uso de soportes o prótesis adecuados, que mantengan un equilibrio, de forma muy especial para las permanencias en superficies regulares, intentando de esta manera paliar los efectos nocivos a que nos condena el vivir en una sociedad de asfalto, automóviles, escaleras mecánicas y escasas zonas deportivas, que atrofian y limitan al hombre alejándolo de la naturaleza sobre la que fue creado.

M. RUEDA



- 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

MADAUS CERAFARM, S.A.
Fuego, s/n. Telf. 331 26 00. Barcelona-4-

ESTUDIO CRITICO DEL CALZADO INFANTIL

Por J. M. Albiol Ferrer
Podólogo
Mataró - Barcelona

Siguiendo la nomenclatura empleada por LELIEVRE en la disección anatómica del calzado, podemos dividir a éste en cinco partes fundamentales:

— Suela
— Tacón
— Talón
— Traseros y
— Pala

La suela generalmente está dividida en cuatro elementos

a) Primera plantilla; la más superior, muy fina y flexible, destinada a contactar directamente con la cara plantar del pie, o bien indirectamente cuando se usan calcetines.

b) Segunda plantilla (la más inferior), gruesa y resistente, pero también flexible, destinada a soportar el roce y desgaste al friccionar con el suelo.

c) y entre ambas, el Cambrillón y el Relleno. El cambrillón, semirrígido, comienza a nivel del talón, y llega hasta el tercio medio de los metatarsianos.

El relleno de la suela ocupa el espacio comprendido entre la primera y la segunda, comenzando, en sentido longitudinal, donde termina el cambrillón, y llega hasta la puntera.

El tacón, de material duro y resistente, comienza en la parte más postero-inferior del zapato, y suele llegar hasta el nivel de la articulación de Chopart.

El talón, reforzado por el contrafuerte, recubre al calcáneo por sus caras posterior y laterales; suele ser bastante rígido para conseguir la estabilidad del tarso posterior, e intentar estabilizar la línea de Helbing en una verticalidad de 90° sobre la horizontalidad del suelo.

Los traseros recubren al pie por sus caras laterales, desde donde termina el talón, hasta aproximadamente la articulación tarso-metatarsiana, y suelen llevar en su parte antero-superior algún dispositivo para que el calzado quede bien sujeto al pie; como por ejemplo orificios para incorporar cordones, o bien una tira de cuero con hebilla, o algún otro sistema de sujeción.

La puntera o pala, de cuero flexible, cubre por los laterales y por la parte superior el espacio ocupado por los metatarsianos y los dedos. Dicha puntera o pala va reforzada en su parte más anterior por una capa más rígida llamada punta-fuerte; en su parte media e inferior por otra capa resistente llamada aleta; y en su porción postero-superior suele llevar un apéndice llamado lengüeta, cuya misión consiste en proteger al pie de la posible presión de los cordones.

La misión del calzado, en un pie sano, y en teoría, es doble, a saber:

1.° ABRIGAR, 2.° PROTEGER respetando siempre, y en todas las ocasiones y circunstancias, el libre juego articular y muscular; nunca limitar amplitudes de movimiento, ni estrangular por presión masas musculares ni demás partes blandas.

De la misma manera que a un par de guantes de abrigo se les exige que además de adaptarse bien a la anatomía de la mano, no aprieten, sean suaves y termoaislantes, así mismo se debe buscar en el calzado la misma funcionalidad.

Cuando un operario de la industria química (por poner un ejemplo) tiene que manipular materiales causticos con las manos y se coloca unos guantes protectores para evitar las quemaduras y otras lesiones de la piel; procura que estos guantes además de protegerle le permitan la mayor libertad de movimientos. De la misma manera se deben buscar en el calzado estas características, es decir, que protejan al pie de los elementos punzantes, cortantes y en general traumáticos que pueda pisar, pero sin menoscabar, en lo posible, su funcionalidad.

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

¡¡PERO!! ¿QUE OCURRE EN LA PRACTICA?

En primer lugar nos encontramos que "ya en el preandante" "e incluso lo hemos visto en lactantes de menos de 4 meses" calzados con botas de caña dura, que estrangulan la masa músculo-tendinosa a nivel supramaleolar, y limitan el libre movimiento artro-mioligamentoso del resto del pie.

En una posterior etapa, es decir entre los 9 y los 16 meses el mecanismo de la marcha está ya maduro, y el niño es capaz de andar en actitud bípeda; y siguen, a nuestro juicio, las incongruencias, pues continúan calzándolo con botitas de caña dura y suela muy poco flexible, por la creencia generalizada, incluso entre bastantes pediatras, "que el pie debe ir bien sujeto para que el niño se caiga menos".

Con todo ello, llegan a los 3 años sin abandonar las botitas más que para dormir, encontrándonos ya a tan temprana edad con pies en polichilela, con muy poca fuerza muscular, con desviaciones de los dedos, los primeros en abducción, los últimos en adducción, y los centrales en supra o infraductos; pues además las madres, en el momento de la compra, suelen adquirir el calzado a su justa medida "para que no se le vea al niño un pie demasiado grande", sin tener en cuenta que lo van a llevar 5 ó 6 meses, y que a esta edad el desarrollo somático es muy acelerado, y que al final de temporada se va a producir un conflicto entre continente y contenido, es decir entre calzado y pie por falta de espacio.

Pero los despropósitos no terminan aquí; y ahora ruego que me perdonen los Industriales del calzado y los colegas Podólogos que puedan no estar de acuerdo conmigo, puesto que este es un punto ya "más polémico". Desearía por encima de todo intentar explicarme con la suficiente claridad, pues soy consciente de que mi prosa no es muy académica y es probable que no sepa imprimir mis conceptos con la deseable fluidez.

Intento colocarle "el cascabel al gato", en un problema del cual soy observador desde hace unos 10 años. El gato es el siguiente: "LA SUELA DE CUERO EN EL CALZADO INFANTIL". Soy podólogo desde hace sólo 3 años, pero trabajo en un centro pediátrico desde hace 10.

En la conveniencia del empleo de materiales nobles para la fabricación del calzado, presumo estamos todos de acuerdo, pero ocurre lo siguiente: y voy a poner un ejemplo:

Acude un pequeño paciente a mi consulta, con un problema X. Después de la anamnesis, de la historia clínica y de la exploración, llego a unas determinadas conclusiones y creo que el problema es susceptible de tratamiento con plantillas ortopédicas.

Confecciono los moldes, y oriento al paciente o sus familiares sobre las características del calzado a usar, es decir, sujeto con cordones, o en su defecto con tira de cuero y hebilla, con altura de contrafuerte suficiente para que permita contener cómodamente el talón y la plantilla, con una anchura de pala a la medida del antepié, y con una suela flexible a poder ser de cuero. Cito al paciente para otra entrevista, con el fin de probar las plantillas ya confeccionadas, y aconsejo que me permitan ver el zapato que hayan elegido, pero sin estrenar, por si acaso este no fuese el adecuado para que en su defecto, y en la misma zapatería, poderlo cambiar por otro modelo.

El día de la prueba me llega el paciente con unas botas, que el detallista zapatero "con la mejor de las intenciones" les ha dicho que son ortopédicas, y especiales para llevar plantillas, y que suelen ser de alguna determinada marca muy acreditada. En resumen, que son zapatos "muy fuertes, muy buenos y muy caros". En general botas con una caña tan rígida que va a bloquear la articulación de la garganta del pie, y a estrangular el paquete músculo-tendinoso supramaleolar; con una suela tan rígida, que el niño con su peso de menos de 25 kilos y su número corto no le es posible doblar, caminando "sin exagerar" como si calzase "MINI-ESQUIS", no sirviendo de nada que las plantillas lleguen sólo hasta nivel retrocapital de los metatarsianos, pues mientras que nosotros intentamos respetar las articulaciones metatarso-falángicas, nuestro intento se ve frustrado por la suela super-rígida que las bloquea.

La prueba de estas observaciones se obtiene cuando en próximas revisiones se comprueba el gran desgaste de la puntera, señal casi inequívoca de que la suela apenas se ha podido doblar al andar.

Por otra parte, con la suela de cuero y en suelo liso y uniforme, la marcha es en cierto modo más resbaladiza, perdiendo con todo ello calidad.

Muchas veces he oído el siguiente comentario entre grupos de madres: "Fulanito camina de tal manera que se le nota que lleva plantillas" "CAMINA COM UN ANEC". Y es verdad, yo mismo lo he podido observar, la marcha es rígida y palmípeda, con bloqueo de la tibio-astragalina y de la metatarso-falángica, con un movimiento de caderas compensatorio que recuerda a las aves palmípedas o a las señoras que usan tacones exageradamente altos.

Si por un lado solemos prohibir las botas por los motivos de todos conocidos ¿por qué no res-

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 o 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.
245,– 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.
132,– Ptas.

INFAR  **NATTERMANN**

Apartado 400 - Zaragoza Infanta Carlota, 84-88 Barcelona-29

petamos y por estos mismos motivos, las demás articulaciones?" Entiendo que no es lo mismo doblar una suela de cuero de 5 milímetros de espesor calzando un 40 y pesando 70 kilos, que calzando un 24 y pesando sólo 20, de la misma manera que no podremos doblar con las manos y con la misma facilidad dos varillas metálicas de 1 centímetro de diámetro siendo la longitud de una de 1 metro y la otra de 30 centímetros. A mismo espesor, cuanto más corta más difícil de doblar.

Ya sé que el fabricante zapatero nos dirá que si disminuye el espesor de la suela para aumentar su flexibilidad, en pocas semanas esta se "agujereará" y sus productos perderán el crédito y el favor del público; pero entonces es como la pescadilla que se muerde la cola: si queremos que el calzado dure, pierde funcionalidad, y si queremos que sea funcional disminuye su duración. La solución a este problema es técnico-industrial y por lo tanto escapa de nuestro campo, pero mientras esto no se resuelva mi criterio es que se debe tener más en cuenta el respetar la correcta dinámica de la marcha, que pretender que el calzado dure muchos meses.

Personalmente he podido comprobar que la marcha palmípeda desaparece con el calzado de suela flexible A PESAR DE QUE PUEDA SER CAUCHUTADA O DE CREPE, con la ventaja además de que estos materiales "quizás menos nobles" son antideslizantes, ganando en seguridad la biomecánica de la marcha.

Por todo lo anteriormente expuesto, y mientras no se me convenza de lo contrario, voy a seguir prefiriendo flexibilidad a nobleza de material, siempre y cuando no sean concomitantes trastornos exagerados de podohidrosis que puedan acarrear por falta de transpiración problemas dérmicos macerativos, micóticos o bacterianos.

Dejo el tema abierto a todas las críticas de Colegas e Industriales con el deseo de que entre todos podamos unificar criterios. Desearía además dejar aclarado, que con esta comunicación no se intenta hablar"EX-CATEDRA", y que cualquier crítica constructiva, a favor o en contra, será bien recibida y valorada, puesto que se trata, a la postre, de mejorar la salud del pie con problemas y elevar el prestigio de nuestra querida profesión.

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.

LUGA

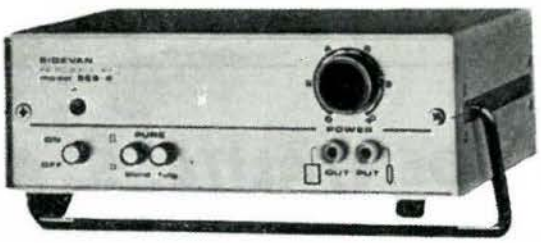
CLARA DEL REY, 47
TELEFONO 416 84 45
• MADRID-2 •

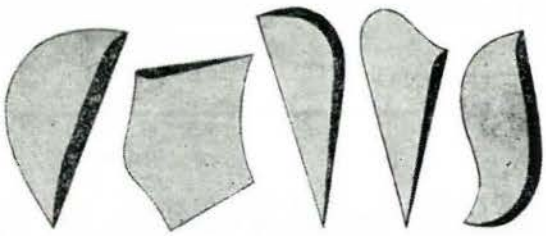
LA CASA DEL PODOLOGO



















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

COPIA DE LA ORDEN DE 15 DE JULIO DE 1980, POR LA QUE SE ESTABLECE EL

CURSO DE NIVELACION DE CONOCIMIENTOS

PARA LA CONVALIDACION DEL TITULO A.T.S. POR DIPLOMADO EN ENFERMERIA

Excmo. e Ilmo. Sres.: El artículo tercero del Real Decreto 111/1980, de 11 de enero, sobre homologación del título de Ayudante Técnico Sanitario con el de Diplomado en Enfermería, faculta a este Ministerio para que dicte las normas que considere precisas para el establecimiento de un curso de nivelación de conocimientos a efectos de la convalidación académica del título de Ayudante Técnico Sanitario por el de Diplomado en Enfermería, por lo que se hace necesario dictar las normas pertinentes que permitan la convalidación académica de los títulos anteriormente citados y fijar las directrices y áreas a que ha de ajustarse la elaboración de los contenidos de dicho curso de nivelación; por lo que este Ministerio, con el favorable informe de la Comisión Permanente de la Junta Nacional de Universidades, ha dispuesto:

Primero.—A partir de 1 de octubre de 1980, y dentro del plazo de cinco años, que podrá ser ampliado si las circunstancias lo aconsejan, los Ayudantes Técnicos Sanitarios que deseen convalidar con efectos académicos su título por el de Diplomado en Enfermería deberán superar las materias comprendidas en un programa especial que con carácter de curso de nivelación comprenderá el estudio de las áreas de conocimientos que figuran como anexo de la presente disposición.

Segundo.—En la elaboración de los programas que han de constituir el curso a que se refiere el número anterior se procurará que los mismos se ajusten a las materias y contenidos que comportan las respectivas áreas y materias, con el fin de lograr adecuadamente los objetivos de cada una de ellas y que a título indicativo figuran en el anexo de esta Orden ministerial.

Anualmente existirán dos convocatorias, en enero y junio, de las correspondientes pruebas de evaluación del curso.

Tercero.—En atención al carácter especial de este programa y a las circunstancias que por razón de sus actividades profesionales concurren en la mayoría de los afectados por esta Orden ministerial, las enseñanzas correspondientes serán impartidas por la Universidad Nacional de Educación a Distancia. No obstante, si las circunstancias de su desarrollo lo hicieran aconsejable, este Ministerio las encomendará también a otras Universidades.

Cuarto.—Se autoriza a la Dirección General de Ordenación Académica y Profesorado para dictar las resoluciones e instrucciones que considere oportunas para la interpretación y desarrollo de lo establecido en la presente Orden y al Rectorado de la Universidad Nacional de Educación a Distancia para que arbitre los medios personales y materiales que garanticen el normal desarrollo del curso a que se refiere esta disposición.

DIRECTRICES SOBRE AREAS Y ESQUEMAS DE CONTENIDOS

1. *Ciencias básicas*

Objetivos:

Area de Ciencias básicas, compuesta de Biofísica y Bioquímica.

La Bioquímica se ocupará de los aspectos estructurales y dinámicos de los seres vivos, prestando especial atención a los procesos que interesan en la práctica de la enfermería.

La Biofísica analizará los fenómenos de excitabilidad, transporte activo y transporte pasivo tratando de fundamentar científicamente los aspectos fisiológicos y fisiopatológicos del ser vivo que tan implicados están en el ejercicio de la profesión.

1.1. Bioquímica.

Glúcidos, estructura y propiedades.
Lípidos, estructura y propiedades.
Prótidos, estructura y propiedades.
Metabolismo de los hidratos de carbono.
Metabolismo de los lípidos.
Metabolismo de los prótidos.
Base molecular de la herencia. Código genético.

1.2. Biofísica.

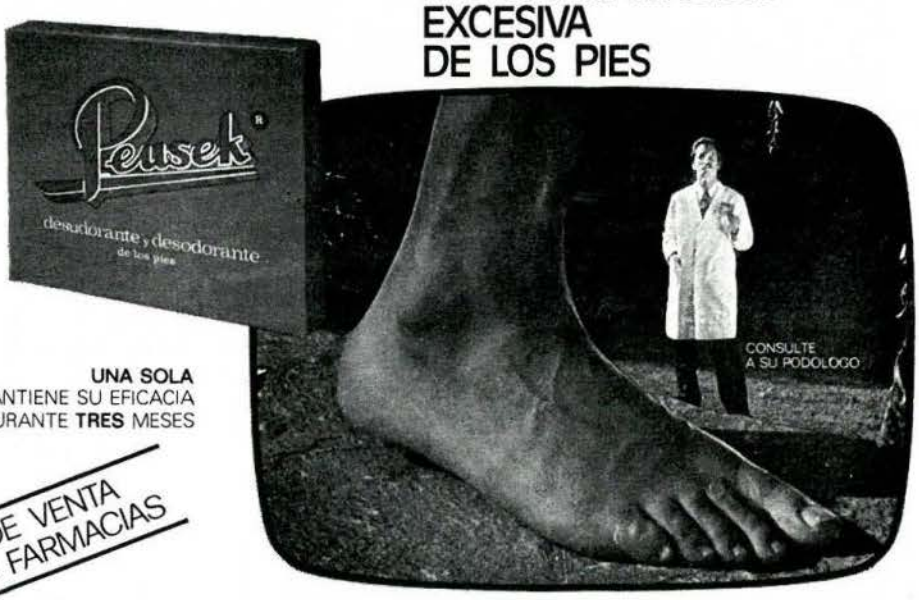
Estructura y propiedades de la membrana celular.
Física de las disoluciones.
Fenómenos de transporte pasivo.
Fenómenos de transporte activo.
Biofísica de la fibra nerviosa.
Biofísica del músculo.

2. *Ciencias de la enfermería*

Objetivos:

Conocer los nuevos conceptos que definen la enfermería en la actualidad, poder interpretar y analizar los datos estadísticos necesarios en la

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





DE VENTA
EN FARMACIAS

CONSULTE A SU
PODOLOGO

Productos PEUSEK Av. Infanta Carlota, 19 21 Tel. (93) 239 83 34 - BARCELONA - 29

práctica diaria y en la investigación de enfermería. Actualizar los conocimientos sobre Administración General, Administración de los Servicios de la Salud, así como el conocimiento de las normas de Derecho positivo vigente que incidan en los campos de acción de la enfermería; también adquirir los conocimientos necesarios en la función docente de la educación sanitaria.

2.1. Conceptos de enfermería.
Concepto actual de enfermería.
Modelos o teorías de enfermería.
Campo actual de salud.
Metodología científica e introducción a la investigación en enfermería.

2.2. Estadística aplicada a la biología.
Conceptos generales.
Estadística descriptiva, ordenación de datos.
Medidas de dependencia central y dispersión.
Inferencia estadística, muestras y erros muestrario.

2.3. Administración.
Conceptos y funciones.
Planificación, ordenación y dirección.
Control y evaluación.

2.4. Legislación.
Conceptos de responsabilidad y sus clases.
Consecuencias jurídicas.
Delitos contra la salud personal y la salud pública.

3. *Ciencias de la conducta*

Objetivos:

Se ocupará de la conducta normal y patológica, atendiendo igualmente a los aspectos sociológicos de las mismas. Estudiará igualmente la modificación que introduce el enfermar humano y la actuación del Diplomado en Enfermería en dicho campo.

Estudio de la conducta.
Conducta anómala.
Modificación de actitudes ante la enfermedad.
Aspectos sociológicos y modificaciones que introduce la enfermedad en el marco social.

4. *Salud pública*

Objetivos:

Conocer los conceptos actuales sobre la salud pública, los diversos campos de la acción sanitaria aplicada a las comunidades, el papel del Diplomado en Enfermería en cada uno de los citados campos y la utilidad del método epidemiológico.

Conceptos de salud pública.
Método epidemiológico y aplicación a las enfermedades de mayor incidencia en nuestro país.
Administración de la salud pública.
Actuación del Diplomado en Enfermería en salud pública."

PENSAMIENTOS AL ESTILO GREGUERIANO (II)

Por Fernando Muñoz Campos
Podólogo - Málaga

La ignorancia habla de la "raíz" del callo al igual que denomina dedo gordo al pulgar y pulgar al dedo gordo.

El 50% de la voluntad humana reside en los pies.

No es posible pronosticar los cambios atmosféricos sin pies ni cabeza.

Si metes la "pata" salva el pie.

Si quieres llegar a ser un virtuoso del violín, cuida los pies primero.

El podólogo que entiende, atiende.

Los pies desenvueltos retornan la salud al cuerpo.

Las distancias caminando se miden por el estado de los pies.

¿Puede discutirse que la vejez prematura tiene su origen en los pies?

En la herencia tienen casi siempre justificación muchos pies feos.

Pensar con los pies no es un desvarío sino un aserto.

Nadie se conforma a padecer de los pies. Sin embargo, todavía hay gente que ponen a prueba su aguante.

El hecho de cojear distingue a la persona.

El "pie de atleta" triunfa cuando deja de serlo.

Cuando se arrastran los pies, se arrastra todo el cuerpo.

La comodidad que proporciona el zapato viejo, dura poco.

Aun cuando los pies salgan de paseo, no dejan de trabajar.

"Andar con pies de plomo" no siempre es un refrán.

Los pies valgos son los más vagos.

El pie semeja una antena cuando alguien se sienta y cruza la pierna en ángulo recto.

Como sencillo homenaje a la memoria de D. Ramón Gómez de la Serna, cierro estos pensamientos con uno que le pertenece y que dice: "siempre miramos a los pies como si no fuesen nuestros, como si pudiesen ser de otro".

PIEDRO

OFRECE AL PODOLOGO:

el calzado anatómico-fisiológico número uno de Europa

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:

Espacio para colocar plantillas
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, 87, 2.°
teléfono 93/239 53 06
Barcelona-15
telegramas: KIRITA-Barcelona

El atletismo a debate podológico

Por J. M. OGALLA
Podólogo - Barcelona

En este comentario pretendo exponer tres modalidades deportivas, dentro de la amplia gama del atletismo, que por sus características y esfuerzos, a los que deben someterse los atletas, presentan lesiones que caen dentro del campo de la Podología.

Empezamos por comentar el Sprint deporte de velocidad pura, seguiremos con las carreras de Fondo, para acabar con el Salto.

SPRINT

Este deporte se practica sobre cuatro distancias: 100 m., 200 m., 110 m. vallas, 400 m. lisos y vallas que como prueba debemos considerar, desde un punto de vista fisiológico, como de velocidad pura.

Hay que decir desde un principio que el sprint plantea dos problemas fundamentales el de la falta de oxígeno, y el de la adaptación cardiovascular. La carrera de sprint es un ejemplo típico del esfuerzo de potencia aparejado a una pérdida de oxígeno que para las carreras de 100 a 400 m. puede fijarse entre el 85% y el 90%.

La edad para empezar a practicar este deporte es cuando el estado del aparato cardio-vascular lo permite, lo que representa una edad de 13 años en adelante.

Antes de iniciar este deporte se deben tener una serie de precauciones. Por parte del médico hay dos puntos a tener en cuenta el aparato cardio-vascular cuyo perfecto funcionamiento debe comprobarse con máximo cuidado, los tets funcionales de esfuerzo son indispensables.

Aparato locomotor: El examen minucioso de los miembros inferiores es de la máxima importancia. Numerosos accidentes ulteriores tienen que ver con una anomalía, a veces mínima, que ha pasado desapercibida y cuya eventual corrección habría permitido evitar el incidente:

— Medida de la longitud de los miembros inferiores para detectar la más mínima desigualdad.

— No desconocer la existencia del más pequeño genu, o un valgus o varus moderado.

— Hay que examinar también los tendones de Aquiles y el tendón rotuliano.

— Hay que examinar cuidadosamente la posibilidad de la existencia de pies planos o cavos.

Por parte del deportista es tan elemental como importante llevar calzado perfectamente adaptado y observar una rigurosa higiene de los pies pues ya es sabido que en los vestuarios siempre existe la posibilidad de adquirir micosis (pie de atleta).

Accidentes más corrientes

La patología de este deporte es casi exclusivamente muscular o tendinosa en relación al carácter casi explosivo de la prestación física que hay que hacer. La mayoría de los accidentes se producen en el momento de iniciación a la práctica, cuando la técnica tan particular de este deporte impone una brusca extensión del miembro inferior que se halla encogido mientras que el miembro opuesto se contrae en una flexión por el impulso que sigue. Los músculos y los tendones que se hallan más expuestos son los extensores del miembro inferior (cuadriceps, tríceps sural).

* Desgarros tendinosos: El desgarro del tendón de Aquiles es la que se da con más frecuencia, y tanto si es total como parcial, su diagnóstico es muy sencillo. El dolor es tan vivo como brutal, y la impotencia absoluta o parcial. La solución de continuidad es bien visible y puede percibirse precozmente al tacto antes de que el edema y la hemorragia no la enmascaren.

Unicamente una intervención quirúrgica rápida hace posible la curación sin secuelas. Las comprobaciones anatomo-patológicas han permitido comprobar que la rotura está ampliamente precedida por lesiones degenerativas que le han condicionado. El tratamiento de las tendonitis de Aquiles continúa siendo la mejor profilaxis.

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)

* Desgarros musculares: Tanto si se limitan a algunas fibras musculares como si están más extendidas, sin dejar por ello de ser siempre parciales, se dan a conocer por la presencia de un dolor brutal que es el clásico latigazo, unido a una impotencia y un hematoma localizado. La reabsorción del hematoma da paso a un tejido cicatrizado fibroso no elástico que constituye un punto de partida para frecuentes recaídas.

La patogenia precisa de estas roturas, es mal conocida, aunque cabe distinguir diversos factores que contribuyen a ella: El frío, la insuficiencia del calentamiento muscular, la deshidratación y la pérdida electrolítica, las disarmonías típicas del agonismo y antagonismo en relación a una malformación mínima desconocida, los desequilibrios alimentarios unidos, en particular, a una carencia vitamínica.

FONDO

Hay que distinguir dos categorías de carreras de fondo: las competiciones de semi fondo —800 m. y 1.500 m.— y las carreras de fondo propiamente dichas: 3.000 m. lisos y de obstáculos, 5.000 m., 10.000 m., Marathón. A esta última categoría hay que añadir las carreras de campo a través (cross-country). Esta distinción se justifica por sí sola en el plano fisiológico, puesto que, si hasta los 1.500 m. la deuda de oxígeno es todavía notable, más allá de los 5.000 m. se hace despreciable (de 5 a 10%). Ello significa que se trata de un esfuerzo de resistencia, sin deuda de oxígeno o en todo caso muy pequeña.

En cuanto a la edad en que puede empezar a practicarse, diremos que el límite de los 13 años que establecíamos para el sprint es válido también para las carreras de fondo, aunque debido a la duración del entrenamiento necesario no puede esperarse alcanzar un nivel competitivo estimable hasta los 20 ó 21 años.

Las precauciones que deben tomarse antes de iniciarse en este deporte son idénticas a las que hemos dispuesto para el sprint.

En cuanto a los accidentes más corrientes entre los corredores de fondo se da el mismo tipo de roturas musculares o tendinosas que entre los sprinters. Sin embargo, cabe citar aquí:

* Las periostitis tibiales: Este tipo de lesión aparece con mayor frecuencia entre los corredores de campo a través y de pruebas de obstáculos, y se manifiestan por medio de un dolor localizado en el tercio inferior del borde interno de la tibia. Es un dolor que se recrudece al más mínimo contacto y puede ser uni o bilateral, haciendo cualquier palpación extraordinariamente dolorosa. La radiografía normal permite eliminar una fractura, y de una manera frecuentemente tardía, evidenciar las paquiperiostosis limitadas.

Entonces, se impone el reposo absoluto que con ayuda de antiinflamatorios locales logra reducir la periostitis en un lapso de 3 a 4 semanas. Después de seguir la evolución de la dolencia por medio de las radiografías habrá que dar un comienzo progresivo a los entrenamientos.

Con todo, su etiología es muy mal conocida, y en ocasiones, se aventura, la idea de un "piso" demasiado duro.

* La miositis de la parte anterior de la pierna: Es una hinchazón dolorosa de la parte anteroexterna de la pierna atribuida a un aumento de volumen demasiado rápido de los músculos anteriores que se encuentran encerrados en la faja aponeurótica. Esta afección se resuelve espontáneamente, y se la considera similar a la antesitis de los extensores del pie y de los dedos de las extremidades.

* Las sinovitis del empeine: Cabe observar este tipo de lesión a la altura de los tendones del peroneo lateral y de los extensores de los dedos de los pies. El tratamiento corticoide local contribuye a acortar considerablemente su evolución, aunque no faltan las recidivas.

SALTOS

Esta especialidad deportiva se practica en cuatro grandes disciplinas: Altura, Longitud, Triple salto, Pértiga.

Los rudimentos del salto son asimilables para niños desde los 8 años, aunque para introducirse en el mundo de la competición hay que dominar tras un entrenamiento intensivo una técnica tan compleja que no es asimilable antes de los 14 ó 15 años.

Las precauciones que se deben tomar antes de iniciarse en este deporte, a parte de prestar una atención muy especial a la perfecta integridad física hay que poner especial atención a las extremidades inferiores. Cualquier desigualdad en la longitud de las extremidades, cualquier hundimiento de la planta de los pies, todo genu, por pequeñas que sean estas deficiencias, así como cualquier antecedente patológico óseo, muscular o tendinoso, debe tomarse en consideración ya que pueden tener consecuencias desdeñables para aquellos individuos que someten sus extremidades inferiores a esfuerzos cuya repetición e intensidad superan con mucho el dominio de lo fisiológico.

Hay dos hechos importantes para precisar la naturaleza y la topografía de los accidentes más habituales. El salto entraña una contracción brutal casi explosiva de ciertos grupos musculares.

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

Esta contracción afecta siempre a los extensores de las extremidades inferiores tanto si se trata del momento del impulso como de la recepción para amortiguar la caída.

Las lesiones que se dan con mayor frecuencia son: de carácter óseo como las fracturas del empeine, del calcáneo, de la rótula, fracturas por desprendimiento de la espina ilíaca anterosuperior, y de la tuberosidad tibial. Meniscales o desgarros que no se diferencian en nada de los que ocurren como consecuencia de los demás traumatismos. Articulares o luxaciones de la rodilla, de la tibio-tarsiana, y la subastragalina. De carácter esencialmente tendinoso como la talalgia de los saltadores de altura que se presenta con dos tipos de localizaciones:

— Inferior, como inserción de la aponeurosis de la planta sobre el calcáneo.

— Posterior, como inserción del tendón de Aquiles. Este tipo de lesiones suele ser rebelde al tratamiento y muy propensa a las recaídas. Por añadidura, puede ser el anticipo de una ruptura. Tanto si es puramente inflamatoria como si procede por pequeños microdesgarros sucesivos, se manifiesta por un dolor de aparición progresiva paralelo a la realización del esfuerzo, que desaparece cada vez con mayor dificultad una vez que ha concluido el mismo, incluso cuando el examen es negativo.

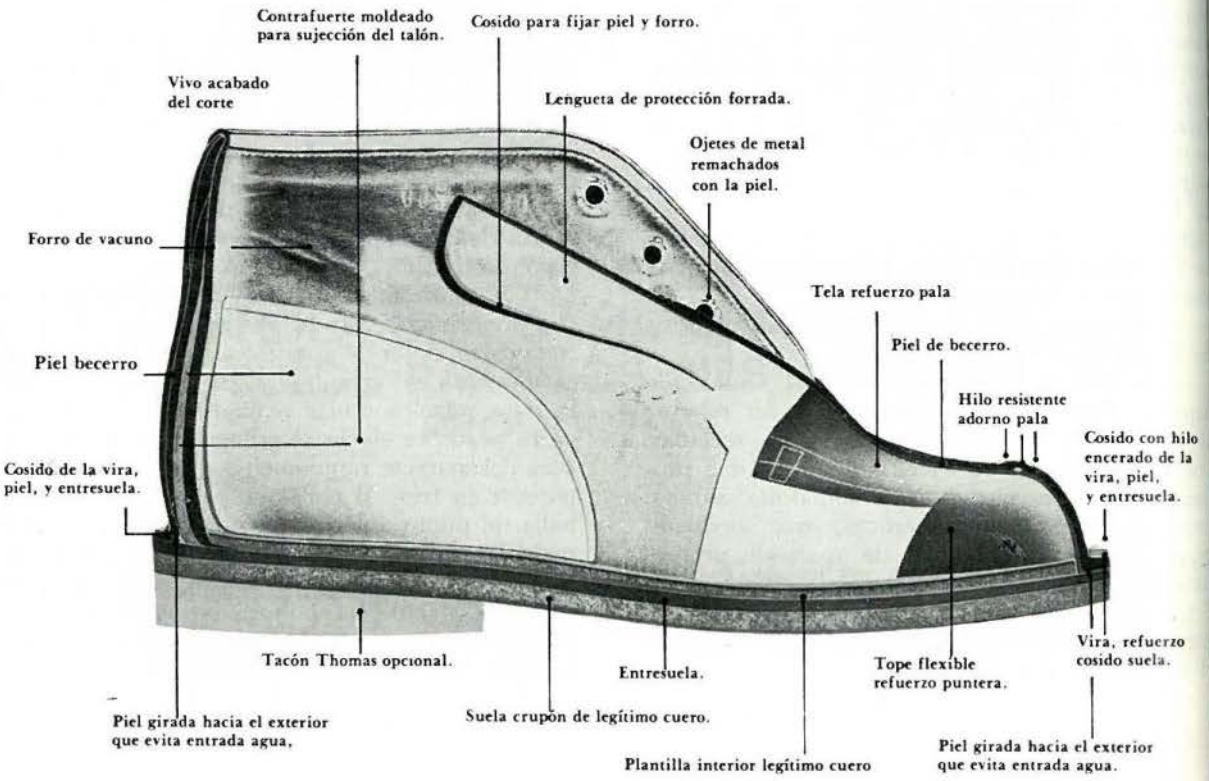
Por añadidura a las causas mecánicas que acabamos de citar, es posible descubrir el origen de la talalgia en una mala adaptación al calzado de competición al que la falta de compensación en el talón hace que imponga al tendón de Aquiles una tensión suplementaria.

No hay ninguna terapéutica que sea realmente satisfactoria con lo que el descanso sigue siendo el mejor tratamiento. Alrededor de un 20% de estas tendinitis acaban siendo rebeldes a toda curación y vuelven a presentarse con carácter crónico. Tanto en una como en la otra de las localizaciones mencionadas, es posible notar la presencia de exostosis que sobrevienen a la desaparición del dolor.

* El síndrome de la cola del astrágalo se da con preferencia entre los saltadores de altura. Se trata de un dolor de aparición brutal que se da en el momento del arranque y que se localiza desde la base retro-muscular extendiéndose a toda la parte posterior de la interlínea tibio-astragalina, para desaparecer rápidamente y en ocasiones reaparecer en frío. Al realizar el examen médico se halla un punto doloroso al fondo del canal retromaleolar externo, y la flexión de la planta del pie es dolorosa aún permaneciendo el tendón de Aquiles intacto. La radiografía es normal. No basta el reposo para procurar la curación y suele hacer falta infiltraciones locales de corticoides.

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.

NO ES UNA CASUALIDAD, QUE NUESTRO CALZADO SEA EL MEJOR.



CARACTERISTICAS DE NUESTRAS HORMAS:

PARA INCORPORAR PLANTILLAS

- **base planta con ancho normal.**
- **base planta más ancha.**
- **recta.**

NORMALIZADAS

- **recta con capacidad normal.**
- **normal para pies sanos.**

Taberner®

Weyler, 53. Tel. (971) 66 01 56. LLUCMAJOR (Mallorca)

OSCAR 1975 y 1976 y MENCION DE HONOR 1979 AL MEJOR DISEÑO DE ZAPATOS, ANATOMICO INFANTIL, INSTITUIDO POR LA COMISION ESPAÑOLA PRO SUELA DE CUERO.

Es conveniente no andar descalzo por las piscinas para evitar los contagios de las verrugas plantares y micosis del pie

Ya estamos metidos en la estación estival, y como consecuencia ya están preparando las piscinas tanto públicas como privadas, para disfrutar del magnífico ejercicio del desarrollo armónico del cuerpo que es el baño.

Las playas se llenarán, y uno de los protagonistas que los liberamos de los zapatos: nuestros pies. Nos encontraremos en contacto con la naturaleza y sin duda en los adultos, andar descalzo por la playa es muy saludable. Todos observamos que después del verano nuestros pies están más cómodos.

Los niños que están en tratamiento con plantillas ortopédicas, se liberalizarán y podrán disfrutar de la playa, sobre todo en los niños es muy conveniente que anden descalzos por la arena de la playa mojada.

Las personas que no pueden ir a la playa, en las ciudades del interior tenemos las piscinas, que han proliferado mucho en el país leonés.

Pero al ir a las piscinas, existen una serie de riesgos por los contagios que quiero subrayar para evitar las epidemias de las verrugas plantares y el pie de atleta.

Las verrugas plantares es un papiloma plantar, producido por virus, contagioso y transmisible por contacto.

La humedad de la piel favorece su desarrollo, las zonas de localización preferente, coinciden en general, con las de máxima presión del pie.

Las reglas profilácticas adecuadas, pueden evitar la propagación de esta afección por virus.

El pie de atleta es una infección por hongos muy frecuente en los espacios interdigitales ya que están mal aireados, el sudor es alcalino y se evapora mal. En la China se observa el hecho siguiente: los coolies, con los pies desnudos, no sufren esta afección, por el contrario, los que calzamos zapatos son frecuentemente afectados.

Los zapatos con suela de goma son los más nocivos.

La afección se propaga por contagio directo, y más todavía por los zapatos y calcetines. La epidermofitosis de los pies es, por tanto particularmente frecuente en los colegios, en las piscinas, en los baños públicos y en los estadios. La Armada americana presta a ella gran atención.

Los parásitos pueden hallarse viviendo saprófitos en pieles por completo sanas. Pero, a veces, de una manera súbita, se convierten en patógenos, segregando un fermento queratólico que altera la epidermis. De esta forma penetran hasta la capa profunda.

MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EVITAR LOS CONTAGIOS

1. Evitar andar descalzo en las piscinas, baños públicos y lugares sospechosos de contaminación.
2. Usar sandalias fisiológicas o calzado de deporte.
3. Si estás contagiado, no ir a lugares públicos, ya que se propagará la infección.
4. No intercambiar nunca medias, calcetines o zapatillas cuando en una familia haya existido un caso de estos males.
5. Practicar una minuciosa desinfección, con antisépticos adecuados de platos de duchas, bañeras y de las medias o calcetines de las personas que hayan sido infectadas.
6. Mantener los pies secos, sobre todo entre los dedos.

Luis Pascual San Miguel
(Podólogo - León)

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 íntegramente 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.

R. Herrero, 4 - VILLENA - Tels. (965) 800191 - 802586 - 803212

«Acción encaminada a unificar los estudios de Podología a nivel latinoamericano» (y II)

PONENTE: D. ENRIQUE GONZALEZ GOMEZ
Profesor y Subdirector de la Escuela OFICIAL DE PODOLOGIA, de la Facultad de Medicina de Madrid

CONFERENCIA IV CONGRESO LATINOAMERICANO DE PODOLOGIA CELEBRADO EN LIMA (PERU) LOS DIAS 23, 24 Y 25 DE NOVIEMBRE DE 1979

El podólogo, es un profesional especializado en aliviar y prevenir, determinadas dolencias de los pies, como es lógico, se complementa muchas veces con el *consejo y tratamiento médico,* en los casos cuando el proceso se sale de los límites profesionales, se conduce al paciente al médico especialista correspondiente,

El podólogo, realiza una labor preventiva además de terapéutica y específica a su actividad. El podólogo está en condiciones de reconocer ciertas enfermedades *extrapédicas e intrapédicas,* con repercusión orgánica.

CREACION DE LA ESCUELA DE PODOLOGIA DE MADRID. — La creación de la Escuela Oficial de Podología de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, se creó por ORDEN MINISTERIAL, del 29 de marzo de 1968 y comenzó su actividad docente a partir del mes de octubre del mismo año. Teniendo en la actualidad una *superficie total de 1.800 m². y está dotada del material moderno necesario para impartir sus enseñanzas.*

La Junta Rectora, es el órgano rector de la Escuela. El Claustro de Profesores, está compuesto por *once miembros.* Dependiendo para todos los efectos, de la UNIVERSIDAD.

Los avances experimentados en la PODOLOGIA ESPAÑOLA, tienen como base el *sacrificio, tesón y espíritu de superación de todos los podólogos españoles,* que después de *doce Congresos Nacionales, uno Internacional, varios Simposiums, cinco jornadas de la salud del pie, celebradas en las diferentes provincias,* múltiples cursillos de perfeccionamiento y tres cursos de Técnicas Podológicas de carácter nacional impartido por la Escuela de Podología de Madrid.

Con fecha 19 de diciembre de 1966, el Ministerio de la Gobernación, reconoce la AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA, *órgano de unión, de planificación y organización de los mencionados actos científicos y culturales* de los referidos Congresos y actividades culturales.

Con fecha 12 de diciembre, se autoriza por el Ministerio de Información y Turismo, la revista profesional titulada REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA, que se publica bimensualmente por la Agrupación de Podólogos de España, con un contenido *técnico y científico* que sirve de vínculo de unión y de conocimientos entre los *podólogos españoles.*

Con esta INFORMACION, terminamos el PRESENTE para comenzar el estudio del *futuro* que se planifica en capítulo aparte y que *puede servir de pauta para la unificación de los estudios de Podología a nivel LATINOAMERICANO.* Ya que la experiancia de los *hechos narrados tienen gran interés para la planificación de la Podología del futuro.*

CAPITULO IV

DIVULGACION PODOLOGICA PARA CREAR LA NECESIDAD SOCIAL DE LA PODOLOGIA CON LA PARTICIPACION DEL PODOLOGO EN LA EDUCACION SANITARIA PODOLOGICA

Como hecho fundamental, toda actividad profesional, necesita una acción divulgadora de



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.: 552 Ptas.
FUNGISDIN AEROSOL:
Frasco de 50 ml. P.V.P.: 279 Ptas.
FUNGISDIN GEL:
Tubo de 30 gr. P.V.P.: 311 Ptas.

Avda. Generalísimo Franco, 520
Barcelona-11

ISDIN

Técnica e investigación en dermatología

la misma. Creo que urge más de lo que parece. Por lo cual, tenemos todos que luchar. No se consigue nada *legislando disposiciones.*

Sino damos a conocer nuestra actividad profesional por tanto, hay que renovar completamente la *arcaica* teoría de la humildad y de la reserva; que nos oprime y nos atormenta. No hay que preocuparse tanto, por el temor infundado de la crítica o del miedo al fracaso. Por supuesto, hay que ser prudentes y cautos, pero también decididos. No hay que pensar en la *competencia profesional* como arma destructiva por el contrario, debemos conseguir que los nuestros hagan lo que hacemos nosotros, y aun superarnos, por ser esta la luz de la verdad. *Los fuertes de espíritu seguirán y los débiles se apartarán.* Pensar que lo que hagamos es para nosotros y para fortalecer la PODOLOGIA.

Es, necesario, divulgar nuestros conocimientos *científicos, técnicos* y *prácticos;* que se aplican en los sistemas *profilácticos y curativos* y que debe conocer la *Sociedad,* desterrando la forma egoísta al pensar qué vamos hacer después, si no vuelven a nuestras consultas, al pensar que se van a terminar los enfermos. Una idea totalmente equivocada, teniendo en cuenta que a medida que se *instruya a la humanidad,* haciéndola ver y comprender los peligros que *acechan* continuamente a nuestra integridad física, con su correspondiente repercusión en la propia salud. *Una de las mayores y bellas virtudes del ser humano. Frecuentarán nuestras consultas buscando el confort de sus pies, el consejo idóneo, valorando nuestra labor profesional.*

Conocido de todos es el dicho popular, que: «el buen paño en el arca se vende», ya ha *pasado de moda,* por disponer hoy de medios de difusión y divulgación de gran utilidad. Como lo están demostrando *otras actividades en la medicina* y otras *profesiones,* con muchos más problemas en la materia de competencia que nuestra profesión.

Hay que evitar la frase tan conocida de «si yo lo hubiera sabido..., tanto tiempo sufriendo de los pies». Creo que esto es suficiente para darnos cuenta de la importancia que tiene una *divulgación, razonada y estudiada* de una *forma colectiva,* evitando la propaganda *personal y unilateral,* con los medios tan usados como: los *anuncios en los cines, los panfletos y demás medios,* con un costo alto y una efectividad mínima, que perjudica a la clase de una forma aterradora.

Directrices a tomar, según criterio para una una campaña de *divulgación popular máxima* en el futuro:

a). Cooperación profesional para *mantener niveles de conocimientos podológicos interprofesional.*

b). Colaboración con las *corporaciones estatales, paraestatales y privadas* (Escuelas profesionales, Colegios, Centros recreativos, Instituciones oficiales, etc.).

c). Crear una *revista profesional* que llegue a todos los podólogos, sin discriminación. Sufragando los gastos de la misma, con los anuncios de los laboratorios y *demás formas comerciales vinculadas con nuestra profesión,* donde podamos plasmar nuestras técnicas y estudiar de una forma colectiva nuestras campañas.

d). Estar *alerta a las llamadas colectivas,* para apoyarnos hombro con hombro.

e). Desterrar *las individualidades* y la *actuación unilateral.* Hay que comprender, que las cosas que no se compran con dinero, se adquieren con amistad, por tanto, *rogar, pedir y exigir* mayor efectividad en los *resultados positivos de las instituciones* que nos representan en la protección de la PODOLOGIA, sobre todo, en la lucha por el INTRUSISMO, *cáncer* que está *minando la salud de nuestros cimientos.*

LA SALUD DE LOS PIES, DEBE ENTRAR EN EL HOGAR POR LA EDUCACION SANITARIA. El Podólogo, lo primero que tiene que hacer, para que la salud de los pies empiece en el hogar, es obvio que en el hogar se sepa distinguir *las prácticas y costumbres saludables,* aquellas otras que, *a la corta o a la larga, son nocivas. La familia,* tiene que tener una *conciencia serena y técnica,* que únicamente puede alcanzarse con el *conocimiento* y la *información adecuada.* Pocas son las familias que gozan de una cultura sanitaria en general, y nos atreveríamos a decir, que tampoco son muchas las que han incorporado hábitos fáciles y gratos para la higiene, que constituyen una verdadera *prevención* de *alteraciones patológicas del pie.* Las circunstancias sanitarias *debidas a la ignorancia,* crea graves *problemas podológicos,* con repercusión en el *rendimiento personal y comportamiento del individuo,* como con-

SMITH NEPHEW IBERICA, S. A.

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

SN-7-7001

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.

secuencia del *impacto del dolor*, que en la mayoría de los casos se va acentuando y haciéndose *irreversible al tratamiento.*

La educación sanitaria podológica y costumbres higiénicas, no son solamente el resultado de una *educación especifica y problemática*, sino que principalmente son determinadas por *factores culturales, económicos, ambientales y sociales*. La educación sanitaria de un país, se inicia en la familia, premisa indispensable para que la salud de los pies comience en *el hogar, célula importante por su acción biológica en su desdoblamiento.* Podemos conceptuarla *decisiva y primaria.*

Las didácticas fáciles, campañas informativas, se realizarán con expresiones según la capacidad intelectual.

Nos parece, sin embargo, que para desarrollar esta labor educativa, no harían falta, ni grandes presupuestos de gastos, ni excesivos esfuerzos. Los medios de difusión que actualmente se dispone, *como la televisión, la radio, prensa y revistas informativas*, pueden introducir *en casi todos los hogares, una información sanitaria podológica inteligente, responsable y popular*. La medicina y la sanidad general, son temas tan enraizados en el hombre de nuestro tiempo, que en principio, la atención está asegurada. Un programa con estas características, muy bien podría cumplir, con el ideal de educar deleitando.

Al *abordar el estudio del pie en estado de salud y de enfermedad*, es esencial tener en cuenta, todas las virtudes de que ha *dotado la naturaleza al ser humano;* parece que la especie no está conforme. Y en desafío constante. No hace más que separarse de los cauces normales, creando *problemas con la civilización de competición y desafío*, para entrar en el *campo malsano o patológico*, tributo que pagamos en ocasiones muy caro; *con las modas, costumbres y ambiente de vida.*

Si tenemos en cuenta todos estos problemas y analizamos todas sus consecuencias, veremos que ninguna parte de nuestro cuerpo, puede disociarse del organismo humano en conjunto, si sufre una parte por pequeña que sea, sufre el resto del mismo. Todo tratamiento incorrecto de cualquier parte del pie, puede producir desde un cuadro de *septicemia* a una *gangrena*, con un final fatal. El enfermo que no sea tomada en cuenta su *patogenia diabética, fímica, luética*, etc., al apreciar un *foco séptico* hasta que se manifiestan las alteraciones correspondientes, por sí misma en el pie, es un enfermo con muy pocas posibilidades de éxito, por lo contrario, si es un *campo apropiado de cultivo* para el fracaso, con su correspondiente *repercusión en nuestra conciencia y responsabilidad profesional. El podólogo*, por consiguiente, está en la necesidad de cultivar una amplia observación de todos los *síntomas y agregados a la incomodidad y dolencia del pie*, de forma que el enfermo le *pueda consultar con seguridad* de manera inmediata.

El pie tiene dos funciones importantes, como todos sabemos, y está constituido para realizarlas con un mínimo de esfuerzo. Las funciones son: *el soporte del peso del cuerpo y la locomoción.* En estas dos funciones, se han desarrollado los correspondientes sistemas de *suspenión y amortiguación*, formándose una serie de *arcos geométricos* para cumplir su misión.

En el *cuidado de los pies*, ejerce una acción importante, la profilaxis de los mismos. La *acción preventiva*, es la parte de la *Medicina de mayor interés*, ya que no deja secuela y evita los problemas de la *Medicina clínica* y de la rehabilitación.

Se considera la patología del pie, más como tributo que el hombre civilizado tiene que abonar por su desesperada lucha por la vanidad y desorden, dentro de la propia naturaleza.

CAPITULO V

PLANIFICACION Y UNIFICACION DE ESTUDIO DENTRO DE UN MARCO UNIVERSITARIO

Se insiste en la planificación de las ESCUELAS con *estructuras de autonomía* y con *ubicación en las respectivas Facultades de Medicina.*

Con la PLANIFICACION DE ESTUDIOS hay que proporcionar un *alto nivel al PODOLOGO*, con objeto de preparar el futuro más sólido de la PODOLOGIA, para que siempre sea él, *quien actúe de coordinador, que controle el proceso de curación y profilaxis del paciente podológico*, de principio al fin.

La formación BASE, debe descansar en la preparación *técnica* y *humana* de sus estudios. Siendo exigentes en sus PROGRAMAS Y ENSEÑANZAS, con autonomía propia, contempo-

rizando totalmente el sistema con ESCUELAS PROPIAS, dotadas de *material docente necesario* y CLINICAS para realizar las *prácticas correspondientes.*

La Junta Rectora, en su mayoría debe estar compuesta por PODOLOGOS diplomados. Asimismo, sucederá con el *Claustro de Profesores.* Esto hace que la SISTEMATICA a seguir en materia podológica, sea fecunda y eficaz. Se debe intensificar de manera singular las ENSEÑANZAS.

Se propone que la *CARRERA SEA UNIVERSITARIA ESPECIFICA* a nivel de TITULADO o DIPLOMADO, con una duración mínima de TRES AÑOS de estudios. Ya que las *Escuelas Universitarias* necesitan una *formación previa* y *un nivel intelectual* suministrado por el BACHILLER SUPERIOR y el paso por el CURSO DE ORIENTACION UNIVERSITARIA (C.O.U.), que le permita *interpretar y desarrollar* una labor de *mayor iniciativa* y provecho, en el desarrollo de la *docencia impartida* en los *Centros de Enseñanza.*

Las enseñanzas se deben impartir sin dispensa de escolaridad, no admitiendo a los exámenes finales al alumnado con el 10 ó 15 por ciento de ausencias a CLASE.

Se estima oportuno, que en las Escuelas o Centros de Formación de PODOLOGOS, se realice un *EXAMEN DE SELECTIVIDAD O DE INGRESO,* de carácter *vocacional, personalidad y cultural.*

La estructura de los ESTUDIOS, y PROGRAMAS de la profesión de Podólogo, como *especialidad paramédica,* debe ir enfocada de una forma clara en materia docente y didáctica, para conseguir la formación necesaria que *conlleva la responsabilidad de recibir directamente al enfermo en sus gabinetes con plena autonomía, prestigio y garantía.*

Es interesante pensar en la importancia que tiene la creación de Centros Asistenciales, dependientes de las Escuelas de acuerdo con su *capacidad, desarrollo, control e investigación,* para realizar las prácticas y los estudios clínicos podológicos correspondientes. Estos Centros Podológicos, deben estar ubicados en *hospitales y clínicas médico-quirúrgicas,* bien sean estatales, paraestatales o privadas, ayudando con ello al desarrollo de la Podología; la formación del podólogo y su perfeccionamiento.

Hay que recordar que los *avances generales de la medicina,* se han conseguido y se consiguen con la actuación en equipo. Consiguiendo resultados altamente positivos en beneficio de *una sociedad mejor y una sanidad cada vez más responsable.*

No hay que olvidar que la Podología ha nacido como consecuencia de una necesidad social y que el Podólogo tiene que luchar por conseguir su reconocimiento y aceptación de todos los extractos sociales. Que la Podología no sea patrimonio de los fuertes económicamente. La Podología debe estar vinculada a la *medicina laboral* que es donde radica la seguridad del futuro de la CARRERA DE PODOLOGO. Se ruega, mediten y sepan comprender, que la meta de todos, es el reconocimiento y dignificación de la CLASE con los mejores resultados sociales, sanitarios y económicos.

ENSEÑANZAS Y PROGRAMAS

ASIGNATURAS Y MATERIAS DENTRO DEL PROYECTO GENERAL

PROGRAMA

CIENCIAS BASICAS — PRIMER CURSO

- ANATOMIA GENERAL
- EMBRIOLOGIA
- HISTOLOGIA
- FISIOLOGIA GENERAL
- BIOFISICA GENERAL
- BIOMECANICA EXTREMIDAD INFERIOR
- MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- HISTORIA DE LA PODOLOGIA
- DEONTOLOGIA Y ETICA PROFESIONAL
- JURISPRUDENCIA PROFESIONAL

CIENCIAS CLINICAS PODOLOGICAS

SEGUNDO CURSO

FARMACOLOGIA Y DIETETICA
PATOLOGIA GENERAL I (PRINCIPIOS)
PATOLOGIA QUIRURGICA I (PRINCIPIOS)
DERMATOLOGIA EN PODOLOGIA
TERAPEUTICA FISICA Y RADIOLOGIA
LABORATORIO CLINICO
ORTOPODOLOGIA I
PSICOLOGIA CLINICA I Y II
ANTROPODOLOGIA

TERCER CURSO

CLINICA PODOLOGICA
PATOLOGIA PODOLOGICA II
PATOLOGIA QUIRURGICA PODOLOGIA II
MEDICINA Y CIRUGIA DE URGENCIA
ANATOMIA PATOLOGICA
PODOLOGIA LEGAL
REHABILITACION I - II
HIGIENE Y PROFILAXIS DEL PIE
BIOESTADISTICA

EL PROGRAMA. — Se impartirá por Profesores *especializados y pertenecientes* a la *Docencia* de las *respectivas Facultades*. A lo que se refiere a las *CIENCIAS BASICAS Y ESPECIALES*. Y las *CLINICAS PODOLOGICAS*, por Profesores PODOLOGOS DIPLOMADOS.

La duración por Curso incluyendo TEORICAS Y PRACTICAS. — Según estudio realizado por asignatura, necesita unas *mil seiscientas horas* por CURSO. Con un total de *cuatro mil ochocientas horas* en los TRES CURSOS.

Las pruebas de *fin de curso*, se verificarán en las ESCUELAS DE PODOLOGIA, ante un TRIBUNAL, compuesto por el CATEDRATICO que designe el DECANO de la Facultad de Medicina, que actuará de PRESIDENTE, el DIRECTOR de la Escuela, que actuará de VICEPRESIDENTE y de SECRETARIO, actuará el PROFESOR ENCARGADO de la TEORIA y PRACTICA PODOLOGICA que a su vez será el SUBDIRECTOR de la Escuela. Los VOCALES, están compuestos por los PROFESORES ENCARGADOS de cada ASIGNATURA a propuesta por la JUNTA RECTORA de la Escuela.

Superadas las pruebas del TERCER CURSO, se le expedirá a través de la Universidad y de sus correspondientes ESTAMENTOS oficiales, el DIPLOMA DE PODOLOGO, cuya posesión habilitará para el ejercicio de la Profesión, *relativa al tratamiento de las afecciones y deformidades de los pies*, la posesión del DIPLOMA OFICIAL DE PODOLOGO, facultará a sus titulares, para con PLENA AUTONOMIA, *recibir directamente a los pacientes* y desarrollar profesionalmente su actividad, comprendidas en la ENSEÑANZA DE TEORIA Y PRACTICA PODOLOGICA, impartidas en las respectivas Escuelas.

CAPITULO VI

ANTEPROYECTO PARA LA CREACION DE LA CONFEDERACION IBEROAMERICANA DE PODOLOGIA

LUCHA LEGAL CON LOS PODERES PUBLICOS DE CADA PAIS MIEMBRO

PRIMERO. — El extraordinario *desarrollo económico, tecnológico y científico del último siglo*, ha comportado la necesidad de crear múltiples organizaciones de carácter internacional, con objeto principal, de solucionar los problemas que afectan a todas las profesiones del planeta, superando el marco de los ESTADOS NACIONALES.

SEGUNDO. — *La conciencia comunitarista de los pueblos del mundo*, se desarrolla con mucha lentitud, pero no hay que dudar y esto es un hecho, que ha tomado cuerpo en la creación de diversos organismos de carácter internacional.

Como consecuencia del tema de la *conciencia comunitarista*, y de las muy variadas posibilidades de los Estados nacionales. Cuando se refiere a los *pueblos* o a los *Gobiernos*. Si se

trata de los pueblos, hay que decir, que su *grado de desarrollo y conocimiento* del mundo es tan diverso, que resulta francamente difícil afirmar que todos ellos tengan la misma conciencia de pertenecer a una comunidad internacional.

TERCERO. — Por el contrario, si se trata de los Gobiernos, que son plenamente conscientes de pertenecer a un solo conjunto y su presencia en las organizaciones, dan buena prueba de ello. Por tanto, la Confederación Iberoamericana de Podología debe encauzar directamente su gestión a través de sus respectivos Gobiernos y como mediador, los Organismos Internacionales, O.M.S., UNESCO, O.I.T., O.E.I., etc.

CUARTO. — *Toda organización que responde a los atributos de un cerebro creador, es incipiente, ante la conciencia común de la interdependencia de las naciones asociadas y de la la necesidad de organizar entre ellas sus relaciones, de un modo global. Es donde se encuentra el éxito.*

QUINTO. — La Autoridad Internacional dentro del seno de la Confederación, es indispensable, pero es un hecho, que esta Autoridad sólo podrá constituirse progresivamente y su reconocimiento a nivel mundial, es labor lenta y constante.

SEXTO. — Las Organizaciones Internacionales, no pueden ni deben reemplazar a una autoridad de gobierno nacional, por ser *órgano consultivo y constructivo en la gestión con los Gobiernos de las Naciones o países miembros de la Confederación,* a través directamente de la misma o de la *Autoridad Internacional,* según el caso.

Me parece que esta situación servirá para definir la vida internacional actual. Desconocemos como evolucionarán las cosas y con qué rapidez lo harán, pero estamos en condiciones de pensar, que el mundo se organiza progresivamente, creando Instituciones comunes. La Podología nunca puede ser una excepción. Los procesos de unificación no han cesado de progresar desde el momento de su nacimiento.

SEPTIMO. — Los resultados se consideran importantes, si se tiene en cuenta, que se trata de *unificar pareceres profesionales y consideraciones,* que vayan encaminadas al *engrandecimiento y unificación,* dentro del campo de la *Medicina,* de la *Podología, como ciencia, y al Podólogo como profesional universitario técnico-científico, con plena autonomía y prestigio,* para tratar todas aquellas alteraciones patológicas del pie. *Ayudando y colaborando* en el diagnóstico en las *enfermedades generales para su tratamiento médico.* Sin olvidar la parte *correspondiente preventiva y su profilaxis.* La divulgación es eficaz, cuando se mentaliza a sus gentes con una educación podológica. Así como informar a las Autoridades internacionales del *estado de salud de los pies,* con su correspondiente estudio estadístico, aconsejando las *medidas sanitarias podológicas.* Es tan importante la *gestión y colaboración con las Autoridades Sanitarias en los respectivos países, como el atender a los enfermos de una forma periódica y eficaz en nuestras consultas.*

BASES

FINALIDAD DE LA CONFEDERACION

LA CONFEDERACION IBEROAMERICANA DE PODOLOGIA, debe abarcar a todas las *Instituciones Podológicas* de los diferentes países iberoamericanos, donde existe la PODOLOGIA, como *actividad profesional,* insistiendo con la *adecuada gestión* e invitación a pertenecer a la CONFEDERACION, a los países donde de una forma oficial está reconocida su titulación y funciones profesionales con carácter científico-médico.

LA CONFEDERACION, se encargará de promover dentro de los respectivos países y a nivel iberoamericano, una PODOLOGIA MEDICA, con arreglo a los *criterios y experiencias* de los países más avanzados.

Es una realidad, y de esto no hay duda, que existe una comunidad internacional de gran utilidad, cuando se aprovecha aunando criterios entre los distintos países miembros de la CONFEDERACION, con *frecuentes contactos y relaciones conducidas a entidades y a individuos en el campo podológico.* Creando comisiones de trabajo, para lograr el poder legislativo unificado que nos proporcione la normativa jurídica, única realidad de los fines de la C.I.P.

RELACIONES INTERNACIONALES DE LA CONFEDERACION, como organismo constructivo y consultivo, gestionará la representación en los organismos internacionales, ORGANIZACION MUNDIAL DE SALUD (O.M.S.) ORGANIZACIONES DE LAS NACIONES UNIDAS PA-

RA LA EDUCACION, LA CIENCIA Y LA CULTURA (UNESCO), ORGANIZACION INTERNACIONAL DEL TRABAJO (O.I.T.), OFICINA DE EDUCACION IBEROAMERICANA (O.E.I.), ORGANIZACION INTERGUBERNAMENTAL DE LOS PAISES MIEMBRO, etc., activos de la Confederación Iberoamericana de Podología, en *calidad de informador y gestor de las referidas Instituciones Internacionales Oficiales.*

ORGANIZACIONES INTERNACIONALES

LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. — El objetivo de la O.M.S. en la obtención de las más elevadas cotas de salud posible para todos los pueblos de la Tierra.

Esta organización define la salud, no sólo como la ausencia del mal o enfermedad, sino como un estado de completo bienestar, físico, mental y social. El organismo más importante de la O.M.S., es la Asamblea Mundial de la Salud compuesta por delegaciones de todos los países miembro. Existe también un *Consejo Ejecutivo,* compuesto por 24 personas técnicamente calificadas y elegidas directamente por la Asamblea y una Secretaría presidida por el Director General, con sede en Ginebra (Suiza).

Teniendo en cuenta el objetivo principal de dicha organización: «Alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud».

Se debe solicitar por parte de la C.I.P., un informe de los profesionales que se encarguen de la Salud del Pie, así como las necesidades en el mundo sobre la patología del pie y profilaxis del mismo. En particular del estado de la Podología y del Podólogo en el mundo, como profesionales cualificados para cubrir las necesidades *técnicas científicas y sociales,* que mejoren el estado de bienestar y confort de los pies.

ORGANIZACION DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA EDUCACION Y LA CIENCIA Y LA CULTURA (UNESCO) con sede en París, según el artículo 1.º de la constitución, persigue «la contribución a la paz y a la seguridad», promoviendo la colaboración entre las naciones y a través de la educación, la ciencia y la cultura. Se programa presentar dos aspectos más destacados: *actividades tradicionales de fomento de la cooperación internacionales (intercambio de información, preparación de convenciones, etc.).*

Donde creo que sería interesante proponer una CONFEDERACION IBEROAMERICANA DE PODOLOGIA, para el estudio de la unificación académica y de titulación. Segundo desarrollo de proyectos específicos.

Después de efectuada la referida CONVENCION, elevar los planes de estudio, programas y titulación.

LA ORGANIZACION INTERNACIONAL DEL TRABAJO (O.I.T.) con sede en Ginebra (Suiza).

Los objetivos de la O.I.T. propuestos para la Declaración de Filadelfia de 1944, fueron los siguientes:

a). Conseguir el pleno empleo y mejora de los stándares de vida.
b). Preveer medios de expansión cultural y recreativa a los trabajadores.
c). Proteger la vida y la salud de los trabajadores.
d). Desarrollo de instituciones sociales.
e). Recursos humanos.
f). Cooperación técnica y de investigación.
g). Planificación del empleo.
h). Stánderes al alcance internacional del trabajo.

Se necesitan contactos por parte de la C.I.P., por abarcar un amplio campo para la creación de la necesidad podológica, creando intercambio, puestos de trabajo y bienestar social.

Según informe que obra en mi poder, la Clasificación Internacional, Uniformes de Ocupaciones, editado por la Organización Internacional de Trabajo, con sede en Ginebra (Suiza), no hace mención para nada de la profesión o actividad del Podólogo, ni de la Especialidad de Podología.

LA OFICINA DE EDUCACION IBEROAMERICANA (O.E.I.) Organismo que sirve para las expectativas educativas de los pueblos iberoamericanos. Tratando en su actividad estatutarias de estudios e intercambios de ideas sobre temas relacionados con la *educación iberoamericana. Siendo un organismo intergubernamental de cooperación educativa y cultural para los países iberoamericanos.*

MISION DE LA CONFEDERACION

a). Organizar una vez al año, Asamblea General de Compromisarios y aquellas que sean necesarias por la urgencia de los asuntos a tratar.
b). Organizar cada dos o tres años, un Congreso Iberoamericano de Podología, con amplio *temario socio-podológico y científi-*

co, con Ponencia y Mesa Redonda, donde se pueda rebatir los problemas tratados.

c). Organizar Convenciones Internacionales de carácter profesional y docente, esta última con intervención de la Directiva y Claustro de Profesores de las Escuelas para *estudiar planes de estudio, programas, sistemas docentes y culturales.*

d). Conseguir que exista unificación de sus miembros en titulación oficial y atribuciones correspondientes al campo de la medicina. Aconsejándose la evitación en el caso de dualidad de nombre y funciones que puedan inducir a error.

REVISTA CIENTIFICA, CULTURAL E INFORMATIVA

Patrocinada por la Confederación, como único vínculo de unión, transmitiendo e informando a todos los miembros las *inquietudes, experiencias técnicas y científicas.*

Asimismo, *concepto de orientación en los sistemas, legislación, funcionamiento de las Escuelas, programas, etc.* Editándose en principio *una revista al año,* pudiéndose hacer cargo cada año, un país miembro, guardando un orden correlativo.

ASUNTOS ECONOMICOS

TESORERIA. — Compuesta por un miembro de la Confederación que será el Tesorero el que custodie todos los asuntos económicos, junto con otro miembro que será el que realice las funciones de Tenedor Contable.

PRIMERO. — Llevar los libros de Contabilidad.

SEGUNDO. — Preparar los balances, inventarios y presupuestos de la Confederación, para su aprobación por la Junta General.

TERCERO. — Autorizar junto al Presidente, la disposición de fondos y que de una forma administrativa se enviará a cada Federación o Asociación con los Estados de Cuentas, especificando los Capítulos de Entrada y Salida, así como Anteproyectos de Ingresos y Gastos para el ejercicio del próximo año, según las necesidades de la Confederación, con areglo a la actividad de la Junta Directiva, aprobándose o desestimándose por la Asamblea General, como soberana a la hora de tomar decisiones, evitando con ello pérdidas inútiles de tiempo y errores de interpretación. Resultando altamente positivo para los países miembros confederados.

Estimando la necesidad de establecer una cuota de Entrada.

Se fijarán unas cuotas iniciales anualmente, para las Federaciones o Asociaciones de los países que tengan menos de mil socios. Las Federaciones o Asociaciones que tengan más de mil socios, se acordarán los tantos por cientos que se irán subiendo con arreglo al número de socios que declare cada Federación.

Serán de carácter obligatorio las cuotas extraordinarias que se acuerden por mayoría en la Asamblea General.

Podólogos de todas las tierras Iberoamericanas, deseamos con esperanza de *lograr una reforma podológica, integrada, no revolucionada, sino gradual,* que contemple desde la óptica de la justicia social de todos los legítimos intereses en el aporte de soluciones, coherentes y eficaces. Colaborar en esta labor es interesante.

El día *12 de Octubre* cuando se concluyó esta CONFERENCIA, evocando la significación de la unión, para un futuro que suscita ilusionadas reflexiones, sobre el horizonte de unidad que nos depara ese mundo descubierto por COLÓN, fundado por los Reyes Católicos y consolidado con los aportes de todos los españoles a sus *hermanos de sangre, religión, lengua y costumbres.*

Precisamente, la actual Monarquía española, encarnada en D. Juan Carlos I, y que ha sido el primer Rey de España que ha pisado tierra americana. La *Hispanidad,* ofrece, en éste ya casi horizonte del año 2000, posibilidad para lo *fundamental* y para lo *cotidianamente* más importante, en términos que jamás se le pudo ofrecer a comunidad alguna de pueblos.

Si el *12 de Octubre de 1492* fue una *cualificadísima retribución* para la *Historia* a los españoles de entonces, éste de hoy lo podemos entender como *convocatoria reiterada* para que *España* y los *pueblos americanos* redoblen sus esfuerzos de *unidad y entendimiento a corazón abierto, con esfuerzo pleno y sin reserva alguna. Sin verbalismos estériles* y con voluntad de ir trazando cada día, el *progreso de la Podología Latinoamericana,* marcando el proyecto futuro que como partida tiene este Magno Congreso. Al que deseo toda *clase de venturas y éxitos.*

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

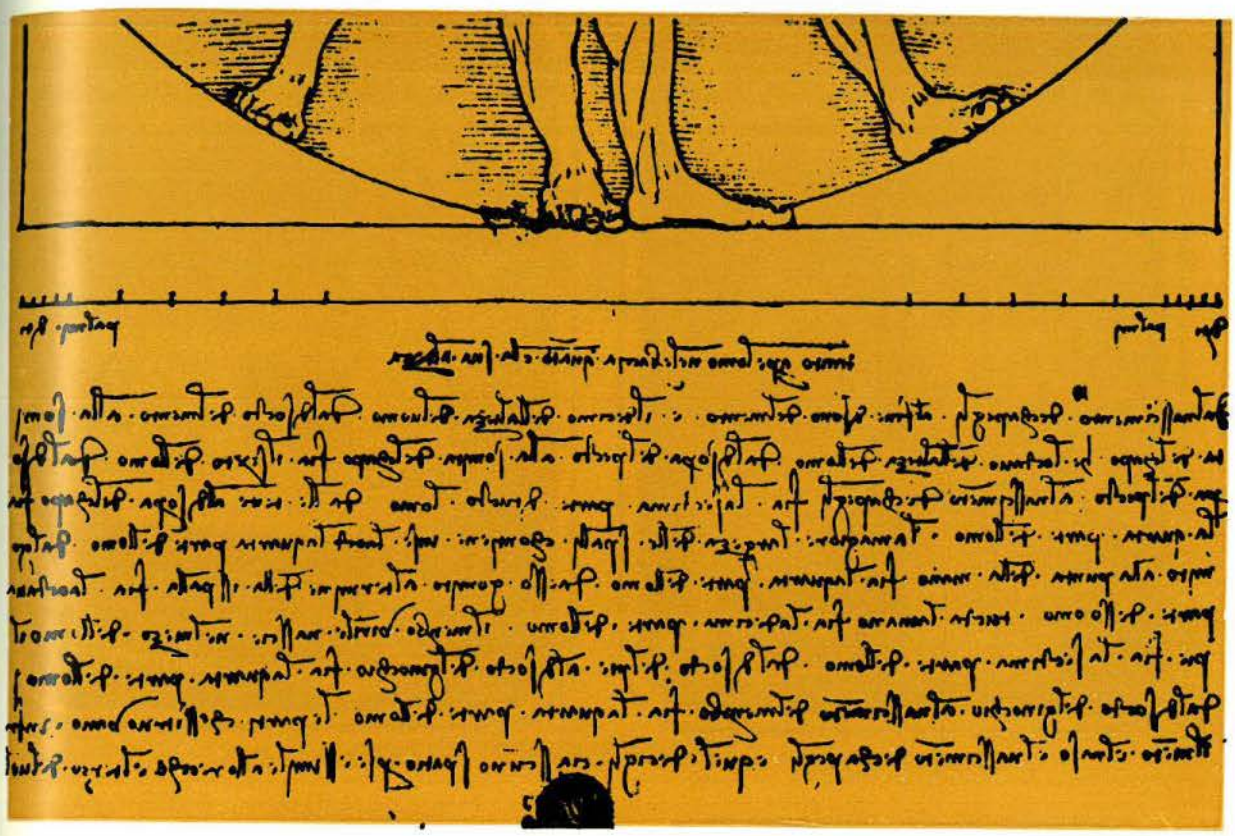
TUBITON
TUBIGRIP
TUBOS DE TUBIFOAM
TUBOPROT
TUBOCLIN
APLICADORES TUBITON, TUBOCLIN, etc.

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

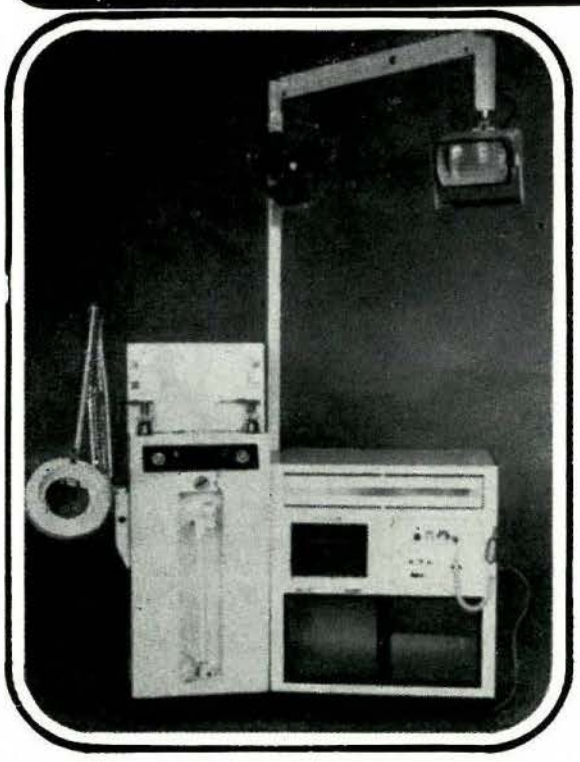




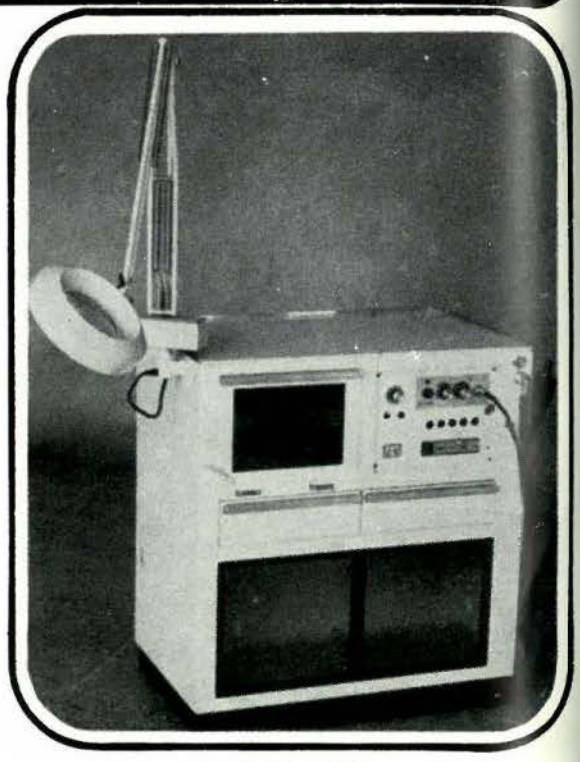
REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

A. P. E. Sptbre.-Octubre
n.° 77 1980

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:
Avda. de la Generalitat, 31, át., 1.ª
Santa Coloma de Gramanet (Barcelona)

Director:
Leonardo Escachs Clariana

Sub-director:
Pablo Vilató Ruiz

Redactor jefe:
Martín Rueda Sánchez
Avda. de la Generalitat, 31, 1.º, 1.ª
Santa Coloma de Gramanet. Barcelona

Administrador:
Manuel Gavin Barceló
Rda. Guinardó, 23, 1.º, 2.ª, Barcelona-24

Publicidad:
Publicidad Permanyer
Mallorca, 310, ático, Barcelona-37

Imprime:
Gráficas Fomento
C. Peligro, 8. Barcelona-12

Depósito Legal:
B - 21972 - 1976

ISSN - 0210 - 1238

SUMARIO

3 **Junta de Gobierno**

5 **Editorial**

7 **Contribución al estudio de las exóstosis**

23 **Algo sobre el uso y abuso de las plantillas ortopédicas**

31 **Alicante, 1980**

35 **Publicaciones sobre 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
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 (provisional)	D. JAIME SALA PICH	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. Juan José Araolaza. Bidebarrieta, 4. EIBAR.
D. José Sánchez Luna. Avda. Cataluña, 24. ZARAGOZA.
D. Joaquín Solé Cuch. C. Príncipe de Viana. GRANOLLERS.

DELEGADOS PROVINCIALES

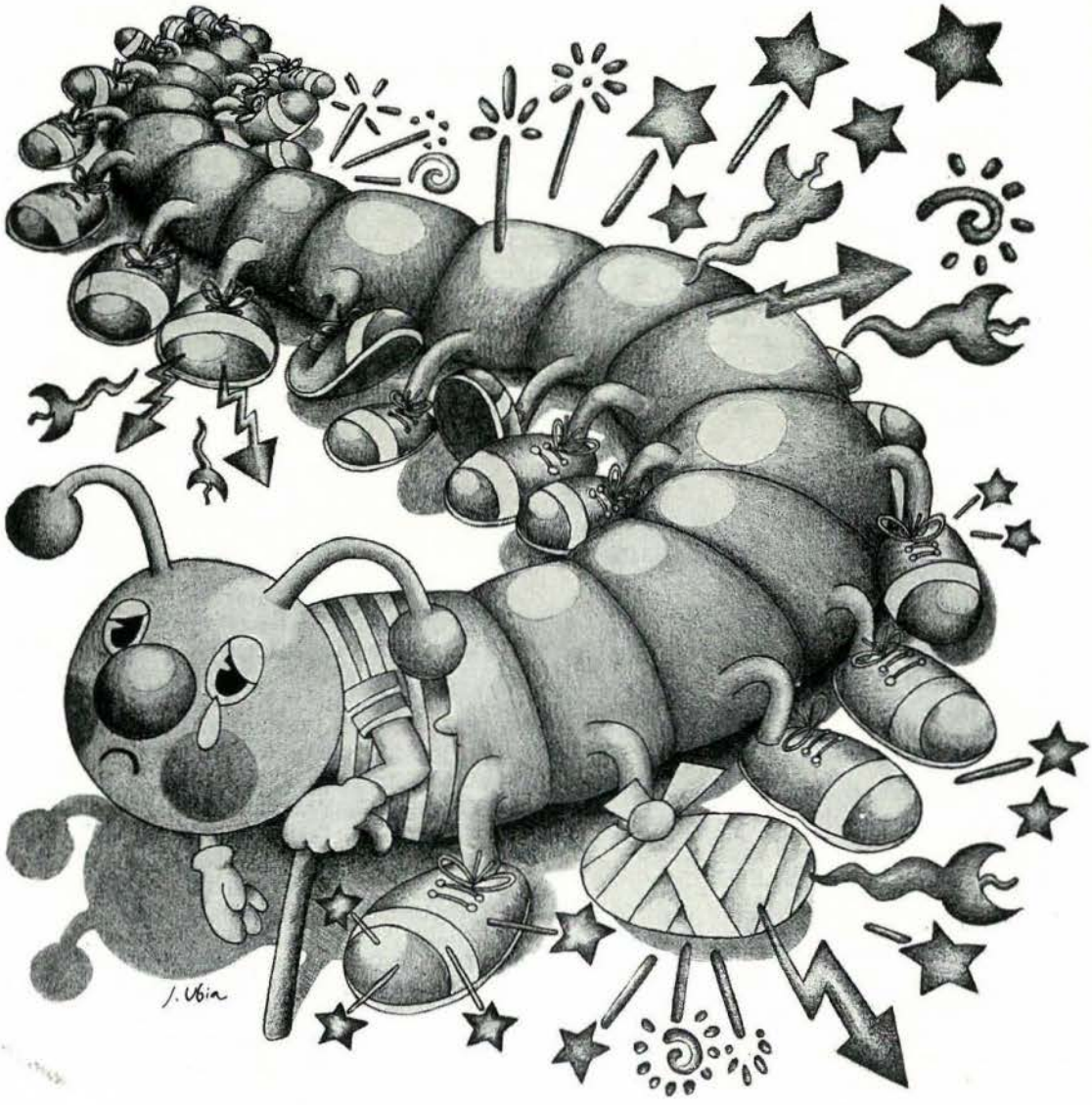
ALAVA: **D. Antonio Nogal Benito.**
ALBACETE: **D. Luis Juan Navarro.**
ALICANTE: **D. José Olcina Morales.**
ALMERIA: **D. Esteban de Haro.**
ASTURIAS: **D. José Luis Alonso Alvarez.**
BADAJOZ: **D. José Villafaina de la Cruz.**
BARCELONA: **D. Joaquín Solé Cuch.**
BILBAO: **D. Pedro M.ª Galardí.**
BURGOS: **D. Elías Hernando Tamayo.**
CACERES: **D. Carlos Saguillo Núñez.**
CADIZ: **D. Manuel Albalá Valle.**
CASTELLON: **D. José Aguilar Beltrán.**
CIUDAD REAL: **D. Luis Barba Vázquez**
CORDOBA: **D. Máximo González Jurado.**
GERONA: **D. José M.ª Bosch Doménech.**
GRANADA: **D. Manuel Ruiz Morales.**
HUESCA: **Delegado de Zaragoza.**
HUELVA: **D. Jesús Tocino.**
JAEN: **D. 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: **D. José Iniesta Gallego.**
ORENSE: **D. Elisardo Bralo Rego.**
PALMA DE MALLORCA: **D. Juan B. Brines.**
PAMPLONA: **D. J. Sarasa Moneo.**
PONTEVEDRA: Sin Delegado Provincial
SALAMANCA: **D. Antonio Basas Encinas.**
SAN SEBASTIAN: **D. Sebastián Tenés Iturriza.**
STA. CRUZ DE TENERIFE: **D. Armenio Méndez.**
SEGOVIA: **D. Francisco García Rodríguez.**
SEVILLA: **D. 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.**

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 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 abiert ni mucosas.

Incompatibilidades

Ninguna conocida.

KALIFARMA, S.A.

EDITORIAL

Felizmente ha concluido el XIII Congreso Nacional de Podología, que se ha significado tanto por la nutrida asistencia de Congresistas, como por las diversas técnicas expuestas en relación al tema principal (La exóstosis en Podología). La participación española se ha visto reforzada por la de dos Podólogos extranjeros, concretamente el Presidente de la Federación Francesa, Jean Lou Emonet, y la del americano Dr. Albert R. Brown, versando el primero de forma magistral sobre la ortosis de silicona en Podología, tema tocado de manera esmerada y rigor científico, y el 2.º sobre las diversas técnicas quirúrgicas de incisión mínima con que los americanos abordan la mayoría de procesos, tanto exostósicos como de alineación metatarsal, tenotomías, etc., técnicas ya conocidas por nosotros hace tiempo pero que de cierta manera algunas de ellas quedan fuera de nuestro campo, y con las que no dejamos de tener ciertas divergencias en algunas y pleno acuerdo en otras. De todas maneras ellos hace años que las están practicando, y consecuentemente su dominio y consecuencias a corto y largo plazo les son harto conocidas. En el transcurso de su locución, que amenizó con pinceladas del típico humor americano, fue recordándonos la trayectoria que han seguido los Podiatras americanos en busca de su propia superación profesional y académica, haciendo especial hincapié en que nuestra meta ha de ser la conseguida por ellos, habida cuenta de la altura científica del podólogo español y los resultados altamente satisfactorios conseguidos con el mínimo trauma quirúrgico para el paciente, según las técnicas por ellos practicadas.

El desarrollo de los actos siguió tal como estaba previsto, alternándose las sesiones científicas con las de ámbito social, entre las que merece especial mención la excursión al pueblo natal del Sr. Dentell, Monóvar, donde tuvo lugar el descubrimiento de una placa por parte del Presidente de la Agrupación, en un acto que hizo vibrar de alegría a aquel pueblo sencillo y simpático que vivió un día importante de su historia.

En otro orden de cosas merece especial atención la Asamblea, que en términos generales se esperaba tensa y con expectación, ya que entre otras cosas debía procederse a la renovación de cargos en la Junta de Gobierno, quedando ésta tras la elección como sigue:

Presidente	*D. Leonardo Escachs Clariana*
Vicepresidente 1.º	*D. Zacarías García Andrés*
Vicepresidente 2.º	*D. Juan José Araolaza*
Secretario General	*D. José A. Calvo García*
Vice-secretario	*D. Francisco Morán Ventura*
Tesorero	*D. Manuel Gavín Barceló*
Contador	*D. Luis Aycart Vijuesca*
Vocal 1.º	*D. Juan Vidan Torres*
Vocal 2.º	*D. José Olcina Morales*
Vocal 3.º	*D. Manuel Terrón Sanguino*
Vocal 4.º	*D. José M.ª Báez Basarri*
Vocal 5.º	*D. Pedro M.ª Galardi Echegaray*
Vocal Nato	*D. Mariano Rodríguez Esteban*
Vocal Nato	*D. Joaquín Solé Cuch*

Queda pues renovada la Junta para iniciar una nueva etapa. Todos los podólogos han tenido la oportunidad de presentarse como candidatos y de ser elegidos, así como la de decidir con nuestra votación a los que en aquellos momentos creímos más oportunos. Por tanto, ellos deben sentirse representativos y nosotros representados, haciendo así fuerte el compromio entre ambas partes, base para mantener la confianza mutua. Es muy importante de todos modos que pensemos que la Agrupación no hará todo lo que debiera o cada uno de nosotros pueda pensar, pero no olvidemos que cuando algo no guste, sólo hay dos alternativas válidas: una materse y trabajar, ya sea formando parte activa, aportando ideas o sencillamente no entorpeciendo; la otra, la más cómoda, retirarse y seguir diciendo lo que uno haría si estuviera allí. Por ello sería bueno que todos apoyásemos las decisiones de nuestra Junta de Gobierno, y que éstas, naturalmente saliesen del sentir de la mayoría. Es imprescindible la unión para seguir luchando por nuestras reivindicaciones, y no caer en la trampa de dividirnos en discusiones absurdas. Nuestro sentir ha de ser unánime, y nuestra actuación colectiva siguiendo los senderos marcados como un solo hombre. No vale la desconfianza ni la vacilación, sino muy al contrario, dejando atrás actuaciones personales o acciones unilaterales, mostraremos por encima de todo nuestro deber como podólogos, pensando que nuestras acciones, a veces inconscientes pueden hacer mucho daño a la colectividad. Esperemos que poco a poco vayamos sensibilizándonos y que un día llegue a ser así. También en esta asamblea fueron elegidos dos censores de cuentas, los señores Company y Maure, de Barcelona.

En otro de los puntos, y siguiendo la pauta prevista, se procedió a la elección de la Delegación que en el próximo año debe organizar el XIV Congreso Nacional. Tras la presentación de varios estudios, fue elegida Canarias, que ya en años anteriores había presentado proyecto, sin poderlo realizar allí por fuerzas mayores que obligaron a tomar otras decisiones. Así, pues, ya sabemos nuestro punto de cita para el próximo año: el bello archipiélago canario, ese paradisíaco lugar español, atractivo turístico, tanto por su clima como por la sencillez de sus gentes, que estamos seguros, se volcarán para darnos la acogida y no regatearán esfuerzos para ofrecernos una estancia feliz e inolvidable entre ellos. Tan pronto como la Comisión Organizadora tenga previstas fechas, tema y demás, esperamos nos será remitido para su divulgación a través de nuestra Revista.

Finalizó este XIII Congreso con la asistencia y participación de autoridades, estando presentes el Excmo. Sr. Alcalde, el Director de la Caja de Ahorros de Alicante y Murcia, la Presidenta del Colegio de ATS de Alicante, y las autoridades académicas, Catedráticos y Directores de las Escuelas de Podología de Madrid y Barcelona, Profesores Durán Sacristán y Arandes quienes se dirigieron a los asistentes y organizadores felicitándoles por la celebración de este Congreso, así como por la profesionalidad que en todo momento demostramos los Podólogos españoles, alentándonos y brindándonos su valiosa ayuda para seguir la lucha por nuestra superación profesional y académica. Como último acto, en la noche del sábado, día 11, tuvo lugar en los salones del Hotel Meliá, la cena de Hermandad, donde los participantes departieron, comieron y bailaron hasta altas horas de la madrugada en un clima bonito y desenfadado formando una gran familia.

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LAS EXOSTOSIS

Por el
DR. ENRIQUE-JOSE RASO Y RODRIGUEZ
Profesor de Teoría Médica de la Escuela y A. de la I Clínica de Patología Quirúrgica Universitaria (Barcelona)

Ponencia al XIII Congreso Nacional de Podología (Alicante Oct. 1980)

A la memòria de la meva mare: Na JOSEFINA RODRIGUEZ I VARELA (° 28-III-1889 † 11-VI-1970).

S'alliberà de la captivitat. Els seus sacrificis, la constància i l'esperit, varen triomfar.

La Medicina segueix, sempre, el dolor i la mort.

El teu fill, metge per vocació, per amor i deure, amb motiu del XXV aniversari de la meva Professió. (27-VI-1955).

El objeto de esta Ponencia tiene un triple fin: 1.º) colaborar con mi modesta aportación personal, al tema oficial del Congreso como un aliciente más a la gran labor científica que desarrollan mis amigos, los Podólogos de España, trabajo-homenaje que me satisface plenamente, 2.º) recordar las bases anatómicas y fisiológicas normales y a partir de estas, esbozar su fisiopatología y 3.º) describir a título orientativo los cuadros clínicos que pudieran conllevar en la práctica bien un diagnóstico diferencial, bien unas posibles causas etiológicas de exóstosis.

Con el nombre de exóstosis designaremos, "una lesión elemental del hueso, constituida por la formación ósea anormal y excesiva a expensas del periostio, lesión dependiente de numerosas causas que son capaces de estimular, su capa basal y hacerle recuperar de nuevo su capacidad osteoformadora, una vez el hueso se halla en vías o ya está, anatómicamente realizado, provocando una irregularidad periférica en el mismo".

La neoformación ósea marginal (exóstosis) corresponde a una tumoración benigna del hueso, de un tamaño siempre variable, pudiéndose evidenciar localizada y sola (exóstosis única) o presentarse en forma politópica, es decir: afectando al mismo tiempo, a un mismo o a varios huesos (exóstosis múltiple).

De hecho, la exóstosis puede permanecer latente durante mucho tiempo ya que su crecimiento acostumbra a ser muy lento. Las primeras manifestaciones pueden aparecer en la edad adolescente o juvenil (exóstosis de crecimiento) siendo en un principio no dolorosas y asintomáticas, observándose tan sólo, en forma de tumoración. En otros casos un moderado dolor (podalgia), una discreta limitación de movimientos o una deformidad del hueso afecto, constituyen la triada patológica. Así pues evidentemente ante cualquier limitación funcional de los respectivos segmentos del pie, también debe pensarse en la posibilidad de una exóstosis comprobadas clínicamente otras etiologías diferenciales.

Desde el punto de vista de su configuración anatómica, las exóstosis pueden dividirse en pediculadas y sesiles. Las primeras se caracterizan por el hallazgo de un pedículo o pedúnculo que se implanta directamente en el hueso afec-

to y termina en su extremo con un discreto y pequeño abultamiento. A mi juicio, es más correcto el denominar pedúnculo exostósico a pedículo exostósico, pues esta última denominación hace referencia a estructuras lábiles, móviles, desplazables y sobre todo no formadas por tejido óseo. En el segundo tipo existe una base de implantación mucho más amplia, ensanchada, algo redondeada e incluso en forma de mazo.

El Podólogo, debe tener siempre en cuenta que de un 3 a un 5 por ciento de los casos de exóstosis, puedan éstas evolucionar hacia un condrosarcoma (tumor maligno). Me reitero, ante una tumoración exostósica, que es o puede ser benigna de entrada, debe efectuarse periódicamente un reconocimiento de la misma, más en la edad infantil o juvenil ya que la degeneración condrosarcomatosa de las exóstosis corresponde al 1,5 a 1,8 por ciento de la totalidad de tumores óseos malignos. Esta degeneración tiene preferencia por el sexo masculino y se trata evidentemente de un condrosarcoma secundario por proceder de una exóstosis benigna primaria. Radiológicamente se manifiesta con aspectos diversos; existe reacción perióstica, una trama no homogénea, falta de delimitación periférica y estar subdividido en lóbulos de tamaño diverso. Pueden hallarse asimismo, áreas o zonas de erosión de la cortical. Ocasionalmente pueden incluirse calcificaciones. La evolución del condrosarcoma en los primeros años de la vida, en la adolescencia y la juventud, puede conducir a la muerte en un plazo no superior a los seis u ocho meses a partir de la fecha de su diagnóstico clínico. El grado de malignidad es variable y el exitus se produce por metástasis pulmonares, previa invasión venosa.

De entrada y recuérdese aquí el aforismo médico: "lo más frecuente es lo más corriente, y las excepciones confirman esta regla", las exóstosis se inician y presentan en la edad infantil y/o juvenil, siendo rareza su aparición una vez finalizado ya el crecimiento y configuración esquelética, si no hay factores mecánicos importantes que las desencadenen u otros factores generales, no comunes.

Las exóstosis múltiples politópicas son hereditarias y se transmiten con carácter dominante, en la gran mayoría de los casos.

Los huesos están constituidos, por diversos tejidos, pero todos de origen conjuntivo, en especial de tejido óseo (esponjoso o compacto) diferentemente repartido, según el tipo anatómico del hueso (hueso largo, ancho, corto, irregular, plano, etc.). El hueso está rodeado por una lámina conjuntiva que es el periostio, constituido por una capa externa, rica en fibras colágenas y otra interna de conjuntivo laxo, muy celular y pobre en fibras colágenas. Esta segunda capa o interna que es fértil, es en la que se diferencian los osteoblastos, en contacto con la cortical, estando completamente individualizada en el niño. En el adulto sólo en circunstancias patológicas, puede adquirir individualidad.

La mayor parte de los componentes conformadores del aparato locomotor (huesos, músculos y articulaciones) son de la denominada "estirpe conjuntiva" llegándose a la conclusión de "concepto de un mesénquima único" extendido por todo el organismo en el cual todos y cada uno de sus elementos son solidarios entre sí y reaccionan mancomunadamente frente a los diversos estímulos y reacciones tanto fisiológicas como patológicas por causa de una especial plasticidad (activa y pasiva) adaptándose a nuevas condiciones para asegurar, siempre en lo posible, la fijeza del medio humoral, en beneficio de las células de otros tejidos. Se trata pues de un verdadero medio de adaptación tanto del anabolismo como del catabolismo, para mantener la eutrofia celular de los demás tejidos orgánicos.

Los huesos, no son una formación inmutable, sino todo lo contrario "es un tejido conjuntivo en permanente estado de adaptación funcional" al cual se le fija la oseína que en las piezas óseas adultas posee el periostio que las rodea y el endostio que tapiza las cavidades esponjosas de la cavidad medular y de los conductos vasculares que la irrigan. La materia mineral ósea, parte de las propias células conjuntivas que transformadas en osteoblastos elaboran una substancia proteica: la oseína o materia osteoide, carente de cal, integrada por mucoproteínas, fibras colágenas con gran riqueza en hidroxiprolina e hidroxilisina, que será la matriz ósea. Esta materia fijas las sales fosfocálcicas, adquiere dureza y se convierte en materia ósea. La proporción de calcio con relación al fósforo es de 2,2 por 1. La formación de la substancia ósea depende de la actividad osteoblástica, de los requerimientos mecánico-funcionales y de una serie de procesos humorales, químicos y enzimáticos (vitamina D, fosfatasas, esteroides, concentración de hidrogeniones, etc.). De este modo y contando con estas series definidas de factores, se disponen los huesos a fijar adecuadamente el calcio.

Las láminas que integran las trabéculas óseas forman verdaderos sistemas arquitectónicos, arqueándose, aponiéndose y estratificándose

concéntricamente alrededor del canal de HAVERS formando una unidad ósea llamada osteona. El acoplamiento anatómico-funcional orientado electivamente en relación con las líneas de fuerza, forma la trabécula ósea.

SCHIN* estudió las diversas influencias hormonales sobre el crecimiento óseo, con las siguientes conclusiones:

Hormona folicular	osificación
Hormona andrógena	osificación
Hormona tiroidea	crecimiento en longitud y maduración esquelética
Hormona paratiroidea ...	metabolismo del calcio y del fósforo
Hormonas suprarrenales .	metabolismo óseo, crecimiento puberal y osificación
Hormona del crecimiento	en relación con la longitud y el espesor óseo.

La destrucción ósea viene condicionada por los osteoclastos, llamados también células gigantes que efectúan reabsorciones lacunares con influencia de la irrigación capilar ósea, ante hiperhemias inflamatorias, desmineralizaciones y pérdidas de las sales cálcicas o hialistéresis. El calcio y el fósforo, en el hueso guardan una relación definida con el fosfato tricálcico. Existe un equilibrio mineral entre el aporte y las pérdidas, en el que también intervienen el Mg, K, Fl, N, etc.

El tejido óseo, pues se puede definir como "un depósito inestable de sales minerales dentro de un armazón protéico". El calcio radioactivo Ca-45 con una vida media de 142 días y el Ca- 47 con una vida media de 4,9 días, según los trabajos de SNAPPER, permiten demostrar el recambio total cálcico, variando de 300 días, zonas epifisometafisarias, a 25 años en las epifisis. El calcio se encuentra en los huesos en forma de cristales exagonales de hidroxiapatita (3 Ca (PO_4) 2 Ca ($OH)_2$).

CONSTITUCION DEL TEJIDO OSEO

(Elementos A y B)

Elemento A o PERMANENTE

Osteocito (célula especializada) procedente de las células conjuntivas primitivas. El cuerpo celular alargado, posee una serie de prolongaciones que se extienden en direcciones múltiples, entrando en conexión con las células vecinas, formando una estructura a manera de Sincitio.

Substancia intercelular (1, 2, 3)

1. Haces de fibrillas colágenas
2. Substancia interfibrilar
3. Depósito de sales fosfocálcicas.

Elemento B o TRANSITORIO

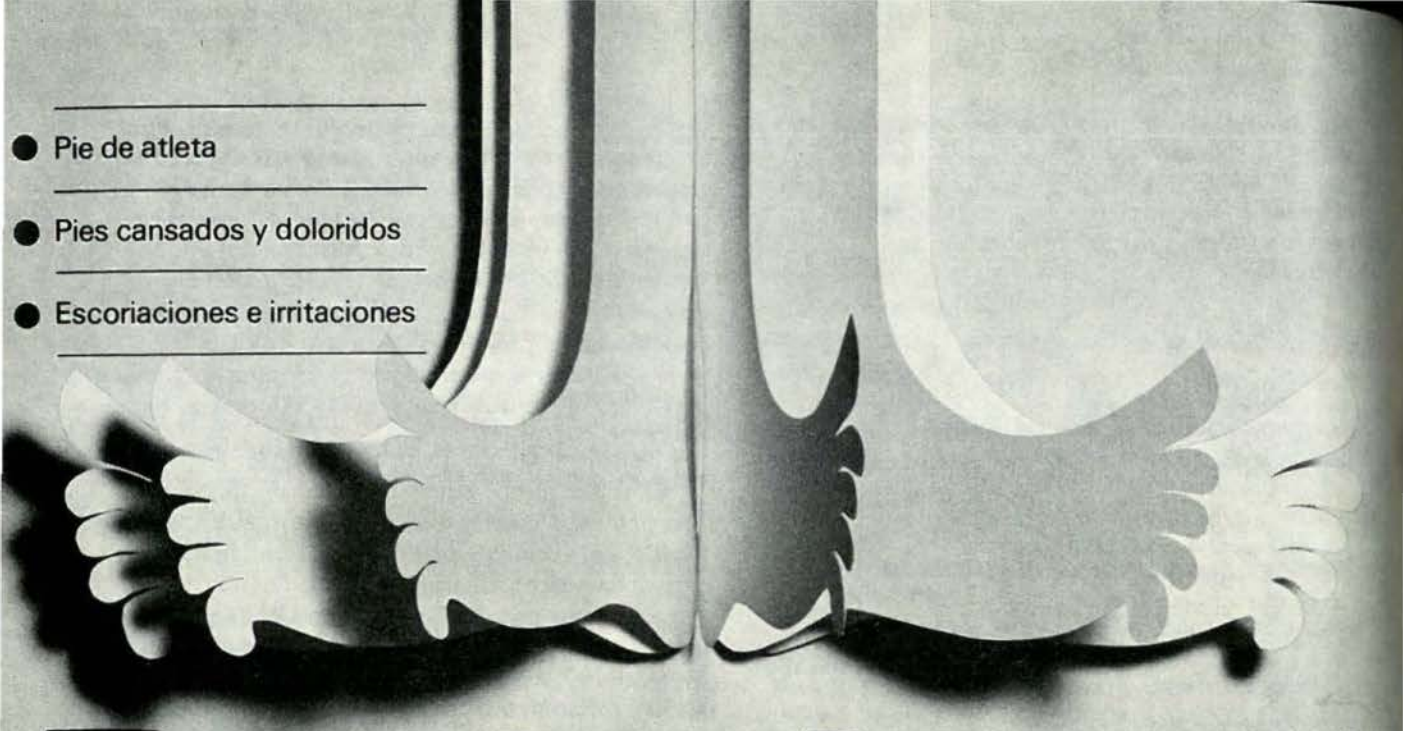
Osteoblastos (formación). Los osteoblastos activos poseen inducción osteogenética esto es: potencialidad para: 1) diferenciar, 2) modular, 3) inducir, 4) metaplasiar.

Osteoclastos de KOLLIKER (destrucción)

A las fibrillas colágenas se le debe la resistencia a la tracción o tenacidad ósea. A la substancia interfibrilar calcificada, su dureza o resistencia a la presión. El tejido óseo es el más mineralizado del organismo y el menos rico en agua. El grado óseo de mineralización crece y aumenta progresivamente desde la infancia a la edad adulta. La materia orgánica ósea contiene un 75 % de fosfato tricálcico y un 10 % de carbonato cálcico.

Los osteocitos, que provienen de las células conjuntivas primitivas, son elementos permanentes con vitalidad de sólo meses. Los osteoblastos, en períodos de actividad funcional contienen fosfatasa alcalina y pueden convertirse en osteocitos, derivándose de las células mesen-

- 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

MADAUS CERAFARM, S.A.
Fuego, s/n. Telf. 331 26 00. Barcelona-4-

quimatosas indiferenciadas de MAXIMOW. Los osteoclastos con células gigantes multinucleares.

El mecanismo local de la calcificación, viene condicionado por la gran capacidad funcional del osteoblasto que se transforma y diferencia (transformación y diferenciación) según SCOTT y KNOPP a distancia de la célula, fijando las sales de calcio y siguiendo la orientación de las laminillas hasta formar ramas reticulares.

Según GLIMCHER la osificación está en dependencia con los siguientes factores:

1. Diferencias en la configuración espacial molecular.
2. Interrelación de cargas eléctricas.
3. Capacidad reaccional de los aminoácidos con iones minerales.
4. Capacidad específica de ciertos aminoácidos:
   a) competición de componentes adicionales con los iones minerales para las reacciones de nucleación,
   b) substancias competitivas con los puntos claves de las fibras colágenas,
   c) condiciones limitativas de la difusión del agua y de los iones inorgánicos de los fluidos extracelulares para alcanzar las fibras colágenas,
   d) combinaciones parciales o totales de los tres apartados citados anteriormente (a, b y c).
5. Existencia de un fenómeno de la inducción de la osteogénesis llamado factor X y osteogenina (URIST y MAC LEAN 1952, LACROIX 1955, WATTERSON 1954, DE BRUYN y KEBISCH 1956).

En la morfogenesis de los huesos intervienen dos factores: 1) Un factor genético (equilibrio entre aposición y reabsorción). Sus alteraciones dan lugar a condrodisplasias genotípicas, osteogenesis imperfecta paquidermoperiostosis (HONOR FELL). Y 2) un factor mecánico (presión/tracción). Orientación de los osteones en el trayecto de las líneas de fuerza, es necesario para su normalidad que las fuerzas se ejerzan fisiológicamente sobre las zonas llamadas de soporte. Las fuerzas mecánicas constituyen pues un estímulo indispensable de su actividad osteoblástica. TODO AUMENTO O ACTIVIDAD DE UN HUESO (presión o tracción) PRODUCE SU REFUERZO TAN SOLO SI ESTAS SE EJERCEN SOBRE LA PREVIA ESTRUCTURA FISIOLOGICA. SI SE EJERCEN EN DIRECCION DIFERENTE A LA FISIOLOGIA PRODUCEN LA REABSORCION OSEA.

Una vez formado el tejido óseo éste se halla sometido a un recambio continuo durante toda la vida (POMMER), siguiendo las siguientes leyes:

Ley de WOLFF. — (Se refiere a la osificación perióstica). En un hueso las partes que soportan presión, crecen más a las que no la sufren crecen menos.

Ley de BESSEL-HAGEN. — El hueso tiene un potencial fijo de crecimiento. Si lo pierde en longitud lo utiliza en exostosis e hiperostosis.

Ley de HUETER y VOLKMANN = DELPECH. — Las zonas de cartílago de conjunción sometidas a presión excesiva presentan una inhibición de crecimiento y por el contrario las zonas no sometidas a presión tienen un crecimiento acentuado. (Esta ley sólo es aplicable en el perío do de crecimiento).

Vale saber que la calcificación es un depósito inorganizado de fosfato de calcio, pero no orientado por una matriz protéica calcioafín (calcificación metastásica, distrófica, calcinosis, etc.).

Los procesos óseos de reabsorción y apocisión se complementan con los de remoldeamiento o variación moldeante de HUNTER. Existen las denominadas líneas de cierre (detención de la aposición ósea sobre la trabécula), las líneas de reposo o de cemento de VON EBNER (que separan al hueso antiguo del neoformado) y las líneas de reabsorción (al reemprenderse la aposición, persiste incluida en la trabécula).

En la capa germinativa del periostio histológicamente se halla una gran actividad osteoblástica, con la formación de un tejido joven plexiforme e inmaduro en el seno de un tejido conectivo laxo osificable. Estas imágenes pueden desaparecer totalmente (periostosis reaccional o reactiva) o evolucionar en forma de brotes sucesivos constituyéndose en capas concéntricas (periostosis) o aglomerarse protusando hacia el exterior (EXOSTOSIS) cuya forma más acusada denominamos hiperostosis, espículas o espolones.

OSTEOGENESIS (a, b y c)

a) *Substancia fundamental*
   Factores favorecedores
   Osteoblastos
   Proteínas
   Hormonas
   Condroitin-sulfato
   Vitamina C

b) *Fibras colágenas*
c) *Cristales*
Osteoblastos
Fórforo
Calcio
Glucogenólisis
A.T.P.

OSTEOGENESIS



OSTEOLISIS

Å = Angström = Unidad de longitud de onda en espectrometría de radiación atómica y molecular. Un Å = 1×10^{-10} metro.

OSTEOGENESIS (factores 1, 2 y 3)

Factor 1. MATERIA PROTEICA

a) proteínas indispensables
b) actividad osteoblástica. Los osteoblastos son ricos en fosfatasa alcalina, elaboran la substancia fundamental, aportan PO_4 y energía para la mineralización ósea
c) hormonas sexuales anabolizantes
d) mineral-corticoides
e) vitamina C
f) parathormona
g) REDUCE ESTA FORMACION LA CORTISONA.

Factor 2. MINERALIZACION DE LA MATERIA PROTEICA Y FORMACION DE CRISTALES OSEOS (según CARTIER)

a) fosforilización de las fibras colágenas
b) A.T.P. proporcionado por las glucólisis
c) acción enzimática de la A.T.P.-asa
d) acción de un pirofosfato, con la formación de un fosfato de colágeno que fija al calcio.

Factor 3. FENOMENOS FISICO - QUIMICOS

Que debidos a la energía obtenida por las reacciones precedentes (factores 1 y 2) y por el hecho de estar los cristales en UNA SOLUCION SOBRESATURADA, crecen. La barrera mecánica de las fibrillas en qué reposan los cristales en UNA SOLUCION SOBRESATURADA, crecen. La barrera mecánica de las fibrillas en que reposan los cristales impiden a éstos el aumentar su tamaño.

DESTRUCCION Y RECONSTRUCCION OSEA

1. — Se efectúa a lo largo de los ejes vasculares de los conductos de HAVERS, Las osteonas de alta actividad metabólica (osteonas jóvenes) substituyen las osteonas con déficit de actividad metabólica (osteonas envejecidas).

2. — *Cambios iónicos de los cristales óseos* (su superficie se estima en 40 hectáreas)
   a) zona superficial (muy hidratada). Los cambios son muy rápidos, sin modificarse la volumetría ni el número de los cristales

cristal

   b) zona externa (hidratada)
   c) zona interna (cesión de Ca y P y consiguiente descristalización).

3. — *Desarrollo del esqueleto*
   a) molde cartilaginoso
   b) directamente por metaplasia del tejido conjuntivo
   c) transformación secundaria en la que el periostio, al formar capas laminares sucesivas, asegura la posterior osificación (diáfisis y huesos membranosos)
   d) osificación a lo largo de los ejes vasculares, sin pasar por el apartado anterior (metáfisis y epífisis)
   e) osificación epifisaria. Fundamentalmente la "edad ósea" habida cuenta que se efectúa cronológicamente.

4. — *Crecimiento del esqueleto*
   a) osificación encondral (cartílago de crecimiento)
   b) osificación perióstica (crecimiento del hueso en espesor)
   c) osificación intermembranosa.

5. — *Organización ósea*
Hueso esponjoso

(Huesos cortos y metáfisis y epífisis de huesos largos). Está formado por fibras óseas, radiales en forma de trabéculas y separadas por tejido hematopoyético.

Hueso compacto

Tiene una estructura laminar. Anillos concéntricos alrededor de los vasos (conductos de HAVERS). Se dispone en forma de cilindro u osteonas. Estas se orientan según las líneas de fuerza. Confieren al hueso elasticidad y resistencia.

DISTRIBUCION DEL CALCIO EN EL ORGANISMO (según MITCHELL)

RECIEN NACIDO ... ... 30 gramos
ADULTO ... ... 1.100 gramos

El 98 % del calcio se halla en el esqueleto.

El líquido extracelular contiene 1 gramo, del cual 350 grms. están en sangre y 650 mgrs. en el espacio extracelular.

Los tejidos blandos contienen 11 gramos de calcio.

UN HUESO FRESCO CONTIENE

1. — 25 % de agua
2. — 50 % de sales minerales
3. — 25 % de materias orgánicas.

3a — Fibras colágenas (96 % de la fracción orgánica). Proteína fibrosa con una longitud de 800 Å Las fibras están estriadas transversalmente a intervalos regulares por bandas separadas unas de otras alrededor de 640 Å

3b — Colágeno (Formado por aminoácidos). Dos son los específicos del hueso: HIDROXIPROLINA e HIDROXILISINA. El colágeno óseo tiene un gran poder de calcificación.

Los factores primordiales de la solidez esquelética son: la calcitonina, la parathormina, la vitamina D y las funciones renales e intestinales. La patología entero-renal puede ser causa de osteodistrofias.

HIPEROSTOSIS CORTICALES EN EL NIÑO

1. — HIPEROSTOSIS CORTICALES LOCALIZADAS

a) Periostosis traumática
b) Sarcoma de EWING
c) Periostosis del hipotiroidismo
d) Periostosis infecciosa (osteomielitis, vacunal del 14 día)

2. — HIPEROSTOSIS CORTICALES GENERALIZADAS

A — *DE CAUSAS DESCONOCIDAS*

Hiperfosfatasia de SWOBODA
Hiperostosis cortical prenatal de DE TONI
Hiperostosis cortical infantil de CAFFEY
Displasia diafisaria progresiva de ENGELMANN.

B — *DE CAUSA CONOCIDA*

Hiperavitaminosos A crónica
Sífilis congénita tardía.

En todos los casos descritos en el epígrafe 2 debe efectuarse el diagnóstico diferencial con:
Enfermedad de PAGET infantil
Escorbuto
Traumatismos múltiples metafisarios del lactante
Enfermedad de SILVERMANN.

DIAGNOSTICO DE LAS METAFISIS OPACAS EN FORMA DE BANDAS

1. — Osteopetrosis o enfermedad de ALBERS-SCHOENBERG
2. — Raquitismo en fase de curación
3. — Hipotiroidismo
4. — Hipoparatiroidismo
5. — Intoxicación por vitamina D
6. — Hipercalcemia idiopática
7. — Intoxicación crónica por: plomo, bismuto y flúor.

ETIOLOGIA DE LA RADIODENSIDAD OSEA GENERALIZADA

Intoxicación por vitamina D: Tóxica
Fluorosis crónica: Tóxica
Hipotiroidismo: Variable
Hipoparatiroidismo: Variable
Insuficiencia renal crónica: Rara
Hipercalcemia idiopática: Personal o familiar
Osteopetrosis (Enf. de ALBERS - SCHOENBERG): Genética
Picnodisóstosis (I): Genética.

---

(1) Hereditaria de tipo recesivo. Fragilidad ósea, enanismo, persistencia de la fontanela en edad adulta, hipoplasia de la mandíbula y de las falanges distales. Radiológicamente se evidencia condensación sin estrías transversales ni defectos del modelado óseo.



Mod. 101 "PRINCIPE"



Mod. 102 "SESAMO"



Mod. 103 "CHARLY"



Mod. 104 "FESTIVAL"



Mod. 105 "PITUSA"



Mod. 106 "SANDALIN"



Mod. 107 "BAMBY"

FIEL

calzado formativo

El calzado formativo "FIEL" ha sido diseñado bajo dirección médica para facilitar un desarrollo armónico y equilibrado del pié infantil en sus fases preandante y primeros pasos.

Es un calzado dotado de todos los requerimientos anatómicos, entre los que destacan la selección de materiales empleados en la piel, el forro y la suela, y todas las características que se destacan abajo.

Sujeción y consistencia en el talón.





Perfecto asiento del piso y tacón en un mismo plano.



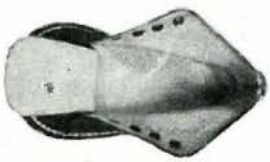
Amplia base de sustentación en tacón y piso dotado de parches de goma antideslizante.



Amplio alojamiento de dedos.

Flexibilidad a nivel del antepié.





Arco anatómico longitudinal que evita elongaciones ligamentosas.

PRINCIPALES CAUSAS DE OSTEOESCLEROSIS

1. — *GENERALIZADAS*

Enfermedad de ALBERS-SCHOENBERG
Picnodisóstosis
Displasias cráneometafisaria
Insuficiencia renal crónica
Esplenomegalia mieloide
Osteosis fluorada
Osteomalacia curada
Hipercalcemia crónica infantil.

2. — *DISEMINADAS*

Cáncer secundario óseo condensante
Mastocitosis
Histiocitosis
Sarcoidosis
Esclerosis tuberosa de BOURNEVILLE
Enfermedad de HODGKIN
Hematopatías
Enfermedad de PAGET con osteoesclerosis

3. — *SISTEMATIZADAS*

Melorreostosis
Hipercalcemia idiopática infantil
Hipercalcemia del mixedema infantil
Osteopoiquilia
Osteopatía estriada
Osteoesclerosis tóxica (plomo, bismuto, fósforo)

4. — *LOCALIZADAS*

Tumores óseos benignos
Tumores óseos malignos
Osteitis
Infartos óseos.

ETIOLOGIA DE LAS HIPEROSTOSIS

1. — *SISTEMATIZADAS O GENERALIZADAS*

Fluorosis ósea
Hipervitaminosis A de la infancia
Acromegalia
Paquidermoperiostosis
Melorreostosis
Enfermedad de ENGELMANN
Osteoartropatía hipertrofiante de PIERRE MARIE.

2. — *DISEMINADAS*

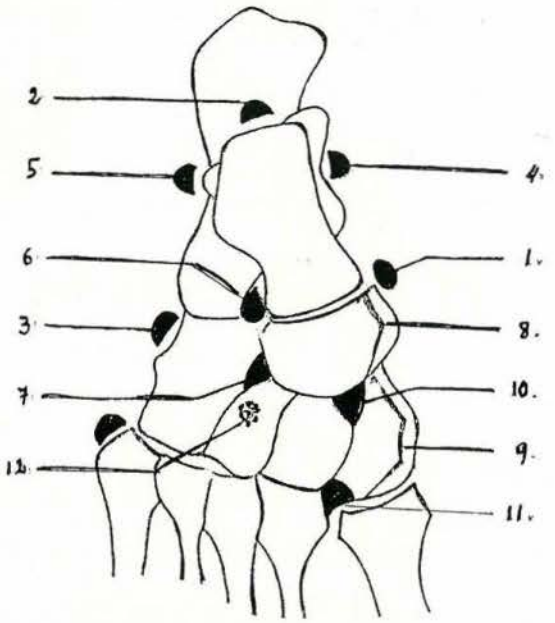
Enfermedad de PAGET
Displasia fibrosa ósea
Hiperostosis cortical infantil.

3. — *LOCALIZADAS*

Osteitis
Tumores.

HUESOS SUPERNUMERARIOS DEL TARSO

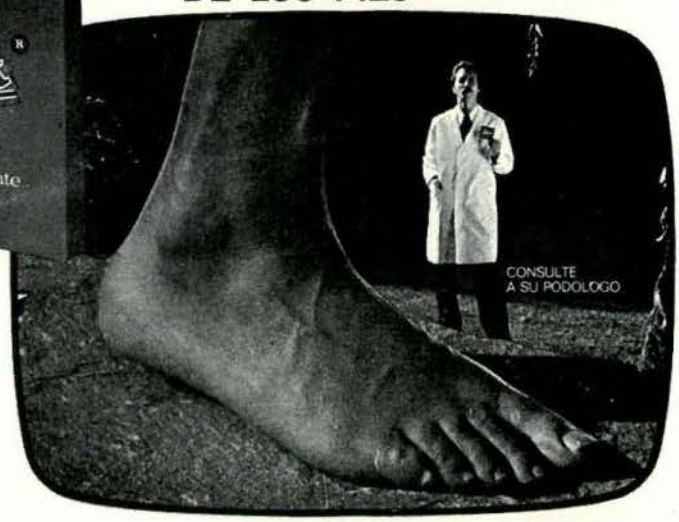
(se adjunta gráfica para diagnóstico diferencial tipográfico y soslayar errores de falsas exóstosis).



1. Escafoides supernumerario (10 % de los huesos supernumerarios)
2. Os trigonum o astragalo supernumerario (8 %)
3. Cuboides accesorio (7 %)
4. Hueso subtibial
5. Hueso subperoneo
6. Calcáneo supernumerario
7. Cuboides secundario
8. Escafoides bipartito. (Es preciso distinguirlo de una fractura de escafoides). La línea de bipartición acostumbra a ser horizontal
9. Primer cuneiforme bipartito
10. Hueso intercuneiforme
11. Hueso intermetatarsiano o intercuneometatarsiano
12. Hueso unciforme. (Es excepcional. Es plantar y situado debajo de la tercera cuña.

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





DE VENTA
EN FARMACIAS

CONSULTE A SU
PODOLOGO

Productos PEUSEK Av. Infanta Carlota, 19 21 Tel. (93) 239 83 34 - BARCELONA - 29

MEMORANDUM SOBRE ALGUNAS DE LAS EXOSTOSIS QUE PUEDEN OBSERVARSE EN PODOLOGIA

1. Espolón calcáneo de crecimiento. De los 8 a los 20 años. "Los músculos plantares no siguen el ritmo del hueso". Más frecuente en el sexo femenino y deportistas.
2. Exóstosis calcánea de crecimiento. Clínicamente muda. Hallazgo casual radiológico.
3. Espolón calcáneo por gonococcia.
4. Espolón calcáneo por gripe.
5. Espolón calcáneo por sífilis.
6. Espolón calcáneo por infección focal a distancia (prostatitis, amigdalitis, etc.).
7. Exóstosis calcánea por poliartritis.
8. Pancalcaneitis exostosante múltiple.
9. Espolón de la tuberosidad interna del calcáneo (único o doble). De los 20 a los 50 años. Para que no sea simplemente una variante esquelética ha de ser superior a 3 mm. de longitud.
10. Enfermedad de HAGLUND y BLECKE (1907). Exóstosis en región postero-superior calcánea.
11. Exóstosis de la cabeza del metatarsiano en el Hallux vulgus.
12. Exóstosis en el Hallux rigidus.
13. Exóstosis en el tubérculo postero-inferior calcáneo, posterior a arrancamientos de puntos de inserción musculotendinosos en el pie plano, por excesivo trabajo tendinomuscular.
14. Espolón aponeurótico de VIRCHOW por tensión anormal de la aponeurosis plantar en pies cavos y pies cavo-valgos.
15. Metaplasia calcificante musculotendinosa del calcáneo postmicrotraumatismos por condiciones estáticas deficientes.
16. Osteofitos tubérculosos en los huesos del tarso por osteitis tuberculosa subyacente.
17. Enfermedad de MURK-JANSEN. Exóstosis y atrofia en las falanges de los dedos del pie con disóstosis cleidocraneana de PIERRE MARIE-SAINTON.
18. Exóstosis calcánea, asociada a pie cavo y a supraelevación congénita del omoplato (Enfermedad de SPRENGEL).
19. Osteitis parcial exostósica, en su forma evolutiva pre-periostitis por espina ventosa (tuberculosis diafisaria de los metatarsianos y falanges).
20. Enfermedad de BESSEL-HAGEN (1891) —LERI— Enfermedad osteogénica, exostosante.
21. Osteofitos marginales gotosos asociados a condrocalcinosis articular.
22. Nudosidades interfalángicas de BOUCHARD, características de las artrosis, unidas a reacción exostosante articular.
23. Síndrome de BRUGSCH - Acropaquidermia, acromicria, paquiacria, distrofia osteogenital y pseudoacromegalia.
24. Enfermedad de BUSQUET - Osteoperiostitis osificante de los metatarsianos.
25. Enfermedad de DURANTE - Displasia perióstica con fragilidad ósea y discretas exóstosis.
26. Síndrome de GARNER (1951-1953) - PLANCK-RICHARDS - Poliposis rectocólica, tumores ectodérmicos diversos sobre todo nódulos cutáneos, nódulos óseos, exóstosis. Su evolución es muy prolongada. La transformación maligna es rara.
27. Gargolismo sinónimo de Idiocia disostósica de HUNTER, de enanismo familiar disostósico de PFAUNDLER-HURLER (1919) DE RUDDER, enfermedad de HURLER, gargolismo de ELLIS, lipocondrodistrofia de WASHINGTON. Enfermedad rara, de aparición congénita y carácter familiar. Deficiencia psíquica. Deformaciones craneofaciales. Enanismo. Sordera. Cardiopatías, mano en garra y metatarsianos exostósicos en forma de pilón de azúcar.
28. Síndrome de PAUZAT - Periostitis de los metatarsianos con tendencia a la regeneración ósea y exóstosis.
29. Síndrome de PROFICHET - Síndrome de la calcinosis intestinal generalizada. Aposición calcánea progresiva en los tejidos subcutáneos, distinta del Síndrome de THIBIERGE-WEISSENBACH. Se calcifican asimismo tendones y áreas periarticulares.
30. Enfermedad de RAAP - Condrodistrofia calcificante congénita, con eventual asociación de catarata y malformaciones congénitas.
31. Síndrome de RAVINA-PECHER (1941) - Artromalacia de los dedos de las manos y de los pies. Distrofia osteoligamentosa familiar y hereditaria.
32. Síndrome de TOURAINE-SOLENTE-GOLE (1935) - Paquidermia, plicatura con paquiperiostosis u osteodermatopatía hipertrofiante.
33. Tumor de WALLGREN (1940) - Granuloma reticuloendotenial eosinofílico (calcáneo), llamado también tumor solitario de los huesos de OTANI y EHRLICH o granuloma eosinófilo de JAFFE y LICHTENSTEIN (1940), en su forma anómala de geoda yuxtacortical asociada a exóstosis.
34. Enfermedad de WEILL - Poliosteocondritis, bien en la Enfermedad de Morquio, en la enfermedad de SILFVERSKLOLD (1925) acon-

PIEDRO

OFRECE AL PODOLOGO:

el calzado anatómico-fisiológico número uno de Europa

cuatro distintos anchos
cuatro tipos distintos de suela

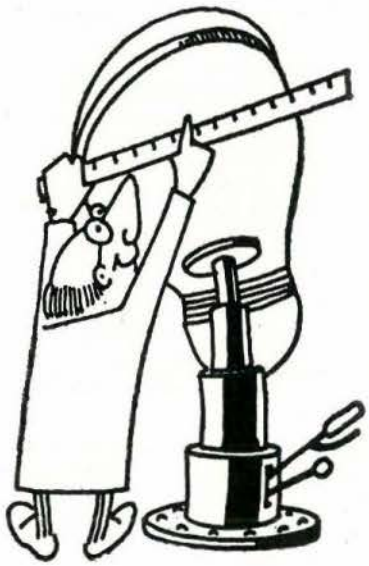
- **100 % cuero crupón marca-royal**
- **palmilla entresuela cuero y bloque de composición controlada**
- **íd., íd., íd. y crepé superior virgen**
- **100 % cuero crupón reforzado**

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:

Espacio para colocar plantillas
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, 87, 2.°
teléfono 93/239 53 06
Barcelona - 15
telegramas: KIRITA-Barcelona

droplasias atípicas, aplastamientos vertebrales, alteraciones epifisometafisarias, de tipo familiar y hereditario, o enfermedad de TURPIN-COSTE (1941) o displasia poliefisisaria de ROBERT CLEMENT, asociada a exóstosis.

35. Osteitis exostosante localizada de JUNGLING (1920) - Forma de la enfermedad de BESNIER-BOECK-SCHAUMANN, caracterizada por la localización ósea aislada de la sarcoidosis.

36. Síndrome de FIESSINGER-EROY-REITER (1916) - Síndrome pseudogonocóccico-enterítico óculo-conjuntivo y uretral asociado a artropatías y exóstosis. Las artropatías suelen ser de carácter múltiple y recidivante: De origen probablemente vírico.

37. Exóstosis osteofítica en la poliartritis reumatoidea.

38. Exóstosis osteofítica en el reumatismo psoriasico.

39. Perióstosis tibioperonea inferior circunscrita, por úlceras varicosas.

40. Peroóstosis circunscrita leucémica.

41. Perióstosis tóxica por intoxicación por plomo.

42. Perióstosis tóxica por intoxicación por fósforo.

43. Perióstosis tóxica por intoxicación por cadmio.

44. Perióstosis tóxica por intoxicación por nácar.

45. Perióstosis crónica por intoxicación por antimonio.

46. Perióstosis por estasis circulatorio.

47. Exóstosis debida a la inestabilidad de la articulación tibioperoneo-astragalina, con artrosis de la mortaja y exóstosis reaccional.

48. Exóstosis post-fracturas de calcáneo con aplastamiento o desviaciones, fragmentarias que puedan afectar a la astragalocalcánea o a la calcáneocuboidea.

49. Exóstosis post-fracturas de los maleolos tibial y/o peroneo mal reducidas o mal consolidadas por anormalidad de la mortaja maleolar conllevando desviación en la posición del astrágalo.

50. Exóstosis degenerativas y/o seniles por alteraciones en la distribución de las presiones fisiológicas de la carga, en exceso o defecto.

51. Exóstosis por alteraciones de cualquiera de los arcos plantares que conllevan las artropatías (la exóstosis aparecen *siempre*, después de un tiempo del inicio de la enfermedad.

52. Espolón calcáneo por alteraciones ligamentosas.

53. Síndrome de ALBANESSE-FRONTALI, forma clínica del síndrome de MARFAN (1896) con puntos de osificación supernumerarios en falanges y metacarpianos asociado a exóstosis y/o perióstosis.

54. Exóstosis subungueal de la última falange del primer dedo. (Condroma subungueal). Frecuente de los 14 a los 18 años. Tiene preferencia por el sexo femenino. Puede también presentarse en todos los demás dedos.

55. Osteoperióstosis hipertrófica por enfermedades crónicas, de pulmón y/o bronquios, cardiopatías, mediastinitis y hepatopatía cirrótica.

56. Osteocondroma de los metatarsianos y falanges de forma redondeada, oval, insuflada, calcificado, osificado y/o exostosante.

57. Condroblastoma benigno de JAFRE y LICHTENSTEIN que corresponde a las variedades denominadas tumor calcificante de las células gigantes benigno de EWING y al tumor epifisario condromatoso de células gigantes de CODMMAN.

58. Enfermedad de FREYBERG u osteocondrosis de la cabeza del 11 metatarsiano.

59. Osteocondroma solitario de crecimiento de localización en la tibia. Aparece a partir de los cuatro o cinco años.

60. Enfermedad de ENGELMANN (1929) - Distrofia ósea congénita de los huesos largos y del cráneo. Osteopatía condensante (muy rara) acompañada de exóstosis (rarísima).

61. Síndrome de MAFUCCI - Discondroplasia asociada con angiomatosis subcutánea y más raramente visceral con eventual presencia de exóstosis. Cuando al síndrome anterior se le añaden transtornos de la pigmentación cutánea en forma de nevus, vitíligo, etc., se le denomina síndrome de KAST. Este síndrome está asimismo emparentado con el síndrome de KLIPPEL-TRENAUNAY (1900) - WEBER que corresponde a un nevus varicoso osteohipertrófico, hipertrofia de los miembros de origen vascular (hiperplasia ósea, hipertrofia y varices) y próximo al síndrome de PARKES-WEBER (1918) o hipertrofia de un miembro asociada a hemagiomas, varices, aneurismas cirsoideos o arteriovenosos, con o sin exóstosis.

62. Discondroplasia de OLLIER, o condromas osteogénicos múltiples, de localización en metatarsianos y falanges.

63. Acrodiscondroplasia de CASSUCCIO - Condromatosis múltiple de manos y pies, acom-

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)

pañada con relativa frecuencia de hemangiomas y flebolitos.

64. Enfermedad de BOJEREN - Condrodisplasia hemilateral y condromatosis múltiple hemilateral.

65. Exóstosis y callos voluminosos postfracturas al calzarse de los pacientes afectos de osteogenesis imperfecta (variedad o forma tardía) o enfermedad de LOEBSTEIN.

66. Melorreostosis - u osteopatía hiperostósica condensante de LEWIN, PUTTI, WIDMANN y ZIMMER. Afecta frecuentemente al primer metatarsiano.

67. Osteopoiquilia - u osteopatía condensante generalizada. Aparición de nódulos y discretas exóstosis en las diáfisis de las falanges y metacarpianos.

68. Enfermedad de OAMURATI-ENGELMANN - Osteopatía hiperostósica esclerosante múltiple infantil simétrica y hereditaria - Habitualmente respeta los huesos de las manos y de los pies, pero se han descrito casos que también los han invadido.

69. Síndrome de CAFFEY-SILVERMANN sinónimo del síndrome de CAFFEY-SMITH (1945-1948) - Hiperóstosis del lactante con edema de la cara, de origen genético y evolución espontánea hacia la curación.

70. Enfermedad de KOZEWSKI - Hiperóstosis generalizada con paquidermia idiopática familiar o enfermedad de ARNOLD-FRIEDLICK-UEHLINGER. Hiperóstosis extraordinaria que afecta exclusivamente al sexo masculino y que se inicia entre los 13 y 18 años.

72. Exóstosis de los sesamoideos, acompañada o no de Hallux valgus.

73. Exóstosis por sinóstosis incompleta del tarso (más frecuente, entre astrágalo y escafoides).

BIBLIOGRAFIA

1. ALBRIGHT y REIFENSTEIN. — The parathyroid glands and metabolic bone disease. — Willimas-Wilkins, ed. Baltimore, 1948.
2. BRAILSFORD. — The radiology of bones and joints. — Churchill Ltd. London, 1945.
3. CAFFEY. — Pediatric X-Ray diagnosis. The year Book publiers. Chicago, 1960.
4. CARTIER y PICARD. — Biochimie de l'ossification: role de la phosphatase alcaline dans les premiers stades de l'ossification. C.R. Soc. Biologie, 1951.
5. CASUCCIO. — Osteopatie rare. Edizzioni Scientifiche Instituto Rizzoli. Bologna, 1949.
6. CORVOISIER y MARTIN. — Squelette et glandes endrocrines. Sandoz, 1959.
7. DEGREZ, RAJEWSKY y LEDOUX-LEBARD. — Elementos de seminología radiológica. Editorial Ateneo, 1969.
8. EDEIKEN-JODES. — Diagnóstico radiológico de las enfermedades de los huesos. Buenos Aires, 1977.
9. ENGELMANN. — Osteopathia hyperostotica sclerotisans multiple infantilis. Fortschr. Rontgenstr, 1929.
10. Fanconi GIRARDET y varios. Cronische hypercalcaemie. Helve. paedit. Acta, 1952.
11. GREENFIELD G.B. — Radiology of bone diseases. Philadelphia J.B. Lippincott C°, 1969.
12. KOHLER. — Roentgenologya. Editorial Labor, 1933.
13. PEDRO PONS. — Patología y Clínica Médicas. Ed. Salvat, 1965.
14. PIULACHS. — Lecciones de Patología Quirúrgica. Editorial Toray, 1970.
15. POTCHEN-KOEHLER-DAVIS. — Diagnóstico Radiológico. Editorial Salvat, 1976.
16. REEDER-FELSON. — Pergamon Press. New York.
17. P. ROGER, H. MATHIEU y S. BALSAN. Fisiología Patología Terapéutica. Ed. Sandoz, 1967.
18. ROYER, MATHIEU BALSAN. — El calcio en el niño. Ed. Sandoz, 1976.
19. SWOBODA. — Das skelett des Kindes. Geor Thieme. Ed. Stuttgart, 1956.
20. SWOBODA. — Hyperostosis corticalis deformans juvenilis. Helv. Paediart. Acta 1958.



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.: 552 Ptas.
FUNGISDIN AEROSOL:
Frasco de 50 ml. P.V.P.: 279 Ptas.
FUNGISDIN GEL:
Tubo de 30 gr. P.V.P.: 311 Ptas.

Avda. Generalísimo Franco, 520
Barcelona-11

ISDIN

Técnica e investigación en dermatología

«Algo sobre el uso y abuso de las plantillas ortopédicas»

JOSE ANTONIO CALVO GARCIA
PODOLOGO
ZARAGOZA

Introducción

Hace algún tiempo, leyendo una revista argentina, me encontré con un artículo de Paulina Zlachefki la cual hacía alusión a la deontología profesional con una crítica constructiva y sobre todo, recorde a nuestro Presidente D. Leonardo Escachs, el cual, en varias ocasiones le he oído comentar su preocupación por la materialización y comercialización de nuestra especialidad, sobre todo, en centros ortopédicos y comercios destinados a la venta de plantillas.

Me refiero a la aplicación de plantillas sin previo estudio y verdadera necesidad.

Esto, puede dar lugar a grandes fracasos, críticas y malos resultados para nuestra reputación y conocimientos podológicos.

A nuestros pacientes, hemos de estudiarlos bien, reconocerlos bien y cobrarles bien, pero primero pensando en la solución de su problema y después en nuestra economía.

De una visita bien realizada, puede obtenerse un buen resultado y una buena remuneración, de una precipitada venta de plantillas o zapatos, etc., podemos obtener un fracaso y un desprestigio para nosotros y la podología.

Nuestra época se va liberando de muchos conceptos erróneos del pasado. Pero a pesar de los grandes progresos de la medicina en estos últimos tiempos, aún quedan ciertas ideas conservadoras como viejos resabios. Caso típico de ello es el Pie, al que se resta importancia y considera secundario. Sin embargo, durante las últimas décadas la Podología ha revolucionado con sus ideas innovadoras acerca de la Anatomía, la Fisiología y la Patología de la bóveda plantar. El clásico esquema de los arcos vencidos del pie, con la vieja hipótesis de una futura corrección de su desplazamiento mediante la aplicación de soportes plantares, fue y es una técnica errónea sustentada por la irresponsabilidad, que corre pareja con la mayoría de los fracasos terapéuticos observados.

HISTORIA

Hacia fines del siglo pasado y principios del actual existía el vano propósito de corregir —sin excepción— todos los pies vencidos o planos, por medio de aparatos traumatizantes y bárbaros. Cada especialista concebía una bóveda plantar "tipo" o "ideal" y a toda costa pretendía e intentaba restablecerla íntegramente.

Hoy día sabemos que no existe una cúpula plantar normal y que los distintos tipos de pies ofrecen tanta variedad como las formas que se observan en las manos, la cabeza u otras partes de nuestro organismo.

El concepto acerca de lo que constituye "deformación" de los pies, deberá sufrir una verdadera revolución, para poder distinguir la diferencia entre un pie considerado "normal" y otro "defectuoso" y luego emitir un juicio acerca de lo "deficiente" o "anormal". Basándose sobre esta práctica, las estadísticas establecieron pruebas de las que un sesenta o un setenta, e, inclusive un noventa por ciento de los pies, están deformados. Y aquí es donde yo recordé a Leonardo Escachs que en muchas ocasiones nos ha dicho: "todo pie puede con-

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.

siderarse normal, siempre que cumpla sus funciones *sin desfallecimiento ni dolor*" "debemos de corregir los *pies enfermos, no feos*".

La mayoría de nosotros aún recordamos esos paneles publicitarios destinados a promover la venta de soportes plantares realizados en serie, con el esqueleto del pie representando esquemáticamente como el arco de un puente hundido por el efecto de una sobrecarga. Las subfases articulares dislocadas hacia un costado, abiertas por un importante bostezo.

Tal era un argumento sensacionalista y eficaz para hacer que la gente comprara dichas plantillas o soportes, como una panacea para corregir todos los males de los pies.

Ya en el año 1923, el Profesor Hohmann se levantó contra esta distorsión de una realidad cada vez más candente, que obligaba a cambiar el modo de pensar. En su obra maravillosa "Pie y Pierna" publicó radiografías de pies planos, que mostraban la interlínea articular astrágalo-escafoidea, abierta en la faz dorsal del pie y no en la plantar. Al mismo tiempo descubrió el mecanismo de las modificaciones del tarso y, en particular, la "coincidencia" del astrágalo con el calcáneo y con el escafoides.

ETIOLOGIA

En la actualidad, se admite que las modificaciones que se operan a nivel del tarso se producen, sobre todo, durante los períodos considerados de desarrollo y crecimiento. Y, por lo tanto, es cuando comienza a estimarse la perturbación del crecimiento. Por consiguiente, son indispensables los exámenes periódicos de los pies de los niños en edad escolar, tanto como los de los estudiantes en la adolescencia. Del mismo modo, deben llevarse a cabo los estudios sobre el sistema músculo-ligamentoso y sobre el esqueleto del pie.

Esquematizando la bóveda plantar, ésta, está formada por los arcos interno y externo y anterior o tranverso. En realidad, la planta del pie presenta una infinidad de bóvedas formando una cúpula más elevada hacia su costado interno, que hacia el externo.

Ello resulta del hecho, que los músculos activos del borde interno del pie son, relativamente, más fuertes. La acción de estos músculos se refuerza por la aponeurosis plantar que es la más poderosa del cuerpo humano. Aponeurosis y músculos guardianes de esta cúpula que se elongan y contraen a cada paso, como un resorte, para amortiguar, así, el movimiento de la marcha. El juego sutil y sincronizado de las numerosas articulaciones que accionan en el pie contribuyen a igual resultado.

Nuestro pie, es un órgano creado por la Naturaleza, que anduvo a lo largo de las generaciones sobre suelo blando, muelle, elástico y accidentado sobre el cual se desarrolló. La adaptación a esa superficie le aseguraba el desenvolvimiento de todos sus músculos tanto los intrínsecos como los extrínsecos. Pero la civilización le proporcionó un suelo compacto y duro, al tiempo que se le retiró por debajo, el terreno ideal. La marcha sobre un piso plano y consistente hizo variar mucho el mecanismo de esos "resortes" que le eran habituales, y ciertos músculos comenzaron a ser solicitados en ayuda de otros completamente agotados.

En consecuencia, aparecieron los dolores producidos —por un lado— por la inactividad muscular y —por el otro— por la sobrecarga y la fatiga. Ello hace que en nuestros días se identifique tal situación con el rótulo común de "pie plano". En realidad, si se lograra alguna modificación estructural en la bóveda plantar con un afianzamiento más positivo, se evitaría intervenir. Consideramos que sería más justo designar a esos dolores como "estáticos" por insuficiencia funcional del pie, y no como pie plano.

En nuestros días sabemos que las deformaciones roturadas como "pie plano" y "pie cavo" raramente sobrevienen en la edad adulta. Son afecciones localizadas principalmente sobre el tarso, e instaladas en él, en la inmensa mayoría de los casos, durante la infancia, la niñez y la pubertad. Los cambios estructurales, ligados al proceso del crecimiento, intervienen también durante los períodos de adaptación de los jóvenes a una nueva vida el aprendizaje de la marcha, el ingreso en la escuela y la integración a la vida profesional.

Volvamos ahora a la bóveda plantar, cuya llave de giro o pivot se situaba, para muchos, a nivel del escafoides. Partiendo de esta confección errónea de una bóvedasub-escafoidea con un punto culminante debajo de este hueso, cuando en realidad el vértice de este arco longitudinal interno no se sitúa a la derecha del escafoides, sino precisamente, en el "sustentaculun talis". Esta apófisis sirve de balcón o barandilla al estrágalo. He aquí la razón por qué tantas plantillas o soportes plantares sean tan mal tolerados al principio.

En efecto, el problema de sostén ha sido resuelto de una manera incompleta. Todo soporte plantar constituye un sostén exterior de descarga para varios músculos fatigados y agotados, a los que procura un descanso. Al mismo

SERVICIO DIRECTO
DESDE LA FABRICA
EN VILLENA

P.F

EL CALZADO ORTOPEDICO DE ESPAÑA

VENTA CON RECETA
EN ORTOPEDIAS

20 AÑOS DE EXPERIENCIA en el diseño técnico ortopédico bajo dirección médica con el testimonio de más de 300 ortopedias repartidas por toda España.

CONTRAFUERTE DE HELFET indeformable rebatido a alta presión, (que no se debilita con el calor natural de la deambulación).

SERVICIO INMEDIATO mediante STOCK de gran capacidad. (Directo de fábrica).



TACON DE CUERO que permite adecuar el calzado prescrito con cuñas adicionales a las básicas (que llevan opcionalmente incorporados los distintos modelos).

Fabricación Exclusiva en DOBLE COSIDO visto por la suela que logra simultáneamente: gran FLEXIBILIDAD a nivel del antepié y extraordinaria CONSISTENCIA en talonera y enfranque

Perfecto ASIENTO del calzado en todos los modelos (tacón y piso en el mismo plano), aun cuando vayan provistos de cuñas básicas opcionales.

SUELA Y ENTRESUELA de crupón de cuero de curtición lenta natural, transpirable y repelente del agua.

MATERIALES de máxima calidad con un acabado en consonancia.

Dentro de nuestra experimentada y completa gama de calzado ortopédico, usted encontrará el modelo que requiera su prescripción. Este calzado cumple con todos los requisitos funcionales y biomecánicos que se exigen a nivel internacional, entre los que cabe destacar los que se indican en la figura superior. Ahora el calzado P-F es flexible, hay modelos en colores vivos y alegres e incluso de tipo deportivo. Pero sigue conservando su tradicional contrafuerte indeformable con el uso que soporta la tensión reiterada aun en casos de pies patológicos como el zambo o el plano grave.

Si no dispone del nuevo catálogo rogamos nos lo solicite mediante carta o simple llamada telefónica.



- HORMAS RECTA Y NORMAL PARA INCORPORAR PLANTILLAS.
- HORMAS PREANDANTES RECTA, NEUTRA Y CURVA.
- FERULAS DENIS-BROWNE.
- HORMAS RECTAS PRIMEROS PASOS Y ORTOPEDICA.
- HORMAS RECTA, SEMIAPROXIMADORA Y APROXIMADORA, DOTADAS DE SUPINACIÓN BÁSICA EN RETROPIÉ.
- HORMA SEPARADORA (ANTI-VARUS)
- HORMA SEPARADORA CON PRONACIÓN BASICA.
- HORMAS RECTA Y NEUTRA POST-QUIRURGICAS.
- ANCHOS E, F y G.
- TACON NEUTRO, THOMAS DIRECTO E INVERSO.

MANUFACTURAS ORTOPEDICAS P.F, S.A. Apartado, 43. VILLENA (Alicante) Telf. (965) 800191 - 802586 - 803212

tiempo estos músculos inactivos no pueden cumplir sus funciones en forma natural, y se atrofian. Por lo tanto van al encuentro de una terapéutica de sostén eficaz y valiosa cuando está racionalmente interpretada. Está bien claro entonces, que no es necesario acudir a las plantillas, salvo cuando estén "científicamente" concebidas. A la vez habrá de preocuparse de tonificar los músculos del pie y pierna, pues solamente una musculatura armoniosamente desarrollada puede conservar la bóveda plantar, tanto desde el punto de vista estructural como funcional.

Ahora para terminar, repasaremos la estructura del pie plano.

PIE PLANO

El hundimiento de la bóveda plantar se debe a la debilidad de sus medios de sostén naturales, músculos y ligamentos. Los ligamentos bastan por sí solos durante un corto período de tiempo para mantener la curvatura normal de la bóveda, puesto que la impresión plantar de una pieza de amputación es normal, a menos que se seccionen los ligamentos. Sin embargo, en el ser vivo, si los soportes musculares se debilitan, los ligamentos acaban por distenderse y la bóveda plantar se hunde definitivamente.

Por lo tanto el pie plano se debe, ante todo, a una insuficiencia muscular (Fig. 78), insuficiencia del tibial posterior (4) o, con mayor frecuencia del peroneo lateral largo (5). Sin apoyo, el pie adopta una actitud en varus, puesto que el peroneo largo es abductor. Por el contrario, desde que el peso del cuerpo se aplica sobre la bóveda, el arco interno se hunde (Fig. 76) y el pie gira en valgus, este valgus se debe a dos factores:

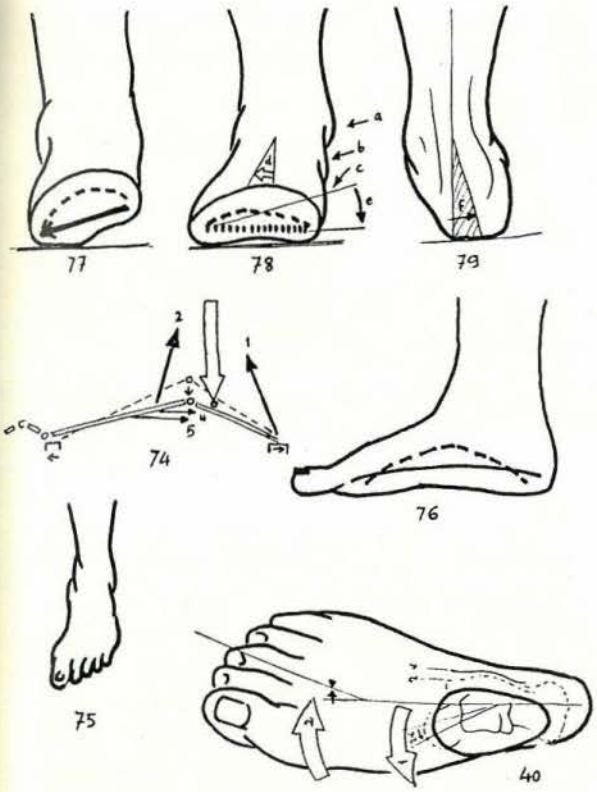
1.° La curvatura transversal de la bóveda, sostenida en condiciones normales por el tendón del peroneo lateral largo, se deja aplanar; al mismo tiempo el arco interno desciende: la consecuencia es una rotación de la parte anterior del pie sobre su eje longitudinal, de tal manera que la planta toma contacto con el suelo en toda su anchura y a la vez la parte anterior del pie se incurva hacia fuera (d).

2.° El calcáneo gira en pronación (Fig. 79) sobre su eje longitudinal y tiende a apoyarse sobre su cara interna. Este valgus, visible y mesurable por el ángulo que forma el eje del talón con el tendón de Aquiles, sobrepasa los 5 grados de variación fisiológica para alcanzar 20 grados en ciertos pies planos, para algunos autores sería debido a alguna malformación de las superficies de la subastragalina y a una laxitud anormal del ligamento interóseo, mientras que para otros estas lesiones serían secundarias.

Sea lo que fuere, el valgus desplaza el centro de presión hacia el borde interno del pie y la cabeza del astrágalo se inclina hacia abajo y hacia adentro. Entonces se ven aparecer en el borde interno del pie tres prominencias (Fig. 78) más o menos acusadas,
— el maleolo interno (a) en prominencia anormal
— la parte interna de la cabeza del astrágalo (b)
— el tubérculo del escafoides (c).

La prominencia del tubérculo del escafoides señala el vértice del ángulo abierto hacia fuera que forman juntos el eje de la parte posterior y el de la parte anterior: la aducción-pronación de la parte posterior del pie está compensada por una abducción-supinación de la parte anterior del mismo.

Este conjunto de deformaciones (Fig. 40) da lugar a una afección bastante extendida y conocida con el nombre de pie planovalgus o tarsalgia del adolescente.




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 fin de que el pie se apoye nuevamente y se adapte a nuestro nuevo terreno artificial, será necesario: reeducarlo, dominarlo, ejercitarlo y tonificarlo.

LOS DESEQUILIBRIOS DEL ARCO ANTERIOR

En el curso de las deformaciones de la bóveda plantar, el arco anterior se puede encontrar desequilibrado en sus apoyos o deformado en su curvatura.

En general, el desequilibrio es secundario a un pie cavus anterior: el equino de la parte anterior del pie aumenta las presiones que soporta el arco anterior según tres posibilidades:

1.° El equino de la parte anterior del pie es simétrico, sin pronación, ni supinación; la curvatura del arco está conservada; existe, por tanto, una sobrecarga de los dos puntos de apoyo que crea una callosidad bajo la cabeza del primero y quinto metatarsianos.

2.° El equino de la parte anterior del pie va acompañado de una pronación debida al descenso predominante del radio interno (contractura del tibial posterior o del peroneo lateral largo); por estar conservada la curvatura del arco, la sobrecarga gravita sobre el apoyo interno del mismo y bajo la cabeza del primer metatarsiano aparece una callosidad.

3.° El equino de la parte anterior del pie va acompañado de una supinación por estar conservada la curvatura del arco, la sobrecarga se efectúa en el punto de apoyo externo (callosidad bajo la cabeza del quinto metatarsiano).

En ciertos pies cavus anteriores, la curvatura normal del arco anterior puede estar deformada:

— simplemente enderezada o anulada: se trata de un pie plano anterior; la sobrecarga se distribuye sobre todas las cabezas metatarsianas (callosidad bajo cada una de ellas),

— en inversión total: se habla entonces de pie redondo o convexo anterior, la sobrecarga, señalada por las callosidades, se efectúa sobre la cabeza de los tres metatarsianos medios.

La inversión del arco anterior es causada por la deformación de los dedos en garra o en martillo; hemos visto que esta deformación podía ser debida a un desequilibrio entre interóseos y extensores; con gran frecuencia, es la consecuencia del calzado demasiado pequeño, o de tacones altos (lo que equivale a un calzado de tamaño insuficiente) los dedos tropiezan y se repliegan: la cabeza de la primera falange se ve rechazada hacia abajo (callosidad); la misma cabeza del metatarsiano desciende (nueva callosidad) y aparece el hundimiento del arco.

Este fenómeno aparece favorecido por el uso de calzado puntiagudo en ciertos pies de conformación especial: el pie ancestral (o también Neanderthal foot o Pes anticus), recuerdo del pie pre-humano con dedo gordo prensor.

— el primer metatarsiano es corto, hipermóvil, y sobre todo muy separado del segundo (metatarsus varus o adductus), y conduce el dedo gordo en una dirección oblicua hacia delante y hacia dentro.

— el segundo metatarsiano sobrepasa con mucho a los otros, lo cual lleva sobre él el apoyo en lo que al paso se refiere, de lo que se deriva una sobrecarga, articulación dolorosa en su base y, a veces, incluso, fractura de marcha (pie forzado).

— quinto metatarsiano muy separado hacia fuera (quinto metatarsiano valgus o abductus).

Cuando la parte anterior del pie de estas características de amplitud se encuentra aprisionada en calzados de extremo puntiagudo, el dedo gordo es rechazado hacia fuera.

Pronto el desequilibrio se hace permanente, fijo por las retracciones capsulares, la luxación hacia fuera de los sesamoideos y de los tendones, acompañada de una exóstosis en la cabeza del metatarsiano, en la cual aparece una callosidad: así se forma el Hallux Valgus.

El dedo gordo atravesado, rechaza los dedos medios cuya deformación en martillo agrava. El quinto dedo sufre una deformación inversa: el Quintus Varus, que también contribuye a la garra de los dedos medios. De este modo, el arco se convierte en convexo.

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 o 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.
276,— 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.
160,— Ptas.

INFAR NATTERMANN

Apartado 400 - Zaragoza Infanta Carlota, 84-88 Barcelona-29

Alicante, 1980

En el acto inaugural de nuestro XIII Confreso, coincidí con mi amigo, Pepito Grillo.

Nos saludamos y mientras visitábamos los diferentes stands, charlamos de diversos temas, incluido como es lógico los referentes a nuestra profesión.

Asistimos, juntos, a todas las conferencias. No comentábamos excesivamente las mismas, mejor dicho, sólo hablaba yo, mientras él escuchaba.

Después del acto de clausura, le pregunté:

—¿Cuál es tu opinión de lo que has visto y oído, durante estos días?

Me miró y con una sonrisa algo triste me contestó:

—Ha sucedido ALGO, que no esperaba. Por tal motivo, necesito reflexionar. En estos momentos, quizás serían erróneas mis aseveraciones.

Por tal causa, es mejor dejar pasar un tiempo. No obstante ya me pondré en contacto contigo.

No volví a verlo. Empero a la mañana siguiente, tenía una carta en la Conserjería del Hotel.

La lei y quedé asombrado de lo que en ella me manifestaba, y que yo no había dado la importancia, que en realidad tiene.

La misma la dividía en varios apartados diferentes, pero con un denominador común.

Por creer que tiene su interés, solamente transcribiré tres apartados, para que cada uno extraiga sus propias conclusiones, que seguramente coincidirán con las de mi amigo "Pepito Grillo".

"En primer lugar tengo que decirte que quedé favorablemente impresionado de la concurrencia de congresistas. En cada nuevo Congreso, la asistencia al mismo es superior al anterior. Es buen síntoma. Demuestra interés y afán de superación.

Parece como si existiera una sana rivalidad, entre los organizadores, en que a cada convocatoria, sea superior a la precedente. Es edificante ver con qué interés se aprestan a intentar mejorar en todos los aspectos el anterior, sin afán de protagonismo.

Fue un gran acierto, mi felicitación, la inclusión de los dos conferenciantes de allende de nuestras fronteras, Sería interesante que estas aportaciones continuaran en el futuro.

Ambos demostraron su grado de profesionalidad. Es verdad que algunas de las técnicas que expusieron, no son del todo desconocidas para una gran mayoría de Podólogos. Incluso practicadas, pero a mí me asombraron por la sencillez con que las expusieron.

En cambio tuve una decepción, al comprobar la ausencia de un Podólogo femenino como conferenciante.

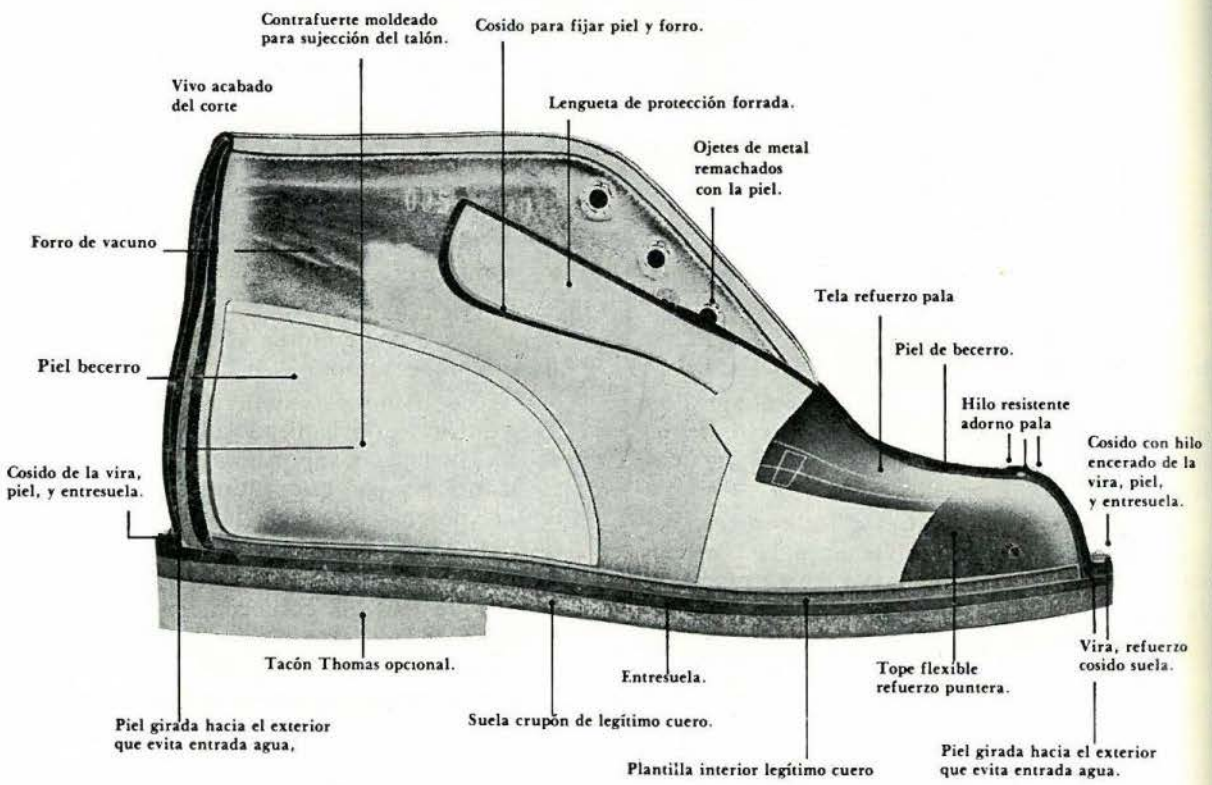
En Valladolid, un Podólogo femenino, presentó un interesante y bien desarrollado tema. Al presentar dicho trabajo, independientemente del interés científico, siempre muy importante, yo creo que demostró ALGO, que merece destacarse.

Tuvo, la valentía de prestar su colaboración ACTIVA. Con su trabajo demostró que entre las féminas, también existen profesionales que se preocupan de la profesión y de mejorar conocimientos. Que no sólo acuden a oír, sino que también tienen ALGO que decir.

Por tal motivo, esperaba que la puerta abierta en Valladolid, tendría una continuación en Alicante. Pero me equivoqué. Lo siento.

Hago un ruego a los Podólogos femeninos. Que no dejen perder la ocasión de manifestarse. Que preparen un trabajo y lo expongan en pró-

NO ES UNA CASUALIDAD, QUE NUESTRO CALZADO SEA EL MEJOR.



CARACTERISTICAS DE NUESTRAS HORMAS:

PARA INCORPORAR PLANTILLAS

- base planta con ancho normal.
- base planta más ancha.
- recta.

NORMALIZADAS

- recta con capacidad normal.
- normal para pies sanos.

Taberner®

Weyler, 53. Tel. (971) 66 01 56. LLUCMAJOR (Mallorca)

OSCAR 1975 y 1976 y MENCION DE HONOR 1979 AL MEJOR DISEÑO DE ZAPATOS, ANATOMICO INFANTIL, INSTITUIDO POR LA COMISION ESPAÑOLA PRO SUELA DE CUERO.

ximos Congresos. Que se oigan sus voces. La Podología lo necesita.

¡¡VIEJOS!! ¡¡JOVENES!! Dos adjetivos absurdamente aplicados que pueden enfriar o algo peor, una convivencia de años.

Durante las conferencias, mejor dicho en los descansos, creí advertir una corriente NEFASTA para vuestra profesión. Una corriente que de continuar por el, camino emprendido, sólo redundará en perjuicio de vosotros mismos.

Creo que una persona es "VIEJA" o "JOVEN" según ella misma. Nadie está capacitado para decir despectivamente ¡ESTOS VIEJOS! ¡VA, JOVENES!

Todos son necesarios. Te voy a poner un ejemplo, que la sabia naturaleza produce cada año.

Figúrate un tronco de árbol "VIEJO". Este en invierno resiste las inclemencias del tiempo. Al llegar la primavera, ve cómo nacen unos brotes, "JOVENES", de su cuerpo.

Estos necesitan del "VIEJO" tronco, aunque ellos crean que no, para que en un futuro no lejano, puedan ellos, que serán ya "VIEJOS" albergar también unos brotes "JOVENES", que deberán cuidar para así poder cumplir su ciclo vital.

Los que en este Congreso se han llamado mutuamente ¡VIEJOS!, ¡JOVENES!, que recapaciten.

Es interesante y necesario, tener diferentes opiniones, pero deben respetarse mutuamente, para el bien de ellos mismos y de futuros profesionales."

Se despedía con la esperanza que en próximos Congresos hayan desaparecido estos absurdos adjetivos.

C. T.

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.

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

publicaciones sobre Podología

Habida cuenta de las frecuentes publicaciones de libros que versan, si bien no todos de forma integral, sí en algunos de sus capítulos, sobre materias podológicas, y pensando puede ser útil para los Agrupados su conocimiento, por si alguno de ellos no forma parte de su biblioteca, seguidamente damos relación de cuantos hemos podido recopilar hasta la fecha.

ALAMILLA. Manual de Quiropodia. Males de los pies.

ARANDES-VILADOT. Patología del Antepié.

BATERMAN. Clínicas Ortopédicas de Norteamérica. Fallas en Cirugía del Pie.

BATERMAN. Foot Science.

BENSAHEL. Manual de Ortopedia Pediátrica.

BERLIN. Soft somatic tumors of the foot. Diagnosis and surgical management.

BLANCH. The podiatry curriculum.

BORRAS. Elementos de Traumatismos y Tumores.

BOSCH. Enfermedades de los pies.

BOIGEY. Manual de Masaje.

BRACHMANN. Foot Orthopedics.

BRACHMANN. Foot Therapy for Children.

BRACHMANN. Mechanical Foot Therapy.

CAILLET. Tobillo y pie. Síndromes dolorosos.

CECCALDI. Bases biomechaniques de l'equilibration humaine et orthose podologique.

CECCALDI. Práctica de la reeducación del pie.

COLABORADORES. Actualites de Medicine du pied. Actualites de Medicine et de Chirurgie du pied.
Tomo VI. Podologie, practique, technique.
Tomo VIII. Fascículo II. 9.º Congreso Internacional de Podología.

COSENTINO. Atlas of anatomy and surgical aproaches in orthopaedic surgery.

CUBELLS. Manual de Practicantes.

DUBOIS. Physiologie et reeducation fonctionelle du pied.

DUCROQUET. La marcha normal y Patológica.

FALKNER. Desarrollo humano.

FIELDING. Skin Tumours of the foot. Diagnosis and Treatment.

GALLAT. La ortopedia indispensable.

GALERA. Tratado de Masoterapia y terapéutica funcional de movimiento.

GIANNESTRAS. Foot disorders: Medical and surgical management. (Trastornos del pie).

GRINFELD. El pie diabético.

HARA. Complications in foot surgery. Prevention and management. American College for foot Surgeons.

HAUSER. Congenital clubfoot.

HARRY WALKER. Podología. Fundamentos y prácticas.

HOHMANN. Pie y pierna.

HOPPENFELD. Exploración física de la Columna y las Extremidades.

INMAN. The joints of the ankle.

JUDET. Actualites de Chirurgie Orthopedique de L'Hospital Raymond-Poincare.
Vol. III. Luxation congenitale de la Hnache. Fracture du cou-de-pied. Rachis cervicale.
Vol. V. Arriere-pied symphyse pubienne. Cotyle.
Vol. VI. Coude. Infections osteo-articulares. Pied.

JUDET. Actualites de Chirurgie Orthopedique de L'Hospital Ramond Poicare.
Vol. XIII. Desaxation et arthorses de genou. Troubles architecturaux congenitaux et acquis del arried-pied. Les fractures marginales anterieures du radius chez de l'adulte. Resultats eloignes de la reprise precoce des infections.

KAPANDJI. Cuadernos de fisiología articular.

KELIKIAN. Hallux valgus, allied deformities of the forefoot and metatarsalgia.

KLENERMAN. The food and its disorders.

LEBENDING. A podiatric resource guide for preventive and rehabilitative foot and leg care. Muscle testing techniques correctives exercice patient education.

LAVIGNE. Traite theorique et practique de la semelle Orthopedique.

LEDOS. Architecture et geometrie du pied.

LAVIGNE. Nouvelles Therapeutiques en Podologie.

LELIEVRE. Patología del Pie.

LEVIN. El pie diabético.
MENNEL. Foot pain.
MOELLER. Surgical treatment of digital deformities.
MERTON. Biochemical examination of the foot.
MONTES. Del Almohadillado a la Ortoplastia.
PARDO-CASTELLO. Diseases of the nails.
PEDRO PONS. El pie doloroso.
PEYRE. Podología. Estudio del pie y clínica podológica.
PICQUE. Anatomía quirúrgica y Medicina operatoria. 2 tomos.
RENE CAILLE. Tobillo y Pie.
REGNAULD. Techniques chirurgicales du pied.
A. RYCKEWAERT. Huesos y articulaciones.
RUIZ MORENO. Tratado general de Podología.
SALTER. Trastornos y lesiones del sistema músculo esquelético.
SAMITZ. Afecciones cutáneas de las extremidades inferiores.
SCHAUZ. Tratado de Ortopedia.
F. SCHEDE. Fundamentos de la educación física.
SIDNEY LIGHT. Terapéutica por el ejercicio.
SMITH. Decision making in foot surgery.
STEVEN SUBOTNICK. Podiatric sports medicine.
TACHDJIAN. The childs foot.
L. TESTUT. Anatomía humana. 3 tomos.
L. TESTUT. Annales de medicine. 4 tomos.
L. TESTUT. Atlas de disección por regiones.
L. TESTUT. Compendio de anatomía topográfica.
THOMSEN. Gesunde fusse - Gesunder Mensch.
VALENTI. Ortesis del Pie.
VERLEYSEN. Precis de pedicure podologie.
VERLEYSEN. Compendio de Podología.
VIEL. Petit appareillage de marche.
WEE. Atlas of improvet surgical procedures for common foot disorders.
WAEGELI. Cours Professionnel Theorique pour Pedicures.
WARFEL. The extremities.
WEINSTEIN. Principles an Practice of Podiatry.
J. O. WALE. Masaje y ejercicios de recupera ción en afecciones médicas y quirúrgicas.
CH. WORTHS. Chiropodial Orthopedics.
CH. WORTHS. Chiropody.
YALE. Podiatric Medicine.
YALE. Clinical foot Roentegenology.
ZANG. Traumatic ankle conditions.
ZAUNER. Fisioterapia moderna.

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

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

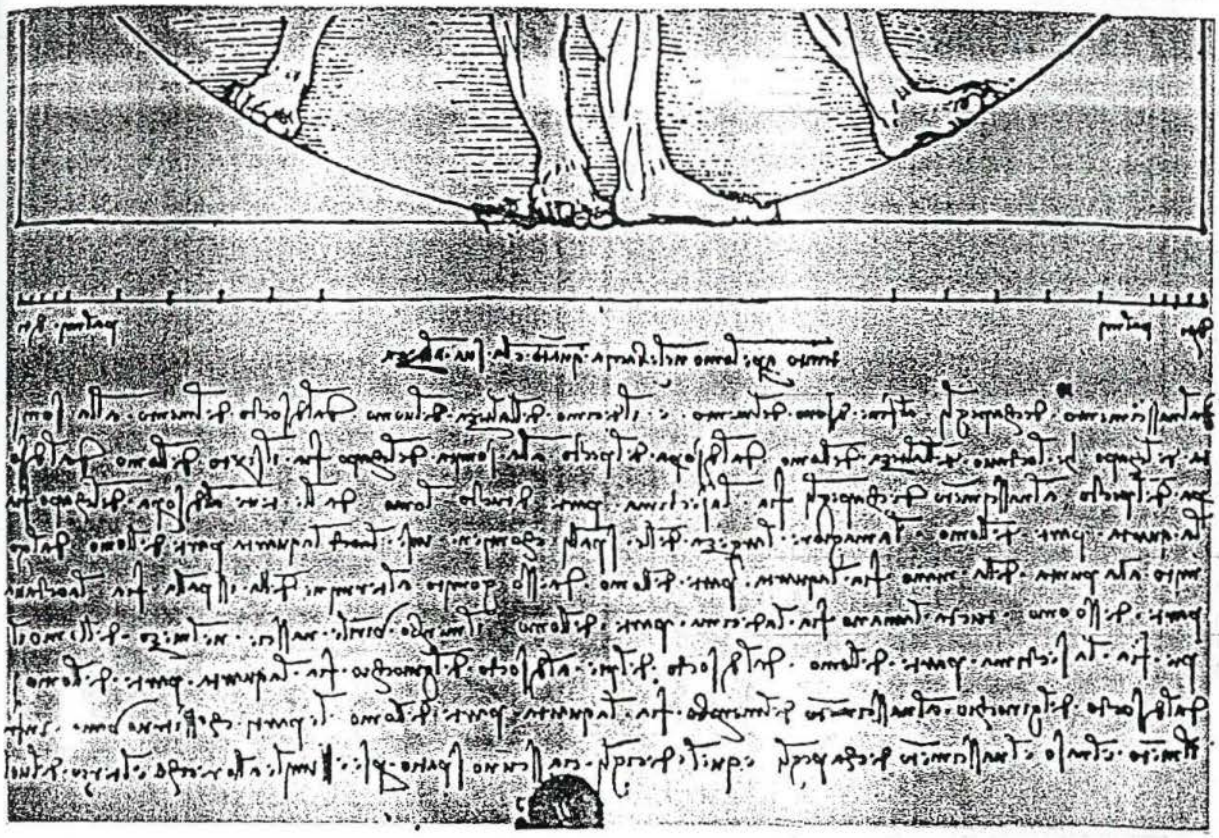
TUBITON
TUBIGRIP
TUBOS DE TUBIFOAM
TUBOPROT
TUBOCLIN
APLICADORES TUBITON, TUBOCLIN, etc.

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

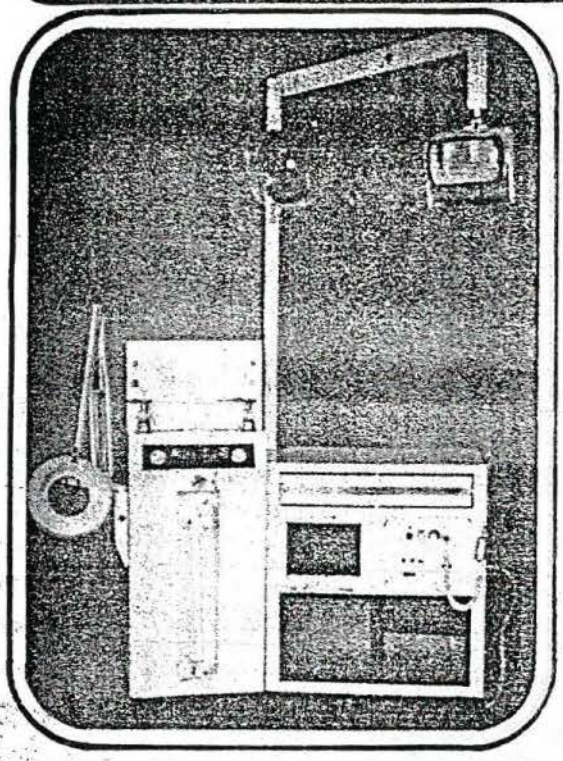




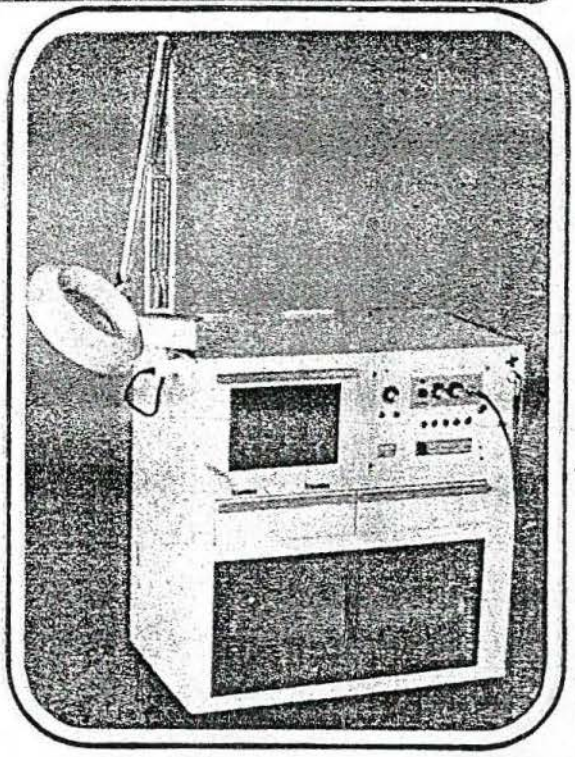
REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

A. P. E. Novbre.-Dicbre.
n.° 78 1980

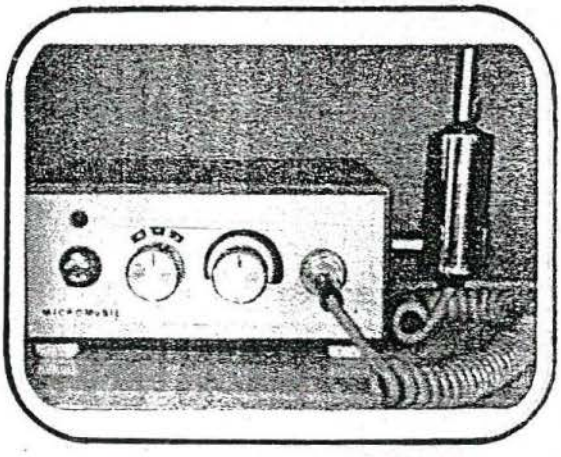
LE OFRECE NUEVOS EQUIPOS PARA SU CONSULTORIO



"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:
Avda. de la Generalitat, 31, át., 1.ª
Santa Coloma de Gramanet (Barcelona)

Director:
Leonardo Escachs Clariana

Sub-director:
Pablo Vilató Ruiz

Redactor jefe:
Martín Rueda Sánchez
Avda. de la Generalitat, 31, 1.º, 1.ª
Santa Coloma de Gramanet. Barcelona

Administrador:
Manuel Gavin Barceló
Rda. Guinardó, 23, 1.º, 2.ª, Barcelona-24

Publicidad:
Publicidad Permanyer
Mallorca, 310, ático, Barcelona-37

Imprime:
Gráficas Fomento
C. Peligro, 8. Barcelona-12

Depósito Legal:
B - 21972 - 1976

ISSN - 0210 - 1238

SUMARIO

3 Junta de Gobierno

7 Editorial

9 Una burla del Consejo General de A.T.S.

13 Contestación a la Circular anterior

17 XIV Congreso Nacional en Las Palmas de Gran Canaria

19 I Jornadas andaluzas de actualización

21 Labor de las Delegaciones

27 Asamblea Nacional de Delegados Provinciales



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

Presdte. Nacional	D. LEONARDO ESCACHS CLARIANA	Barcelona
Vice-Presidente 1.°	D. ZACARIAS GARCIA ANDRES	Madrid
Vice-Presidente 2.°	D. JUAN JOSE ARAOLAZA	Eibar
Secretario General	D. JOSE A. CALVO GARCIA	Zaragoza
Vice-Secretario	D. FRANCISCO MORAN VENTURA	Las Palmas G. Canaria
Tesorero	D. MANUEL GAVIN BARCELO	Barcelona
Contador	D. LUIS AYCART VIJUESCA	Madrid
Vocal 1.°	D. JUAN VIDAN TORRES	Santiago de Compostela
Vocal 2.°	D. JOSE OLCINA MORALES	Alicante
Vocal 3.°	D. MANUEL TERRON SANGUINO	Badajoz
Vocal 4.°	D. JOSE M.ª BAEZ BASAURI	Bilbao
Vocal 5.°	D. PEDRO M.ª GALARDI ECHEGARAY	Bilbao
Vocal Nato	D. MARIANO RODRIGUEZ ESTEBAN	Madrid
Vocal Nato (provisional)	D. JOAQUIN SOLE CUCH	Barcelona

DELEGADOS DE ZONA

D. **Juan Vidán Torres.** Preguntoiro, 10. SANTIAGO DE COMPOSTELA.
D. **Isaias del Moral Roberto.** Castellón, 8. VALENCIA-4.
D. **Francisco Morán Ventura.** Cabrera, 6. LAS PALMAS DE GRAN CANARIA.
D. **Juan José Araolaza.** Bidebarrieta, 4. EIBAR (San Sebastián).
D. **José Sánchez Luna.** Avda. Cataluña, 24. ZARAGOZA.
D. **Joaquín Solé Cuch.** C. Príncipe de Viana. GRANOLLERS (Barcelona).

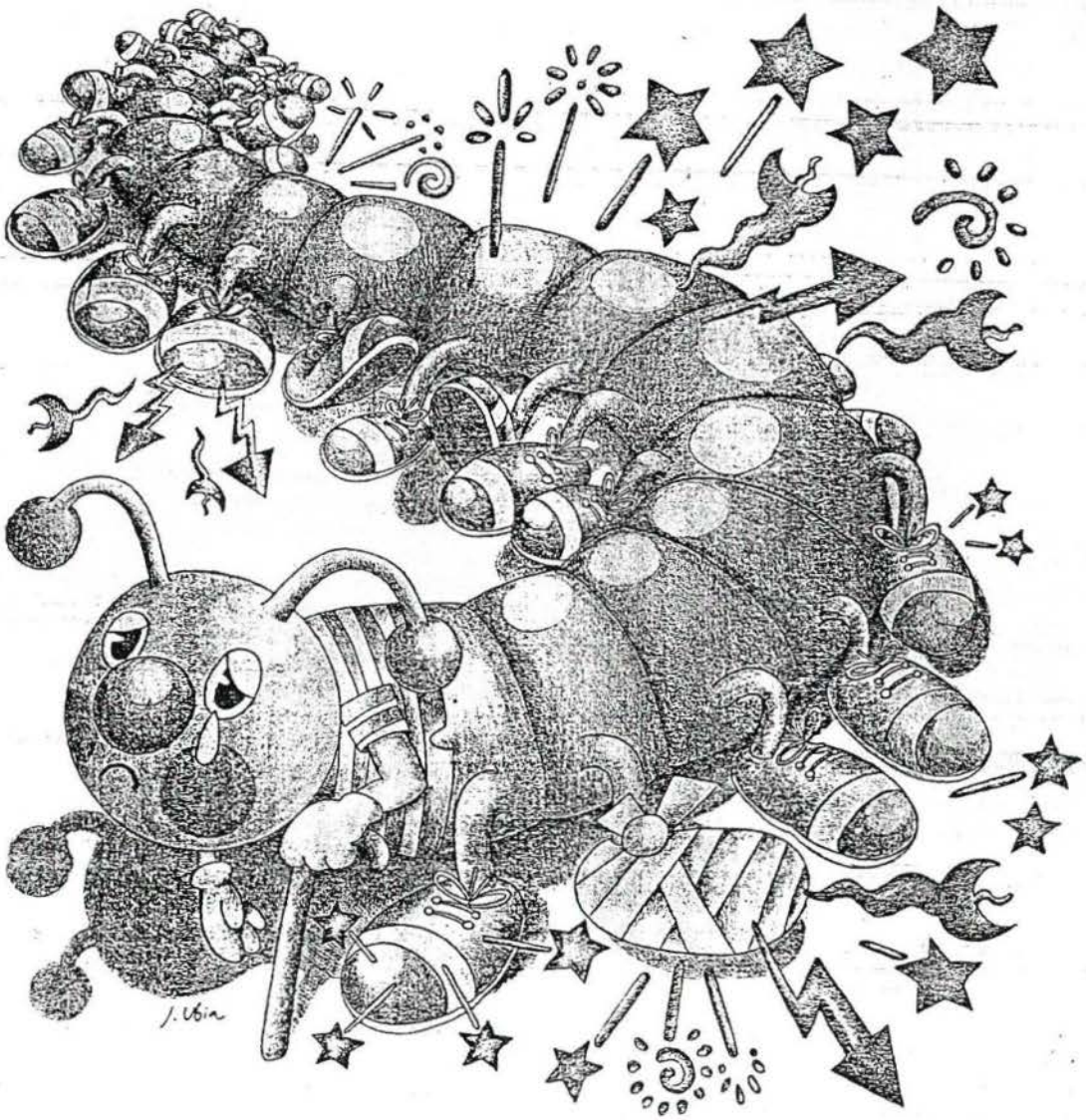
DELEGADOS PROVINCIALES

ALAVA: **D. Antonio Nogal Benito.**
ALBACETE: **D. Luis Juan Navarro.**
ALICANTE: **D. José Olcina Morales.**
ALMERIA: **D. Esteban de Haro.**
ASTURIAS: **D. José Luis Alonso Alvarez.**
BADAJOZ: **D. José Villafaina de la Cruz.**
BARCELONA: **D. Joaquín Solé Cuch.**
BILBAO: **D. Pedro M.ª Galardí.**
BURGOS: **D. Elías Hernando Tamayo.**
CACERES: **D. Carlos Saguillo Núñez.**
CADIZ: **D. Manuel Albalá Valle.**
CASTELLON: **D. José Aguilar Beltrán.**
CIUDAD REAL: **D. Luis Barba Vázquez**
CORDOBA: **D. Máximo González Jurado.**
GERONA: **D. José M.ª Bosch Doménech.**
GRANADA: **D. Manuel Ruiz Morales.**
HUESCA: **Delegado de Zaragoza.**
HUELVA: **D. Jesús Tocino.**
JAEN: **D. 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: **D. José Iniesta Gallego.**
ORENSE: **D. Elisardo Bralo Rego.**
PALMA DE MALLORCA: **D. Juan B. Brines.**
PAMPLONA: **D. J. Sarasa Moneo.**
PONTEVEDRA: Sin Delegado Provincial
SALAMANCA: **D. Antonio Basas Encinas.**
SAN SEBASTIAN: **D. Sebastián Tenés Iturriza.**
STA. CRUZ DE TENERIFE: **D. Armenio Méndez.**
SEGOVIA: **D. Francisco García Rodríguez.**
SEVILLA: **D. 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.

Presentaciones y P.V.P.

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 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.

KALIFARMA, S.A.

El Presidente y Junta de Gobierno

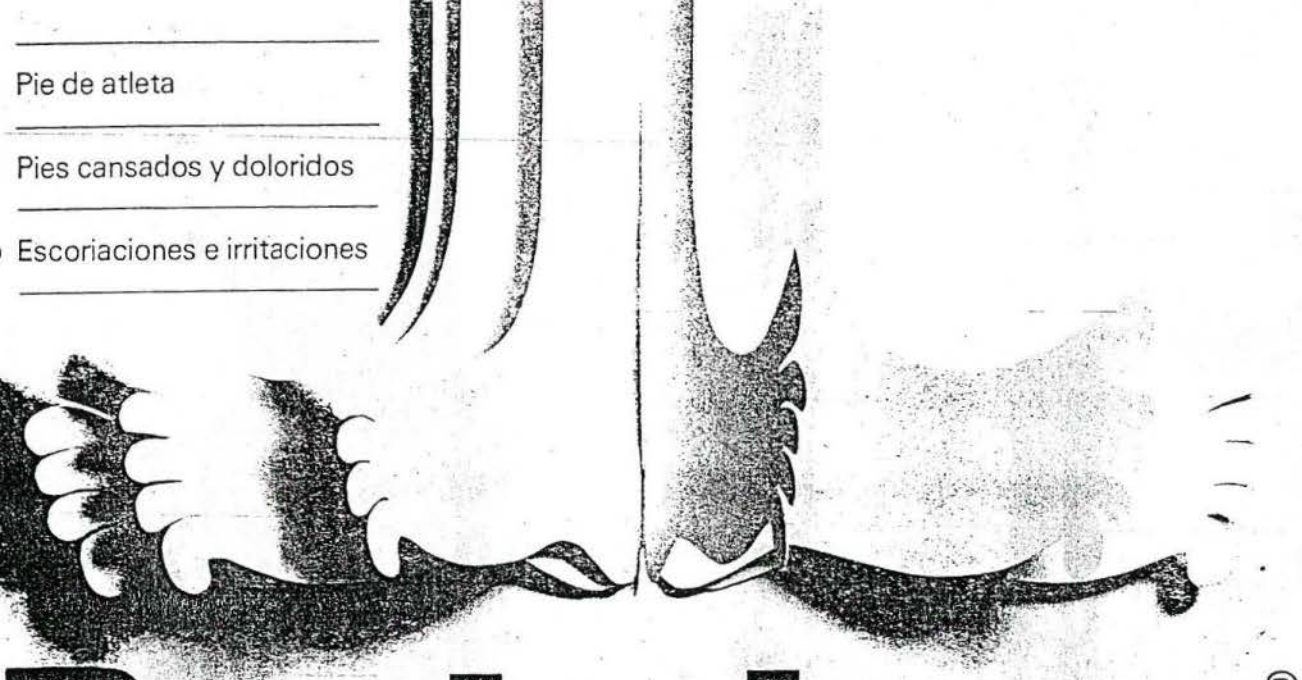
DE LA AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA CONJUNTAMENTE CON LA DIRECCION Y CUADRO DE REDACCION DE LA REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA, DESEAN A SUS AGRUPADOS, AMIGOS, LABORATORIOS QUE NOS HONRAN CON SU COLABORACION Y A TODOS CUANTOS SE RELACIONAN CON LA ESPECIALIDAD, UNAS VENTUROSAS NAVIDADES Y ELEVAN SUS PRECES AL ALTISIMO PARA QUE NOS CONDUZCA A TODOS EN 1981 POR EL CAMINO DE LA SUPERACION Y LA UNIDAD PROFESIONAL.



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

MADAUS CERAFARM, S.A.
Fuego, s/n. Telf. 331 26 00. Barcelona-4-

EDITORIAL

¡Llega la Navidad!

Qué bella es la Navidad, sí... la Navidad siempre es bella, pero esa belleza se crece y se mantiene cuando todos los hombres de buena voluntad tienden a darle el esplendor que se merece.

Al terminar los días de noviembre, después de haber pasado la congoja irremediable de los seres queridos, con los difuntos, parece que Dios nos quiere brindar, ofrecer, con la Navidad una nueva primavera, algo así como cuando los árboles están desnudos y denotan tristeza, soledad, o los rosales y geranios dejan de dar flores por la inclemencia del tiempo. Entonces, el Todohacedor, con el recuerdo imperecedero del nacimiento del hijo de Dios, nos une con más fuerza en son de paz, con alegría de espíritu y materia, ¡como debe ser la Navidad!; y ello es, ese recuerdo que representamos por estas fechas en cualquier casa por modesta que sea, el nacimiento del Niño Jesús en su portal de Belén, y con Él la primavera reflejada en todos aquellos elementos que constituyen la panorámica que rodea la grandiosa conmemoración de la Navidad.

El árbol alegórico de la Navidad, con sus hojas perennes, que nos dicen de vida y alegría con su verdor y frescura, desterrando la soledad y tristeza de los árboles de hojas caducas, y así, esta representación navideña nos recuerda también la feliz primavera.

Llega la Navidad, ya todo se va preparando para esa fecha de agradables reuniones hogareñas donde se dan cita todos los años los familiares, incluso de los lugares más lejanos. Llega la Navidad, ¡sí y pronto!, pero preparemos el terreno para que todos los hombres del mundo puedan gozar de esta avecindada primavera, ¡de la Navidad!, que no falte en ningún lugar ese calor familiar que haga más amorosa la vida, desterrando el árido materialismo, por una comprensión cristiana, que no falte en ningún hogar por modesto que sea, de ese maná, que son las golosinas y manjares típicos de la fiesta, que no falten sus panderetas, o el simple «tantán» de las cucharas sobre un plato o botella, para acompañar los cánticos alegóricos al Niño Jesús, los risueños villancicos.

¡Llega la Navidad!, que los pequeñines sientan esta alegría, para que, como sello indeleble lo repitan después a lo largo de sus vidas. Preparémosles a los pequeñines también, la fantástica ilusión de los

Reyes Magos, que los mayores se sacrifiquen, para que ningún pequeñuelo quede ese señalado amanecer, sin ningún juguete, sin una golosina, o cualquier presente, que tanto añoran al aproximarse el seis de Enero.

Y para los mayores, aprovechemos esta primavera de la Navidad, para subsanar cuantas irregularidades se ocasionan en la vida, haciéndola más recta, más pura, más humana, que las naciones entierren sus armas bélicas y el mundo se dedique al cultivo del amor cristiano entre todos los pueblos, sin guerra y sin odios; ello forjará ese jardín cuyas flores estarán representadas por la moral, el trabajo recto y fructífero, la abundancia de los alimentos tan necesarios para subsistir, y estos deseos tan sublimes representados por la fusión de todas esas flores del jardín forjarán candorosos ramos multicolores, aromáticos y frescos que son los hogares de todos los hombres cristianos y de buena voluntad.

Francisco de la CRUZ AGUSTÍ

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.

UNA BURLA DEL CONSEJO GENERAL DE A.T.S.:

Circular enviada por el Consejo General de A.T.S. a todos los Colegios, y por cuyo motivo, y ante la indignación que promovió su envio, la Junta de Gobierno de la Agrupación de Podólogos de España se reunió en Madrid en Octubre 80, para dar contestación a dicho escrito y tomar las medidas oportunas ante esta decisión del Consejo que daña en lo más profundo las justas aspiraciones del Podólogo expresadas en repetidas ocasiones, tal como a continuación queda demostrado y muy bien conoce nuestro Consejo General.

CIRCULAR 77/80

INFORMACION SOBRE PODOLOGIA

En la actualidad la Especialidad de Podología, viene regulada por el Decreto 727/1962 de fecha 29-3-62, por el cual se crea la especialidad y al mismo tiempo se recogían las actividades profesionales de los A.T.S. - Podólogos.

Al transformarse los estudios de A.T.S. en carrera Universitaria de Enfermería, se tienen que modificar necesariamente, en todo su contexto las actuales Especialidades, creadas en virtud del título de A.T.S., cosa que como esa Presidencia conoce, será abordado en un futuro próximo, en una Comisión que estará integrada por los Ministerios de Sanidad, Universidades y este Consejo General.

También es conocido por esa Presidencia, la determinación tomada por la Asamblea de Presidentes celebrada en Madrid, el día 2 de agosto del año en curso, donde por votación mayoritaria, se acordó que dicha Especialidad, fuera del Diplomado en Enfermería.

Es obvio decir, que un sector determinado de estos especialistas, propugnan una carrera universitaria independiente de nuestros actuales estudios de Enfermería, por el sólo hecho «de que en su Diploma no existe la palabra de Diplomado en Enfermería, especialista en Podología». Este mismo sector apoya la idea de que los A.T.S. tengan acceso directo a dichas Escuelas, y que a la vez se convalidarían aquellas asignaturas que en su día se determinen y que se crea oportuno.

Ante esta disyuntiva, el Consejo General considera necesario que se efectúen las correspondientes Asambleas provinciales de especialistas en Podología, toda vez que la opinión del colectivo del cuerpo colegial, fue expresada en la Asamblea de Presidentes antes mencionada, donde se informe a los A.T.S. especialistas, con el fin de que se tomen los acuerdos al respecto, los cuales se harán constar en el acta correspondiente, así como el número de asistentes y relación nominal de los mismos, las cuales serán remitidas al Departamento Socio-Profesional de este Consejo General, antes del día 30 de noviembre.

Se sugiere que en las Asambleas Provinciales, se estudien los temas relacionados en el borrador del presente Orden del día:

ORDEN DEL DIA

1.º Información sobre las posibilidades futuras de la Especialidad y sobre acuerdo adoptado por la Asamblea de Presidentes, celebrada en Madrid el día 2-8-80 con respecto a Podología.

2.º Votación nominal sobre acuerdos adoptados por los especialistas, en relación con las diferentes alternativas de la Especialidad.

3.º Elección de Asesor provincial, en aquellas provincias donde no existiera.

Este Consejo General entiende que la propuesta efectuada por el grupo de especialistas, sobre la creación de una Escuela Universitaria de Podología independiente, así como la integración del A.T.S. en las mismas, no es viable, si tenemos en cuenta los siguientes puntos:

1.º Los actuales Podólogos tienen que considerar que en las Disposiciones Transitorias del anteproyecto de Real Decreto por el que se incorporan las enseñanzas de Podología a la Educación Universitaria dice: «Quienes se encuentren en posesión del Diploma de Podólogo, expedido por el Ministerio de Educación y Ciencia y deseen obtener el Título de Diplomado en Podología por las nuevas Escuelas Universitarias, deberán reunir los requisitos legales y superar las pruebas de suficiencia que se fijen por el Ministerio de Universidades e Investigación.

Es decir, los actuales Podólogos tendrán que realizar un curso de nivelación de conocimientos, para obtener el nuevo Diploma de Podólogo»; y conseguir una convalidación profesional automática, cosa difícil, teniendo en cuenta la diferencia de estudios del A.T.S. especialista a carrera universitaria.

2.º Si tenemos en cuenta que la Orden del Ministerio de Universidades de fecha 18-10-80, determina:

a) En tanto se regulan con carácter definitivo los estudios de especialización de las Escuelas Universitarias de Enfermería previsto en el art.º 5.5 del Real Decreto 2128/1977, de 23 de julio, los Diplomados en las Escuelas Universitarias de Enfermería podrán realizar, a la terminación de sus estudios, las especialidades establecidas para los Ayudantes Técnicos Sanitarios, con el mismo régimen académico y los mismos efectos.

b) Por el Rectorado de las Universidades se procederá a la apertura de un plazo extraordinario de matrícula para el curso 1980-81 a fin de permitir en este año académico la incorporación a estos cursos de especialización a los Diplomados en Enfermería.

c) La presente disposición entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el B.O.E.

Parece innecesario por lo tanto y en virtud de la expresada Orden, el curso de nivelación de conocimientos para la convalidación del actual Podólogo, por el Universitario, toda vez que si ingresan los Diplomados en Enfermería en dichas Escuelas, con el mismo *régimen académico*, es obvio asegurar, que el A.T.S. Podólogo, no tendrá necesidad de convalidar el Diploma obtenido por el de Diplomado en Enfermería, ya que sus estudios fueron cursados en el mismo régimen académico.

3.º En diferencia con lo que propugna el grupo que pretende unos estudios independientes, el A.T.S. no podrá ingresar directamente en la Escuela de Podología, en tanto de que si esta última tiene la calidad de Universitaria, los A.T.S. que no estén en posesión del C.O.U. o convalidación académica del Diplomado en Enfermería no podrán ingresar en ellas y por lo tanto tampoco podrá convalidar «ninguna de las asignaturas que en ese momento se consideren oportuno».

4.º Este Consejo General tampoco ha podido observar un planteamiento objetivo, sino simplemente el que no «existe en el Diploma de Podólogo, la palabra Enfermería» ¿?

5.º Tampoco es menos cierto que en un momento determinado la Organización colegial, en base a la Ley de Colegios profesionales vigentes, podrá adoptar las medidas oportunas, para que los Podólogos u otros especialistas que actualmente aspiran a su independencia, caso de que lo consiguieran, no puedan estar colegiados en los Colegios de A.T.S.

6.º Se debe considerar que el art. 5.º del Decreto de creación de Podología, establece que el Podólogo tendrá plena autonomía para recibir directamente al paciente.

Al intentar cambiar los estudios, este Decreto quedaría sin valor. ¿Quién está en disposición de asegurar que el nuevo Decreto se respetará esta cláusula?

Podrá darse la paradoja de adquirir un rango académico superior y sin embargo perder gracias.

En virtud de todo lo anteriormente informado, este Consejo General entiende que la Especialidad de Podología, debe ser también momentáneamente del Diplomado en Enfermería, si bien comparte la necesidad urgente e imperiosa, de establecer unos programas de estudios adecuados a las necesidades actuales, y al progreso científico, técnico, evidenciado en el desarrollo de la especialidad, así como, el número de Escuelas a nivel nacional y otras muchas circunstancias, que deberán ser estudiadas racionalmente por este Consejo General y una Comisión de especialistas, elegidos en Asamblea General de Asesores Provinciales, a tal efecto, no descartándose a largo plazo una estructuración diferente, dependiendo del cambio del sistema sanitario de nuestro país y la prestación de servicios a cubrir.

Madrid, 22 de octubre de 1980

EL SECRETARIO GENERAL
Ginés Gutiérrez Santos

V.º B.º
EL PRESIDENTE
Enrique Rodríguez Gómez

Sr. Presidente del Colegio Provincial de Ayudantes Técnicos Sanitarios.

MODELO DE ACTA A CONFECCIONAR EN LA REUNION PROVINCIAL CONVOCADA POR EL COLEGIO DE A.T.S.

Relación de asistentes:

... ...
... ...
... ...
... ...
... ...
... ...
... ...
... ...
... ...
... ...
... ...
... ...
... ...
... ...
... ...
... ...

En la ciudad de ..... y con fecha ..... se reúnen los diplomados Podólogos relacionados al margen de la provincia de ..... por convocatoria expresa del Colegio de A.T.S. con el siguiente *Orden del día*

1.º Información sobre las posibilidades futuras de la Especialidad de Podología.

2.º Votación nominal sobre acuerdos adoptados por los especialistas en relación con las diferentes alternativas de la Especialidad.

3.º Elección de Asesor provincial.

4.º Ruegos y preguntas.

Tras la información dada por el Consejo General de A.T.S. y la redactada por el Delegado Asesor de Podología, la asamblea acuerda por unanimidad la *Creación de la carrera Universitaria de Podología.*

Posteriormente se somete a votación el cargo de Asesor Provincial recayendo en .....

..... a ..... de 1980

Firmado

....

NECROLOGICAS

Desde esta Redacción, y en nombre de todos los Podólogos que componemos la Agrupación, y muy especialmente la Asociación Vasco-Navarra, nos unimos en el más sincero pesar por la triste noticia del fallecimiento de la hija de nuestro compañero Eduardo Fernández Vélez, Podólogo de Legazpia, acaecida a la edad de 19 años cuando se iniciaba en los estudios de Medicina.

Desde la Delegación de Barcelona, nos llega la triste noticia de la muerte del padre del Podólogo Juan Alemany quien fuera Secretario de esta Delegación, y miembro activo de la misma en varias ocasiones. Damos nuestro más sincero pesar a la Familia Alemany por tan enorme pérdida.



Mod. 101 "PRINCIPE"



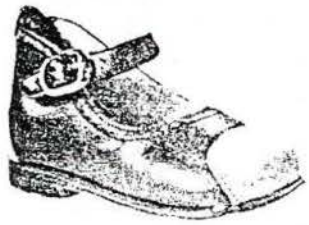
Mod. 102 "SESAMO"



Mod. 103 "CHARLY"



Mod. 104 "FESTIVAL"



Mod. 105 "PITUSA"



Mod. 106 "SANDALIN"



Mod. 107 "BAMBY"

FIEL

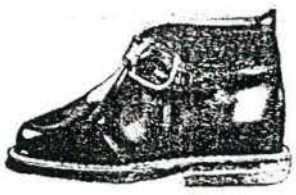
calzado formativo

El calzado formativo "FIEL" ha sido diseñado bajo dirección médica para facilitar un desarrollo armónico y equilibrado del pié infantil en sus fases preandante y primeros pasos.

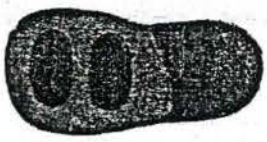
Es un calzado dotado de todos los requerimientos anatómicos, entre los que destacan la selección de materiales empleados en la piel, el forro y la suela, y todas las características que se destacan abajo.

Sujeción y consistencia en el talón.





Perfecto asiento del piso y tacón en un mismo plano.

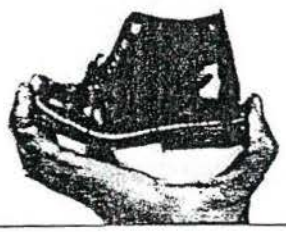


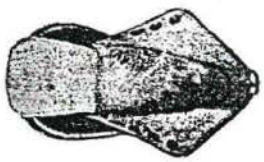
Amplia base de sustentación en tacón y piso dotado de parches de goma antideslizante.



Amplio alojamiento de dedos.

Flexibilidad a nivel del antepié.





Arco anatómico longitudinal que evita elongaciones ligamentosas.

Calzado Formativo FIEL - Aptdo. 176 - Tel. (965) 80 37 91 - VILLENA (Alicante)

Acta confeccionada por el Delegado Nacional de Podología en contestación a la Circular anterior

LEONARDO ESCACHS CLARIANA
DELEGADO ASESOR DE PODOLOGIA
CONSEJO GENERAL DE AYUDANTES
TECNICOS SANITARIOS

Habiendo llegado a mis manos la circular 77/80, del 22 de octubre de 1980 en donde se daba información sobre Podología, firmado por el Presidente y Secretario del Consejo General de A.T.S., sin haber sido consultado sobre la misma a pesar de haber sido convocado en fecha reciente para informar al Consejo General en pleno, pero con disgusto que se ha hecho caso omiso de mi informe y se tergiversa, manipula y falta a la verdad sobre la situación actual de la especialidad de Podología y su futuro.

El citado informe no pasa de ser un panfleto sin la menor base legal e impropio de un Organismo Oficial como es el Consejo General de A.T.S.

La opinión de ese Consejo General de A.T.S. es diametralmente opuesta al sentir de los profesionales Podólogos, primeros y máximos interesados en el futuro de la especialidad.

No sabemos qué nos duele más, si la falta de seriedad en plantear el tema para intentar dar una salida basada en un estudio jurídico-administrativo común, o el sentimiento de burla del que somos objeto los Podólogos por parte de este Consejo General de A.T.S. que en buena lógica y con un mínimo sentido de representatividad democrática, debiera de hacer suyo y defender la opción tomada «a posteriori» por el colectivo de Podólogos.

Pero la paciencia tiene un límite y nosotros no nos vamos a dejar burlar constantemente, cuya última demostración es el escrito circular 77/80, y nos veremos obligados a tomar medidas que hagan ver la vergonzosa actuación de ese Consejo General, de forma tal que no va a gustar a nadie, pero menos a ese Consejo General de A.T.S.

Debo afirmar que la regulación en el Decreto 727/62 es la mejor regulación de cuantas actualmente tienen las especialidades de A.T.S.

En contestación a la circular podemos aducir lo siguiente:

1.º) El Consejo General para cualquier decisión al respecto deberá tomar en cuenta la opinión democráticamente manifestada de los profesionales Podólogos.

2.º) Esta opinión fue recabada por ese Consejo General con fecha del 7 de mayo de 1978 en la Asamblea Nacional de Delegados Provinciales celebrada en Madrid en la calle del Conde de Romanones, que a su vez recogía el sentir de las Asambleas Provinciales, con el resultado unánime a excepción de 1 voto por el que se deseaba la creación de una escuela Universitaria independiente de la carrera de Enfermería, según consta en el acta publicada por el Boletín Oficial del Consejo General de A.T.S. de julio de 1978. Nos sorprende el apartado que hace referencia a las Asambleas dado que dicho acuerdo de nada ha servido a la hora de tomar una decisión ese Consejo General. Por lo que cuestionamos la validez de la asambleas provinciales, cuando reflejan un setir diferente al de este Consejo General, lo cual invalida la democracia de ese Consejo.

Asimismo, es de su conocimiento el escrito presentado por el Delegado Nacional electo de Podología a ese Consejo General con fecha del 23 de mayo de 1978, con número de entrada 1.875, en el que exponía el sentir de la clase podológica y las necesidades de la misma con motivo de la nueva planificación de estudios de Enfermería, de la que hasta el presente, no se ha recibido contestación alguna.

A pesar de todos estos antecedentes se ha tomado una decisión en la Asamblea de Presidentes contraria a nuestros deseos, sin que este Delegado haya estado representado en dicha Asamblea cuando se trataban asuntos de su plena incumbencia y de suma importancia para nuestros intereses profesionales en el futuro.

Con referencia a los puntos del escrito base enviado por este Consejo con argumentos en contra de la opción de crear una escuela Universitaria de Podología decidimos: Punto 2.º) del preámbulo. — El Decreto de creación de Escuelas de Enfermería dice que se regularán las especialidades según el Artículo 39 — Punto 4 de la Ley General de Educación.

En ninguna parte de ese decreto se dice que las especialidades han de ser las propias de las escue-

las de A.T.S., por lo que no parece necesario en principio modificación de las actuales especialidades.

Las especialidades previstas para las Escuelas de Enfermería pueden ser las actuales de A.T.S., elevándolas de rango, con las pertinentes adaptaciones o pueden no ser ninguna de ellas como en el caso de Podología que aspira a su independencia. Queremos decir que no es obligatorio que la Podología pase a ser especialidad del Diplomado en Enfermería.

PUNTO 4.º DEL PREAMBULO. — 1.º) Como ha quedado demostrado anteriormente no es un sector aislado el que desea la carrera universitaria para la Podología, sino la prácticamente mayoría de los podólogos españoles.

2.º) No es sólo por el hecho de que en el Diploma de los especialistas no aparezca la palabra de Diplomado en Enfermería, ya que no aparece en ninguna de las Especialidades de A.T.S. Las razonas son muy distintas:

A) La especialidad de Podología se imparte completamente independiente, siendo que otras se imparten dentro de las Escuelas de A.T.S.

B) La conceptuación de las Escuelas de Podología como Centros de Especialización e investigación de las enfermedades de los pies (Orden Ministerial del 23 de diciembre de 1955); lo que dicho sea de paso las concede, de por sí, rango universitario al amparo del artículo 30 de la Ley General de Educación.

C) Establece plena autonomía para recibir a los pacientes.

D) Así como otras muchas razones que no mentaremos.

La posibilidad de que los A.T.S. accedan a las Escuelas Universitarias de Podología es factible por cuanto ya hay precedentes en otras Escuelas Universitarias, como la de Estudios Empresariales donde pueden acceder los peritos mercantiles directamente sin necesidad de pruebas complementarias.

PUNTO 5.º DEL PREAMBULO. — La opinión del colectivo podológico no fue expresado en la Asamblea de Presidentes en el Consejo General de A.T.S. del 2 de agosto de 1980, en la cual los presidentes de cada provincia no transmitieron fielmente el sentir de la clase podológica posiblemente por sus intereses contrapuestos.

En cuanto al comentario informativo que hace ese Consejo General debemos decir: 1.º) Este mismo requisito de acceso se ha puesto para los A.T.S. que deseen convalidar su título por el Diplomado en Enfermería. Por otra parte es requisito habitual en todas las Escuelas Universitarias que se han creado. La exigencia del curso de nivelación no es difícil por el hecho de que haya diferencia de nivel entre el A.T.S. especialista y una carrera Universitaria como se dice en el último inciso del último párrafo punto 1. La razón está en que en casos análogos se ha procedido de la misma forma.

2.º) A) La orden del 18 de octubre de 1980 es ilegal. El Decreto del 4 de diciembre de 1958, que unificó los estudios de A.T.S., estableció la posibilidad de creación de especialidades para dichos A.T.S. pero no para otros, por tanto al haberse formulado dicha disposición por decreto no puede una orden ministerial permitir lo que no permite éste (nos referimos al Decreto).

B) Todos los decretos de creación de especialidades de A.T.S., son coincidentes al señalar en su artículo 1.º que las especialidades se crean para A.T.S. y no para ningún otro graduado de otro nivel.

C) Al terminarse los estudios de las diferentes especialidades de A.T.S., el Ministerio expide los Diplomas de A.T.S. especialidad de ....., y no está en ningún sitio regulado con suficiente rango que se pueda expedir el Diploma «Diplomado en Enfermería, Especialidad de .....».

La O.M. del 18 de octubre del 80, dice que los Diplomados en Enfermería pueden cursar las Especialidades de A.T.S. con el mismo régimen académico y los mismos efectos. Quiere esto decir que no es que se haya ascendido a los especialistas de A.T.S. sino que ha descendido el nivel de los Diplomados de Enfermería al tener acceso en su condición de graduados a enseñanzas, al menos oficialmente, de mucho menor nivel y que conforme a la legislación, no alcanzaba oficialmente suficiente nivel para acceder a la Universidad.

La O.M. del 18 de octubre del 80 al decir que los Diplomados en Enfermería pueden realizar las especialidades de A.T.S. con el mismo régimen académico, quiere decir que los que se matriculen deben hacerlo en la forma que se ha venido haciendo en las Escuelas de Especialidades, o en la Facultad pero nunca en las mismas escuelas de Enfermería, ya que dicha O.M. no los califica como Especialidades de Enfermería.

La interpretación que se le da a la Orden en el párrafo 2.º carece de todo fundamento, por cuanto queda dicho, es decir, la O.M. no las ha calificado a las Especialidades de A.T.S., como las propias de las Escuelas de Enfermería, o sea aquellas a las que se refiere el artículo 39, Punto 4 de la Ley General de Educación. La interpretación de la Orden no debe de ser otra que se permita el acceso a las Especialidades de A.T.S. a un nuevo contingente de titulados no previsto en el Decreto de unificación de los estudios de A.T.S., ni en la de creación de las distintas especialidades, por lo que es

gratuita la afirmación de que los Diplomados de especialidades de A.T.S., no han de hacer el curso de nivelación para obtener el Diploma de Enfermería.

Nos parece increíble que nuestro Consejo Nacional se vanagloria de haber logrado la Orden del M.º de Universidades del 18 de octubre, cuando 400 profesionales A.T.S. no van a poder ingresar en las Escuelas de Podólogos por falta de puestos escolares, obliga a abrir la matrícula para los Diplomados en Enfermería.

Por otra parte el programa de estudios de Enfermería no contiene estudios básicos para cursar la especialidad de Podología.

3) Carece de fundamento la afirmación de que los A.T.S., no podrán ingresar en las Escuelas Universitarias de Podología sin el COU, ya que como dijimos antes al igual que en el caso de los Peritos Mercantiles, puede regularse en una disposición transitoria del proyecto regulador de Escuelas Universitarias el acceso directo de los A.T.S.

También carece de fundamento la afirmación de que no podrán convalidar ninguna de las asignaturas, ya que la convalidación de asignaturas se autorizan por las Universidades en las Comisiones de Convalidación por una Orden de 1969, y sería prejuzgar el criterio de estas Comisiones de forma tan rotunda.

4) No se entiende este punto por cuanto ya dijimos, que en el diploma de Podólogo no existe la palabra Enfermería, ni en ninguna otra de las especialidades de A.T.S.

Si lo que se quiere decir es que los Podólogos no quieren que en su diploma aparezca la palabra Enfermería, es porque simplemente tratan de respetar la legislación vigente y el contenido de sus facultades antes mencionadas y por otra parte evitar que en un futuro, otros estamentos sanitarios se apropien del nombre de Podólogo y Podología a que nos da derecho el Decreto 727/62.

5) No tiene más valor que ser una amenaza con visos de chantage. Según la legislación vigente sobre Colegios profesionales, nadie puede negar los derechos que le compiten a los actuales A.T.S. Podólogos a la colegiación y a las funciones inherentes a la carrera base de A.T.S. y en el caso de los posibles titulados en las Escuelas Universitarias de Podología, hemos de recordar que cada sector profesional tiene su propio colegio.

6) Carece de fundamento la afirmación contenida en el punto 6.º, por cuanto ninguna norma que dicte la Administración regulando las enseñanzas de un sector profesional, desconoce los derechos adquiridos de éstas, dando lugar a un retroceso en las facultades de los mismos, sin contar con la posibilidad de una impugnación que daría lugar.

En el articulado del proyecto del Real Decreto no viene nada alterando esta facultad y según el artículo quinto «queda derogado el Decreto 727/1962 de 29 de marzo y demás disposiciones en cuanto se opongan a lo dispuesto en el presente Real Decreto».

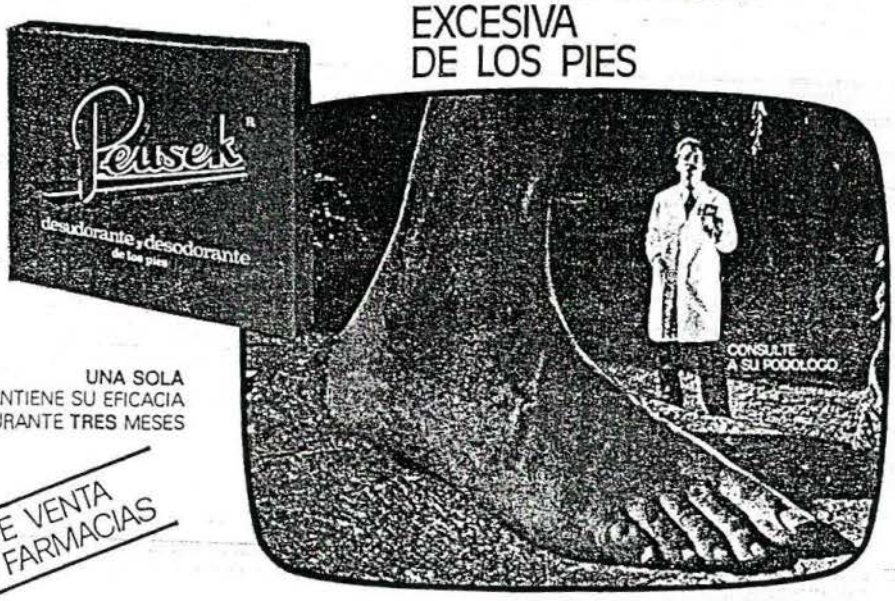
Por cuanto antecede cuantos argumentos utiliza el Consejo General de A.T.S. carecen de fundamento.

Octubre de 1980

Firmado
LEONARDO ESCACHS CLARIANA

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.

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



Productos PEUSEK Av. Infanta Carlota, 19 21 Tel. (93) 239 83 34 - BARCELONA - 29

AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA



XIV Congreso
Nacional de Podología
Islas Canarias

LAS PALMAS DE GRAN CANARIA
8-9-10-11 OCTUBRE 1981

La Comisión Organizadora de este Congreso, con íntima satisfacción, desea enviaros a todos, queridos compañeros Podólogos de todos los rincones de la Patria, este primer mensaje de saludo y de cordialidad isleña, para adelantaros lo que ya está siendo motivo de nuestros desvelos y de nuestros afanes.

Elegidas nuestras Islas como lugar de celebración de este próximo XIV Congreso y consumada esta elección de manera prácticamente unánime, por parte de la nutrida concurrencia al reciente Congreso de Alicante, tratamos de corresponder a vuestro cariñoso deseo, poniendo cuanto esté de nuestra parte para proporcionaros no sólo un buen Congreso en calidad científica y de organización, sino también una grata estancia entre nosotros, que quisiéramos os resultara inolvidable.

Para muchos de vosotros visitar nuestras Islas ha venido siendo una ilusión hondamente sentida y largamente acariciada. Ahora vais a tener la gran oportunidad de convertir esa ilusión en tangible realidad. Estamos seguros y a ello dirigimos nuestros mayores esfuerzos, que no vais a sentiros en modo alguno defraudados.

Hemos elegido para la celebración de este Congreso los días 8, 9, 10 y 11 de octubre próximo. Nuestro clima subtropical, suave durante todo el año, va a permitiros disfrutar ampliamente de nuestras cálidas playas y de nuestros paisajes irrepetibles, así como también del trato proverbialmente cariñoso y acogedor de nuestras gentes.

Los temas del Congreso serán: PATOLOGIA Y TRATAMIENTO PODOLOGICO DE LA UÑA y MICOSIS EN PODOLOGIA. — Esperamos vuestras colaboraciones, que de antemano os rogamos limitéis estrictamente a los dos temas señalados, que por ser caballo de batalla de nuestro quehacer diario, tienen la suficiente importancia, para desarrollar sobre ellos amplias comunicaciones, basadas en nuestros estudios y experiencias profesionales. En próximos mensajes a través de nuestra revista o personales y directos a cada uno de vosotros, os informaremos sobre fecha tope de recepción de trabajos, tiempo concedido para exposición y demás detalles.

También os informaremos en nuestro próximo contacto epistolar sobre el lugar o sede del Congreso y Hotel para vuestro cómodo alojamiento. Tenemos sobre esto muy adelantadas gestiones y esperamos poder ofreceros algo confortable y acogedor en un bello lugar, a la vera del rumoroso, del sonoro Atlántico, como diría nuestro gran Tomás Morales, el eterno poeta de las Islas.

Hasta nuestra próxima misiva, finalizamos este avance enviando desde aquí y para todos, el cariño de esta tierra española de ultramar.

Canarias, diciembre 1980

LA COMISION ORGANIZADORA

PIEDRO

OFRECE AL PODOLOGO:

el calzado anatómico-fisiológico
número uno de Europa

cuatro distintos anchos
cuatro tipos distintos de suela

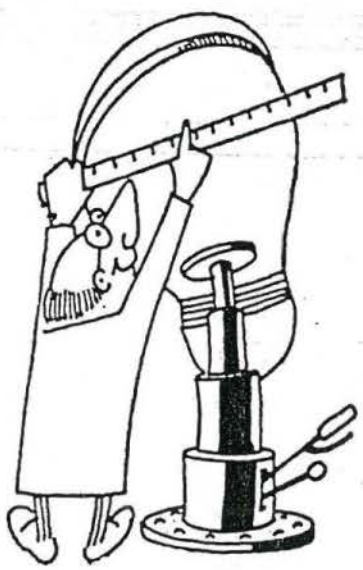
- 100 % cuero crupón marca-royal
- palmilla entresuela cuero y bloque de composición controlada
- íd., íd., íd. y crepé superior virgen
- 100 % cuero crupón reforzado

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:

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

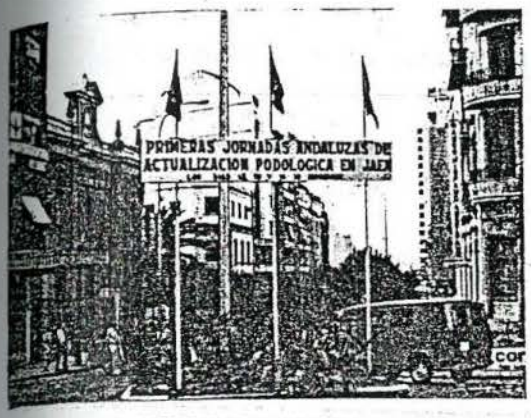


PIEDRO INTERNATIONAL

En España
J. L. Vila-Plana
Conde Borrell, 87, 2.°
teléfono 93/239 53 06
Barcelona - 15
telegramas: KIRITA-Barcelona

I JORNADAS ANDALUZAS DE ACTUALIZACION PODOLOGICA

Jaén, 12 al 14 de Septiembre 1980



Los días 12 al 14 de septiembre, Jaén se convirtió en el centro de atención Podológica, el ser la sede donde tuvieron lugar las I Jornadas de Actualización Podológica, organizadas por la Delegación de Podología y el Colegio de Ayudantes Técnicos Sanitarios. Estuvieron presididas por el Delegado de la Agrupación de Podólogos en Málaga, Sr. Godoy, por enfermedad del Presidente Nacional de la Agrupación, Sr. Escachs. En la Presidencia de Honor figuraron, como Presidente, el Gobernador Civil de la Provincia, Ecxmo. Sr. D. Antonio Ortega Jiménez, y como Vicepresidente, el Delegado Territorial de Sanidad y Seguridad Social, don Antonio Marín Garrido, y Director del Instituto de la Salud, don Tomás Bueno Bueno. El Comité de Honor lo formaron: el Consejero de Sanidad y S.S. de Andalucía, don Fernando Arenas del Buey; el Presidente de la Diputación, don Leocadio Marín Rodríguez, y Alcalde de Jaén, don Emilio Arroyo López.

El Comité Organizador estuvo compuesto por D. Víctor Nieto Molina, Delegado Provincial de Podología, y a la vez Secretario de las Jornadas; D. Manuel Sánchez Ortega, Presidente del Colegio Oficial de A.T.S. de Jaén; doña María del Carmen Morillas Suárez, estudiante de Podología, y D. Gregorio Galán Montes.

Es de resaltar la gran asistencia de Podólogos de todo el ámbito nacional (alrededor de 80), lo que demuestra la importancia que estas Jornadas han tenido en el ámbito andaluz, ya que la ilusión de sus organizadores, es que significasen el inicio de una intensa campaña de actividad Podológica a nivel provincial, con el objetivo primordial de mentalizar a la población sobre el cuidado y profilaxis del pie, tanto en el niño como en el adulto. De acuerdo con este proyecto, la campaña se realizaría a base de conferencias acompañadas de diapositivas y películas alusivas al cuidado de las afecciones de los pies, y muy especialmente a su tratamiento bajo un punto de vista puramente profiláctico.

PROGRAMA Y CONFERENCIANTES:

D. Juan Esteban Hinojosa. — «SILICONAS Y SU MANEJO EN ORTOSIS PODOLOGICA».

D. Leonardo Láines Vesperias. — «LAS POSIBILIDADES DEL STIMULATOR EN TERAPEUTICA Y CLINICA PODOLOGICAS».

D. Pedro García Férriz. — «TEORIA ENERGETICA SOBRE EL ORIGEN DE LAS HIPERQUERATOSIS Y PAPILOMAS PLANTARES».

D. Máximo González Jurado. — «PATOLOGIA DE LOS SESAMOIDEOS».

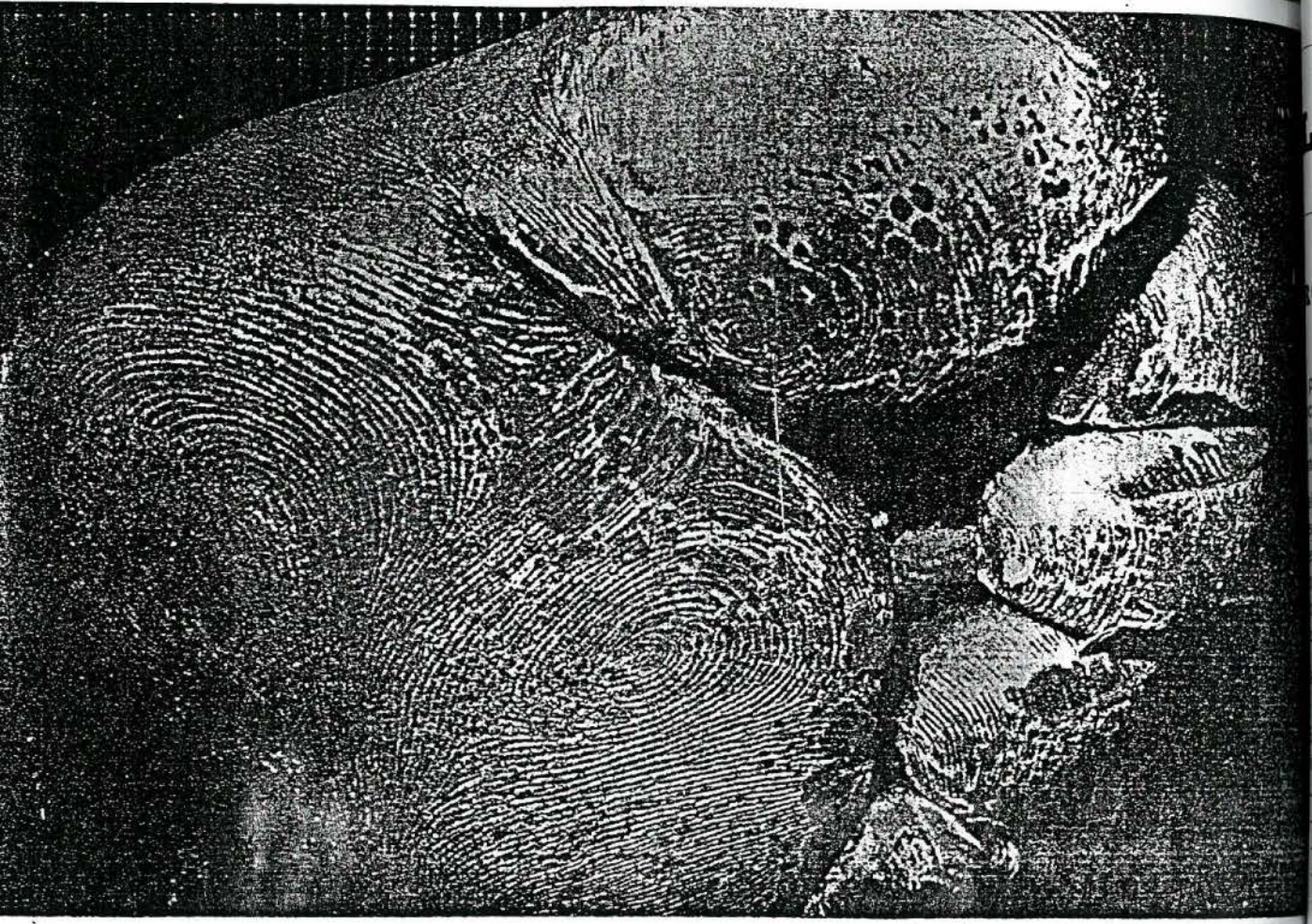
D. Vicente Alvarez Pipaón. — «NUEVAS TECNICAS EN EL TRATAMIENTO DE LAS UÑAS INCARNADAS Y PAPILOMAS».

D. Manuel Albalá Valle. — «PATOLOGIA Y TERAPEUTICA DEL PIE PLANO VALGO».

D. Enrique González Gómez. — «ESTUDIO BIOESTADISTICO DE LAS ALTERACIONES PEDICAS EN EL NIÑO Y EN EL ADULTO».



El Excmo. Gobernador Civil, D. Antonio Ortega, dirigiendo la palabra a los asistentes.



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.

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.: 552 Ptas.
FUNGISDIN AEROSOL:
Frasco de 50 ml. P.V.P.: 279 Ptas.
FUNGISDIN GEL:
Tubo de 30 gr. P.V.P.: 311 Ptas.

Avda. Generalísimo Franco, 520
Barcelona-11

pharma consult

LABOR DE LAS DELEGACIONES

BARCELONA

OCTUBRE 1980

El pasado día 29 de septiembre tuvo lugar en los locales de la Escuela de Podología de Barcelona, la asamblea ordinaria de esta Delegación, presentando la nueva Junta formada por:

Delegado: D. Joaquín Solé Cuch
Secretario: D.ª Virginia Novel Martí
Tesorero: D. Joaquín Naches Flor
Vocal 1.º: D. Pascual Jaime Calvet
Vocal 2.º: D. Agustín Mayral Marqués
Vocal 3.º:

Seguidamente se presenta el programa de trabajo a desarrollar durante el curso 1980/81.

En el orden del día figuraban los puntos siguientes:

— Proyectos de la Delegación
— Seguridad Social y Ortopodología
— Agrupación de Podólogos de Catalunya
— Actualidad de nuestra profesión
— Presupuesto año 80/81
— Revisión de cuentas
— Ruegos y preguntas

Llegamos a los siguientes acuerdos:

a) Reformas de la Delegación de Podólogos (ampliación local).
b) Aumento de las cuotas de los agrupados de Barcelona en 500 ptas. trimestrales.
c) Creación de un seguro de Responsabilidad Civil Profesional, para Podólogos, con una cuota anual de 800 ptas. que cubre un riesgo de 10 millones.
d) Creación de unas Jornadas Catalanas de Podología donde se podrán presentar trabajos científicos, que serán clasificados previamente por una comisión científica, para agilizar estos encuentros. Cada año nos reuniremos en un lugar diferente del Principado de Catalunya.
e) También se acordó celebrar «mesas redondas» una vez al mes.
f) Cena anual con todos los compañeros.
g) Reunión periódica con los Delegados del Principado.
h) Aunque los contactos continúan, de momento los precios de las plantillas para la Seguridad Social son de 3.500 ptas. para adultos y 3.100 ptas. para niños.
i) La asamblea decidió seguir hacia la creación de la Agrupación de Podólogos de Catalunya.

PROGRAMA DE ACTOS A CELEBRAR DURANTE EL CURSO ACADEMICO 80-81, ORGANIZADOS POR ESTA DELEGACION Y POR LA ESCUELA OFICIAL DE PODOLOGOS DE BARCELONA

Día 1 diciembre. 10.30 noche. — Asamblea Extraordinaria.

Día 3 de diciembre. 10.30 noche. — CONFERENCIA a cargo del Profesor Dr. Arandes, Catedrático Director de la Escuela de Podólogos de Barcelona. Iniciando el Curso en la Escuela de Podólogos, c. Borrell, 190. Estas conferencias se celebrarán regularmente el primer y tercer miércoles de cada mes hasta el mes de junio de 1981, a la misma hora y lugar.

Día 10 de diciembre. 10.30 noche. — MESA REDONDA a cargo del del compañero Pablo Vilató sobre «Trastornos de los núcleos de osicación en período de crecimiento». Dicho acto se celebrará en los locales de la DELEGACION, c. Ortigosa, 14-16, 3.º, 4.ª, Barcelona. (Las siguientes mesas redondas se celebrarán el segundo y cuarto lunes, todos los meses, hasta junio de 1981, en el mismo lugar y hora.)

Día 22 diciembre. 10.30 noche. — MESA REDONDA a cargo del compañero Francisco Gironell Costa sobre «Teoría de las Férulas», ha celebrar en la Delegación de Podólogos, c. Ortigosa, 14-16.

TODOS LOS MIERCOLES DE CADA SEMANA NO FESTIVOS, de 10 a 12 de la mañana, a partir del 3 de diciembre de 1980 y hasta el mes de junio de 1981, funcionará en esta Delegación, c. Ortigosa, 14-16, un SEMINARIO para los Podólogos agrupados, éste funcionará con pequeños grupos de compañeros, para lo cual será preciso una previa inscripción.

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

SN-7/001

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. 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.

MADRID

En el curso académico 1979/1980, como ya es tradicional en esta Delegación Provincial, se han celebrado los actos científicos que a continuación se enumeran.

El día 19 de octubre de 1979 y, en nuestra sede social, el conocido compañero Don CARLOS FEYJOO CASTAÑON, presentó a los numerosos asistentes, un nuevo aparato de aplicación en Podología (PEDILAX).

Hizo sobre el mismo una exhaustiva disertación, poniendo de manifiesto, sus propiedades, funcionamiento, acción, descripción, y aplicación en distintas afecciones de los pies.

Explicó cómo el citado aparato consiste, en un tubo redondo de plástico, el cual, por su extremo abierto consta de una tapadera que cierra herméticamente y, en toda su superficie hay un tachonado de pequeños salientes de punta roma distribuidos convenientemente, que actuarían sobre el pie, desde el punto de vista de las propiedades terapéuticas de la digitopuntura.

Seguidamente manifestó el funcionamiento, que es muy sencillo, dijo, consiste en llenarlo de agua caliente, y una vez cerrado, colocarlo sobre el suelo, o bien interponiendo una toalla, se coloca el pie sobre el aparato y en esta posición, se hacen movimientos de vaivén adelante y atrás presionando ligeramente; esto se practica a diario y durante quince o veinte minutos con cada pie.

Más adelante hizo historia de algunos casos por él tratados, en los que había obtenido magníficos resultados, siendo espectacular incluso, sobre todo en esos pies que tienen grandes contracturas.

El tema fue seguido con creciente interés por todos los presentes, dado lo inédito del mismo. A continuación se entabló un prolongado coloquio, formulando al ponente numerosas preguntas en las que intervinieron prácticamente todos, las cuales fueron ampliamente contestadas, poniendo así de manifiesto su gran preparación y experiencia. Finalmente fue largamente aplaudido.

Con fecha 7 de marzo de 1980 y a las 9.30 de la tarde, tuvo lugar en nuestra Delegación una MESA REDONDA a cargo de D. LUIS AYCART VIJUESCA, compañero que estimamos no necesita presentación, por ser harto conocido en los medios podológicos, a través de los distintos frentes en que con acertada didáctica pone de manifiesto su gran experiencia y preparación.

En esta ocasión y, después de hacer una amplia explicación sobre el tema —ORTOSIS DE FIELTRO PARA PROTEGER DOS DEFORMIDADES EN EL MISMO PIE—, pasó a realizar prácticamente ante los numerosos asistentes, una ortosis para el caso, con la habilidad y destreza a que nos tiene acostumbrados.

Tanto la disertación como la práctica, fue por todos seguida con gran interés, habiendo a continuación un coloquio extenso en el que fueron realizadas preguntas francamente interesantes, siendo por el ponente contestadas de forma clara y profunda. Al final fue calurosamente aplaudido.

Seguidamente la casa BERKEMANN, presentó un nuevo aparato para el tratamiento de los TILOMAS PAPILOMATOSOS EN LOS PIES, por medio de la CRIOTERAPIA.

Como entre los asistentes habían quien tenía este padecimiento, ante todos fue realizada una demostración práctica con el citado aparato.

Como es natural, esto despertó un enorme interés, por lo que pedimos a la casa distribuidora que en la próxima mesa redonda que celebrásemos, que sería al siguiente mes, fuese nuevamente presentado para que así, pudieran verlo e informarse los compañeros que en esta ocasión no lo habían presenciado, así como si era posible nos entregasen literatura ya que en esta ocasión no disponían, sirviéndonos al mismo tiempo para apreciar el resultado en las personas que por este procedimiento habían sido tratadas en esta sesión. Los Sres. de Berkemann accedieron gustosos a todo, finalizando así la reunión.

Nuevamente nos reunimos el 25 de abril, esta vez fue Don RICARDO BECERRO DE BENGOA el que con amena charla sobre el tema, TRATAMIENTO DE LAS UÑAS ONICOGRIFOSICAS POR MEDIO DEL BISTURI, nos deleitó, para seguidamente pasar a la proyección de una interesantísima película, en la que con toda claridad y detalle, se ponía de manifiesto la depurada técnica empleada en estos casos por el ponente.

Como es natural fue seguida con interés y admiración por los numerosos asistentes, ya que el procedimiento requiere muchas horas de práctica para llegar a realizarlo, amén de gran habilidad por parte del que lo practica.

Seguidamente y por medio de la proyección de diapositivas que iba describiendo, vimos varios casos de PAPILOMAS tratados por medio del FORMOL, técnica que aplica mucho desde hace años con magníficos resultados.

Este tratamiento consiste en lo siguiente: Se lamina el papiloma como si de un heloma se tratase, procurando no hacer sangre. Se coloca un disco adhesivo con orificio central que nos dejará el papiloma al descubierto. Se coge un pequeño trozo de algodón. Se impregna en formol al 30 % ó 40 %. Se aplica sobre el papiloma previamente

SERVICIO DIRECTO
DESDE LA FABRICA
EN VILLENA

P.F

EL CALZADO ORTOPEDICO DE ESPAÑA

VENTA CON RECETA
EN ORTOPEDIAS

20 AÑOS DE EXPERIENCIA en el diseño técnico ortopédico bajo dirección médica con el testimonio de más de 300 ortopedias repartidas por toda España.

CONTRAFUERTE DE HELFET indeformable rebatido a alta presión, (que no se debilita con el calor natural de la deambulación).

SERVICIO INMEDIATO mediante STOCK de gran capacidad. (Directo de fábrica).



TACON DE CUERO que permite adecuar el calzado prescrito con cuñas adicionales a las básicas (que llevan opcionalmente incorporados los distintos modelos).

Fabricación Exclusiva en DOBLE COSIDO visto por la suela que logra simultáneamente: gran FLEXIBILIDAD a nivel del antepié y extraordinaria CONSISTENCIA en talonera y enfranque

Perfecto ASIENTO del calzado en todos los modelos (tacón y piso en el mismo plano), aun cuando vayan provistos de cuñas básicas opcionales.

SUELA Y ENTRESUELA de crupón de cuero de curtición lenta natural, transpirable y repelente del agua.

MATERIALES de máxima calidad con un acabado en consonancia.

Dentro de nuestra experimentada y completa gama de calzado ortopédico, usted encontrará el modelo que requiera su prescripción. Este calzado cumple con todos los requisitos funcionales y biomecánicos que se exigen a nivel internacional, entre los que cabe destacar los que se indican en la figura superior. Ahora el calzado P-F es flexible, hay modelos en colores vivos y alegres e incluso de tipo deportivo. Pero sigue conservando su tradicional contrafuerte indeformable con el uso que soporta la tensión reiterada aun en casos de pies patológicos como el zambo o el plano grave.

Si no dispone del nuevo catálogo rogamos nos lo solicite mediante carta o simple llamada telefónica.



- HORMAS RECTA Y NORMAL PARA INCORPORAR PLANTILLAS.
- HORMAS PREANDANTES RECTA, NEUTRA Y CURVA.
- FERULAS DENIS-BROWNE.
- HORMAS RECTAS PRIMEROS PASOS Y ORTOPEDICA.
- HORMAS RECTA, SEMIAPROXIMADORA Y APROXIMADORA, DOTADAS DE SUPINACIÓN BÁSICA EN RETROPIÉ.
- HORMA SEPARADORA (ANTI-VARUS)
- HORMA SEPARADORA CON PRONACIÓN BASICA.
- HORMAS RECTA Y NEUTRA POST-QUIRURGICAS.
- ANCHOS E, F y G.
- TACON NEUTRO, THOMAS DIRECTO E INVERSO.

MANUFACTURAS ORTOPEDICAS **P.F**, S.A. Apartado, 43. VILLENA (Alicante) Telf. (965) 800191 - 802586 - 803212

escurrido convenientemente. Se coloca un apósito estéril que se fija con esparadrapo. Esta cura se levanta al tercer día. Se lamina nuevamente el papiloma y se repite nuevamente el ciclo hasta cuatro o cinco veces, número que suele ser suficiente para la total erradicación.

Ambos temas resultaron muy interesantes, siendo numerosas las preguntas que le fueron formuladas, que fueron contestadas de forma clara y concisa. Finalmente fue largamente aplaudido.

A continuación y como en la anterior mesa redonda habían prometido, la casa Berkemann tuvo la gentileza de exponer nuevamente su aparato de Crioterapia para el tratamiento de los papilomas, entregando a todos literatura del mismo.

Con el tema PROBLEMAS DEL ANTEPIE, SU TRATAMIENTO CON ORTOSIS DE SILICONA, presentado por el conocido compañero de Madrid, Don CONRADO GIMENEZ GIL, celebramos en esta Delegación, con fecha 23 de mayo de 1980, una MESA REDONDA con nutrida asistencia de Podólogos.

El ponente comenzó explicando verbalmente y de forma amplia, como él trata, y con excelentes resultados, además de varias anomalías de los dedos de los pies, como Hallus Valgus, dedos en martillo, en cuello de cisne, superductus, etc., trastornos en el antepié, estando convencido de que todos esos problemas producidos por la desaparición del arco trasverso que tan dolorosos resultan para los enfermos en la mayoría de las ocasiones, son francamente mejorados con la aplicación de ortosis adecuadas, corrigiendo en gran medida las subluxaciones existentes en las articulaciones interfalángicas y metatarsofalángicas.

Seguidamente, presentó numerosos casos tratados, proyectando diapositivas y radiografías comparativas de cada uno, tomadas éstas, antes de la aplicación de los ortosis y en períodos sucesivos, apreciándose con toda claridad la mejoría experimentada.

Finalmente y como detalle importante, demostró cómo enfermos que habían tenido aplicada una de estas ortosis durante un tiempo, en pies con pronunciado Hallus Valgus y ensanchamiento del antepié (arco trasverso), este ensanchamiento había disminuido considerablemente entre cinco y diez milímetros, dato que significó tener muy en cuenta.

La conferencia fue seguida con creciente interés por todos los presentes, dando lugar a un coloquio prolongado, se realizaron numerosas preguntas que fueron contestadas con claridad y amplitud, siendo al final larga y calurosamente aplaudido.

Con la incorporación a las tareas didácticas en esta Delegación de un nuevo compañero, Don VICENTE MARTINEZ RODA, finaliza en la misma este curso con fecha 20 de junio.

El tema es interesantísimo, DERMATOMICOSIS Y PAPILOMATOSIS, SU ESTUDIO Y TRATAMIENTOS.

A pesar de lo avanzado de la fecha es bastante numerosa la asistencia. Comienza haciendo un amplio estudio de ambos temas, etiología, patogenia, clínica, etc., así como de los distintos tratamientos. En este sentido, pone de manifiesto los más empleados por él en su consulta, significando cómo la práctica le ha demostrado, cómo con ellos obtiene mejores resultados.

Tanto uno como otro tema son amplios y despiertan el interés de los presentes, las preguntas durante el prolongado coloquio, son interesantes y se suceden ininterrumpidamente, tanto que no se agotan, por lo que el Sr. MARTINEZ RODA, y después de contestar a todas con profundo conocimiento del tema, se compromete a continuar en el próximo curso y sucesivos, ampliando su estudio y presentando nuevos casos y los resultados obtenidoss.

Finalizó la reunión con un prolongado, unánime y caluroso aplauso por parte de todos.

NO LO MANTENGA EN DIFICIL EQUILIBRIO

Mendivil



LE AYUDARA,
A DARLE LA CONFIANZA Y
SEGURIDAD QUE NECESITA.

Orto-Mendivil s.l.

...ZADO CORRECTOR Y
PARA PLANTILLAS ESPECIALES...

El Aguacil, Jose Vicente Hernández, s/n - Apartado 191 - Teléfono 80 13 77 - VILLENA

Acta de la Asamblea Nacional de Delegados Provinciales de Podología del día 7 de Mayo de 1978

A las diez horas y veinte minutos, en el local del Colegio Oficial de Practicantes Ayudantes Técnicos Sanitarios de Madrid, calle de Conde Romanones, número 10, y bajo la presidencia del Ilustrísimo señor don Enrique Rodríguez Gómez (Presidente) del Consejo Nacional de Ayudantes Técnicos Sanitarios), acompañado en la mesa por doña Carmen Freire Díaz (Secretaria del Consejo), doña Soledad Gil Bombín (Vocal-Delegado de Especialidades) y don Víctor André Martínez (Vocal del Consejo Nacional), contando con la asistencia de los Delegados Provinciales de Podología de Alava (señor Crespo), Albacete (señor Romero), Alicante (señor Olcina), Asturias (señor Díaz), Badajoz (señor Villafaina), Barcelona (señor Escachs), Cáceres (señor Sauíllo), Cádiz (señor García), Granada (señor Martín), Guipúzcoa (señor Araolaza), León (señor Pascua), Logroño (señor Martínez), Madrid (señor Sanmartín, Carlos), Málaga (señor Rojas), Murcia (señorita Picart), Navarra (señor Gallo), Salamanca (señor Basas), Santander (señor Burgos), Segovia (señor García Rodríguez), Sevilla (señor Carmona), Valencia (señor Del Moral Roberto), Valladolid (señor Domínguez), Vizcaya (señor García Monzón), Zamora (señor Miguel) y Zaragoza (señor Calvo), viendo que con estos veintiocho Delegados existe mayoría con respecto a los no asistentes, da comienzo la Asamblea Nacional de Delegados Provinciales de Podología de España, con el siguiente orden del día:

1.º Elección de Delegado Nacional.
2.º Problemática de los Podólogos.
3.º Ruegos y preguntas.

En primer lugar toma la palabra el Ilustrísimo señor Presidente del Consejo Nacional de Ayudantes Técnicos Sanitarios para informar sobre los motivos de la celebración de esta Asamblea, debida, en primer lugar, a que el Consejo desea tomar un contacto más directo con todas y cada una de las especialidades de los Ayudantes Técnicos Sanitarios, y, como ya los había realizado con otras, convocó a todos los Delegados de Podología de todos los Colegios Provinciales. Dado el remodelamiento de la carrera base, le es imprescindible conocer la opinión de los profesionales podólogos respecto a su futuro, en cuanto a estudios, intereses y aspiraciones se refiere.

La Vocal-Delegado de Especialidades del Consejo Nacional, señorita Gil Bombín, indica que en otras reuniones con especialidades había sido costumbre que hiciera de Secretario de Actas un miembro de la Asamblea, por lo que pide un voluntario, presentándose el que suscribe, señor Del Moral Roberto.

Comienza, pues, a tratarse el primer punto del orden del día: Elección de Delegado Nacional.

El Presidente del Consejo anota la necesidad de un Delegado Nacional de Podología que colabore con el Consejo, integrándose en él, para llevar la problemática del sector formando parte de la Comisión de Estudios.

El Delegado Nacional era necesario que se nombrase pronto, debido a que, de hecho, ya existen problemas con farmacéuticos, ortopédicos, etc., que intentan invadir nuestro terreno, de aquí la convocatoria de esta Asamblea, siendo ella misma la que indique en qué forma debe elegirse el precitado.

El Delegado de Barcelona (señor Escachs) propone que junto con el Delegado Nacional se nombre un Subdelegado, así como éstos se rodeen de personal idóneo en cada caso que se plantee, personas que se sepa positivamente que pueden ayudar, a los que lógicamente elegirán los citados Delegados y Subdelegado.

El Presidente indica que no hay problema en que haya Subdelegado, ya lo intentaría introducir también en la gestión del Consejo Nacional. Indica que en cuanto a Asesores, es la Asamblea la que decidirá.

Córdoba (señor González) pide que el Delegado o el Subdelegado resida en Madrid por motivos de gestión obvios, al estar en la capital Ministerios, personalidades, etc., con los que hay que trabajar.

Sevilla (señor Carmona) indica que lo que importa es que las personas que se elijan sean

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 o 4 veces al dia, 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.
276,— 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.
160,— Ptas.

INFAR NATTERMANN

Apartado 400 - Zaragoza Infanta Carlota, 84-88 Barcelona-29

positivas para la Podología.

Valencia (señor Del Moral), que, sin duda, el Delegado puede residir perfectamente fuera de Madrid, pues lo que importa es que sea representativo para la clase y, por supuesto, efectivo.

Murcia (señorita Picart) apunta que hoy en día el avión acerca las distintas ciudades de España tanto, que no ve el problema tiempo en los desplazamientos.

León (señor Pascua) dice que los asesores debe ser gente joven como lo enfocaron ya los fisioterapeutas, que poseen tres asesores de todas las provincias. Los jóvenes, indudablemente con mayores problemas para el inicio de su trabajo que los mayores, con su vida asentada y asegurada, viven más de cerca las pegas de la especialidad.

Málaga (señor Rojas) piensa que no tiene que importar la edad, si es persona idónea la elegida.

Zamora (señor Miguel) abunda con el señor Rojas, en que los mayores también pueden conocer perfectamente los problemas de la especialidad.

Guipúzcoa (señor Araolaza) dice que a la propuesta nos tenemos que ceñir, y ver si es conveniente que los Asesores los elija la Asamblea o no, pero después de tener nombrado ya el Delegado.

El señor Presidente toma de nuevo la palabra para incitar a que vayamos directamente al grano, pues el tiempo pasa aprisa.

Barcelona (señor Escachs) hace la aclaración de que si pensamos que todos los presentes son los más idóneos como Asesores, bien, pero como no lo sabemos cierto, es mucho mejor elegir a personas que lo hayan demostrado cumplidamente.

Zaragoza (señor Calvo). Los Asesores deben ser elegidos por el Delegado Nacional, que debe saber al capacidad de cada uno, bien sea de la Asamblea o no. Ya que piensa que puede elegir perfectamente el que más convenga a cada caso.

Guipúzcoa (señor Araolaza) dice que hay que seguir una línea constructiva, pues debe estar formado el equipo de Asesores por el propio Delegado.

Entre el señor Presidente, la Vocal-Delegada de Especialidades y el señor Del Moral (Valencia) hacen ver que existen tres propuestas enunciadas por la Asamblea, a saber:

Propuesta n.º 1: Delegado.
Propuesta n.º 2: Delegado y Subdelegado.
Propuesta n.º 3: Más de estos dos.

Por lo cual proponen que se haga votación para ver a favor de qué propuesta se define la Asamblea.

La votación se efectuará nominal, o sea, nombrando a cada provincia y que el representante de ésta responda simplemente: «una, dos o tres».

Se efectúa la votación, quedando el escrutinio de la siguiente forma:

Propuesta 1 (3 votos).
Propuesta 2 (17 votos).
Propuesta 3 (8 votos).

Queda, pues, aprobada la segunda propuesta, que indicaba la solución de un Delegado y un Subdelegado.

Córdoba (señor González). El Delegado debe elegir la persona indicada como Subdelegado, dándole potestad para ello, por lo cual sólo tendríamos que elegir en esta Asamblea el Delegado.

Valencia (señor Del Moral) apunto la posibilidad para que los asambleístas lo vean claro, no para poner cortapisas a la elección personal del que salga elegido Delegado, de si el Subdelegado debe salir de la Asamblea o no, por la conveniencia de una u otra cosa.

León (señor Pascua). Tiene que haber discrepancias, el Subdelegado debe ser elegido por la Asamblea, aunque no necesariamente de ella. Piensa que si el Delegado tiene la facultad de nombrar a su ayudante, puede nombrar a alguien demasiado afín a sus ideas, por lo que siempre prevalecería la opinión del primero.

El señor Presidente del Consejo Nacional abunda en que nadie debe ser nombrado a «dedo»; debe ser elegido democráticamente, seamos consecuentes de lo que se va a votar. Hay que pensar en que haya discrepancias, porque luego, de todas formas, siempre ocurre lo mismo, que prevalece la opinión del Delegado, pero por lo menos hay discusión.

Zamora (señor Miguel). La Asamblea, reuniéndose de nuevo, puede quitar al Delegado o Subdelegado si no está de acuerdo con los resultados.

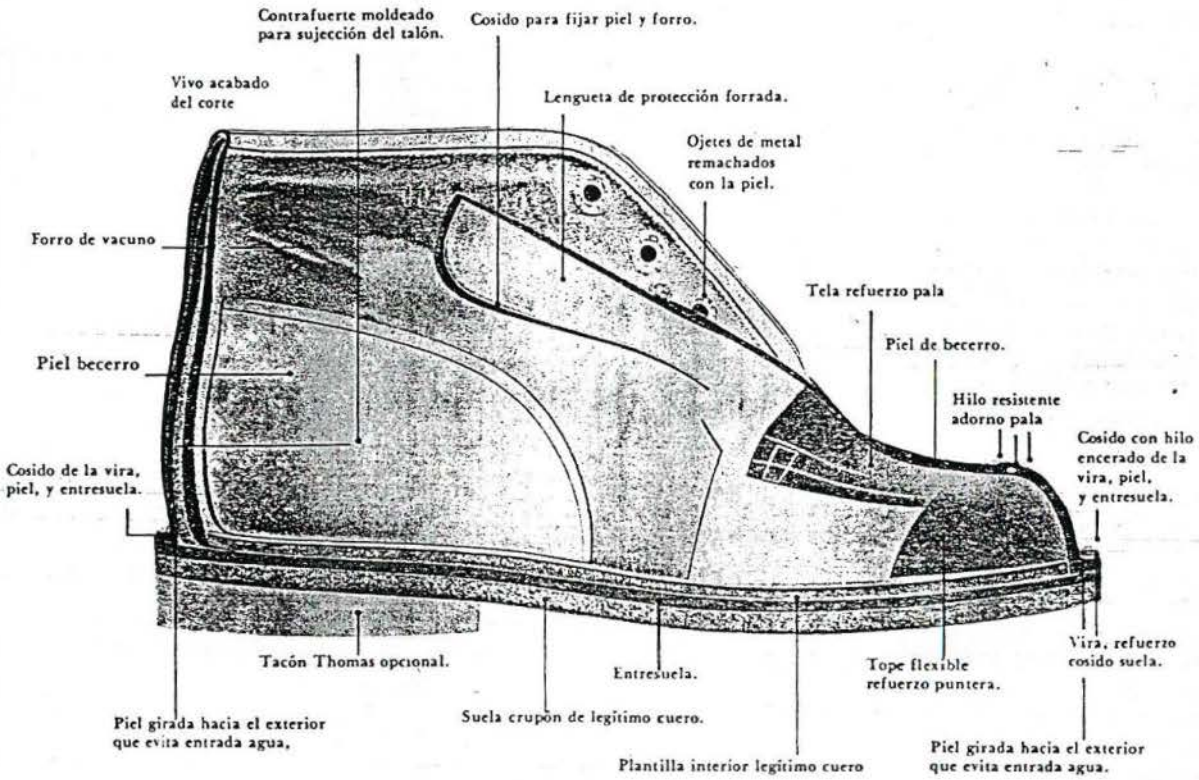
A esto último la Asamblea aprueba por unanimidad que así sea.

Asturias (señor Díaz). Lo verdaderamente importante es que exista un entente psicológico entre ambos; lo demás, huelga.

Córdoba (señor González) insiste en que el Delegado debe nombrar a su Subdelegado, ya que en los países más democráticos el Presidente elige a su Vicepresidente. En realidad debe ser a criterio de él, no hay que tomar una postura antidemocrática. Igualmente después nombrará a sus Asesores, para más tarde engendrar así una colaboración mutua.

Sevilla (señor Carmona) vuelve a decir que

NO ES UNA CASUALIDAD, QUE NUESTRO CALZADO SEA EL MEJOR.



CARACTERISTICAS DE NUESTRAS HORMAS:

PARA INCORPORAR PLANTILLAS

- base planta con ancho normal.
- base planta más ancha.
- recta.

NORMALIZADAS

- recta con capacidad normal.
- normal para pies sanos.

Taberner®

Weyler, 53. Tel.(971) 66 01 56. LLUCMAJOR (Mallorca)

OSCAR 1975 y 1976 y MENCION DE HONOR 1979 AL MEJOR DISEÑO DE ZAPATOS, ANATOMICO INFANTIL, INSTITUIDO POR LA COMISION ESPAÑOLA PRO SUELA DE CUERO.

no se debe efectuar una gestión monolítica, pues interesa que haya diversidad de criterios, aunque no precisamente rivalidad.

Barcelona (señor Escachs) aboga porque se nombre Delegado, y que éste indique lo que intente realizar, por si la Asamblea lo aceptara.

Efectivamente, la mesa presidencial se da cuenta de que no iban a cesar las distintas opiniones, todas ellas similares en el fondo, por lo cual el señor Presidente propone se presenten las candidaturas a que haya lugar para el cargo de Delegado Nacional de Podología, y se efectúan las votaciones al respecto.

Se presentan dos candidaturas:

Barcelona (Leonardo Escachs Clariana).

León (Luis Pascua Sanmiguel).

Se pide a ambos que expongan su *curriculum* en Podología y su programa de realizaciones.

Toma la palabra Barcelona (señor Escachs) para decir que ha trabajado durante cuarenta años, ejerciendo sólo la Podología. Ha sido segundo Delegado Nacional; promotor y Presidente del Primer Congreso Nacional de Podología (año 1959); Delegado de Podología por España en todas las reuniones internacionales; ex Presidente de la Agrupación Mundial de Podólogos; Presidente de Honor de todas las reuniones internacionales; promotor del primer decreto sobre la especialidad de Podología; ex Presidente del Colegio Oficial de Prácticas Ayudantes Técnicos Sanitarios de Barcelona, y Vocal segundo del Consejo Nacional de Previsión.

Piensa nombrar un Subdelegado, para lo que ya tiene al hombre, se trata de Carlos Sanmartín Espinel (Madrid).

Ultimamente ha habido que enfrentarse a los farmacéuticos. El tenía un escrito para presentar a la autoridad competente, Sanmartín, por otro lado, también tenía el suyo. Ambos escritos poseían el mismo fondo con distinta forma; se ha contrastado, sacando la parte buena de cada uno de ellos, confeccionado un escrito nuevo remodelado.

Ello indica que también Sanmartín, como él, aunque con distinto enfoque, persiguen el mismo fin: el progreso de la Podología. Pues limemos asperezas y vamos a aunar nuestros esfuerzos para el logro común.

Además, insistamos, su ciudad de residencia (Madrid), de gran interés para las gestiones precisas para el bien de nuestra especialidad.

Los Asesores piensa deben ser personas nombradas por el Delegado y Subdelegado, según el asunto a tratar, y la competencia de las distintas personas elegidas en ellos: Ortosis, Cirugía, Rehabilitación, etc.

Piensa también el señor Escachs estar en contacto directo con los Delegados, no tomando ninguna decisión sin contar con todos ellos.

Posteriormente habla León (señor Pascua), diciendo que indudablemente él no presenta tan gran acopio de méritos como su oponente el señor Escachs, cuya gran labor en pro de la Podología reconoce. Ello es debido a su juventud, y dice haberse presentado más que nada como portavoz de la Podología joven, pasando a explicar su programa de actitudes, haciendo un esbozo de ellas.

Podología en la Seguridad Social: Piensa que es necesario el ingreso del podólogo en ella, pues actualmente un joven podólogo que termina no tiene posibilidades de abrirse paso con su especialidad solamente, pues actualmente sólo está reconocida en el Servicio de Asistencia a Pensionistas.

Para entrar en ella se realizaría un baremo de méritos del aspirante, pero de méritos demostrables, no sólo de antigüedad en el escalafón, como se venía haciendo para el Ayudante Técnico Sanitario.

Indudablemente, la marcha de la Medicina tiende a socializarse, y aquí el podólogo tiene un gran papel.

Debe conseguirse la ortosis en la Seguridad Social sólo para podólogos, que es el único profesional que puede dedicarse a ello; en Francia, por ejemplo, sólo la realizan ellos.

Estudios: En otros países se efectúa con bachiller, COU y una reválida de ingreso la carrera de Podología, y los estudios son mucho más racionales, pues se lleva una puntuación por teoría y práctica, terminando la carrera con una gran práctica en la materia, imprescindible a la hora de comenzar el ejercicio libre de la profesión.

Comisión de Estudios Podológicos: Debe crearse esta Comisión para una vigilancia de las Escuelas. Deben poder elegirse los profesores idóneos, no cualquiera. Debe procurarse que la gente salga bien preparada, ya que actualmente, y no nos engañemos, no sale; piensa que es la forma de comenzar a dar su base prestigio a la profesión. Y esto es cosa nuestra, terminando así su disertación.

Bilbao (señor García Monzón) quiere que planifique su postura en cuanto a estudios se refiere, el señor Escachs.

El señor Presidente opina que el Delegado futuro no puede tener opinión en lo que una mayoría de profesiones desee.

Sevilla (señor Carmona). El motor de la tesis tiene que ser el Delegado, y el compañero Escachs todavía no lo es.

El señor Presidente indica que para acabar con los problemas, lo mejor es la votación,

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

señalando que la Asamblea debe elegir el modo en que se realice.

Valencia (señor Del Moral) propone que ya que la anterior se realizó de forma nominal, ésta podría hacerse igual.

La Asamblea lo acepta por unanimidad.

Realizada la votación, queda nominado Delegado Nacional de Podología el compañero Leonardo Escachs Clariana (Delegado de Barcelona), por 26 votos a favor y dos en contra.

Es aprobado también por unanimidad que el Subdelegado Nacional sea el compañero Carlos Sanmartín Espinel (Delegado de Madrid).

Toma la palabra el recién nombrado Delegado Nacional, para rebatir en cierta forma lo enunciado por su oponente, el señor Pascua Sanmiguel.

En cuanto a Seguridad Social, ya se han realizado y cursado varias y múltiples propuestas, a las que nunca han contestado, por lo que nada se ha logrado.

En el Ministerio de Sanidad se tuvo una reunión, con representantes de nuestra especialidad, de farmacéuticos y de ortopédicos (por cierto, que éstos venían con la cabeza un poco gacha) y va a ser el propio Ministerio quien va a determinar cuál es la función que desempeña cada profesión, en lo cual cree llevamos todas las de ganar, pues nuestro Decreto-ley de especialidad ya lo indica bien claro.

Un ortopédico puede ser un simple capitalista que abre una tienda en la que coloca a personas sin título alguno, que las convierte en obreros intrusos. Obreros que no pueden ni deben realizar ortosis y mucho menos recibir al paciente y diagnosticar (función netamente clara de profesional podólogo).

Los ortopédicos en la reunión precitada lo reconocieron.

Francia, en cuanto a estudios se refiere, se haya superado o no recientemente, se encuentra muy por debajo de nosotros.

De hecho, nos pidieron que fuéramos a dar una conferencia a su país explicando lo que hacemos en España, conferencia que dio él mismo acompañada de una película, ante un representante del Gobierno francés, quedando admirados de nuestras funciones profesionales.

Norteamérica se encuentra por encima simplemente porque consiguió la reglamentación antes que nosotros, pero hay que advertir que existen doctores en Podiatría, pero también hay simples podiatras diplomados.

En cuanto a Escuelas, él sólo puede opinar de Barcelona, que es la que vive cada día, y hay que darse cuenta que fueron creadas cada una de ellas (Madrid incluida) por un esfuerzo personal.

Actualmente, las personas que ejercen como profesores son las idóneas de momento, pero no quiere decir que lo sean para toda la vida.

Hay valoraciones de exámenes teóricos y prácticos.

Los profesores están a plena dedicación, con cuatro gabinetes cada uno y una cantidad limitada de alumnos por profesor. Piensa que no está tan mal.

Se intentará de nuevo el ingreso a la Seguridad Social, pero para ello el profesional podólogo debe ejercer con dignidad y sin ortosis estándar.

Para ello encuentra fundamental unos cursillos de perfeccionamiento para postgraduados, con el fin de que todos trabajemos de la misma forma y al mismo nivel.

Hay que conseguir que el famoso (P-10) de la Seguridad Social vaya directamente al podólogo, cuando sea concerniente a visita u ortosis propiamente podológica.

Los Delegados provinciales deben realizar una labor conjunta positiva para el futuro podológico.

Asturias (señor Díaz) indica los precios ridículos de algunos compañeros. Hay que conseguir acciones que eleven la profesión y no la denigren, entre ellas implantar unas tarifas mínimas.

La Asamblea ataca el segundo punto del orden del día:

«Problemática de la Podología actual. Proyectos».

Madrid (señor Sanmartín) se concreta a los siguientes apartados:

1.º Se debe presionar a la Delegación Nacional, pero ayudando, ya que si no ésta se encontrará sola.

2.º Creación de ciertas Comisiones:
   - *a) Científica:* para aunar criterios podológicos.
   - *b)* Para combatir el intrusismo.
   - *c)* Para conferencias, siendo esto labor de las Delegaciones Provinciales. Debe divulgarse nuestra profesión en actos dirigidos a Colegios, Asociaciones de Vecinos, Asociaciones de Padres de Alumnos, etc...

3.º Ingreso en la Seguridad Social: Estudiando muy bien cómo queremos entrar o cómo podríamos.

4.º No todo se ciñe a la Seguridad Social, sino que también hay otros organismos en que deberíamos entrar, realizando una labor efectiva: en Empresas, Ayuntamientos, Deportes, Policía, Ejército, etc...

5.º Referente a estudios debemos buscar un perfeccionamiento para alcanzar un nivel

óptimo. También aboga para la celebración de cursos para postgraduados.

6.º Propaganda a todos los niveles. Publicaciones profesionales.

7.º Crear una cuota de especialidad unida a la de colegiación.

8.º Colaboración constructiva entre todos los compañeros.

El señor Presidente del Consejo indica que en cuanto a estudios se refiere hay que enfocarlos bien. Para Enfermería se desea licenciados, luego encuentra posible una especialidad de esa licenciatura.

Respecto a la Seguridad Social es necesario contestar a la siguiente pregunta: ¿Cómo queremos entrar?

No está de acuerdo en absoluto respecto a la cuota de Especialidad. El Consejo Nacional —dice—, aunque no anda sobrado de dinero precisamente, es el que se hará cargo de todos los gastos de la Delegación de la Especialidad, ya que, al fin y al cabo, todos son colegiados, y si es necesario más dinero, se incrementaría la cuota, pero para todos los profesionales de la Enfermería.

Hay que vigilar convenientemente la ética profesional, procurando eliminar a los intrusos.

Murcia (señorita Picart): actualmente mucho personal médico intenta conseguir que exista la medicina libre, o sea, la elección por el Delegado del especialista que lo trate. Es fundamental, pues, el ingreso en la Seguridad Social, ya que en nuestras clínicas particulares podemos efectuar un gran servicio a la sociedad.

Zaragoza (señor Calvo) indica que en la Seguridad Social se debería ingresar sólo para realizar la cirugía estipulada para nuestra profesión u ortosis. Nunca quiropodia porque no entiende cómo un podólogo podrá visitar a 40 asegurados en una sola hora.

Badajoz (señor Villafaína): cuando el asegurado quiere ir al podólogo, el médico general lo envía, y luego el profesional cobra en el I.N.P. los honorarios acostumbrados. Al menos, así ocurre en Badajoz.

El señor Presidente apunta que parece que hablamos en forma gremialista. E insiste. ¿Cómo queremos la Podología en la Seguridad Social?

Málaga (señor Rojas) piensa que primero es la introducción y luego ya veremos en qué forma interesa.

Bilbao (señor García Monzón): lo importante son los estudios, por lo que piensa que Escachs debe hablarnos de ellos.

León (señor Pascua): la especialidad para cambiarla debe pasar por el Parlamento, como en Francia e Inglaterra, el cual la ratificará, o rectificará, según acuerde. Luego hay que pensar que sea un proyecto que el Parlamento pueda aceptar.

Barcelona (señor Escachs): existe un problema grave en que la Podología sea una especialidad de Ayudantes Técnicos Sanitarios, debido a que entonces estaríamos expuestos a que los médicos nos quitaran la especialidad, como ya ha sucedido con otras.

Se encargó a un abogado para que efectuara un estudio jurídico sobre dónde debe estar encuadrada la especialidad de Podología y sus posibilidades dentro de la Ley General de Educación vigente. Y si bien nuestro deseo era el de realizar una Escuela Universitaria, no se le había notificado anteriormente.

El señor Del Moral Roberto (Valencia) lee para toda la Asamblea el precitado estudio jurídico, en el que con las leyes en la mano se citan cinco posibilidades para nuestra especialidad, a saber:

a) Podología dentro de las enseñanzas especializadas.
(No encontrándolo enteramente válido.)

b) Dentro de las Escuelas Universitarias de Enfermería.

c) Podología como Centros de Formación Profesional de Tercer Grado.
(Tampoco, porque ni el mismo Gobierno sabe cómo enfocar este Tercer Grado de Formación Profesional.)

d) Podología como Escuela Universitaria.
(Indudablemente, el proyecto más viable.)

e) Facultad Universitaria.
(Actualmente lo considera un sueño imposible.)

Ni qué decir tiene que esto lo demuestra palpablemente el letrado en virtud de una serie de artículos que él utiliza magistralmente.

El señor Presidente señala que las Escuelas de Formación Profesional, indudablemente, funcionan mal. Hace ver los riesgos a separarse de Enfermería, ya que no es lo mismo defender una moción 3.000 personas que 80.000 profesionales de la Enfermería.

Los Ayudantes Técnicos Sanitarios tampoco quieren certificados, sino licenciatura.

La mesa piensa que debe funcionar la Podología unida al Consejo Nacional actual.

Barcelona (señor Escachs) manifiesta que no hay ningún riesgo en la separación siempre que sea para alcanzar un nivel superior. Indica que él mismo casi nunca ha estado conforme con el Consejo Nacional anterior, remitiendo a la mesa presidencial a las actas de reuniones del Consejo en las cuales debe estar reflejado.

Esta modificación que se está produciendo ahora en nuestra carrera base, de hecho ya la había propuesto él antes, incluso con un programa exhaustivo de especialidades, como Podología, Fisioterapia, Laboratorio, Optometría, etc... En aquel entonces se abogaba por una carrera base de año y medio, y especialidades de otro año y medio.

Mucho se ha propuesto y nada se ha conseguido.

Las circunstancias actuales de gobierno colegial ha favorecido en su mayor parte a las instituciones cerradas, pero no a todos los estamentos de los profesionales.

Necesitamos tres años de estudios, como en múltiples naciones ya poseen, y por ello no podemos ir ligados a la Enfermería.

El señor Presidente toma de nuevo la palabra y dice que se rechaza el nombre de Enfermería sin saber por qué. Hay que informarse y ver que en todo el mundo es mucho más conocida la Enfermería que la carrera de Ayudante Técnico Sanitario, con esa palabra «técnico» que tan poco favor nos hace. Indudablemente hay que internacionalizarse, homologarse.

Hay que tener un nombre específico para ser universitarios, y queremos ser licenciados, no diplomados.

Se quiere que la Podología siga dentro de los organismos internacionales. Si es necesario ir a cualquier Congreso Internacional, se acudirá, y lógicamente no va a asistir un miembro del Consejo cualquiera, sino el Delegado Nacional o a quien éste nombre.

Si la Podología se separa en Enfermería, se le echarán encima los traumatólogos y otros.

Luchamos para delimitar campos, incluso los Ayudantes Técnicos Sanitarios.

Córdoba (señor González): contra los expedientes de certificación habría que cambiar la Ley General de Educación vigente (sobre todo el artículo 39-4), y para eso hace falta mucho tiempo.

El señor Presidente dice que si no tenemos carrera universitaria desde hace mucho tiempo es porque no le dio la gana al Consejo Nacional anterior. Si es necesario luchar, se luchará a favor de la licenciatura; se intenta tener licenciados propios.

Pide que se piense sobre la separación de carreras, y no sabe si realmente sabemos lo que queremos o cómo queremos nuestros futuros estudios.

Sevilla (señor Carmona) apunta que no debemos cercenar la salida que otros compañeros tienen o pueden tener con la carrera base.

Barcelona (señor Escachs) indica que el médico no nos puede quitar nada de nuestro campo profesional, aunque nos separemos de la carrera base. Hay que hacer notar que en toda Europa la Podología es independiente.

Córdoba (señor González) pregunta que cómo ve el Consejo Nacional el futuro de las Especialidades.

La Secretaria del Consejo Nacional (señorita Freire Díaz) contesta diciendo que todavía no hay nada planificado; precisamente estas Asambleas van dirigidas a ver cómo respira cada sector profesional, para comprobar cuáles son sus aspiraciones. Primero hay que ir todos unidos para llevar a buen puerto la nave.

Murcia (señorita Picart): si continuamos como especialidad de Ayudantes Técnicos Sanitarios, bien; pero hay que darse cuenta que no podemos dejarnos pisar nuestros derechos adquiridos.

La Secretaria (señorita Freire) dice que con una Facultad de Ciencias de la Enfermería se llegaría a una independencia total y absoluta en cuanto a gestión.

La Vocal-Delegado de Especialidades indica que se debería presentar un informe detallado de por qué se desea Escuela Universitaria, programa de estudios, horario de clases y qué tipo de profesorado las impartiría.

Se somete a votación de la Asamblea para ver qué es lo que desea la Clase podológica, si una Escuela Universitaria o una especialidad de la carrera de Enfermería.

Vence la moción de Escuelas Universitarias por 26 votos a favor, uno en contra y un ausente.

Resuelto este punto, se pasa al tercero del orden del día:

«Ruegos y preguntas».

Córdoba (señor González) toma la palabra para indicar que lo que cita quiere conste en acta, y una vez aceptado por el Secretario pregunta: ¿Se ha notificado con suficiente tiempo la convocatoria de esta reunión?

La Secretaria (señorita Freire) responde que sí, ya que la circular salió del Consejo el día 23 de abril de 1978.

Vuelve a preguntar Córdoba: ¿Se puede ocupar el Colegio Provincial de las actividades podológicas?

La señorita Freire contesta que indudablemente para eso se han nombrado las Delegaciones.

Abunda con ella el señor Presidente, indicando que lógicamente y, por ejemplo, en un caso de actos científicos, el Delegado debe procurar que al Colegio le resulte lo menos oneroso posible, buscando la colaboración de laboratorios, casas comerciales, etc.

Sigue haciendo uso de la palabra Córdoba (señor González) para proponer que se publique un anuncio en la Revista indicando que no se apliquen ortosis estándar por compañeros podólogos. También pregunta que cómo se pueden denunciar casos problemáticos profesionales.

La Secretaria dice que para lo primero no ve ningún obstáculo. En cuanto al segundo punto dice que lo que necesita el Consejo Nacional son denuncias directas, y que esto lo debe tramitar denunciando el caso al Presidente del Colegio Provincial respectivo.

Como última pregunta, Córdoba hace la siguiente: ¿Hasta qué punto cubre el Colegio la responsabilidad civil del Podólogo?

El Presidente apunta que para saberlo mejor debe ser el Delegado quien pregunte al asesor jurídico del Consejo Nacional.

Cáceres (señor Sauíllo) pregunta que quiénes deben considerarse integrados en la Especialidad. Este tema surgió en la Asamblea colegial, y se resolvió poner cuatro condiciones: 1.ª Los que estén en posesión del Diploma de la Especialidad. 2.ª Que posean una clínica abierta. 3.ª Pagar una cuota mensual. 4.ª Adaptarse a las normas que la Delegación dicte.

El señor Presidente dice que el simple hecho de que se esté en posesión del Diploma ya faculta para el ejercicio de cualquier profesión y todo lo demás huelga, aunque él ya comprende que debe haber algunos podólogos que en realidad no lo merezcan.

Barcelona (señor Escachs) indica que en el año 1962 surgió una ley por la que todo profesional podólogo que pagara contribución como tal tenía derecho al Diploma de la Especialidad. En aquel entonces, el Consejo Nacional falsificó la documentación de algunos y, por tanto, extendió diplomas falsos legalmente.

Para él debe integrarse la clase profesional con todos aquellos podólogos que la ejerzan con dignidad. Rotundo no a la asistencia a domicilio, pues no se reúnen en él las condiciones necesarias de asepsia, iluminación, comodidad para el profesional y el paciente, etc.

La señorita Secretaria del Consejo apunta que, a través del Delegado Nacional, interesa poseer un archivo en el Consejo Nacional de todos los profesionales podólogos.

La Vocal-Delegado de Especialidades, señorita Gil Bombín, pide que se haga un censo de Podología por provincia, especificando el número de especialistas y relación de aquellos que la ejercen. Este censo, como es lógico, se encargará de confeccionarlo cada Delegado Provincial.

Sin ningún asunto de mayor interés que tratar, se clausura la sesión de esta Asamblea Nacional de Podólogos, en Madrid, y a las catorce horas y diez minutos del día 7 de mayo de 1978.

IMPORTANTE

ASAMBLEA NACIONAL DE PODOLOGOS

Madrid, 7 y 8 de febrero de 1981
Lugar: HOTEL CONVENCION (Salvo modificación que sería rápidamente comunicada)

Hora: 4 de la tarde.

PUNTOS A TRATAR:

1.º Información sobre el Decreto de Estudios de Podología, su desarrollo y necesidad. Ponente: D. Leonardo Escachs.

2.º NECESIDAD SOCIO ASISTENCIAL DEL PODOLOGO:

A. — El Podólogo en la Seguridad Social y Entidades Asistenciales. Ponente: D. J. Solé Cuch.

B. — El Podólogo en la Educación Física y el Deporte. Ponente: D. Martin Rueda.

C. — Medicina Podológica Escolar. Ponente: D. Juan J. Araolaza.

D. — El Podólogo en los Cuerpos Armados. Ponente: D. Isaías Moral.

E. — Podología Laboral. Ponente: D. M. Gavín.

F. — El Podólogo en Gereontología y Diabetología. Ponente: D. Luis Aycart.

3.º INTRUSISMO. Ponente: D. Enrique González.

4.º RELACIONES ENTRE EL PODOLOGO, EL MEDICO Y EL FARMACEUTICO. Ponente: D. Enrique González.

5.º COLEGIO INDEPENDIENTE O CONFEDERADO. Ponente: D. L. Escachs.

6.º CREACION DEL PREMIO NACIONAL DE INVESTIGACION PODOLOGICA. Ponente: D. Zacarías García.

7.º RUEGOS Y PREGUNTAS.

Dada la importancia de los temas a tratar en esta Asamblea Nacional de PODOLOGOS, se ruega muy encarecidamente la máxima asistencia y puntualidad.

Cualquier modificación en el programa y/o horarios, etc. sería comunicado a la mayor brevedad posible.

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

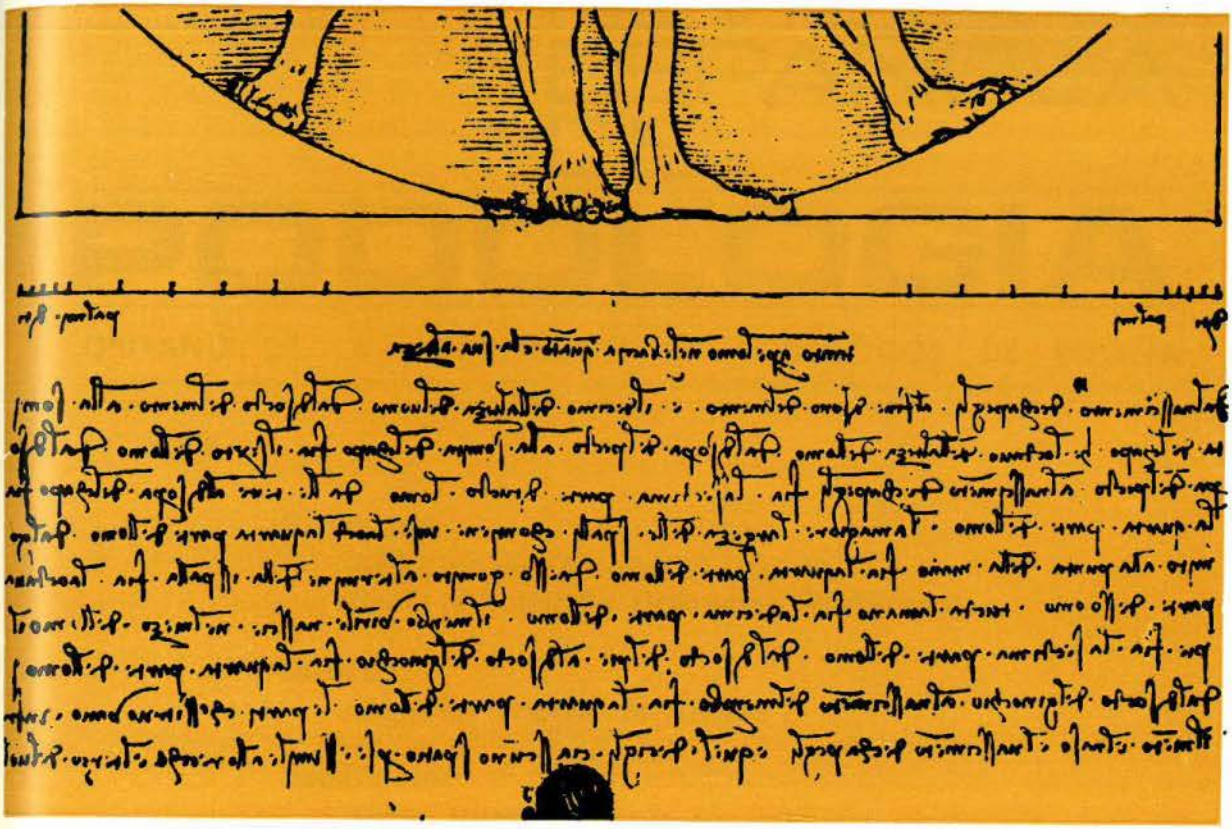
TUBITON
TUBIGRIP
TUBOS DE TUBIFOAM
TUBOPROT
TUBOCLIN
APLICADORES TUBITON, TUBOCLIN, etc.

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





N.° 79 **A.P.E.** Enero - Febrero 1981

REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

NUMERO MONOGRAFICO DEDICADO A D. L. ESCACHS

REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

ORGANO DE LA AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

A.P.E.

Redacción:
Avda. de la Generalitat, 31, át., 1.ª
Santa Coloma de Gramanet (Barcelona)

Director:
Zacarías García de Andrés

Subdirector:
Pablo Vilató Ruiz

Redactor jefe:
Martín Rueda Sánchez
Avda. de la Generalitat, 31, 1.°, 1.ª
Santa Coloma de Gramanet (Barcelona)

Administrador:
Francisco Alvarez Santos
Granada, 33, 5.°, Madrid-7

Publicidad:
Publicidad Permanyer
Mallorca, 310, ático, Barcelona-37

Imprime:
Gráficas Fomento
C. Peligro, 8. Barcelona-12

Depósito Legal:
B - 21972 - 1976
ISSN - 0210 - 1238

SUMARIO

3 **Junta de Gobierno**

5 **Editorial**

7 **«Curriculum Vitae»** de D. Leonardo Escachs

9 **A Leonardo Escachs.** Por J. A. Calvo, Secretario General de la Agrupación de Podólogos de España (A.P.E.)

10 **Un ejemplo a seguir.** Por I. del Moral, Vicepresidente 2.° de la A.P.E.

11 **Adiós, amigo Ecachs!** Por M. Gavín, Tesorero de la A.P.E.

13 **Carta de la Junta Rectora de la Escuela de Podólogos de Barcelona**

14 **Febrero 1981.** Por C.T.

15 **Recuerdo a la memoria del entrañable compañero.** Por E. González, Subdirector de la Escuela de Podólogos de Madrid

17 **Carta abierta.** Por E. J. Raso, Profesor de la Escuela de Barcelona

19 **«In Memoriam».** Por Dr. J. Fernández, Profesor de la Escuela de Barcelona

21 **Recuerdo de la Comisión Organizadora del XIV Congreso de Las Palmas**

23 **«In Memoriam».** Por J. Vidan, Presidente de la Asociación Gallega de Podología

25 **L. Escachs. Su fallecimiento.** Por F. Muñoz

26 **Jornadas belgas de Podología, dedicadas a la memoria de L. Escachs**

28 **Carta al amigo**

29 **Carta postrera.** Por V. Cía.

31 **Recuerdo a la figura de un ejemplar hombre.** Por E. E. González

32 **En la muerte de L. Escachs.** Por J. A. Calvo, Delegado provincial de Podología de Zaragoza

AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

JUNTA DE GOBIERNO

después de las votaciones

Presdte. Nacional	D. ENRIQUE GONZALEZ GOMEZ	Madrid
Vice-Prdente. 1.°	D. JULIO ALONSO GUILLAMON	Barcelona
Vice-Presidente 2.°	D. JUAN JOSE ARAOLAZA	Guipúzcoa
Secretario General	D. JOSE A. CALVO GARCIA	Zaragoza
Vice-Secretario	D. FRANCISCO J. MORAN VENTURA	Las Palmas G. Canaria
Tesorero	D. FRANCISCO ALVAREZ SANTOS	Madrid
Contador	D. LUIS AYCART VIJUESCA	Madrid
Vocal 1.°	D. JUAN VIDAN TORRES	Santiago de Compostela
Vocal 2.°	D. FCO. FARRERAS MORCILLO	Barcelona
Vocal 3.°	D. MANUEL TERRON SANGUINO	Badajoz
Vocal 4.°	D. MANUEL ALBALA VALLE	Cádiz
Vocal 5.°	D. PEDRO M.ª GALARDI ECHEGARAY	Bilbao
Vocal Nato	D. MARIANO RODRIGUEZ ESTEBAN	Madrid
Vocal Nato	D. JOAQUIN SOLE CUCH	Barcelona
Vocal Asesor Docencia	D. FRANCISCO MAÑE DOMINGO	
Vocal Asesor Docencia	D. ENRIQUE GONZALEZ GOMEZ	
Vocal Revista	D. MARTIN RUEDA SANCHEZ	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. Juan José Araolaza. Bidebarrieta, 4. EIBAR (Guipúzcoa).
D. José Valero Salas. ALBALATE DEL ARZOPISPO (Teruel).
D. Joaquín Solé Cuch. C. Príncipe de Viana. GRANOLLERS (Barcelona).

DELEGADOS PROVINCIALES

ALAVA: **D. Antonio Nogal Benito.**
ALBACETE: **D. Luis Juan Navarro.**
ALICANTE: **D. J. José Iborra.**
ALMERIA: **D. Esteban de Haro.**
ASTURIAS: **D. José Luis Alonso Alvarez.**
BADAJOZ: **D. José Villafaina de la Cruz.**
BARCELONA: **D. Joaquín Solé Cuch.**
BILBAO: **D. Pedro M.ª Galardi.**
BURGOS: **D. Elías Hernando Tamayo.**
CACERES: **D. Carlos Saguillo Núñez.**
CADIZ: **D. Manuel Albalá Valle.**
CASTELLON: **D. José Aguilar Beltrán.**
CIUDAD REAL: **D. Luis Barba Vázquez**
CORDOBA: **D. Máximo González Jurado.**
GERONA: **D. José M.ª Bosch Doménech.**
GRANADA: **D. Manuel Ruiz Morales.**
HUESCA: **Delegado de Zaragoza.**
HUELVA: **D. Jesús Tocino.**
JAEN: **D. 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: **D. José Iniesta Gallego.**
ORENSE: **D. Elisardo Bralo Rego.**
PALMA DE MALLORCA: **D. Romualdo Claverol.**
PAMPLONA: **D. J. Sarasa Moneo.**
PONTEVEDRA: Sin Delegado Provincial
SALAMANCA: **D. Antonio Basas Encinas.**
SAN SEBASTIAN: **D. Sebastián Tenés Iturriza.**
STA. CRUZ DE TENERIFE: **D. Armenio Méndez.**
SEGOVIA: **D. Francisco García Rodríguez.**
SEVILLA: **D. José Carmona.**
SORIA: Sin Delegado Provincial.
TARRAGONA: **D. Miguel Manzano.**
TERUEL: **D. José Valero Salas.**
VALENCIA: **D. Isaías del Moral Roberto**
VALLADOLID: **D. Alfonso Domínguez Milán.**
ZAMORA: **D. Narciso Miguel Barrios.**
ZARAGOZA: **D. Julio Bara del Molino.**

EDITORIAL(*)

La Podología mundial, y muy especialmente la española, se ha vestido de luto por la pérdida del pionero, luchador infatigable y verdadero artífice de la trayectoria ascendente de la Especialidad.

Escachs nos ha dejado.

Los podólogos españoles todavía no podemos imaginar, en estos momentos de consternación y pena, lo que ello significa. Hará falta tiempo para irnos haciendo a la idea de que el hombre vanguardista, que durante años llevó el estandarte de la Podología, con orgullo y decisión, con paso firme y trayectoria intachable, ya no puede seguir haciéndolo.

Y su labor fue tan grande, casi sobrehumana, que difícilmente podrá ser igualada, y desde luego, no creo que nadie pueda superarla en muchas facetas. Habrá que recapacitar ahora sobre nuestras actuaciones individual y colectivamente para no perder el compás en el camino que, con una demostrada y clara visión de futuro, él nos dejó trazado.

A lo largo de su dilatada vida profesional ha dejado huellas en todas sus actuaciones, sabiendo pasar de la dureza a la humildad, según las exigencias del momento, pero obrando siempre con justicia, y en ese sentido haciéndose partícipe y viviendo en sí mismo los momentos difíciles de su profesión y de sus compañeros, demostrando que un hombre por encima de todo debe ser humano y saber perdonar. En su gran corazón no tuvieron cabida jamás ni el odio ni la envidia, estaba repartido entre su familia y su profesión.

El primer fruto de una vida intensa y una enorme labor realizada fue la promulgación del Decreto 727/62, que reguló la profesión, adoptándose también a iniciativa suya los nombres de podología y podólogo, para la Especialidad y el profesional que la ejerce, respectivamente. La obra fue culminada en 1963 con la creación de las Escuelas de Podólogos, donde ha venido desarrollándose la formación de los nuevos profesionales, paralelamente con el perfeccionamiento de los ya veteranos.

Desde entonces hasta ahora, se recorrió un gran camino, lleno de luchas, de ideas, de aportaciones y sacrificios, no faltando en él los ratos amargos y las decepciones. Camino que ha servido para que ese hombre caudillo indiscutible, fuese paso a paso marcándonos el objetivo de su vida, y que ha culminado con la reciente promulgación del Real Decreto

2966 de 12 de diciembre de 1980. Esta segunda proeza fue totalmente gracias a su tesón y entrega. Tuvimos muchos momentos de fallecimiento en la lucha, pero él siempre nos infundió la esperanza y nos dio el más claro ejemplo de que cuando algo se quiere de verdad y se persigue sin vacilación, acaba consiguiéndose. Cuando le hemos conocido personalmente y le hemos visto cómo sacrificó a su familia y hasta su propia vida, no le olvidaremos jamás, siempre estará presente en nuestras actuaciones y tendremos el firme convencimiento de que Escachs nos sigue viendo y su recuerdo nos sigue dando fuerzas para, ya que no pudimos despedirle como se merecía, le rindamos nuestro más sincero homenaje con el más profundo recuerdo y el eterno agradecimiento de que si somos podólogos es gracias a él, y si nuestros hijos mañana eligen esta maravillosa profesión, debemos infundirle que sientan por ella el mismo cariño que él sintió.

Su obra fue tan majestuosa que no solamente le conocíamos en España, sino que sus ideas fueron allende nuestras fronteras, siendo el verdadero artífice del auge del podólogo en todo el mundo.

No era simplemente un hombre, era toda una Institución. Es por ello que resulta francamente difícil hablar de él. Todavía su recuerdo está demasiado cerca, y sus frases, sus ideas, sus acciones, se mezclan de una manera tan abrumadora en nuestros cerebros que es imposible su ordenación. Pienso que hará falta tiempo, mucho tiempo, para estar en condiciones de interpretarlas. Pero siempre veremos a aquel hombre grande, con su cartera llena de proyectos, su mente puesta en la Podología, con paso firme y decidido y un gran sentido del deber, que vivió fiel a sus principios y lo entregó todo a cambio de nada. Le estuvo vedado el homenaje que, insuficientemente comparado con su obra, íbamos a ofrecerle. Pienso que sería así su destino. Nunca hizo nada a cambio de algo, nunca buscó la recompensa o el reconocimiento a sus acciones, por eso, quizás tampoco quiso esperar a ese momento.

Redacción
M. R.

* Texto publicado en el número 80 de esta Revista.



"Curriculum Vitae" de D. Leonardo Escachs

40 años de plena dedicación a la PODOLOGIA, por vocación y sin haber desarrollado otra actividad profesional.

Delegado Provincial de Podología del Iltre. Colegio Oficial de Practicantes de Barcelona y su provincia desde el año 1944 hasta el año 1959.

Asesor de Podología en tres distintas Juntas de Gobierno del Iltre. Col. Of. de Practicantes de Barcelona.

Organizador y Profesor de los cursos teórico-prácticos sobre la Especialidad de Podología, celebrados en el Iltre. Colegio Of. de Practicantes de Barcelona.

Jefe Fundador del Primer Dispensario de Podología ubicado en un Centro Hospitalario (Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona), desde el año 1956 hasta el 1968.

Representante de la Podología española en la Federación Internacional de Podología, desde el año 1957 hasta la fecha.

Fundador y Director de la «Revista Nacional de Podología» desde 1959 hasta 1967.

Fundador y Director de la «Revista Nacional de Podología» desde 1968 hasta la fecha.

Director de la Revista «Técnica Paramédica» del Iltre. Colegio Oficial de Practicantes de Barcelona y su provincia.

Director de la Revista «Medicina y Cirugía de Grado Medio» del Iltre. Colegio Oficial de Practicantes, desde el año 1968 hasta el año 1972.

Promotor y autor material de la creación de la Delegación Nacional de Podología del Consejo Nacional de A.T.S. en Madrid, en el año 1959.

Delegado Nacional de Podología de 1959 a 1966.

Presidente del Iltre. Colegio Oficial de Practicantes de Barcelona y su provincia desde el año 1968 hasta el 1972.

Presidente del III Congreso Internacional de Podología celebrado en Madrid en el año 1963.

Presidente de todos los Congresos Nacionales de Podología celebrados en España.

Presidente de Symposiums, Manifestaciones y Semanas de Podología celebrados en España.

Presidente y Fundador de la Agrupación de Podólogos de España, desde su creación en diciembre de 1966.

Presidente de la Federación Internacional de Podología en 1963, 1979-80-81.

Presidente de la Mutua Provincial de Auxiliares Sanitarios de Barcelona.

Representante español y conferenciante y promotor del Congreso de Pediatría celebrado para españoles en Filadelfia en el año 1969.

Promotor y autor material del Reglamento de las Escuelas de Podólogos y estudios a cursar en las mismas, aprobado en el año 1963.

Fundador y Sub-Director de la Escuela de Podólogos de la Facultad de Medicina de Barcelona.

Jefe del Dispensario de Podología del Hospital Clínico Provincial de Barcelona, desde su creación en el año 1968.

Promotor y Presidente de Honor del I Congreso Nacional de Medicina y Seguridad en el Trabajo, celebrado en el año 1968.

Representante del Iltre. Colegio Oficial de Practicantes en los actos celebrados con motivo del Centenario de la carrera celebrados en Madrid en 1957.

Comendador de la O. Civil de Sanidad.

Condecoración otorgada por el Gob. español.

Viaje de Estudios particularmente a Fransia, Suiza, y Alemania.

Medalla de Oro al mérito profesional concedida por el Consejo Nacional de A.T.S.

Medalla de Oro al mérito profesional concedida por la Agrupación de Podólogos de España.

Viaje de estudios —particularmente— a Inglaterra en el año 1954 con internado de 2 meses en el Departamento de Podología de «Hoppe Hospital» de Salsdsford-Manchester, bajo la dirección del Prof. Dr. Charles Woord.

Conferenciante-invitado en las «Entretiennes de Podologie» celebradas en París.

Conferenciante-invitado en los Cursos de Perfeccionamiento organizados por la Asociación Italiana de Podólogos, celebrados en Milán en 1961 y 1962 y en la Convención celebrada en 1963.

Conferenciante-invitado a las Jornadas Podológicas celebradas en Lyon.

Aportación personal sobre distintas técnicas sobre Cirugía Podológica: Resección parcial y total de la uña; Resección de la matriz de la uña; Exóstosis; Papiloma vírico; Rodetes, etc.

Promotor del I Congreso Nacional de Fisioterapia celebrado en el año 1969.

Representante del Iltre. Colegio Oficial de Practicantes en las Asambleas de Previsión de la Mutua Nacional de Auxiliares Sanitarios que se celebran anualmente en Madrid.

Miembro, por elección, de las dos comisiones formadas para la reforma de los Estatutos de la Previsión.

Miembro de la Comisión Organizadora del I Congreso de la Seguridad Social, celebrado en Madrid en 1969.

Co-Presidente de Mesa en la I Ponencia del I Congreso de Hospitales.

Ponente en el Congreso de Especialidades Paramédicas celebrado en Madrid, en el año 1968.

Intervención personal en programas de radio y T.V. en los espacios «Protagonista el Hombre» y «Panorama de Actualidad».

Publicación de trabajos sobre Podología, científicos y sociales, en distintas revistas profesionales, tanto españoles como de otros países.

Diplomado por la Facultad de Medicina de Barcelona, en el año 1952 por Curso de Enfermedades de los Pies.

Diplomado por la entidad de San Cosme y San Damián, de Barcelona, por Curso sobre Enfermedades de los Pies.

Diplomado por el Rectorado de la Universidad de Barcelona, por Curso sobre Enfermedades de los Pies, celebrado en la Facultad de Medicina en el año 1956.

Diplomado por la Facultad de Medicina de Santiago de Compostela.

Diplomado por la Facultad de Medicina de Zaragoza.

Diplomado por la Escuela de Quiropodistas de Stuttgart (Alemania).

Condecorado en el Congreso Panamericano de Podología celebrado en Chile.

Asistente y Diplomado en todos los Congresos de Podología celebrados en Europa desde el año 1945.

Asistente, invitado y Conferenciante a las Convenciones de Podiatras americanos celebradas en Madrid los años 1968 y 1969.

Diploma de Honor concedido por el Consejo Nacional de A.T.S. en reconocimiento a su labor en pro de la Podología española.

Posesión de Diplomas, Plazas y obsequios con inscripciones de agradecimiento de todas las Delegaciones Provinciales de Podología de España en agradecimiento a su entrega total a la Especialidad.

Socio de Honor de la Asociación Argentina de Podólogos.

Tres homenajes nacionales organizado por los Podólogos de España.

A Leonardo Escachs

El tiempo, en su tránsito arrollador, trata de manera diferente a los que desaparecen de este mundo. Hay hombres, a quienes después de muertos, el paso de los días va diluyendo poco a poco en el silencio y en el olvido. Pero hay también hombres, cuya figura y cuya obra se agigantan precisamente a medida que corren las horas.

Son los seres capaces de vencer al tiempo. Sólo los espíritus nobles, las almas selectas, los hombres íntegros y cabales hacen el milagro de permanecer intacto, vivos, imperecederos en la memoria y en el afecto de cuantos les trataron y conocieron.

A este reducido grupo de hombres pertenece Leonardo Escachs.

Va pasando el tiempo, nos vamos acercando al primer aniversario de su muerte y, sin embargo, su estampa se agiganta ante nuestros ojos y su vida sigue siendo para todos recuerdo vivo, estímulo podedoso, ejemplo fecundo.

Me parecería pueril traer aquí el relato de cuanto hizo por elevar el rango de nuestra profesión. Todos sabemos que si nuestro trabajo goza ahora de la reconocida dignidad social, del nuevo prestigio científico y académico, y del respecto merecido de todos, ha sido gracias a sus esfuerzos y luchas, a su entrega y sacrificio.

Bien puede decirse que este luchador infatigable, murió agotado por el derroche de energías empleado en la defensa de nuestra categoría y de nuestros derechos. Que una vez más conste aquí, como levísima muestra de nuestro perenne reconocimiento, la expresión de nuestra renovada admiración hacia su persona y hacia su quehacer.

Con ser excepcional su tarea al servicio de nuestra profesión, todavía fue más singular el testimonio vital que nos ofreció.

Trabajador hasta su agotamiento, limpio en sus criterios, recto en su conducta, respetuoso con los superiores, atento y servicial con los inferiores, amable y generoso con todos, sembrador de amistades. Jamás pagaremos el inestimable regalo que nos hizo de su talento y de sus virtudes.

Sean estas breves líneas modesto homenaje de afecto y admiración a quien nunca olvidaremos. Descansa en paz.

JOSE ANTONIO CALVO GARCIA
Zaragoza
Secretario General Agrupación de
Podólogos de España

LEONARDO ESCACHS
(UN EJEMPLO A SEGUIR)

No me atrevía, aunque en muchos momentos pensaba hacerlo, no me atrevía, repito, a escribir algo acerca de LEONARDO ESCACHS. Ante la magnitud de su fuerte personalidad, consideraba pobre, pobrísimo, lo que yo supiera decir pero ante el anuncio de editar un número especial de nuestra REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA (su Revista), dedicado a su memoria, mi conciencia de amigo y de Podólogo ya no puede eludir, no puede permitir que mi nombre esté ausente en ese clamor de elogios y expresiones de amistad verdadera, admiración y agradecimiento que en sus páginas se verterán, con justicia y hasta apasionamiento pero que nunca podrán igualar a las que con gran sacrificio nos dedicó. Su vida profesional, apasionada por la Podología y sus aspiraciones será inigualable. Sus logros, olímpicos. Los beneficiados, los profesionales que la ejercemos con auténtica vocación y los pacientes a quienes asistimos. Una minoría grande lo comprendimos siempre y le apoyamos con fe. Una minoría pequeña no lo hizo así y ésta fue, con cierta amargura, la que le hizo infeliz en muchas circunstancias. Unos y otros, ahora, después de su desaparición, debemos estar unidos e identificados con él, llevar a buen puerto la nave cargada de posibilidades que con gran ilusión y esperanza nos ha entregado. Confiamos mucho en que los que le relevan y la juventud de las nuevas promociones por él formadas, sepáis comprender su sabia proyección de futuro e interpretar bien el mensaje de sus inquietudes. Confiamos, en fin, en la auténtica unión de todos, en la colaboración de todos, con crítica constructiva coincidente siempre en los supremos intereses que a todos nos es común, sin personalismos, leal, abierta, liberal y universalmente sentida. El nunca buscó posada donde descansar sino camino donde seguir luchando por conseguir identidad. Lo mejor que podemos hacer es imitarle y si como creemos los cristianos hay otro mundo desde nos pueda ver, que pueda ser feliz con nuestras obras. E. P. D.

ISAIAS DEL MORAL CEJALVO
Vicepresidente 2.º Agrupación de
Podólogos de España

¡ADIOS, AMIGO ESCACHS!

Cuando aún sonaban en los oídos de los podólogos de nuestra nación los sones de los clarines tocado a gloria pues con fecha del doce de diciembre pasado acababa de ser aprobado el decreto ley por el cual los estudios de Podología adquirían categoría universitaria consiguiendo al mismo tiempo la independencia de su carrera, la Podología española principalmente y la internacional en general sufría la contrapartida al tener que oír el lúgubre tañido de las campanas tocando a muertos ya que el corazón de un gran podólogo, un formidable compañero, un incansable luchador por sus ideales profesionales, cansado de tantas luchas, tantos sinsabores, tantos trámites con sus correspondientes viajes continuos y tantas exigencias, había dejado de funcionar.

La muerte de Escachs para los que tratábamos a diario con él fue sorpresa y no lo fue. Todos estábamos de acuerdo en que algo muy grave le estaba pasando ya que su estado físico iba mermando de una manera ostensible. Ya en el Congreso de Alicante, fue la mayoría de los asistentes los que se dieron cuenta que no era el Presidente de otras veces siendo muchos los que me preguntaron por su salud.

El gran mérito que nadie puede negarle, es que sabiendo él que estaba muy mal, no se apartó de su línea luchadora por su único ideal, el podológico, anteponiéndolo todo a su salud, con todos los problemas que llevaba entre manos, Agrupación, nuevo decreto, Escuela, etc. hasta el mismo día de su muerte.

Ocho días antes de su óbito, estando yo en su propia casa me dijo textualmente estas palabras: «Gavín, me parece que pocos talones más te voy a firmar, me encuentro muy mal». Al reprocharle por mi parte la falta de cuidado de su persona, me contestó: «Ya sabes que por encima de mí está la Podología y esto no puedo remediarlo».

Dice Cristo, que no hay una prueba de amor hacia los demás más grande que el dar la propia vida para el prójimo. A Escachs nadie puede negarle que la dio totalmente para la Podología. Con toda razón se le puede llamar el PADRE de los podólogos españoles pues a él se le debe en gran parte en nuestra nación el surgimiento de una nueva generación podológica.

Junto con un valioso equipo, digno de todo encomio por su entrega, sus sacrificios y su valentía, se llegó al año 1962 a conseguir el primer decreto en la que se estructuraba por primera vez la carrera de Podólogo. Nadie puede negar que a pesar de estar rodeado de grandes compañeros que colaboraron poderosamente con él, el principal artífice ya entonces de aquel decreto fue él. Pero todos sabemos cómo era su persona; inquieto, luchador, inteligente e incansable y por tanto no se contentó con aquello y desde un principio se propuso subir el nivel cultural y la categoría de su profesión mucho más y a igual que la primera vez, rodeado de un poderoso equipo de colaboradores que sea muy posible queden para siempre en el anonimato, dirigió todos los tiros a conseguir lo que por fin pudo ser realidad y que pudo ver con sus propios ojos aunque desgraciadamente por pocos días: El reconocimiento de los estudios de Podología a rango universitario y carrera independiente.

Bien podríamos decir, que a igual que el anciano Simeón entonó también el «Nunc dimitis» pero con la diferencia que lo hizo demasiado

pronto. ¡Leonardo! Todavía nos hacías mucha falta, pero no podíamos exigirte más de lo que has hecho.

En los muchos años de andar a su lado, puedo asegurar que a pesar de haber pasado muchas horas en su compañía en largos viajes, compartiendo juntos habitaciones de hoteles, etc. pocas eran las veces que nuestra conversación íntima fuera encaminada a temar particulares, familiares, etc. pues generalmente su contenido era el mismo: la Podología. No se podía ocultar a los ojos de cualquier observador que era un verdadero enamorado de la misma y todo su afán era únicamente el pensar y desear que la juventud que vaya siguiendo su camino fuera lo mejor preparada posible a fin de poder dar a la especialidad, días de gloria. Muchas fueron las veces que le oí decir: Si preparamos bien a nuestra juventud, la Podología triunfará.

¡Amigo ESCACHS! Yo en nombre propio y creo que también es el sentir de muchísimos podólogos más, te digo: GRACIAS, MUCHAS GRACIAS, por todo lo que hiciste por nosotros. GRACIAS por tus sacrificios en vida en favor de la especialidad; GRACIAS por el sacrificio ya en plan HEROICO de tu propia vida que has hecho en bien de los demás; GRACIAS porque de una manera principal se debe a ti que la Podología en España haya triunfado y sea conocida y respetada nacional y mundialmente; GRACIAS, en fin, por todos tus proyectos que quedaron todavía sin conseguir y sin resolver pero que lo aceptamos como herencia para que esta nueva generación de podólogos que sube lo pueda poner en práctica ya que tú no pudiste hacerlo.

Recibe amigo Escachs, desde estas líneas, el más sentido ADIOS para siempre de este compañero tuyo que debido a los once años que lleva desempeñando el cargo de tesorero nacional de la Agrupación, pasó muchas horas a tu lado y le hiciste acreedor de tu amistad, tus confidencias, tus inquietudes, tus amarguras muchas veces, pero que al mismo tiempo aprendió mucha podología consecuencia de tus largas conversaciones y repetidos consejos.

Repito: ADIOS, AMIGO ESCACHS. DESCANSA en paz. Lo tienes muy merecido. Dios te recompense todo el bien que nos hiciste. Nosotros por nuestra parte te prometemos haremos todos los posibles para conseguir la reafirmación de aquella PODOLOGIA que tú siempre habías soñado, que siempre nos habías enseñado a amar y que por tu muerte prematura no pudiste contemplar hecha realidad.

MANUEL GAVIN BARCELO

Tesorero Agrupación de
Podólogos de España

ESCUELA DE PODOLOGOS DE BARCELONA

JUNTA RECTORA

La Junta Rectora de la Escuela de Podólogos de Barcelona, adhiriéndose al sentimiento familiar, quiere testimoniar el agradecimiento más sincero a todos los Podólogos, por las muestras de dolor y afecto recibidas por el fallecimiento del que fuera Subdirector de la Escuela: Don LEONARDO ESCACHS CLARIANA.

Todos conocíamos su gran amor, entusiasmo, donación y lucha por nuestra querida profesión. El, logró que la especialidad podológica fuera la más atractiva de todas las que poseía el Ayudante Técnico Sanitario. Llegando a conseguir nuestro sueño dorado: CARRERA UNIVERSITARIA E INDEPENDIENTE.

Al dejarnos en toda su plenitud, no ha podido culminar toda su obra y por ello, nos quedan serios problemas, con los que tendremos que enfrentarnos. Pero estamos seguros que con vuestra voluntad y ayuda será más firme nuestra decisión en superarlos, para así llegar AL DESTINO QUE EL QUERIA LOGRAR PARA TODOS NOSOTROS.

No lo defraudemos, meditemos seriamente cuál fue su pasado y el futuro que deseaba. Imitémosle en su pensamiento, en su entrega y profesionalidad llena de virtudes y lograremos con el tiempo EL TRIUNFO Y EL PROGRESO DE LA PODOLOGIA.

MUCHAS GRACIAS

Febrero 1981

De regreso a mi domicilio, después de asistir al sepelio de nuestro Presidente Sr. Escachs (e.p.d.), fui recordando parte de la conversación que sostuve con mi amigo Pepito Grillo.

Me viene a la memoria un pasaje en el cual me dijo:

«Sin querer entrar en comparaciones, es fácil observar a través de los tiempos, que han existido personas con un afán de superación tan elevado, el cual les impulsa a una lucha constante, con la finalidad de legar un beneficio a sus semejantes.

Sin embargo, son pocas las que alcanzan a ver su objetivo cumplido.

Escachs, fue un batallador constante.

Luchó por enaltecer y diría más bien ennoblecer un trabajo, que se consideraba con poca base científica.

Su lucha, si bien es verdad, que también contó con la colaboración de varios compañeros, la centró en primer lugar, a inculcar que era necesario adquirir nuevos conocimientos. En perseverar constantemente en el estudio, a todos aquellos que se dedicaban o querían dedicarse, a una profesión que se conocía un poco desdeñosamente como "CALLISTAS".»

Yo, le contesté:

«Al lograr que se reconociera la Podología como carrera universitaria, nos ha dejado una hermosa herencia.»

Pepito Grillo, recuerdo que me miró intensamente y como si de repente se acordara de ALGO, contestó:

«Tú lo has dicho. ¡UNA HERENCIA! Espero que ésta sirva para uniros más. Que no suceda como en aquellas familias que por gozar de unos intereses, se entable una lucha entre sus miembros.»

Me enfadé con esta respuesta.

Le contesté muy molesto:

«Oye, no creo que tengas ninguna base para pensar de esta forma tan poco caricativa de nosotros.

No eres justo. Podemos tener nuestras diferencias, incluso distintos criterios sobre un mismo lema, pero de esto a pensar, lo que tú insinuas, existe un abismo.»

«Perdona si te he ofendido. No era ésta mi intención.»

Me contestó muy compungido. Y continuó:

«Sólo deseo que haya buena ARMONIA, entre vosotros. Que recordando a Escachs, trabajéis y luchéis con el mismo afán de superación que él siempre decía que era necesario para el bien de la Podología.

Aunque no lo creas se os presentarán una serie de dificultades y un camino no precisamente de rosas, que deberéis superar.

Os queda un buen trecho para recorrer.»

Me acuerdo de otro pasaje en el cual me comentó:

«Sé que conseguiréis, aunando esfuerzo, superaros.

No sé quién será el nuevo Presidente. Pero ten en cuenta que necesitará toda la confianza, comprensión y COLABORACION de todos.

No valdrá estar MORALMENTE, con él. Deberéis colaborar activamente, arrimando el hombro, aunque cueste algún sacrificio.

De no hacerlo así, sólo vosotros decididamente seréis los perjudicados.

Escachs, fue el fiel amigo de todos. Siempre dispuesto a ofrecer su colaboración.

Esta fue su mejor cualidad.»

Estas fueron sus últimas palabras antes de despedirnos.

C. T.

ESCUELA DE PODOLOGOS

MADRID

EL SUBDIRECTOR

Recuerdo a la memoria del entrañable compañero

Es difícil el arte de escribir cuando no se tiene dotes para ello, pero mucho más, cuando se desea recordar la obra de un compañero ejemplar, quien nos deja con su ejemplo, un recuerdo inolvidable.

Desgraciada y lamentablemente es excepcional la unanimidad y oportunidad en el juicio de hacer justicia. Los póstumos homenajes tienen arraigo y definen un modo de comportarse. Es común honrar y reconocer los méritos de quienes ya no pueden beneficiarse de ello, de esa semilla sembrada, en una vida fecunda y sacrificada.

Con seriedad, cumplió celosamente en la ardua tarea por la dignificación de la Podología, ojalá que su labor ahonde profundamente entre todos nosotros y no caiga en el olvido. Porque toda obra realizada entre el dolor y el desaliento, merece recordar y ejemplarizar.

La personalidad humana era algo importante en la vida de D. Leonardo Escachs. Estaba muy estrechamente enlazada y poseía, una doble calidad de causa y efecto. Por eso resulta casi imposible escribir de lo que fue su personalidad dentro y fuera de la Podología. Lo que surgió de su humana figura, eran unos rayos de atracción por su comprensión y sabiduría.

Su vida estaba dotada de una sorprendente fuerza de idealismo. Su pensamiento como todo idealista consciente de su propia responsabilidad, le da una constante realidad en su actividad, sin treguas ni descanso. Su maravillosa voluntad sin límites le dieron múltiples triunfos para los demás, como lo demostró en muchas de sus acciones con la participación en la creación y dedicación en la Escuela de Podología de la Facultad de Medicina de Barcelona y de la Agrupación de Podólogos de España, sin palmas ni éxitos personales, como podía habérselos atribuido. No, queridos amigos que me leéis y que conocíais sobradamente las cualidades de nuestro desaparecido e ilustre compañero. Su exponente ha sido su creación sin reservas y extraordinariamente generosas.

Un hombre, que modifica su actuación a favor de los demás y en pro de una mayor densidad de su profesión, por la que luchaba sin desfallecimiento. Su obra de gigantes en manos firmes y jóvenes que no vacilarán en llevarla hasta buen fin.

Con su figura, se enriquece un ciclo de la ciencia y de la técnica podológica española. Un ciclo de hombres que aprendieron a trabajar a partir de cero, vencedores de lo imposible, trabajadores solitarios por una España cada día mejor, con su correspondiente repercusión en una Universidad de futuro. Estos universitarios altruistas y desinteresados, auténticos idealistas del futuro de nuestro pueblo, conscientes y responsables de su cometido en la vida, por la que pasan y dejan profunda huella para ejemplo de los demás.

Estoy seguro señores, que sabemos, su inmenso amor y cariño a la Escuela y a la Podología, a la que había consagrado toda su vida, con una férrea voluntad, ya que en su persona, se daba la circunstancia de que su salud estaba disminuida y sin pensar en su propio yo, ni en su futuro económico, continuó su trabajo.

Dios quiso que su persona se encontrara con Él, y que su espíritu, nos condujera desde el cielo con su ayuda de la que tanto estamos

necesitados. *Inscribiéndole con su vida una de las páginas de oro de la Escuela de Podología de la Facultad de Medicina de Barcelona y de la Podología española; sirviendo su vida de estímulo por su honradez, sacrificio y altruismo.*

Ha muerto un hombre en el campo de batalla, o sea, en acto de servicio; qué bonita y hermosa muerte, qué grande es el hombre cuando cumple su misión en una sociedad egoísta y materialista. El amigo Leonardo, un hombre como todos los hombres, repleto de imperfecciones, pero muy apto para amar a su profesión como nadie. Amor que surgía en cualquier manifestación colectiva o personal de su Podología.

Personalmente difiero del criterio que existe sobre NECROLOGIA en España, que el hombre se tiene que morir para que le reconozcan sus méritos. Pienso que la armonía de los hombres no surge por generación espontánea, sino como un resultado de virtudes, y que conocías bien, éstas se adquieren por esfuerzos continuados de voluntad de una especie de catequesis colectiva, en la que aprendemos con el ejemplo, algunas de las verdades, exclusiva del talento, la honradez y el profesionalismo que legastes a la familia, cada día está más unido a la verdad y a la condición, por el recuerdo del hombre que se ha convertido en el espíritu de la grandeza profesional.

Es humanamente imposible, que todos los hombres coincidan en cualquiera de los campos de la vida. Por consiguiente los hombres siempre son muy discutidos, y que hasta la llegada de la convivencia, no desaparecen las discrepancias por desconocimiento de causa espiritual, apareciendo la disconformidad por el aliciente marcado en la ambición, dentro del progreso, que sirve de contraste para las ideas, proyectos y programas de futuro. Es conveniente e importante pensar que Dios nos hizo diferentes, pero hermanos, que Cristo nos volvió a hermanar, obligándonos a amarnos unos a otros, rogando perdón y tolerancia para estimar los valores humanos, porque sólo así seremos dignos del premio y llegamos a ser verdaderamente *hombres* en el pleno sentido de la palabra.

La paz es el fruto de la lucha, de la justicia y de la verdad, buen ejemplo de ello nos ha dado la vida y la muerte de uno de los mejores soldados que ha tenido la Podología española.

Es curioso observar la trayectoria de los hombres. Cuántas veces se confunde el celo con la envidia, pero qué pocos reconocen las virtudes y el respeto de los que luchan por el mismo ideal, convirtiéndose a veces en rivales nobles y respetuosos, que admiten los errores y fallos del hombre en su actuación y comportamiento. Este modesto autor que de esto sabe bastante, es el más indicado para reconocer el reconocimiento de toda la clase podológica, sobre el recuerdo y agradecimiento a la persona que más ha hecho por la Podología en España.

Lástima que Dios se le haya llevado y separado del calor que la amistad brindaba a su persona. Hombre de bien y sin igual en España.

La gran familia podológica, sabe guardar, admirar y amar con los ojos puestos en el cielo, rezar una plegaria, para que *El todo Poderoso* pueda guardar en su diestra a Leonardo Escachs, y desde arriba, iluminar a los que se quedaron para llevar la nave de la PODOLOGIA al más allá.

Enrique GONZALEZ GOMEZ
Podólogo

Carta abierta

Mi querido amigo Leonardo:

La vida de todo hombre, no debe tener tan sólo un fin impuesto por el natural imperativo biológico, de carácter común a todos los seres, sino que la finalidad de nuestros días, inherente a la verdadera grandeza personal de cada hombre, debe ser el reiterado esfuerzo cotidiano del deber cumplido, con la sociedad a la que pertenecemos y consigo mismo, a tenor de los propios y legítimos ideales, en continua superación de los valores positivos, que, de entrada, todos poseemos y que, la moral nos exige el realizar. Tú, este concepto ético, trascendental y cristiano de la vida, lo hiciste tuyo.

Del ejercicio de tu profesión hiciste abnegado sacrificio. Tu vocación, esencial y primordialmente podológica, te acompañó, sin desfallecer, hasta la muerte —que dicho sea de paso, para honrar tu trayectoria vital— vino a buscarte, junto al lugar de tu trabajo, como queriendo la Providencia manifestar con esta situación, el reconocimiento ante una firme y decidida línea de conducta, que debía ser tomada como ejemplo. Tú, supiste conjugar armoniosamente, en un justo y equitativo esfuerzo por el bien social, el arte, la ciencia, la amistad y el compañerismo aunando en desinteresada colaboración, a la familia, a los pacientes y a los amigos.

Hace muchos años, cuando mi estimado maestro y dilecto amigo, el Profesor Arandes, Catedrático de Patología y Clínica Quirúrgicas, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona, amén de otros múltiples y reconocidos méritos, impulsor y pionero en España, de la moderna y científica Podología, a tenor de lo reglamentado, en las normativas de la recién creada Escuela Oficial de Podología de Barcelona, me propuso para que profesara Teoría Médica, me recibistes, como un compañero más, al que transmitías tus inquietudes, tu bagaje humano y lo alentador de tus esperanzas. Sé fehacientemente —y a todos nos consta— tu entrañable estima, por la gran familia de los Podólogos de España. Sé, también, de tus horas de soledad, de tristeza, de cansancio físico, pero también soy consciente de la magnanimidad de tu corazón, que en silencio recobraba nuevas fuerzas para tu espíritu.

Mi maestro —el Director de la Escuela—, el Claustro de Profesores, catorce promociones de Podólogos, infinidad de amigos y tus pacientes, testimonian y pregonan tu labor realizada. Todos y cada uno de ellos,

y yo mismo, a fuer de sinceridad hemos de agradecerte, la dedicación exclusiva, a lo que para ti, era la razón vital de tu existencia: la Podología. La íntima satisfacción por el logro académico logrado, meses antes: la Escuela Universitaria de la que fuistes adelantado y portavoz de mi maestro, infatigable colaborador y el homenaje en ciernes que se te iba a dedicar, tal vez y a no dudar —según mi criterio— malhirieron mortalmente tu cuerpo, pero sublimaron la senda de tu vida.

Querido amigo Leonardo, muchos detalles, circunstancias específicas y recuerdos, ahora abriga mi mente, que sería largo y tendido el manifestarlos; sin embargo inequívocamente quiero que sepas que el camino de tu vida ha marcado un hito para la posteridad. El entusiasmo, la generosidad, tu entrega, la obligatoriedad del deber que siempre en ti, alentaron, deseo y espero sean imperecederos estímulos, en nuestro proceder.

Para nosotros, tú no has muerto, tan sólo la Providencia te llamó, por ello creo sinceramente que mi mejor despedida debe ser un piadoso recuerdo.

En la esperanza de compartir la Paz de Dios, te abraza cordial y efusivamente tu buen amigo:

DR. ENRIQUE-JOSE RASO RODRIGUEZ
Profesor de la Escuela Oficial de Podología
de Barcelona

IN MEMORIAM

Un corazón muy grande se ha parado. Cuando los afectos quieren poner el mayor énfasis y describir en pocas palabras algo que se siente profundamente, se alude a esta víscera porque tanto el pensamiento que se encierra como el órgano es vital en la vida de todos. Leonardo Escachs tenía pues un corazón que no cabía en el pecho. En bienaventuranza era así, lo entregó siempre en pro de los demás y de una profesión que supo engrandecer en la parcela que le correspondía. En desgracia, en patología, también y eso le llevó al óbito.

De las dos maneras se fue a la gloria. Una, la afectiva, porque nadie bien nacido podrá aducir que actuó malévolamente por naturaleza. Otra, la profesional, porque al fin, de las muchas cosas que promovió en su dilatada carrera profesional, ganó el reconocimiento oficial para esa parcela: la Podología, de forma satisfactoria, primero con la magnificencia del nombre propio para unos profesionales, y segundo con la elevación a universitarios de todos aquellos que en pretérito lucharon y se afanaron, y en futuro para todos los que quieran seguir una especialización provechosa para la Medicina Curativa y Preventiva.

Yo conocí a Escachs, hace muchos años, en plena efervescencia de lucha profesional de toda clase. Hace décadas. Yo le combatí enfervorizadamente el empecinamiento de una justicia de «luz y taquígrafos» y «juzgado de guardia», capaz de la Reconquista. Era tenaz en todo, hasta el acoso para desentrañar todo al aire libre. Podría haber sido un cazador imbatible.

En cambio, yo colaboré con él, igualmente tenaz y formamos un equipo de «idealistas» de «progresistas» y de «radicales», para elevar constantemente, no ya sólo a una parcela, sino las de todos los profesionales de Grado Medio de la Sanidad. La gran ilusión era la creación de una UNIVERSIDAD DE GRADO MEDIO en la que se impartiesen todas las enseñanzas de variopintos profesionales de GRADO MEDIO, colaboradores de la Sanidad, no subalternos en ningún modo, con FUNCION PROPIA Y NOMBRE PROPIO.

Se logró mucho. Se luchó mucho. Carpetas y carpetas de papeles, de planos, de proyectos; centenas de viajes por todo el orbe, nacional e internacional; tardes, noches y madrugadas en blanco durante años enteros. Animo, lucha, lucha. Dormía Leonardo poco, pero estaba esperando al día siguiente para soltar a sus colaboradores todo el cúmulo de ideas que a veces éramos impotentes de retener, porque era incapaz de escribirlas, como todos hacemos apuntando las cosas, o de grabarlas con los procedimientos modernos usuales; no, tenía que decirlas de viva voz y que después se interpretaran al pie de la letra. Las más de las veces no podía ser así, pero al ajustarlas técnicamente por los equipos de que se rodeaba, admitía la solución legal.

En la faceta colegial atacó todos los extremos exo y endógenos. El profesional era el profesional y debía siempre aspirar a más. Todo aquel que minimizara o menoscabara su función era proscrito y atacado (conservadores, intrusistas, superiores con «superioridad»). Pero nunca con alevosía ni malevolencia, sino en defensa de la justicia.

Nunca le oí una palabra de adscripción política, y una vez que fue atacado de cierto sectarismo ideológico, estalló de indignación, no por el partido que se le invocaba ni en el momento en que se hacía la alusión, sino por determinarle con un escandallo idealista que no le encontré nunca, porque el solo idealismo que yo le he conocido ha sido el profesional, y en éste, por hacer alguna alusión médica, para muchos hasta la parancia.

Cientos y cientos de profesionales lo son gracias a Escachs, sin engreimiento de esta afirmación; y ahí están en la calle, en los puestos de trabajo; las autoridadas académicas lo saben y pusieron en sus manos el desarrollo y la solución de conflictos escolares.

Si hablaran los aviones de Iberia, los despachos Ministeriales, las Rectorías Universitarias, las Cátedras, podría incorporar a la biografía de Escachs, horas y horas de su vida, muchas todas juntas, de su contexto privado. Más de una vez han sido cinco, seis y diez horas esperando porque un Ministro o un Director General «no podía recibirle», pero... le recibía. Y no iba a pedir nada para él; todas esas horas y todas esas demandas eran para los demás.

Se le ha tachado de autócrata, de déspota, de explosivo. Era un luchador nato y todos los protagonistas de la lucha han de imponerse cientos de veces ante la incomprensión de los demás, ante el «dolce far niente» de otros, y ante las «capillitas» de oposiciones destructoras, los «derechos adquiridos» y el «vale más no meneallo» muy propio de nuestra sociedad; los cargos «a perpetuidad», los «amiguetes» y los «nombramientos por el dedo», que han hecho durante muchos años, y que todavía no se han ido, las premisas de muchos «very important persons» y de «segundos de a bordo».

Un catedrático me decía no ha muchas fechas que Escachs tenía idiosincrasia mesiánica. Yo le contesté que impuso un carismo. Y ese mesianismo y ese carisma, forjado sin petulancia alguna, era el hálito de su empeño.

Se impuso un deber. Y el deber lo ha cumplido. La Fisiología le ha podido a la Historia, pero la Historia no es mañana, también es ayer y hoy, y el ayer y hoy de Escachs es... casi, casi todo lo que Escachs soñaba.

Finis coronat opus. Tu fin ha coronado la obra. Descansa en paz, Leonardo. ¿Qué harán de ella los que tú has enseñado? Eso, la Historia, la futura, lo dirá.

DR. J. FERNANDEZ MITJANS
Profesor de la Escuela de
Podología de Barcelona

AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA



XIV Congreso Nacional de Podología Islas Canarias

LAS PALMAS DE GRAN CANARIA
8-9-10-11 OCTUBRE 1.981

No cumpliríamos con nuestro deber terminando el saludo de Apertura de este Congreso, si no dedicamos el más emocionado recuerdo a la memoria de nuestro Iltre. compañero y querido amigo, el que fuera fundador y Presidente de nuestra Agrupación Nacional, DON LEONARDO ESCACHS CLARIANA, que tenía asignada la Presidencia de nuestro Congreso y que por desgracia para todos la ostentará a título póstumo.

Su recuerdo, por su brillantez ejecutoria frente a los destinos de nuestra especialidad, quedará ya para siempre indisolublemente unido al nombre de la Podología española, a la que entregó su vida generosa y dinámica. Su espíritu estará siempre entre nosotros, ayudándonos a encontrar el camino recto que él supo en todo momento seguir, por ello, en este XIV Congreso Nacional de Podología, primero que se celebra tras la ausencia del fundador, nuestras Islas quieren rendir un homenaje póstumo, a la figura del que en vida fue un hombre singular dentro de la gran familia podológica española, que hoy le llora.

LA COMISION ORGANIZADORA

EN LA MUERTE DE LEONARDO ESCACHS

¡Ha muerto Escachs! Se fue de entre nosotros el hombre noble y generoso cuyo nombre quedará ya para siempre unido a los destinos de la Podología nacional e internacional.

Fue Escachs pionero de la moderna Podología y máximo luchador por el prestigio de la especialidad, sacándola de la modesta ejecutoria del callista y llevándola de la mano hasta dejarla colocada en carrera universitaria.

Hombre dinámico, luchador nato, no conoció el descanso hasta su momento final, a pesar de saber que su salud se había deteriorado en los últimos tiempos y desoyendo los consejos de los que más de una vez le recomendábamos una pausa en su diario batallar.

En su vida, marcada por un fuerte signo de emotividad, le hemos visto llorar cuando algo o alguien se interponía en sus planes de

reivindicación profesional, desbaratando o retrasando lo que ya consideraba logrado y le hemos visto reír alegremente cuando su labor, secundada por su equipo, cristalizaba al fin en espléndidas realidades.

Fue Escachs hombre clave en la creación de la Escuela de Podología de la Facultad de Medicina de Barcelona, que hizo realidad tras grandes esfuerzos y largas gestiones cerca de los poderes públicos.

En esa Escuela, de la que fue subdirector, ejerció su magisterio, saliendo de ella muchas promociones de podólogos que hoy ejercen con dignidad en todos los rincones de España. Esas promociones, como nosotros todos, sabemos bien de la luchas y de los sacrificios de este hombre excepcional, por mantener una docencia del nivel que él quiso imprimir a sus alumnos.

La Escuela de Podología de Barcelona, primera en España, que en lo sucesivo debe llevar el nombre de Leonardo Escachs, como merecido homenaje a su creador, llora hoy, como todos los podólogos del país, el luto de la desaparición de quien puso en ella tantas ilusiones y esperanzas.

No le dio tiempo a saborear las mieles del triunfo de su última batalla. Apenas publicado en el «Boletín Oficial del Estado» el real decreto que creaba las Escuelas Universitarias de Podología, suprema meta de su vida, su corazón cansado no pudo resistir más esfuerzos ni más emociones y se negó a seguir latiendo. Su labor ya estaba hecha.

A todos nos corresponde ahora, por nuestro propio bien y en honor a la memoria del gran hombre desaparecido, mantener con dignidad lo conseguido y perseverar en la lucha, siguiendo sus enseñanzas.

La Podología española, privada repentinamente de su más valioso luchador, se viste hoy de negro. ¡Escachs ha muerto!

Delegación de zona (Islas Canarias)
(Publicado en «Diario de la Mañana», de Las Palmas de Gran Canaria, el 18 de marzo de 1981)

ASOCIACION GALLEGA DE PODOLOGIA

IN MEMORIAM

Sí amigos y compañeros, en la noche del día 24, la Providencia nos ha reclamado a toda la gran familia Podológica de España, a nuestro Presidente Nacional, sin duda alguna, por considerarla que su labor inagotable e incansable en pro de la Podología, había ya culminado con su gran deseo de que nuestra especialidad llegase al máximo rango universitario, deseo plasmado en el Decreto del día 12 de diciembre del pasado año.

Describir la personalidad de ESCACHS en pocas líneas se me hace imposible y máxime cuando está mezclada la gran amistad y familiaridad con el que ésta os envía, yo destacaría entre otras sus grandes cualidades, ILUSION, ABNEGACION Y COMPAÑERISMO.

Su ilusión fue respetando el gran bagaje que nuestros respetados antecesores, los CALLISTAS a través de muchas décadas, venían ejerciendo en la técnica del cuidado del pie. Agrupó con su proverbial ilusión a todo el ramillete de estos profesionales, ilusionándolos con la creación de la Especialidad de PODOLOGIA, todos vimos en él un líder profesional y todos nos entregamos a él.

Su abnegación es tal, que no pierde un instante, en conseguir celebrar en Madrid el PRIMER CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA (año 1959). Supo por sus grandes dotes personales, hacer que todos los profesionales nos convirtiésemos en una gran familia Podológica, que compartíamos día a día y paso a paso, todos los procesos evolutivos de la Podología. El supo también infiltrarnos sus cualidades, ilusión en la asistencia a los muchos Congresos, Simposiums, Semanas Podológicas, Congresos Nacionales en número de veintidós hasta 1980, y diez Internacionales; cada uno de ellos se supera en asistencia. Yo me atrevo a manifestar que si bien, el atractivo de la superación profesional nos animó siempre a la asistencia a estos actos, había también nuestra gran ilusión de compartir unas jornadas con nuestro Presidente y con la gran familia Podológica. Teníamos tanta fe en él que creo que algunas veces, no lo arropamos como él se merecía, pero es que confiábamos en su total abnegación por la Podología y que LEONARDO, con su tesón, y que con gran abandono de su trabajo particular e incluso familiar, él encauzaba y canalizaba cada vez más y mejor la especialidad de PODOLOGIA.

Su compañerismo fue tan grande, que su hogar estuvo siempre abierto a todo profesional que llamó a su puerta, ayudando a todo compañero en unión de los destacados profesionales catalanes, para que lo que algunos considerábamos un «mito profesional», él y ellos nos impartían sus conocimientos y creo que es lo más grande y elogioso, nos entregaba su corazón.

Imperecedero recuerdo tiene para mí y creo que para todos vosotros, su gran colaboración en la 1.ª SEMANA NACIONAL DE PODOLOGIA, celebrada en Santiago, hace veinte años, todos recordamos cuánto nos valió su colaboración científica, al frente de su añorado equipo, él supo elevar y potenciar nuestro interés profesional, ávido de amplitud de conocimientos, él supo granjearse las simpatías y amistad del Profesorado con la Facultad de Medicina, con el Sr. Decano que tanto y tanto colaboró, así como la del Sr. Rector de la Universidad, que otorgaron por primera vez en la historia un DIPLOMA UNIVERSITARIO, supo también como cristiano, recibir del Sr. Cardenal de Santiago, su bendición en unión de todos los componentes de estas primeras Jornadas de Podología y que prontamente se vieron frutos de ella.

Volvimos nuevamente los Podólogos de Galicia, a gozar de sus esfuerzos en pro de la Podología, en el año 1970, con motivo del IV CONGRESO NACIONAL, de imborrable recuerdo, emocionada visita a Autoridades civiles y Académicas que siempre reconocieron su tesón, su gran capacidad de trabajo y organización, por ensalzar una profesión, él supo arrodillarse a los pies del Apóstol Santiago, para en modesta ofrenda y en presencia del Sr. Cardenal, pedir gracias, tanto espirituales como materiales para todos los Podólogos presentes y ausentes, dando su abrazo al Patrón de España, abrazo que aún recuerdo muy emocionadamente.

Su gran personalidad profesional, traspasó nuestras fronteras, llegando a ostentar la Presidencia de la Federación Internacional, lo que tanto distinguió a la Podología y a España.

Su gran amor a nuestra Región (no en vano sus años juveniles afincó su residencia en Vigo) lo demostró en todo momento, cuando reclamábamos su presencia. Muy recientemente, presidió en unión de las Autoridades la constitución de la ASOCIACION GALLEGA DE PODOLOGIA, proporcionándome en la última oportunidad que tuve de convivir con él unas horas de alegría y satisfacción en Madrid, su presencia en Santiago, para presidir las primeras Jornadas de nuestra Asociación.

El destino ha querido que no disfrutase del mayor galardón que los Podólogos de Galicia le otorgamos últimamente, cual era la PRESIDENCIA DE HONOR DE LA ASOCIACION GALLEGA DE PODOLOGIA.

Amigos míos, os pido perdón por estas mal hilvanadas líneas, mi mente se ve embargada por los impulsos del corazón que manda más. Yo quisiera tener una lucidez total, con que poder ensalzar las grandes cualidades y virtudes de este gran amigo, buen compañero y mejor Presidente, que creo ha luchado por el bien de la Podología y el bienestar personal nuestro y de nuestras familias. Uno de sus lemas era el de la unidad, ahora que nos encontramos sin nuestro padre, es cuando más unidos debemos estar (la casa no cayó, pero los cimientos se movieron).

Por último, sólo me resta pedirte como parte integrante de la familia Podológica y como cristianos que somos, ofrendemos en el primer minuto de soledad que tengamos, una oración íntima, que creo que es la más valorada por el Todopoderoso, pidiéndole le otorgue una gran felicidad, en el mundo que El reserva para todos aquellos que se han entregado al bien de los demás y al amor para con los suyos, cualidades que no dudo adornaron su corta vida.

Santiago, febrero de 1981

JUAN VIDAN TORRES
Presidente Asociación Gallega
de Podología

LA PODOLOGIA EN EL MUNDO

«La Revista Panamericana de Podología, órgano de la Asociación Argentina de Podólogos, en su N.º 161 enero-marzo 1981, pág. 38, se hace eco del fallecimiento de nuestro inolvidable D. Leonardo Escachs, en una nota enviada por el corresponsal de dicha Revista en Málaga Fernando Muñoz Campos, compañero y asiduo colaborador nuestro.

En retribución al compañerismo demostrado por los colegas argentinos, tenemos el agrado de reproducir textualmente la referida crónica.»

Fdo. MUÑOZ CAMPOS

LEONARDO ESCACHS CLARIANA SU FALLECIMIENTO

El día 24 de febrero de 1981, dejó de existir en Barcelona D. Leonardo Escachs Clariana, presidente de la Agrupación de Podólogos de España y director de la Revista Española de Podología.

La escueta noticia de su fallecimiento, nos sorprende, no sólo por que no podemos determinar con exactitud la inexorable medida del tiempo entre la vida y la muerte, sino también por el sentimiento que aflige a la familia podológica española por la irreparable pérdida de su gran benefactor.

Resulta obvio, por ser de todos conocido, resaltar la figura del Sr. Escachs, sin embargo, fue tan amplia la incesante actividad desarrollada por el finado en las dos últimas en pro de la Podología, que no podemos omitir algunos de los muy elevados rasgos de su persona.

Uno de sus principales motivos de preocupación, fue la creación de la Escuela de Podología de Barcelona, la cual, pudo lograrse con rango facultativo tras innumerables vicisitudes económicas y cuya instalación con todos los elementos adecuados, se halla actualmente funcionando en la Facultad de Medicina de Barcelona. D. Leonardo comprendió que la Escuela era absolutamente necesaria para la prosecución y profesional de las futuras generaciones. Y allí está, con todo el decoro técnico preciso para su desempeño.

La influencia profesional que gozaba el Sr. Escachs, trascendió al extranjero donde en muchos Congresos Internacionales demostró con hechos, muchas disciplinas técnicas que fueron altamente reconocidas.

Era D. Leonardo hombre de muy fina sensibilidad, tenía un sentido crítico agudo y ponderado de las cosas y sus comentarios, cualesquiera que fueren los temas, los expresaba con su peculiar estilo y siempre alcanzaban ejemplar notoriedad.

En muchas ocasiones tuvo que afrontar problemas derivados de cierta inestabilidad profesional, y los resolvía gracias a la enorme experiencia de su madurez intelectiva.

No debemos olvidar que D. Leonardo fue el vigía permanente, alerta siempre a cuantas asechanzas pudiesen surgir contra la paternidad podológica de la cual, somos acreedores.

El mejor homenaje que podemos brindar a la memoria de D. Leonardo, es la de estrechar filas para formar una compacta unidad en defensa inquebrantable de nuestras reivindicaciones profesionales, tan laboriosamente conquistadas por nuestro querido amigo y compañero Escachs.

Descanse en paz.

FERNANDO MUÑOZ CAMPOS
Podólogo - Málaga

JORNADAS BELGAS DE PODOLOGIA

Dedicadas a la memoria de Leonardo Escachs - 3 y 4 Octubre 1981

Durante los días 3 y 4 de octubre del 81, han tenido lugar en Bruselas las I Jornadas Nacionales de Podología, dedicadas a la memoria de nuestro desaparecido amigo Escachs.

En honor a la verdad, tenemos que decir que nos han conmocionado en gran manera por la forma en que en todo momento se desarrollaron, pero muy especialmente por el profundo sentido cristiano, lleno de respeto y reconocimiento a la memoria del paladín indiscutible de la Podología, que fuere Leonardo Escachs.

Fue emocionante, desde el minuto de silencio, hasta el discurso inaugural pasando por una hermosa melodía a cargo de un flautista que consiguió conmover a los asistentes. Como Podólogos y como españoles, pensamos que es mucho lo que debemos a la Presidente Mdme. De Moulin y a los colegas belgas, por las muestras de admiración de que hicieron gala en la memoria de quien para ellos fue un verdadero ídolo en la Podología: Leonardo Escachs.

M. RUEDA y J. ALONSO

CHAMBRE BELGE DES PODOLOGUES

UNION PROFESSIONNELLE RECONNUE

MONITEUR BELGE DU 10-12-38

Diplôme d'Honneur

En signe de reconnaissance pour services rendus, nous décernons à *titre posthume à*

Monsieur Leonardo **ESCACHS CLARIANA**

la mention de MEMBRE d'HONNEUR, et lui délivrons le présent diplôme.

Bruxelles, le 3 octobre 1981.

Le Secrétaire Général,

Le Président,

Diploma otorgado a título póstumo a L. Escachs, como Miembro de Honor

Extracto de la CONFERENCIA INAUGURAL de las «Jornadas Belgas de Podología» a cargo de la Sra. Presidente, Mdme. de Moulin

Señoras, Señores,

En nombre de la C.B.P., tengo el placer de saludarles y deseo que su participación en nuestras jornadas de podología, le serán a la vez agradables y fructuosas.

Ustedes no solamente podrán sacar provecho de las materias que le serán presentadas, sino la posibilidad de nuevos contactos, contactos propicios a nuestra propia evolución, como a la de nuestra disciplina común.

Estas jornadas deben marcar de alguna manera la inauguración de nuestro nuevo título.

Somos podólogos y como tal queremos manifestar nuestra preocupación permanente por elevar nuestra profesión, por la calidad de nuestros cuidados, por el perfeccionamiento de nuestras técnicas.

Por eso hemos querido que el tema de nuestras jornadas esté dedicado sobre las técnicas podológicas «vanguardistas».

Al principio, previstas para el pasado mes de mayo, nuestras jornadas debían de estar organizadas con el preciado concurso de un eminente compañero, el Sr. Leonardo Escachs, que desgraciadamente falleció antes de estas fechas.

En señal de luto, las hemos retrasado hasta aquí y hemos decidido dedicárselas a su memoria.

La mayor parte de los conferenciantes presentes, a quienes debo darles las gracias especialmente por su participación, han conocido y estimado el valor del difunto Sr. Escachs.

Sin duda piensan como yo, que él sería muy feliz de vernos aquí a todos reunidos por una causa que fue la de toda su vida: «La valorización de la Podología».

Como introducción al gran programa que sigue, he querido presentarles un breve *reportaje* sobre la personalidad del señor a quien le dedicamos nuestras jornadas.

Era normal, necesario, que dijera algunas palabras sobre lo que fue el Sr. Leonardo Escachs, y sobre la gran realización de su vida: La Escuela de Podología de la Facultad de Medicina de Barcelona.

Si es verdad que, como dijo Víctor Hugo:



Momento de la interpretación de melodía en honor del señor Escachs.

«Los que viven son los que luchan», el Sr. Escachs vivió bien.

Toda su vida, la consagró a la promoción de su profesión; hasta el final, se dedicó a subir más alto que la llama de la Podología.

Era un luchador, pero también un hombre de corazón, un hombre que además de mucho talento de dirigente y de promotor, se aliaba una gran generosidad.

Para defender su ideal, sabía mostrarse duro, cuando hacía falta; pero esta firmeza no excluía nunca un profundo sentido de humanidad, que no han dejado de apreciar los que han mantenido la suerte de estar cerca de él.

Intransigente con él mismo, lo era, cariñosamente, con los demás, cuando se trataba de defender lo que creía justo y bueno.

Su fuerza, sólo la podía sacar del amor, su obra la quería grande, para que muchos pudieran aprovecharse de ella.

Por todo lo que él les ha dado (o nos ha dado), los podólogos le debemos agradecer mucho.

Deben también proseguir su lucha, para que su logro, en su país, haga escuela en el mundo.

Muchas gracias.

CARTA AL AMIGO

Amigo Escachs:

Este es un mensaje con un trayecto muy largo; pero sabemos que, estés donde estés, lo recibirás porque tú eras EL HOMBRE DE LOS IMPOSIBLES. ¡Si lo sabremos nosotros, los Preinscritos del Hospital Clínico y Provincial de la promoción de 1976...! Gracias a ti y a tu gran fe en la juventud, conseguimos nuestro sueño: poder cursar los estudios de A.T.S. Con tu tesón y tu desinteresada ayuda, muchos aspirantes llegamos a la meta...

Ya sabemos, amigo Escachs, que no todo fue como tú y algunos de nosotros habíamos proyectado; pero la Escuela Durán y Reynols es una realidad y ahí están ya esas promociones que, aunque con su gran problemática —EL PARO, contra el cual también tú nos habías alertado—, no cejarán en la lucha por conseguir UNA SANIDAD MEJOR Y MAS JUSTA PARA TODOS.

Sin embargo, amigo Escachs, debemos hacerte un pequeño reproche. Te nos has ido cuando habías conseguido para tu gran amor —la Podología—, lo que siempre habías soñado para ella: el rango universitario. Pero nos has dejado en un momento crucial para el resto de profesionales de grado medio de la Sanidad. ¡Cuántos proyectos, cuántas reuniones, cuántos sueños se nos vinieron abajo en fracciones de segundo...!

Aún recordamos tus últimas palabras, tres días antes de emprender tu último viaje:

—¡No os preocupéis! ¡Dejadlo todo de mi mano!

Y lo dejamos, Escachs, porque sabíamos de tu buen hacer y de tu ética profesional para evitar tensiones y enfrentamientos...

Ahora que nos has dejado y un avez superado el desánimo de los primeros momentos, te prometemos que intentaremos seguir tus pasos. Día a día. Aprendiendo y recordando las lecciones de ese libro sin par que fue tu propia vida. Pero, como nos dijiste en tus últimas palabras, no olvides que, estés donde estés, CONTINUAMOS CONTANDO CONTIGO.

A.T.S. Promoción 1976-77

Carta postrera a Leonardo Escachs

Entreñable amigo Escachs:

Te envío esta postrera carta, cuando sólo hace muy pocas horas, he visto cómo te ibas a formar parte del más allá.

Todavía no hemos salido de nuestro asombro y perplejidad, pues aunque sabíamos que tus fuerzas físicas estaban muy mermadas, estábamos acostumbrados a que tu fortaleza moral superase toda clase de dificultades y contratiempos. ¡Tal era nuestra confianza y egoísmo! Siempre esperábamos de Escachs que en los momentos decisivos diera el acertado golpe de timón para la favorable consecución de nuestros logros. Sabemos cual ha sido tu trayectoria y nos sentimos un tanto culpables de tu marcha.

¡Cuánto te hemos costado, amigo Escachs!

Ahora nos preguntamos: —¿Qué va a pasar?

Esta vida, amigo Escachs, es muy cruel, pero es muy real. Es muy cruel porque nos aleja de los seres queridos y de las cosas que hemos estimado. Pero es muy real, ya que casi siempre se queda cubierto nuestro sitio vacante. «A rey muerto, rey puesto». Las cosas son así y no cambiarán nunca. Tú, has dejado tu sitio. Alguien vendrá a ocuparlo, es natural. Lo único que esperamos y deseamos, como decía tu amigo Cámara a los pies de sepultura, es que ese alguien se acerce un poco a ti, a tu forma de ser y de obrar a tu buen hacer y pensar. Que se haga cargo de ésta tu ya gran familia podológica, la cual ha sido gestada, criada y llevada a la mayoría de edad por ése tu inconmensurable corazón, el cual, aun siendo muy generoso y fuerte, fue más débil que (siempre se repite la historia), tus aspiraciones e ilusiones.

¡Amad a la Podología, queredla! Estas eran siempre tus advertencias y recomendaciones. ¡Tú, sí que la has querido! Porque ¿cuántas veces no relegaste al último lugar tus intereses económicos, tu vida familiar de esposo y padre, tu propia salud en pro de la Podología? Y todo por tu Clase, tu Escuela, tu proyección hacia los demás.

Pienso que nunca podremos agradecer a los tuyos el gran sacrificio que les impusiste, para que tu corazón tuviera otra segunda familia, la cual te absorbiera más tiempo y alegrías que la tuya propia. Y es que el dualismo matrimonial es difícil de entender, y más difícil de llevarlo a término, sin menoscabo de alguna de las partes. Deuda de gratitud y justicia que tenemos que saldar.

Tú, querías a tu Podología unas veces con mimo, cariño, dulzura. Otra, con apasionamiento, obsesión, exaltación y fanatismo... Cuando presentías que tu obra y tu Clase iba a ser anulada, relegada o postergada a lugar inferior de su categoría, entonces te convertías en el Essachs terrible, implacable y demoledor... Eras como esos huracanes que lo asolan y arrasan todo lo que se interpone en su camino. Apabullabas con tus diatribas y oratorias, fustigabas inmisericorde a tus detractores. Sorprendías a la concurrencia con tu memoria de elefante al recordar el enmarañado hilo e interpretación de leyes y decretos. Exponías a nuestros ojos un sinnúmero de fechas, reuniones, personas y frases textuales... Eras, en fin, como un volcán que ha entrado en su fase álgida de erupción porque le han tocado lo más hondo de sus entrañas, y tiene que proyectar hacia afuera su

contenido, porque en el exterior e interior, eras Podología.

Esta era la figura y concepto que algunos tenían de ti. De aquí, que muchas veces te vieras incomprendido, calumniado y tachado de intransigente con afán de mando. ¿Ignorancia? ¿Incomprensión? ¿Envidias? De todo hay en la viña del Señor. Y pienso que para aderezar un buen manjar, tiene que haber la sal y la pimienta. Y tú, nunca quisiste que dentro de nuestra categoría, fuéramos plato de segunda mesa. El tiempo y las personas te darán algún día la razón, porque el tiempo lima todas las asperezas y las circunstancias hacen variar nuestro punto de mira. Lo triste y lamentable es que ni siquiera has podido esperar a que públicamente y a nivel nacional, te dieran las gracias con el homenaje que ibas a recibir en reconocimiento de tu buen hacer.

Pero aparte de ésa tu figura de «enfant terrible», había la otra que después salía a la superficie. La figura de hombre honrado, quijotesca, amistosa, desinteresada y digna. La figura del hombre que a pesar de ser vapuleado una y otra vez, sigue en su línea de conducta, dispuesto a ayudar al compañero y mira siempre el interés de los demás, antes que el suyo propio. La figura que estaba siempre dispuesta a fundirse en un amistoso abrazo con sus oponentes, a pesar de la divergencia de opiniones.

En el último Congreso de Alicante, vimos a un Escachs desconocido. Emotivo, tambaleante, lloroso, roto y desgarrado. Creo, Escachs, y el tiempo me ha dado desgraciadamente la razón, que presentías el desmoronamiento y fin en tu interior. Algo notabas que fallaba. Algo sabías tú que no nos querías decir, pero que no podías ocultar. Y creo también, que te aferrabas a nosotros como si pudiéramos hacer algo para evitar lo inevitable. Sin embargo continuaste con tu mismo ritmo de siempre, día a día. Y ese día, como otro día normal y corriente, dejaste a los tuyos diciéndoles: —Hasta luego. Y viniste a tu segunda casa, a tu Escuela. Y es que tú, tenías que acabar como habías vivido. Luchando en primera fila. No podías elegir otro escenario para tu representación final. Y aquí recibiste el último toque de clarín para lidiar la suerte al inevitabe toro... Y aquel —hasta luego— se convirtió hasta la eternidad...

De ti, Escachs, hemos aprendido muchas cosas. No ya la forma de coger un bisturí o de enuclear un heloma (la palabra callo, estaba desterrada de tu diccionario), sino también tu sentido de la honradez, de la amistad, de la constancia y del amor a la profesión. Has dejado no sólo una Escuela de Podología, sino también que has formado escuela. Creo que tus enseñanzas perdurarán en nuestro entorno, y tal vez te veamos en nuestro trabajo diario...

Cuando nuestros hijos o nuestros nietos ocupen nuestro lugar en la consulta y nos pregunten quién es ese señor que está en la orla, podamos decirles con orgullo: —Ese señor, fue amigo mío. Era Leonardo Escachs, Padre de la Podología.

¡Adiós, amigo Escachs! Aunque aquí abajo hemos quedado con un nudo en la garganta y mucha amargura y tristeza en el corazón, hemos podido saber por fin la valía de un HOMBRE.

¡¡Adiós, Escachs!!

VICENTE CIA GIMENEZ
(Podólogo)

El canto a la figura de LEONARDO ESCACHS

Recuerdo a la memoria de un ejemplar hombre que supo morir para ejemplarizar

Amigo Leonardo: Tú sabes y nada más que tú, que nacistes para servir a los demás, bajo las tinieblas de nubarrones, de una sociedad exenta de libertad e ideales, el hambre de justicia fue tu estandarte. Desde el trabajo has llevado con paciencia el sacrificio. Aquí están tus privilegios, tus destinos y tus cadenas que has superado. Sin ayuda de maestros aprendistes el compás de los repiques del martillo en el puntero, de la gran figura plasmada en el escudo de tu ilusión, en la marcha ascendente de tu Podología. Te fuistes pronto, por no tener no has tenido ni el derecho de ver y desarrollar los nuevos horizontes de la Podología que soñastes. Tu recompensa la encontrastes en la meta de sobrevivir la Podología, haciendo tu labor en el mundo del silencio, que llegaste roto y sin aliento. Yo te recuerdo mirándonos a hurtadillas y con un poco de desconfianza, como si nos fuésemos a quitar el tesoro, el amor de nuestra vida, de esa novia en común que plasma en el amor más platónico que ha existido en la tierra. Te espero en las múltiples antesalas, con cartas y escritos de apoyo o favores de aquellos que nos comprendían. Te levantarás cualquier día con el alba y te encontrarás con tu amigo roto y sin aliento después de la gran batalla, pero al fin triunfarás en el mundo del silencio y admiración de los espectadores que reconocen tu lucha, que tanto miedo a perder la intimidad, cuántos obstáculos vividos, cuántas luchas han existido, pero siempre con respeto y admiración común. ¡Cuánto tiempo hemos vivido!

Me consta, que nunca has pensado en ti mismo, en tu familia, tu profesión, tu hermosa profesión fue tu altar. Creastes caminos nuevos y sendas de trabajo y verdad, que antes estaban repletas de espinas y de zarzas.

No eras hombre que compartías tu desaliento con los demás, tu linaje, no te permitía quejas, siempre quedaban en el alma, en ese alma donde guardaban las cosas más importantes, sentimientos y emociones que no soy capaz de expresar. Tú nunca has necesitado florilogios ni ropajes para demostrar al mundo de los vivos, que en tu corazón subyace a pesar de tus defectos, un gran hombre de bien.

Deseo manifestar, hombres y mujeres que vivís de la Podología, tengáis tiempo cada día para dedicarle una oración que sirva de comunicación entre hermanos, ya que el apoyo espiritual, lo conseguiremos después del sacrificio que Leonardo nos ha legado.

Decía Nicolás Maquiavelo: «Donde las cosas funcionan bien, no es necesaria la ley».

Adiós amigo mío, hasta que de nuevo te pueda abrazar.

Eleuterio-Enrique GONZALEZ GOMEZ
Podólogo

En la muerte de LEONARDO ESCACHS CLARIANA

¡Ha muerto Escachs» Se fue de entre nosotros el hombre noble y generoso cuyo nombre quedará ya para siempre unido a los destinos de la Podología nacional e internacional.

Fue Escachs pionero de la moderna Podología y máximo luchador por el prestigio de la especialidad, sacándola de la modesta ejecutoria del callista y llevándola de la mano hasta dejarla colocada en carrera universitaria.

Hombre dinámico, luchador nato, no conoció el descanso hasta su momento final, a pesar de saber que su salud se había deteriorado en los últimos tiempos y desoyendo los consejos de los que más de una vez le recomendábamos una pausa en su diario batallar.

En su vida, marcada por un fuerte signo de emotividad, le hemos visto llorar cuando algo o alguien se interponía en sus planes de reivindicación profesional, desbaratando o retrasando lo que ya consideraba logrado, y le hemos visto reír alegremente cuando su labor, secundada por su equipo, cristalizaba al fin en espléndidas realidades.

Fue Escachs hombre clave en la creación de la Escuela de Podología de Barcelona en la Facultad de Medicina, que hizo realidad tras grandes esfuerzos y largas gestiones cerca de los poderes públicos.

En esa escuela, de la que fue subdirector, ejerció su magisterio, saliendo de ella muchas promociones de podólogos, que hoy ejercen con dignidad en todos los rincones de España. Esas promociones, como nosotros todos, sabemos bien de las luchas y de los sacrificios de ese hombre excepcional, por mantener una docencia del nivel que él quiso imprimir a sus alumnos.

La Escuela de Podología de Barcelona, primera en España, que en lo sucesivo debe llevar el nombre de Leonardo Escachs, como merecido homenaje a su creador, llora ahora, como todos los podólogos del país, el luto de la desaparición de quien puso en ella tantas ilusiones y esperanzas.

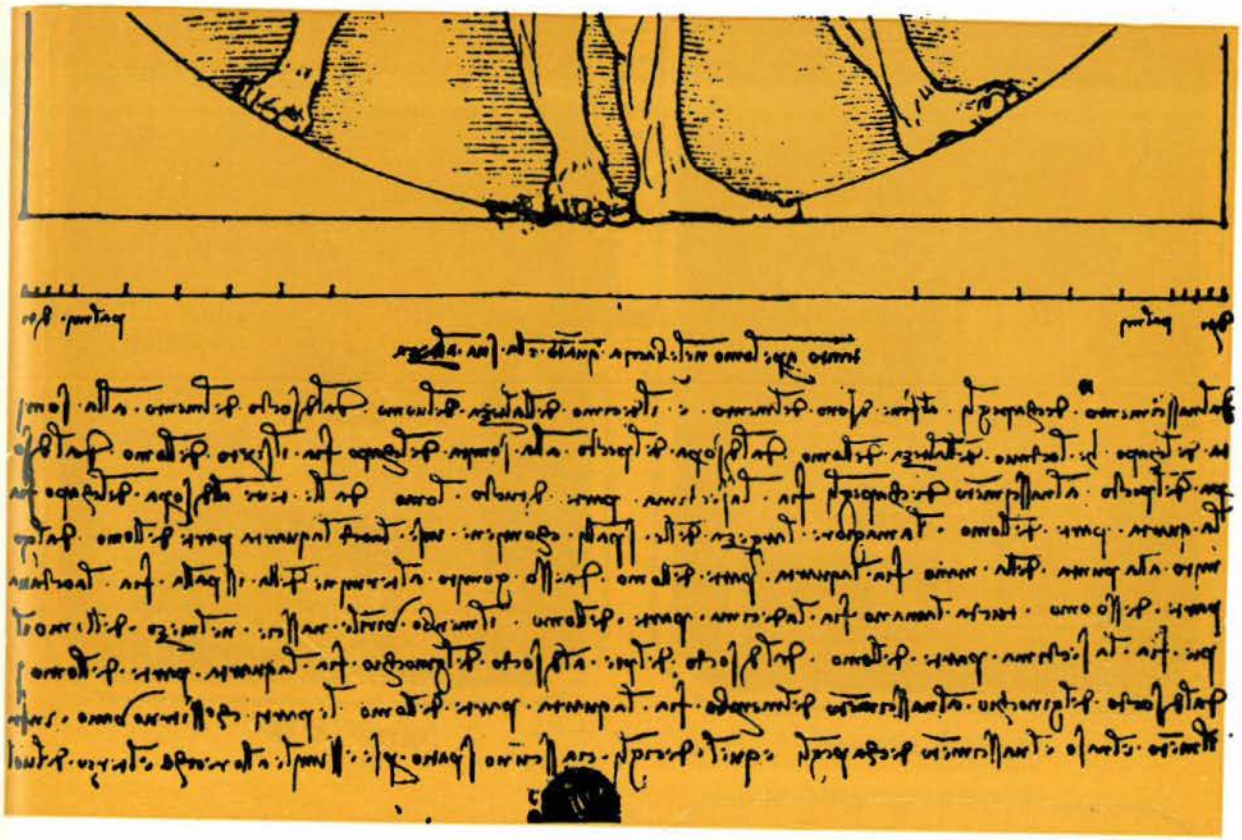
No le dio tiempo a saborear las mieles del triunfo de su última batalla. Apenas publicado en el «Boletín Oficial del Estado» el real decreto que creaba las escuelas universitarias de podología, suprema meta de su vida, su corazón cansado no pudo resistir más esfuerzos ni más emociones y se negó a seguir latiendo. Su labor ya estaba hecha.

A todos nos corresponde ahora, por nuestro propio bien y en honor a la memoria del gran hombre desaparecido, mantener con dignidad lo conseguido y perseverar en la lucha, siguiendo sus enseñanzas.

La podología de España, privada repentinamente de su más valioso luchador, se viste hoy de negro, ¡Escachs ha muerto!

JOSE A. CALVO GARCIA
Delegado provincial de Podología
de Zaragoza
(De «Heraldo de Aragón», de Zaragoza)

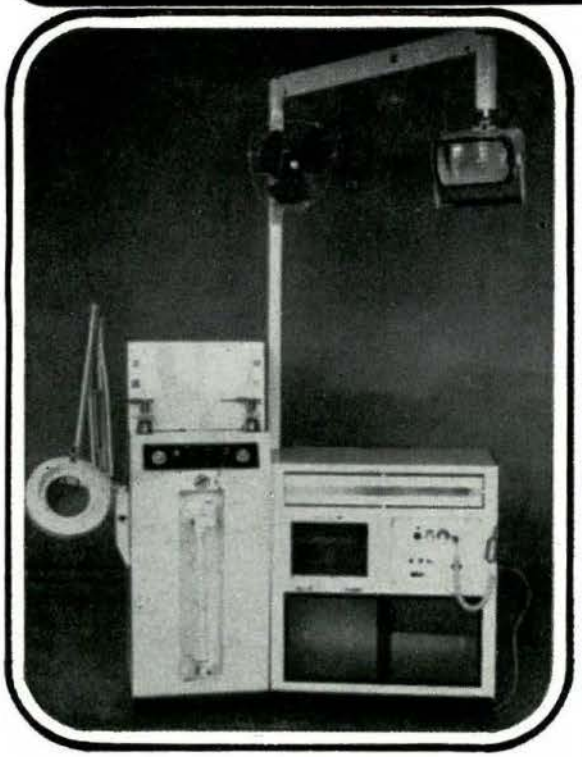




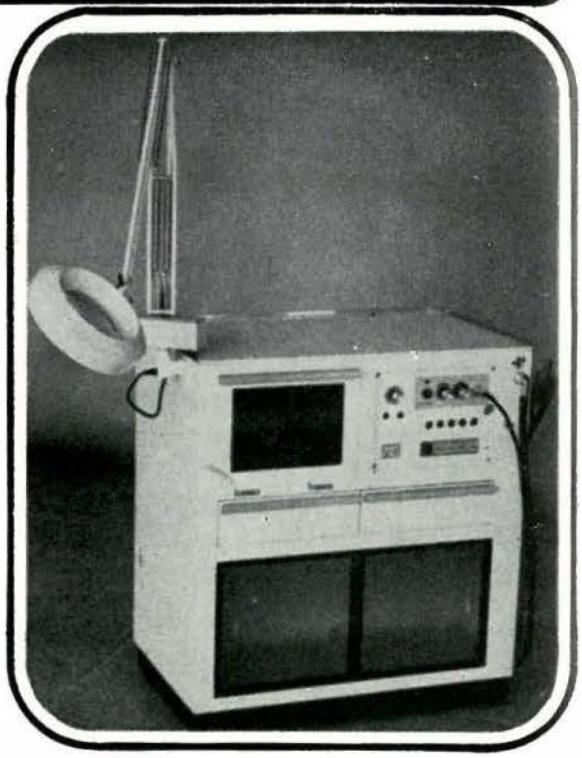
REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

A. P. E. Marzo - Abril
n.° 80 1981

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:
Avda. de la Generalitat, 31, át., 1.ª
Santa Coloma de Gramanet (Barcelona)

Director:
Pablo Vilató Ruiz

Redactor jefe:
Martín Rueda Sánchez
Avda. de la Generalitat, 31, 1.º, 1.ª
Santa Coloma de Gramanet. Barcelona

Administrador:
Manuel Gavin Barceló
Rda. Guinardó, 23, 1.º, 2.ª, Barcelona-24

Publicidad:
Publicidàd Permanyer
Mallorca, 310, ático, Barcelona-37

Imprime:
Gráficas Fomento
C. Peligro, 8. Barcelona-12

Depósito Legal:
B - 21972 - 1976
ISSN - 0210 - 1238

SUMARIO

3 Junta de Gobierno

5 Editorial

7 Estadística Podológica

9 Oxóstosis osteogénicas del pie

19 Exóstosis en Podología

29 XIV Congreso Nacional en Las Palmas de Gran Canaria

37 Congreso Internacional en Dinamarca en 1982

38 Labor de las Delegaciones

39 Asamblea Nacional el 2 de mayo en Madrid



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

Presdte. Nacional	D. ZACARIAS GARCIA ANDRES	Madrid
Vice-Presidente 2.°	D. JUAN JOSE ARAOLAZA	Eibar
Secretario General	D. JOSE A. CALVO GARCIA	Zaragoza
Vice-Secretario	D. FRANCISCO MORAN VENTURA	Las Palmas G. Canaria
Tesorero	D. MANUEL GAVIN BARCELO	Barcelona
Contador	D. LUIS AYCART VIJUESCA	Madrid
Vocal 1.°	D. JUAN VIDAN TORRES	Santiago de Compostela
Vocal 2.°	D. JOSE OLCINA MORALES	Alicante
Vocal 3.°	D. MANUEL TERRON SANGUINO	Badajoz
Vocal 4.°	D. JOSE M.ª BAEZ BASAURI	Bilbao
Vocal 5.°	D. PEDRO M.ª GALARDI ECHEGARAY	Bilbao
Vocal Nato	D. MARIANO RODRIGUEZ ESTEBAN	Madrid
Vocal Nato	D. JOAQUIN SOLE CUCH	Barcelona
Vocal Asesor Docencia	D. FRANCISCO MAÑE DOMINGO	
Vocal Asesor Docencia	D. ENRIQUE GONZALEZ GOMEZ	
Vical Revista	D. MARTIN RUEDA SANCHEZ	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. Juan José Araolaza. Bidebarrieta, 4. EIBAR (San Sebastián).
D. José Sánchez Luna. Avda. Cataluña, 24. ZARAGOZA.
D. Joaquín Solé Cuch. C. Príncipe de Viana. GRANOLLERS (Barcelona).

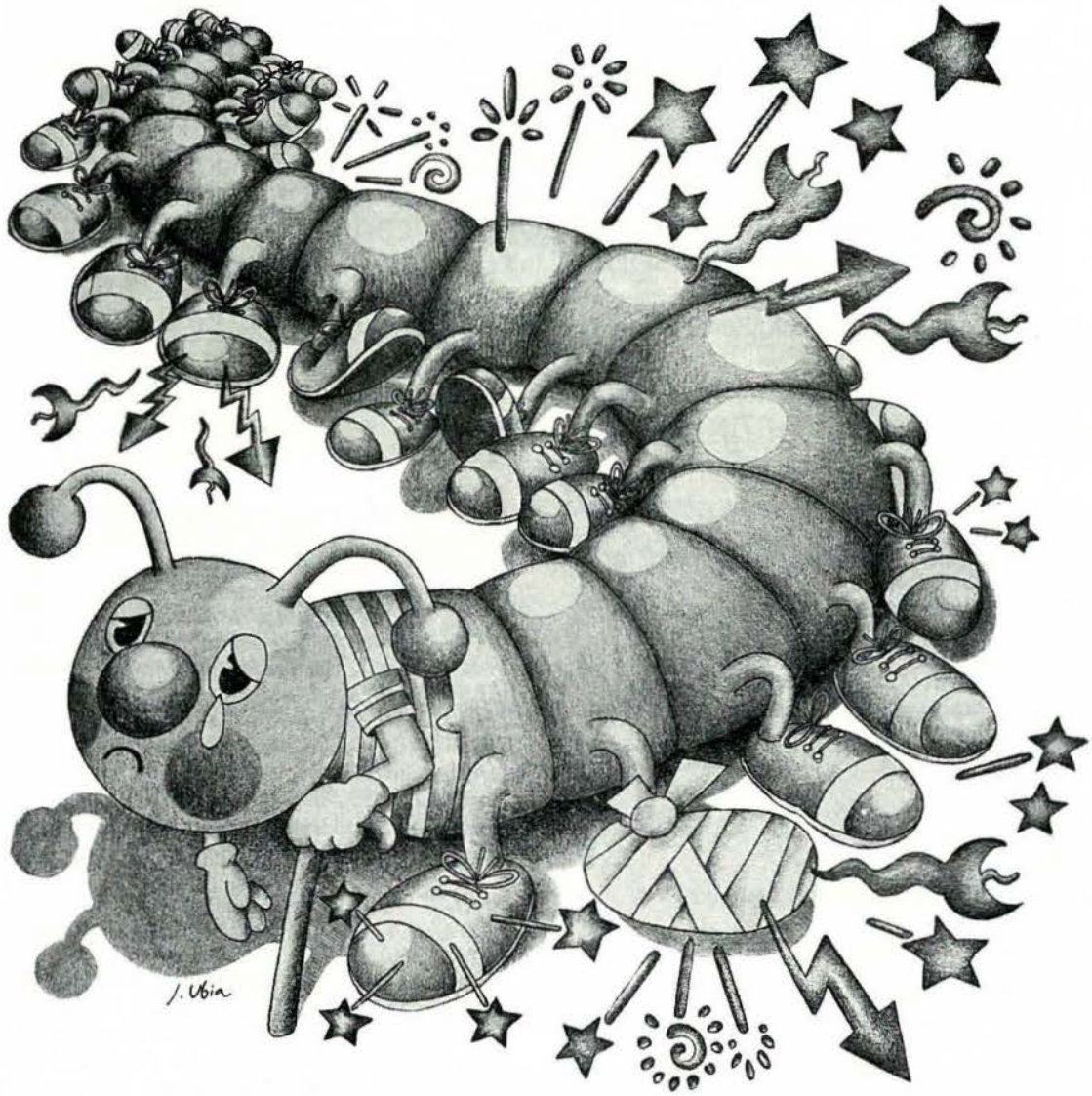
DELEGADOS PROVINCIALES

ALAVA: **D. Antonio Nogal Benito.**
ALBACETE: **D. Luis Juan Navarro.**
ALICANTE: **D. Juan José Iborra.**
ALMERIA: **D. Esteban de Haro.**
ASTURIAS: **D. José Luis Alonso Alvarez.**
BADAJOZ: **D. José Villafaina de la Cruz.**
BARCELONA: **D. Joaquín Solé Cuch.**
BILBAO: **D. Pedro M.ª Galardi.**
BURGOS: **D. Elías Hernando Tamayo.**
CACERES: **D. Carlos Saguillo Núñez.**
CADIZ: **D. Manuel Albalá Valle.**
CASTELLON: **D. José Aguilar Beltrán.**
CIUDAD REAL: **D. Luis Barba Vázquez**
CORDOBA: **D. Máximo González Jurado.**
GERONA: **D. José M.ª Bosch Doménech.**
GRANADA: **D. Manuel Ruiz Morales.**
HUESCA: **Delegado de Zaragoza.**
HUELVA: **D. Jesús Tocino.**
JAEN: **D. 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: **D. José Iniesta Gallego.**
ORENSE: **D. Elisardo Bralo Rego.**
PALMA DE MALLORCA: **D. José Claverol Serra.**
PAMPLONA: **D. J. Sarasa Moneo.**
PONTEVEDRA: Sin Delegado Provincial
SALAMANCA: **D. Antonio Basas Encinas.**
SAN SEBASTIAN: **D. Sebastián Tenés Iturriza.**
STA. CRUZ DE TENERIFE: **D. Armenio Méndez.**
SEGOVIA: **D. Francisco García Rodríguez.**
SEVILLA: **D. 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. Julio Barra del Molino.**

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.
Envases con 30 y 60 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.
Envase con 50 g de pomada.

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 suave fricción hasta su completa

Efectos secundarios
Hasta el momento no se han observado.

Contraindicaciones
No se aplicará sobre heridas abiert ni mucosas.

Incompatibilidades
Ninguna conocida.

KALIFARMA, S.A.

EDITORIAL

La Podología mundial, y muy especialmente la española, se ha vestido de luto por la pérdida del pionero, luchador infatigable y verdadero artífice de la trayectoria ascendente de la Especialidad.

Escachs nos ha dejado.

Los podólogos españoles todavía no podemos imaginar, en estos momentos de consternación y pena, lo que ello significa. Hará falta tiempo para irnos haciendo a la idea de que el hombre vanguardista, que durante años llevó el estandarte de la Podología, con orgullo y decisión, con paso firme y trayectoria intachable, ya no puede seguir haciéndolo.

Y su labor fue tan grande, casi sobrehumana, que difícilmente podrá ser igualada, y desde luego, no creo que nadie pueda superarla en muchas facetas. Habrá que recapacitar ahora sobre nuestras actuaciones individual y colectivamente para no perder el compás en el camino que, con una demostrada y clara visión de futuro, él nos dejó trazado.

A lo largo de su dilatada vida profesional ha dejado huellas en todas sus actuaciones, sabiendo pasar de la dureza a la humildad, según las exigencias del momento, pero obrando siempre con justicia, y en ese sentido haciéndose partícipe y viviendo en sí mismo los momentos difíciles de su profesión y de sus compañeros, demostrando que un hombre por encima de todo debe ser humano y saber perdonar. En su gran corazón no tuvieron cabida jamás ni el odio ni la envidia, estaba repartido entre su familia y su profesión.

El primer fruto de una vida intensa y una enorme labor realizada fue la promulgación del Decreto 727/62, que reguló la profesión, adoptándose también a iniciativa suya los nombres de podología y podólogo, para la Especialidad y el profesional que la ejerce, respectivamente. La obra fue culminada en 1963 con la creación de las Escuelas de Podólogos, donde ha venido desarrollándose la formación de los nuevos profesionales, paralelamente con el perfeccionamiento de los ya veteranos.

Desde entonces hasta ahora, se recorrió un gran camino, lleno de luchas, de ideas, de aportaciones y sacrificios, no faltando en él los ratos amargos y las decepciones. Camino que ha servido para que ese hombre caudillo indiscutible, fuese paso a paso marcándonos el objetivo de su vida, y que ha culminado con la reciente promulgación del Real Decreto 2966 de 12 de diciembre de 1980. Esta segunda proeza fue totalmente gracias a su tesón y entrega. Tuvimos muchos momentos de falleci-

miento en la lucha, pero él siempre nos infundió la esperanza y nos dio el más claro ejemplo de que cuando algo se quiere de verdad y se persigue sin vacilación, acaba consiguiéndose. Cuando le hemos conocido personalmente y le hemos visto cómo sacrificó a su familia y hasta su propia vida, no le olvidaremos jamás, siempre estará presente en nuestras actuaciones y tendremos el firme convencimiento de que Escachs nos sigue viendo y su recuerdo nos sigue dando fuerzas para, ya que no pudimos despedirle como se merecía, le rindamos nuestro más sincero homenaje con el más profundo recuerdo y el eterno agradecimiento de que si somos podólogos es gracias a él, y si nuestros hijos mañana eligen esta maravillosa profesión, debemos infundirles que sientan por ella el mismo cariño que él sintió.

Su obra fue tan majestuosa que no solamente le conocíamos en España, sino que sus ideas fueron allende nuestras fronteras, siendo el verdadero artífice del auge del podólogo en todo el mundo.

No era simplemente un hombre, era toda una Institución. Es por ello que resulta francamente difícil hablar de él. Todavía su recuerdo está demasiado cerca, y sus frases, sus idea, sus acciones, se mezclan de una manera tan abrumadora en nuestros cerebros que es imposible su ordenación. Pienso que hará falta tiempo, mucho tiempo, para estar en condiciones de interpretarlas. Pero siempre veremos a aquel hombre grande, con su cartera llena de proyectos, su mente puesta en la Podología, con paso firme y decidido y un gran sentido del deber, que vivió fiel a sus principios y lo entregó todo a cambio de nada. Le estuvo vedado el homenaje que, insuficientemente comparado con su obra, íbamos a ofrecerle. Pienso que sería así su destino. Nunca hizo nada a cambio de algo, nunca buscó la recompensa o el reconocimiento a sus acciones, por eso, quizás tampoco quiso esperar a ese momento.

M. R.
Redacción

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.

ESTADISTICA PODOLOGICA

Por *Pascual Vte. Moner Chulvi*

DEDICATORIA:

Al comenzar estas líneas, quiero manifestar mi agradecimiento al director de nuestra «Revista Española de PODOLOGIA» y a la vez, presidente de la «Agrupación de PODOLOGOS de España» Sr. D. Leonardo ESCACHS CLARIANA por su incansable y no siempre correspondida labor en favor de nuestra profesión.

Por tanto, en mi nombre y supongo que en el de muchos de mis compañeros:

—GRACIAS, Sr. ESCACHS. En su memoria va dedicado este humilde trabajo.

INTRODUCCION:

Después de haber asistido al XIII Congreso Nacional de Podología, celebrado en Alicante y meditando en todo lo que allí se ha expuesto, es por lo que me siento inducido a realizar este trabajo con los medios de que dispongo. Si no puede considerarse como científico; sí puede valer como orientativo para todos nosotros en lo que respecta a nuestra profesión.

Indiscutiblemente, admito que cuantas más cosas conozcamos y sepamos con mayor seguridad y técnica podremos desempeñar nuestra profesión. Lo que en ocasiones creo que nos ocurre, es que nos olvidamos de los casos que con mayor frecuencia acuden a nosotros, a la vez que de los aspectos legales, adentrándonos en campos al menos por ahora un tanto ajenos a nosotros.

El motivo de este trabajo, es pues; hacer patente los casos que con más frecuencia suelen venir a nuestras consultas o al menos a mi consulta ya que; la estadística que voy a manifestar está extraída únicamente de mi archivo personal.

En la siguiente estadística, van a estar excluidos los pacientes que acuden por problemas de «hiperqueratosis y ungueales» que suelen ser los más frecuentes; motivo por el que hasta ahora no les había hecho ficha alguna, lo que me impide el poderlos contabilizar e incluirlos en estos porcentajes que voy a detallar.

Con las exclusiones ya mencionadas he obtenido la siguiente:

ESTADISTICA DE PORCENTAJES:

— De acuerdo con el sexo:

Hembras	58 %
Varones	42 %

— En cuanto a la edad:

0 a 5 años	42 %
6 a 10 años	15 %
11 a 15 años	15 %
16 a 20 años	7 %
Más de 20 años	21 %

— Atendiendo a la referencia de ¿QUIEN? les ha aconsejado nuestra consulta:

Iniciativa propia	64 %
Recomendación de otras visitas que han venido a nuestra consulta	25 %
Indicación médica	5 %
Otras referencias	6 %

— Por lo que respecta a la PATOLOGIA que con mayor frecuencia encontramos, tenemos:

Pie plano-valgo	26 %
Valgismo-calcáneo	23 %
Pie cavo	12 %
Pie plano	6 %
Pie cavo-valgo	6 %
Genu-valgo	6 %
Falso pie plano infantil	4 %
Sobrecargas ponderales	4 %
Pie normal	4 %
Pie cavo-varo	3 %
Metatarsalgias	3 %
Talalgias	1 %
Varismo-calcáneo	1 %
Problemas tróficos	1 %

Con ésto, considero que sobra ya todo comentario que yo pueda hacer y que por consiguiente, cada cual puede obtener sus propias conclusiones.

SUGERENCIA FINAL:

Ya finalmente, en cuanto al aspecto legal, jurídico y fiscal se refiere, pienso que estamos abandonados y desorientados por lo que para terminar, quisiera hacer una sugerencia a la Agrupación de Podólogos en este sentido; cosa que podría realizarse a mi entender, a través de la Revista Española de Podología; consistiendo mi sugerencia en que se dispusiera de un «ASESOR JURIDICO-FISCAL» en la Agrupación, a quien se le podrían plantear los problemas de «legislación y fiscales» en lo que a nuestra profesión se refiere para que él, a través de la Revista de Podología fuera contestando a nuestras consultas y así pudiéramos ir enterándonos todos.

Sin más por el momento, un cordial y sincero saludo para todos los compañeros y colegas de profesión.

PROXIMO NUMERO DE LA REVISTA EN MEMORIA DE D. LEONARDO ESCACHS

Las múltiples muestras de dolor y condolencia recibidas con motivo del óbito de quien fuera nuestro Presidente Nacional y admirado compañero, D. Leonardo Escachs Clariana y pensando en perpetuar su recuerdo entre la gran familia podológica, previa exposición a la Junta de Gobierno y como resultado de las diversas consultas y sugerencias hechas y recibidas por esta Redacción, se acuerda confeccionar una Revista en la memoria del mismo.

Así, se ha pensado dejar la Revista n.º 79, que correspondía al número de edición en que se produjo tan irreparable pérdida, a tal efecto. Por ello, los trabajos recibidos y los que no dudamos seguirán llegando a esta Redacción serán recopilados y publicados en dicha Revista, junto con el Curriculum y cuantos datos podamos aunar. Por tanto, si algún agrupado quiere sumarse a esta manifestación gráfica, que como tal, formará una parte muy importante de la Historia de la Profesión, por la que tanto luchó Escachs, puede dirigir sus trabajos a esta Redacción antes del día 15 del próximo mes de mayo. Así, pues en espera de ello, y con la certeza y confianza puesta en vuestra colaboración, no dudamos en que los amigos y admiradores, así como los muchos herederos del sacrificio de nuestro primer Presidente, no desperdiciarán la ocasión para testimoniar en su memoria algún concepto, que de una u otra forma testimonie un hecho, un recuerdo, o sencillamente una dedicatoria al amigo entrañable que hemos perdido para siempre. Pensamos que esta será una forma de dar a conocer a los futuros Podólogos quién fue el pionero de esta maravillosa profesión, y a la vez legar a la posteridad el homenaje al amigo, representando en las páginas de algo que él creó y que tanto amó: LA REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA.

En la espera de vuestra valiosa colaboración, recibid un cordial saludo.

LA REDACCION

PONENCIA LEIDA EN EL XIII CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA DE ALICANTE

Septiembre 1980

OXÓSTOSIS OSTEOGÉNICAS DEL PIE

Un caso de exóstosis sub-ungueal, de prolongación longitudinal de la falangeta

Al Dr. Medina Monzón, prestigioso traumatólogo de Las Palmas, con quien he compartido diversos puntos de vista sobre la materia de que trata este modesto trabajo, con todo mi afecto.

GENERALIDADES. — En general, la exóstosis, es como su nombre indica (ex=fuera, osteon=hueso), una tumoración o excrecencia de tejido óseo, que se desarrolla en la superficie de un hueso, formando un cuerpo común con él.

Hemos querido, intencionadamente, recalcar el término «osteogénicas», por otra parte poco utilizado, al hablar de las exóstosis, porque aparte de éstas, constituidas como indica su denominación, por tejido óseo, existen también otras formadas por tejido cartilaginoso, denominadas *condromas*, a las que no vamos a estudiar en este trabajo y sí sólo referirnos a ellas a título meramente enunciativo y para no confundir ambas formas.

La exóstosis, es descrita por múltiples autores, como una tumoración benigna del hueso, que se observa de manera predominante en la edad infantil y juvenil, siendo escasas las apariciones una vez terminado el período de crecimiento.

La localización de las exóstosis en general, puede ser múltiple, eligiendo con predilección las metáfisis y las epísis de los huesos largos, aunque tampoco es raro observarlas en la pelvis, hombros y raquis, sobre todo a nivel de las apófisis transversas y espinosas. Pueden presentarse aisladas (exóstosis solitaria) o agrupadas (exóstosis múltiple). La extremidad inferior del fémur y la superior de la tibia representan casi un cincuenta por ciento de las localizaciones. No obstante, cualquier punto yusta-epifisario puede ser asiento de una exóstosis.

El tamaño de las exóstosis es muy variable, las formas múltiples y su superficie lisa o irregular. Desde el punto de vista de su examen radiográfico, pueden dividirse en pedunculadas o sesiles, según presenten forma alargada y fina o redondeadas y ensanchadas.

Diferentes autores, entre ellos EDEIKEN y HODES, conceptúan la exóstosis como una displasia ósea con osteocondroma, fundamentalmente vinculada a perturbaciones del crecimiento endocondral. Aunque la etiología no está perfectamente determinada, existen varias teorías que tratan de explicarla con mayor o menor acierto. Desde la que atribuye el proceso a una pequeña porción de la placa epifisaria, que al desprenderse, emprende la formación independiente de hueso endocondral, a la que atribuye su origen a restos de células embrionarias, en el cartílago sub-perióstico. O también, a un defecto del periostio, cerca de la epífisis, que exitaría el crecimiento anómalo de esta porción ósea. O a qué grupos de células desplazadas de la epífisis irían al periostio, conservando su potencial condrógeno. Algunas de estas teorías son sustentadas por el citado EDEIKEN y HODES, quien además atribuye al proceso la posibilidad de una malignización en su evolución. En cambio, GESCHICKTER y COPELAND afirma la existencia de pruebas indicadoras, de que el pedículo o base de la exóstosis no es verdaderamente de origen tumoral y niega, por lo tanto, tal posibilidad, calificando al proceso como una simple efusión de tejido óseo normal, a través de una brecha abierta en el perióstio supra-yacente. Basa esta afirmación en un exhaustivo estudio radiográfico, que muestra cómo la estructura del pedículo o base exostósica está constituida por hueso diferenciado en sus zonas cortical y es-

ponjosa, que se pierden imperceptiblemente en las porciones cortical y medular normales, del hueso sub-yacente.

Autores como W. C. GRABB y J. W. SMITH, afirman que las exóstosis crecen exteriormente a partir de la cortical de los huesos y que por lo general, están recubiertas por un revestimiento cartilaginoso, ignorándose, según ellos, si ésto es debido a causa congénita o neoplásica.

HACKENBROCH y A.N. WITT, hablan de los casos en que la exóstosis puede adoptar la forma de coliflor, haciéndose entonces sospechosa de malignidad, recomendando en estos casos solamente, la exéresis o tratamiento quirúrgico. Pero esto será comentado en otro lugar de este trabajo.

La exóstosis puede considerarse como la forma más frecuente de los tumores benignos, representando aproximadamente, según «Praxis Médica» tomo VIII, un veintitrés por ciento del total de los tumores primitivos óseos.

No puede apreciarse una incidencia en determinado sexo. Nosotros la venimos observando con manifiesta uniformidad en uno y otro.

La aparición más frecuente, se observa alrededor de la segunda década de la vida. Nosotros, en muchos años de ejercicio, sólo hemos visto dos casos en personas de más de cuarenta años y se trataba en ambas, de exóstosis subungueales. Puede afirmarse, sin temor a error, que hasta los veinticinco años, aproximadamente, suelen verse el mayor número de casos.

Al corte de una exóstosis, macroscópicamente se encuentran las tres capas características fibrosa (periférica), tejido cartilaginoso, y tejido óseo esponjoso. Eventualmente, una capa serosa calcificada, lo envuelve todo.

Microscópicamente, la capa fibrosa tiene un espesor que va desde unas micras a un milímetro y está formado histológicamente por células poco numerosas de tipo fibrocitario. Sus células colágenas, muy claras en la superficie desaparecen gradualmente, en la profundidad, donde las capas fibrosa y cartilaginosa van paulatinamente confundiéndose.

La capa cartilaginosa, de grosor variable desde unas micras a varios milímetros, es un tejido banal, en el que predominan de la superficie a la profundidad: células de tipo fetal y cartílago hialino adulto, que se calcifica progresivamente.

La capa ósea, se trata de hueso esponjoso, laminar, a veces con una pequeña capa osteocortical en la unión con el hueso normal. En algunos grandes osteocondromas se aprecia una cavidad medular, que se comunica con la del hueso que le sirve de base y que contiene células adiposas y hematógenas.

La afección que venimos estudiando se caracteriza por su evolución lenta e insidiosa. Por lo general no causa dolor alguno al que la padece y este se entera de que la soporta al percibir al tacto una masa tumoral de consistencia dura. Es entonces cuando acude, con cierta preocupación para ser diagnosticado y tratado en su caso.

Al tratarse de una lesión ósea, la radiografía es el medio de diagnóstico más seguro para poner de manifiesto las caractersticas de la exóstosis que tratemos de estudiar. La imagen radiográfica, no se presta, casi nunca, a confusión. En general se muestra perfectamente delimitada. Su grado de osificación es un importante elemento a la hora de valorar su antigüedad. También nos da la radiografía información sobre tamaño y forma de la exóstosis. Esta forma puede ser en espina, mamelón, arpón, garfio, etc.

Y una vez hechas estas consideraciones, sobre el estudio general de las exóstosis, pasamos ya a ocuparnos específicamente de aquéllas que recáen en el pie, y que acaparan nuestra atención desde nuestro particular punto de vista de Podólogos.

El pie, es frecuentemente, asiento de exóstosis, las cuales se localizan en muy diversas zonas del mismo.

Desde las exóstosis calcáneas o espolones, que los Podólogos vemos casi a diario y tratamos ortopédicamente con plantilla adecuada para combatir la talalgia, que es su síntoma alarmante, hasta las exóstosis sub-ungueales que también observamos con cierta frecuencia en nuestros consultorios, pasaremos revista y comentaremos someramente, cada una de estas localizaciones pédicas:

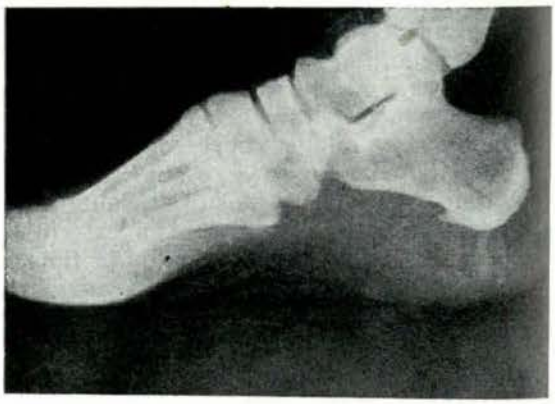


Figura 1

EXOSTOSIS CALCANEA O ESPOLON. — Esta afección fue descrita por primera vez por PLETNER en 1900. Su localización es variable, puede aparecer en la cara inferior del calcáneo, a nivel de las tuberosidades interna y externa, o en la porción posterior de este hueso a nivel de la inserción del tendón de Aquiles. Su forma generalmente es de espina, aunque puede variar. Su presentación es también variable, ya que a veces es totalmente asintomática y otras en cambio es causa de fuertes talalgias, que es lo que obliga al paciente a recurrir al profesional. En muchos casos el paciente anda de puntillas, para defenderse del dolor. La aparición, a veces brusca, es en ocasiones paulatina a partir de ligeras molestias que se van poco a poco acentuando hasta hacerse insoportables.

Para J.H. HANBY-H.E. WALKER los espolones a los que llama «pequeñas formaciones osteofíticas», tienen su localización más frecuente en la inserción de la porción central de la fascia plantar en el calcáneo.

La radiografía confirma plenamente la existencia del espolón, sin dejar lugar a dudas.

El origen del espolón es muy discutido. FOUNIER, JAQUET y NASSE lo relacionan con afecciones gonocócicas. RECLUS y el argentino COSTA BARTANI lo hacen con el pie plano, ROEDERER, más práctico, lo menciona como una simple exóstosis, afirmando que en muchas ocasiones no sintomatiza.

ARANDES y VILADOT tampoco conceden a esta formación mayor significación patológica, afirmando asimismo, que la mayoría de las veces pasa inadvertida por asintomática.

SIEVERG lo conceptúa como fenómeno involutivo senil y de esclerosis progresiva orgánica.

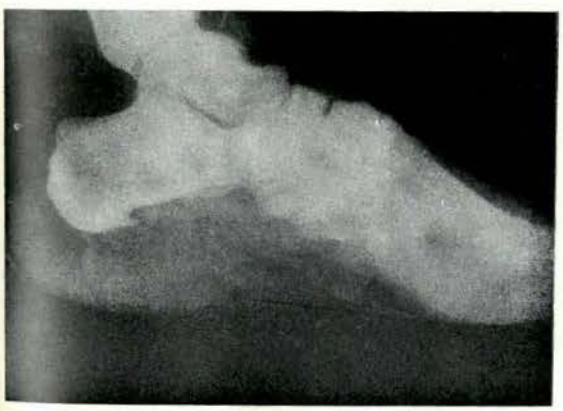


Figura 2

La sintomatología dolorosa, sería según los distintos autores, atribuible a sus posibles orígenes blenorrágicos o reumáticos con sus correspondientes derivaciones inflamatorias y sus bursitis concomitantes, y en los casos de pies planos a la consiguiente irritación perióstica y bursutis dolorosa consecutiva a la compresión de las partes blandas, por efecto de la pronación calcánea consiguiente, y a veces a la distensión aponeurótica que conlleva el pie plano.

Alamilla, cita en su obra a LOBSTEIN, quien considera su origen debido a osteitis poco intensas pero de larga duración. Cita al espolón como «espuela calcánea» y afirma que en ciertas circunstancias se produce la autodestrucción gradual de este tejido óseo, sin dejar residuos, por un fenómeno de osteolisis, circunstancia ésta que no hemos podido ver descrita por ningún otro autor.

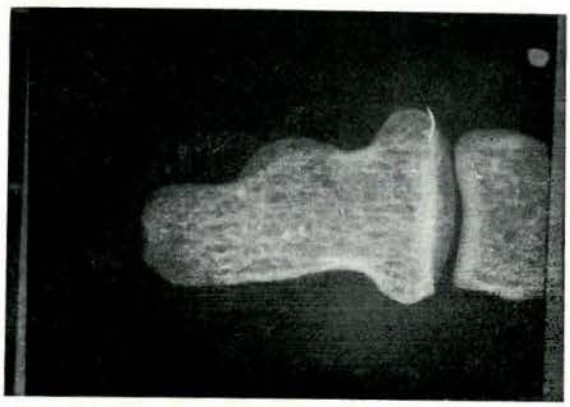


Figura 3

LELIEVRE se ocupa ampliamente de las exóstosis del pie, citando la sub y retro-calcánea .Este prestigioso autor, lo mismo que RECLUS y SCHAWRTS, así como MONDOR afirman que la sub-calcánea o espolón la han encontrado en el 90 % de los adultos estudiados, si bien en la mayoría de los casos no han tenido sintomatología dolorosa alguna.

Las retro-calcáneas, localizadas a nivel de la tuberosidad posterior del calcáneo, producen con frecuencia una bursitis o un higroma del tendón de Aquiles, algunos autores las llaman «gibosidades del talón» y son el tormento del sexo débil, por el aspecto anti-estético que imprimen a la anatomía de esta región, sobre todo al ponerse de manifiesto cuando usa zapatos destalonados, y de ambos sexos por lo que tiene de doloroso, ya que hacen un suplicio el roce del contrafuerte del calzado en esa zona tan sensibilizada por los fenómenos inflamatorios de que es asiento en estos casos.

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





DE VENTA
EN FARMACIAS

CONSULTE A SU
PODOLOGO

Productos PEUSEK Av. Infanta Carlota, 19 21 Tel. (93) 239 83 34 - BARCELONA - 29

Este tipo de exóstosis se ve con mayor frecuencia en personas jóvenes, entre los 15 y 30 años de edad, y sobre todo en el sexo femenino, como consecuencia principalmente del calzado, que por su duro contrafuerte posterior lesiona paulatinamente con la marcha, la región retro-calcánea, que se va haciendo dolorosa, dura al principio y abultada, blanda e incluso fluctuante más tarde. Es más dolorosa en invierno, por efecto del frío, siendo entonces fácil asiento de sabañones o perniosis que pueden llegar a ulceraciones tórpidas de evolución desesperante por su lentitud.

Otras exóstosis que nosotros observamos con alguna frecuencia es la cuneo-metatarsiana, producida en la cara dorsal del pie, a nivel de la primera articulación cuneo-metatarsal, tributaria del roce del calzado en esa zona, particularmente si éste oprime más de lo normal, lo que es más frecuente en los pies cavos, que dan siempre un dorso-pie prominente. En ese lugar no es raro advertir una bursitis o un higroma y su examen radiológico pondría de manifiesto la correspondiente exóstosis.

LEWIS COZEN, cita la exóstosis típica del hallus valgus y dice que en estas no haría la intervención radical del hallus valgus sino que se limitaría a practicar la exéresis de la exóstosis.



Figura 4

LELIEVRE describe las exóstosis de las falanges, implantadas generalmente en los bordes interno o externo de las falangetas y en ocasiones en la cara interna de la articulación metatarso-falángica del 1.er dedo.

Pero la exóstosis que con más frecuencia vemos en nuestra práctica podológica, es la sub-ungueal y por lo tanto a ella vamos a dedicar una especial atención.

EXOSTOSIS SUB-UNGUEAL. — Es como hemos anotado, la sub-ungueal, la más frecuente localización o por lo menos la que con más frecuencia somos requeridos a tratar, en nuestras consultas de Podólogos, de entre todas las que tienen su asiento en el pie.

La descripción que Nelson C. PEYRE hace de esta localización exostósica es la de «tumor formado a partir de la falangeta, que al desarrollarse comprime la cara inferior de la uña».

El mayor número de casos suele observarse en adolescentes y con predominancia en el sexo femenino.

Autores como DUPUYTREN, J.H. HANBY-H.E. WALKER y otros se han ocupado de esta afección. Walker hace mención a la posibilidad de recidivar una vez extirpada y llega a aconsejar la extirpación de la falange distal como norma de seguridad en el tratamiento, lo cual naturalmente no aceptamos, pues creemos que hay que ser más conservador y limitarse a la simple resección de la exóstosis, respetando la falangeta de implantación.

Muchos autores la definen como un pequeño tumor osteo-cartilaginoso, fibro-cartilaginoso o puramente óseo.

Suele implantarse en la cara dorsal de la falangeta y es más frecuente en el primer dedo aunque la hemos visto en otros con relativa frecuencia.

Como todas las exóstosis descritas, también la sub-ungueal se forma o tiene su origen en el efecto irritativo producido por repetidos microtraumatismos en el perióstio falángico. De ahí su frecuencia en los deportistas, especialmente futbolistas y de ahí también la mayor incidencia en el sexo femenino, en razón del calzado de punta estrecha y traumatizante que les impone el imperativo de la moda.

Aparace como una induración, que llega a ser tan prominente en la extremidad distal del dedo, que amenaza a veces, con romper la piel para salir al exterior, lo que de hecho hemos visto suceder en algún caso, presentando entonces, un cuadro de ulceración sucia, cuando ha llegado a nuestras manos después de un largo y lamentable abandono.

Es un tumor benigno, que raras veces recidiva una vez extirpado.

No debe confundirse con un osteosarcoma de la falange, de aparición mucho más brusca que la exóstosis y de evolución mucho más rápida.

En ocasiones, los profesionales no especializados, la han confundido con una hiperqueratosis sub-ungueal, pero la especial dureza al

PIEDRO

OFRECE AL PODOLOGO:

el calzado anatómico-fisiológico número uno de Europa

cuatro distintos anchos
cuatro tipos distintos de suela

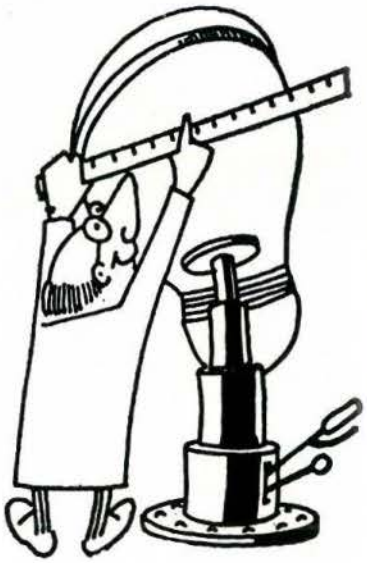
- **100 % cuero crupón marca-royal**
- **palmilla entresuela cuero y bloque de composición controlada**
- **íd., íd., íd. y crepé superior virgen**
- **100 % cuero crupón reforzado**

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:

Espacio para colocar plantillas
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, 87, 2.°
teléfono 93/239 53 06
Barcelona-15
telegramas: KIRITA-Barcelona

tacto y la presión, nos saca de dudas, haciéndonos afirmar la existencia de un plano subyacente de naturaleza ósea, lo que ya significa un importante paso para el diagnóstico definitivo de una exóstosis, que más tarde trataremos de confirmar mediante la oportuna radiografía, que es el medio más seguro con que contamos y que nos suministrará la más valiosa información sobre dimensiones, punto de implantación y demás datos de interés a la hora de decidir su resección.

El profesor ARANDES, llama la atención sobre la posibilidad de confundir la exóstosis con un tumor glómico, sobre todo por la coloración azulada, que toma a veces la uña bajo la cual prolifera.



Figura 5

En nuestra ya dilatada práctica profesional podológica, hemos tenido ocasión de observar exóstosis sub-ungueales de muy diferentes características. Así las hemos visto de crecimiento ascendente, en línea media de la falangeta, que empujaban la uña hacia arriba a través de su lecho, levantándola y desprendiéndola del mismo. Otros casos de ascendencia por línea lateral, que hacían bascular a la uña inclinándola en tal grado que produjo una auténtica onico-criptosis del lado opuesto. Otros, quizá los más corrientes, por su número, de crecimiento francamente distal, que se percibe perfectamente bajo la extremidad libre de la uña y entre estos los que hemos citado que llegaron a perforar los tejidos blandos en su totalidad insinuándose al exterior.

Pero el caso más curioso que hemos podido observar a lo largo de nuestra vida profesional, y que por ello lo hemos puesto como sub-título de este modesto trabajo, ha sido una exóstosis sub-ungueal de localización distal en la falangeta del segundo dedo, con crecimiento rigurosamente anterior en el sentido del eje longitudinal de la misma, sin desviación lateral ni superior alguna, sino formando un cuerpo con la falangeta, es decir, un auténtico crecimiento de esta en el sentido de su eje.

Quiero presentar este caso, con especial interés, ya que no nos ha sido posible encontrar análoga descripción en ningún tratado de la abundante literatura consultada, ni lo hemos visto mencionado por autor alguno.

La historia clínica es la siguiente: Joven de 24 años, futbolista, acude a mi consulta enviado por un Cirujano de esta localidad, presenta una tumoración en la extremidad distal del segundo dedo del pie izquierdo, que podía confundirse con una hiperqueratosis de la región. Observado detenidamente, pudimos comprobar, por la dureza de la tumoración, que estábamos en presencia de una exóstosis. La historia que refiere el paciente nos afirma en ello, pues nos relata una duración del proceso de varios meses. No existe dolor sino bajo presión. La piel que recubre la tumoración aparece fina, tirante e isquémica, como corresponde al fenómeno de presión a que se hallaba sometida. Da la impresión de que va a romperse de un momento a otro, dejando salir al exterior la punta ósea de la exóstosis. Seguramente así hubiese sucedido a corto plazo, de no hacer sido atendido oportunamente. Pedimos radiografía del dedo y observamos sorprendidos esta rara exóstosis. Un auténtico crecimiento de la falangeta en el sentido de su eje, en unos 8 milímetros, apreciándose apenas la línea de unión, es decir, el punto exacto donde termina la falangeta y empieza la exóstosis. El conjunto de ambos elementos, tomaba el aspecto más de una falangeta anormalmente larga, que de una auténtica exóstosis falángica.

Intervenimos este caso practicando la exéresis de la porción exostósica de la falangeta, siguiendo la técnica que describiremos en el lugar corespondiente. El dedo volvió a su forma normal, desapareciendo la de mamelón que había adoptado últimamente. Al año de intervenido sigue completamente normal, sin que haya molestias de ninguna clase, habiendo continuado el paciente sus actividades deportivas, de manera absolutamente normal.

El hecho de no haber podido localizar cita alguna de proceso similar al expuesto, pese a la intensa búsqueda efectuada en todos los medios a nuestro alcance, nos hace presentarlo a la consideración de nuestros compañeros, como un caso poco común de exóstosis subungueal.



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.: 583 Ptas.
FUNGISDIN AEROSOL:
Frasco de 50 ml. P.V.P.: 307 Ptas.
FUNGISDIN GEL:
Tubo de 30 gr. P.V.P.: 335 Ptas.

Avda. Generalísimo Franco, 520
Barcelona-11

ISDIN

Técnica e investigación en dermatología

TRATAMIENTO. — El tratamiento de las exóstosis es variable en atención a su localización y a su sintomatología. Dejando aparte los tratamientos de fondo de algunas variantes, como los espolones calcáneos de posibles etiologías gonocócicas, artríticas, reumáticas o diabéticas, que deben investigarse, cuya responsabilidad corresponde al médico especializado, y ciñéndonos a los tratamientos locales de nuestra competencia, podríamos decir que estos deben dividirse en ortopédicos y quirúrgicos.

Son tributarias del tratamiento ortopédico las localizaciones calcáneas y las cuneo-metatarsianas, las cuales por medio de plantillas de descarga y con el debido almohadillamiento talar, en el caso de los espolones sub-calcáneos y con los dispositivos ortopédicos de aislamiento y uso de calzado adecuado en el de los retro-calcáneos y cuneo-metatarsianos, mejoran notablemente con relativa rapidez su sintomatología dolorosa, llegando, al ser liberados de roces y micro-tráumas, a hacerse totalmente asintomáticos.

Sólo en algunos casos, por sus especiales características o por haberse mostrado rebeldes al tratamiento ortopédico se recurre al quirúrgico, prácticamente entonces la completa resección de la exóstosis, según los procedimientos propios de cada localización.

En el caso de la exóstosis sub-ungueal, el tratamiento es siempre quirúrgico, extirpando a fondo el osteofito y legrando cuidadosamente la base de implantación falángica. Es una intervención de cirugía menor, sencilla, que se practica perfectamente con anestesia local infiltrada en forma de anillo en la zona proximal del dedo afecto. Utilizando una correcta técnica quirúrgica, no suele tener ninguna complicación. La previa ablación parcial o total de la uña, está en función de la necesidad que imponga su particular localización respecto a ésta. Algunos autores aconsejan examen anatomo-patológico de la pieza extirpada, para comprobar su benignidad.

BREVE RESUMEN. — La exóstosis de localización pédica, es una afección tumoral ósea, esencialmente benigna.

La degeneración hacia un condro-sarcoma, aunque muy remota es posible. Pero en todo caso, no sucederá antes de la edad adulta. Puede sospecharse esto, ante un brote evolutivo brusco y sobre todo ante la modificación de la imagen radiográfica, con ruptura de los límites e invasión de las partes blandas. De cualquier forma, estos condro-sarcomas secundarios crecen muy lentamente y esencialmente son de malignidad local. La frecuencia atribuida a estos casos es variable según los distintos tratadistas, así, por ejemplo, LICHTENSEIN habla del uno por ciento, mientras EHRENFRIED supone un cinco.

Como norma general, cuando concomitantemente con una exóstosis, veamos una bursitis o higroma, no deben ser dilatados ni siquiera puncionados.

Según el lugar de su implantación, las exóstosis pudieran llegar a producir, por su propia masa, dificultades mecánicas y trastornos de compresión vasculo-nerviosa, aunque ésto ocurre muy raramente.

La remota posibilidad de degeneración, que hemos ya mencionado, justifica sobradamente la indicación quirúrgica, con amplia resección y cuidadoso legrado de la base de implantación en las exóstosis sub-ungueales. Prácticamente no existe otro tratamiento serio para esta localización.

Las recidivas no son frecuentes, pero tampoco excepcionales según algunos autores. Nosotros no hemos visto ninguna.

Agradecemos la ilustración fotográfica y diapositivas a Miguel Bethencourt, de Santa Cruz de La Palma.

Miguel Hernández de Lorenzo Muñoz
Podólogo
Santa Cruz de La Palma (Canarias)

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.

IN MEMORIAN

DEDICADO AL SR. ESCACHS

EXOSTOSIS EN PODOLOGIA

por *L. Aycart*

Respondiendo al tema general del XIII Congreso Nacional de Podología y atendiendo a las sugerencias de D. José Olcina Morales, prestigioso y competente podólogo de esta ciudad, de quien puede decirse le salieron los dientes en la podología, de la mano de su padre, conocido y recordado Cirujano Callista, de los tiempos heróicos, en que los papilomas se trataban con ácido nítrico, y cómo aquellos pioneros, dieron los primeros pasos en la crioterapia empleando la nieve carbónica, hasta los momentos actuales la Podología española ha evolucionado mucho y ha avanzado a pasos de gigante, gracias a todos, pero muy especialmente a unos pocos entusiastas que mantuvieron encendida la llama, ayudando con sus consejos profesionales, a los que casi acabamos de llegar, a los que recién descubríamos una profesión honrosa y completamente libre.

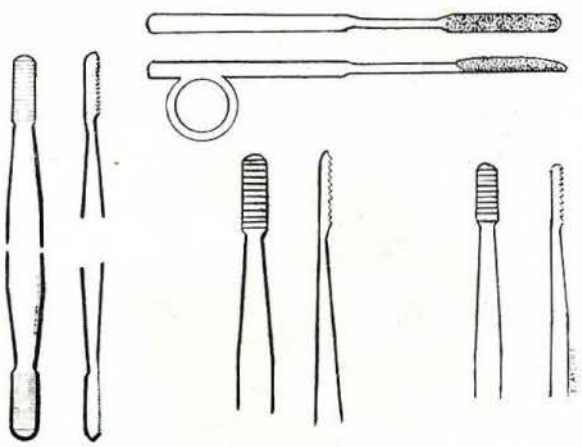
Pues bien este hombre, que hoy se sienta a mi lado, falto de sueño y acaso hasta con dolor de cabeza, auxiliado por un excelente equipo de profesionales alicantinos, que han conocido mis balbuceos con las exóstosis, me animaron a preparar el trabajo que les voy a presentar.

Porteriormente se entrecruzaron otras circunstancias que también deseo explicar.

Con motivo de haber solicitado mi ingreso en la Academia de Cirugía Ambulatoria del Pie en los EE.UU. (siempre con el propósito de ampliar el campo de mis conocimientos) en el mes de enero del corriente año, y casi simultáneamente se publica en la revista Buenhogar un artículo del Podólogo norteamericano Dr. Albert R. Brown, de Florida, sobre minicirugía del juanete y del espolón calcáneo con incisiones de no más de ½ centímetro, efectuadas ambulatoriamente y sin necesidad de período de internamiento en hospital, y con reposo de 7 días o poco más. Pues, bien, una lectora de la revista, escribió a la redacción, obtuvo las señas del autor, le escribió a Florida, y éste le contestó por carta, que podía hacerlo en España dirigiéndose a mi consulta, o bien que le dijera si tenía familiares o amigos en EE.UU. y en la zona donde residieran. el Dr. Brown, le buscaría un podólogo especializado capaz de efectuar la operación; al mismo tiempo enviarían una descripción detallada de la misma al médico de familia.

Con anterioridad yo tenía preparada otro trabajo sobre la eliminación de la exóstosis calcánea, prolongación de los trabajos publicados en la Revista Nacional de Podología, y que ya fuera exhibido en las Delegaciones de Madrid, Zaragoza, Barcelona, Alicante y en la Escuela de Podología de Barcelona.

Así pues este modesto trabajo, os podría servir de aperitivo para los que presentará personalmente el Dr. Albert R. Brown, reconocido generalmente como el Padre de la moderna Cirugía Ambulatoria del Pie, quien desinteresadamente ha accedido a explicar su depurada técnica, al mismo tiempo ha venido a estrechar todavía más los lazos cordiales entre



Figuras 1 y 2

SERVICIO DIRECTO
DESDE LA FABRICA
EN VILLENA

P.F

EL CALZADO ORTOPEDICO DE ESPAÑA

VENTA CON RECETA
EN ORTOPEDIAS

20 AÑOS DE EXPERIENCIA en el diseño técnico ortopédico bajo dirección médica con el testimonio de más de 300 ortopedias repartidas por toda España.

CONTRAFUERTE DE HELFET indeformable rebatido a alta presión, (que no se debilita con el calor natural de la deambulación).

SERVICIO INMEDIATO mediante STOCK de gran capacidad. (Directo de fábrica).



TACON DE CUERO que permite adecuar el calzado prescrito con cuñas adicionales a las básicas (que llevan opcionalmente incorporados los distintos modelos).

Fabricación Exclusiva en DOBLE COSIDO visto por la suela que logra simultáneamente: gran FLEXIBILIDAD a nivel del antepié y extraordinaria CONSISTENCIA en talonera y enfranque

Perfecto ASIENTO del calzado en todos los modelos (tacón y piso en el mismo plano), aun cuando vayan provistos de cuñas básicas opcionales.

SUELA Y ENTRESUELA de crupón de cuero de curtición lenta natural, transpirable y repelente del agua.

MATERIALES de máxima calidad con un acabado en consonancia.

Dentro de nuestra experimentada y completa gama de calzado ortopédico, usted encontrará el modelo que requiera su prescripción. Este calzado cumple con todos los requisitos funcionales y biomecánicos que se exigen a nivel internacional, entre los que cabe destacar los que se indican en la figura superior. Ahora el calzado P-F es flexible, hay modelos en colores vivos y alegres e incluso de tipo deportivo. Pero sigue conservando su tradicional contrafuerte indeformable con el uso que soporta la tensión reiterada aun en casos de pies patológicos como el zambo o el plano grave.

Si no dispone del nuevo catálogo rogamos nos lo solicite mediante carta o simple llamada telefónica.



- HORMAS RECTA Y NORMAL PARA INCORPORAR PLANTILLAS.
- HORMAS PREANDANTES RECTA, NEUTRA Y CURVA.
- FERULAS DENIS-BROWNE.
- HORMAS RECTAS PRIMEROS PASOS Y ORTOPEDICA.
- HORMAS RECTA, SEMIAPROXIMADORA Y APROXIMADORA, DOTADAS DE SUPINACIÓN BÁSICA EN RETROPIÉ.
- HORMA SEPARADORA (ANTI-VARUS)
- HORMA SEPARADORA CON PRONACIÓN BASICA.
- HORMAS RECTA Y NEUTRA POST-QUIRURGICAS.
- ANCHOS E, F y G.
- TACON NEUTRO, THOMAS DIRECTO E INVERSO.

MANUFACTURAS ORTOPEDICAS P.F, S.A. Apartado, 43. VILLENA (Alicante) Telf. (965) 800191 - 802586 - 803212

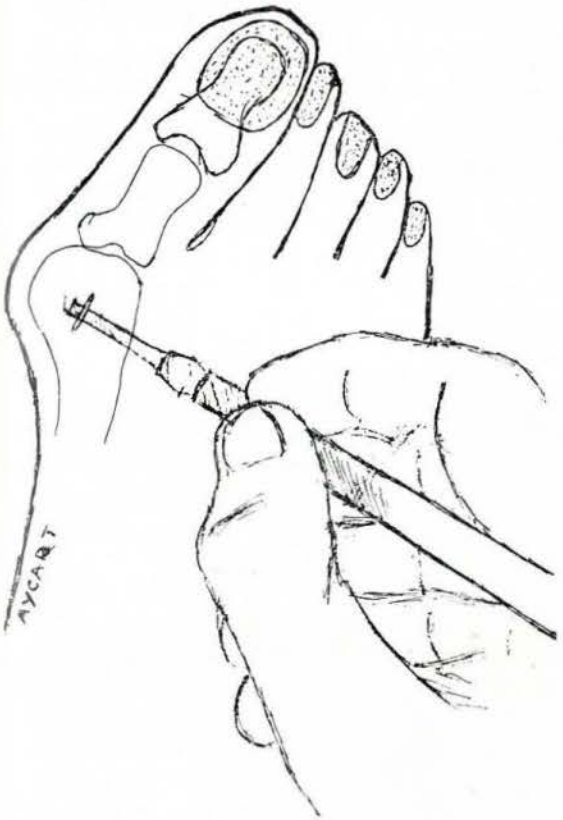


Figura 3

la Podología Española y la Podología Norteamericana. Y que gracias a la buena disposición de nuestro Presidente Sr. Escachs y de la comisión organizadora de este Congreso han permitido soportar su viaje y tenerlo hoy aquí entre nosotros.

Básicamente consiste en la destrucción parcial o total de las exóstosis causal de un callo o heloma recidivante a través de una diminuta incisión por medio de una pequeña lima o fresa de acero.

Todas las exóstosis no son susceptibles de esta intervención, como tampoco lo son todos los pacientes. Aquellos con deficiencias circulatorias, con diabetes, con osteoporosis, etc., nunca deberían someterse a este tratamiento quirúrgico.

Ahora, y por orden de sencillez operatoria, enumeraré los casos más fáciles de intervenir.

a) Heloma interdigital interno o externo del 5.º dedo falange distal.
b) Heloma interdigital del 4.º y 3.º falange intermedia.
c) Heloma interdigital del 1.er dedo en su cara interna.
d) En todas las demás exóstosis, tales como espolón calcáneo, haglunds, hallus valgus, etc.

En mis intercambios de ideas con otros cclegas he comprobado y el pasado jueves, fueron exhibidos algunos trabajos en los que operan exóstosis abriendo una incisión amplia, cortando la exóstosis con instrumento apropiado y aplicando sutura.

Esta forma de actuación entraña el riesgo de invadir el campo de los traumatólogos, y para el paciente es más dramática.

La técnica que presento en este XIII Congreso Nacional de Podología, ha sido estudiada por el Dr. A. Brown y sus cols. Dres. Perrone, Mercado, *no invade el campo del traumatólogo*, que por otra parte nunca accedería a operar por este sistema, entre otras cosas, porque la ley les autoriza ha hacer cirugía abierta y con ella tiene más posibilidades de remodelar la anatomía del miembro afectado de exóstosis.

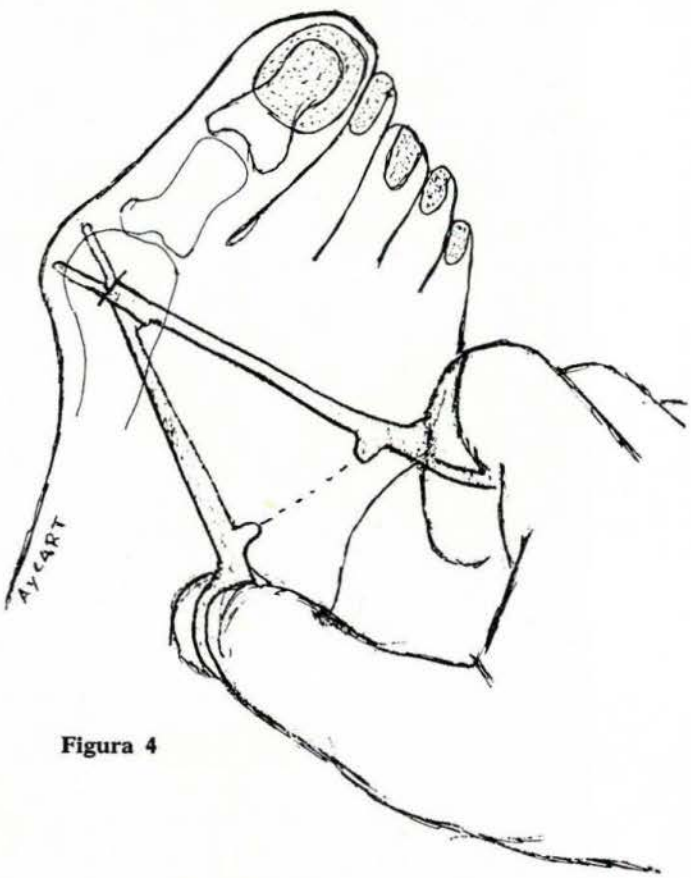


Figura 4


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

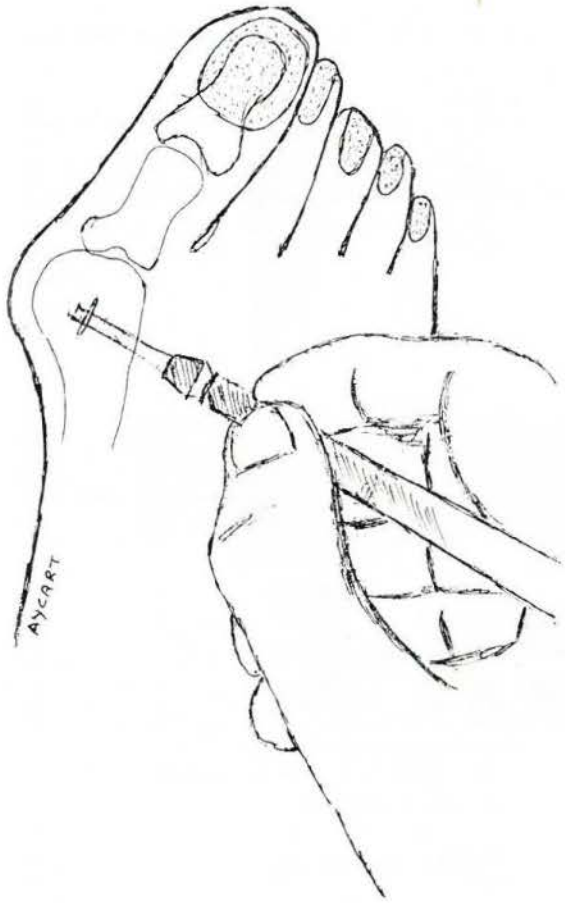


Figura 5

INSTRUMENTAL

Además del instrumental común a cualquier intervención podológica se precisan:

1.º Limas de diferentes formas (usadas en rinoplastias).
2.º Fresas de acero esféricas, de cono invertido, de estrías.
3.º Pinzas de mosquito y gubìa ancha.
4.º Torno de mano exclusivo para cirugía de 0 a 25.000 r.p.m.
5.º Jeringas para anestesia cono metálico a rosca o de un solo uso.
6.º Bisturís Martin del nº 14, o Beaver-Chisel n.º 81.
7.º Radiografías autorevelables (Dental Phil-X-30).

El podólogo deberá conocer perfectamente la anatomía regional de la zona a intervenir, como asimismo análisis de orina, glucosa en sangre y hemoglobina.

TECNICA

Sobre el pie debidamente preparado para intervención quirúrgica comenzaremos por aplicar la

Anestesia. — Con Scandicain al 1 % sin adrenalina en forma de anillo en la base del dedo, o en forma de estrella si se trata de una superficie plana no apendicular, cuando se trate de exóstosis menores.

Las exóstosis mayores tales como el hallux valgus, espolón calcáneo requieren una anestesia por bloqueo de troncos nerviosos.

Son cuatro nervios los que inervan la mayor parte del dorso del pie y atraviesan el tobillo por su parte anterior, podrían encontrarse separados y bloquearse independientemente, pero en la mayoría de los casos el bloqueo se hace en conjunto.

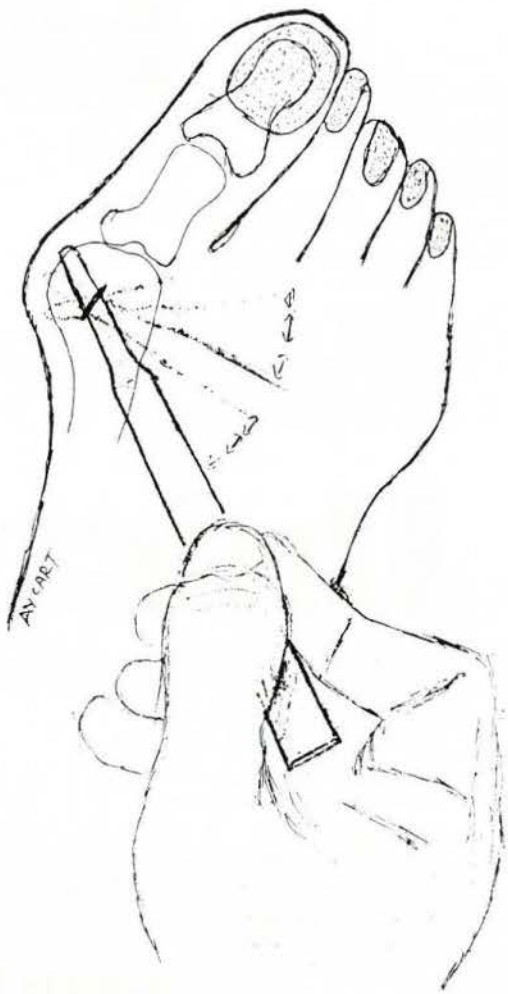


Figura 6

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 o 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.
276,— 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.
160,— Ptas.

INFAR NATTERMANN

Apartado 400 - Zaragoza Infanta Carlota, 84-88 Barcelona-29

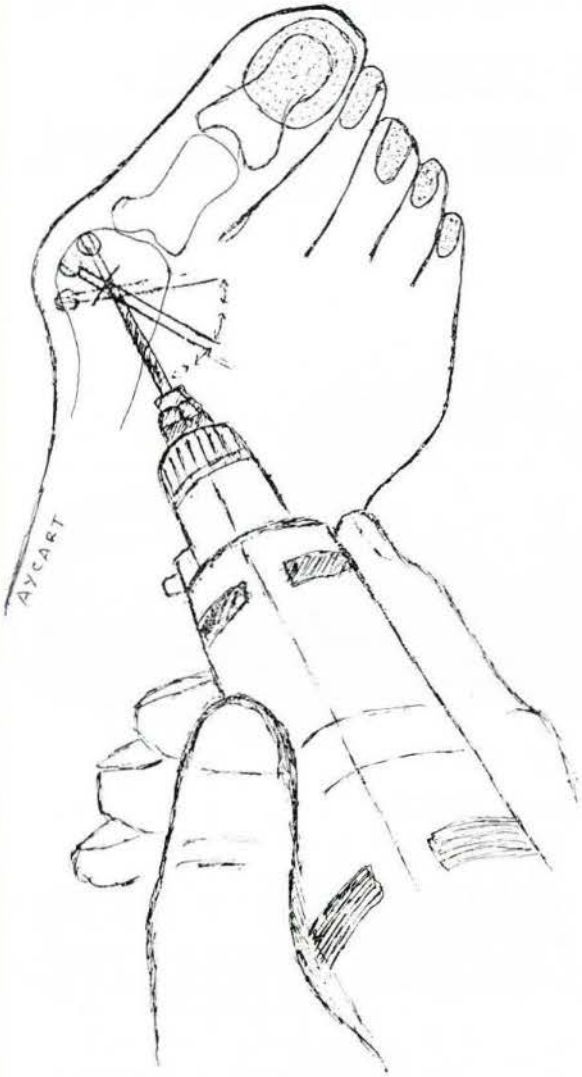


Figura 7

Con el bloqueo de estas cuatro ramas y de los dos restantes nervios que se dirigen al pie, se logra la anestesia completa, introduciendo la aguja a través de tres puntos solamente; en la cara anterior, postero interna y postero externa del tobillo. En muchas ocasiones se puede emplear la perfusión anestésica que es la administración de una dilución anestésica, aplicada localmente en el interior de una vena del pie, cuya circulación está ocluida temporalmente por medio de un manguito.

Incisión. — La incisión ha de hacerse convergente a la piel, proximal o distal a la exóstosis y siempre en dos tiempos. El primero que corta la piel, a continuación con una pinza de mosquito se procede a separar la piel en toda la superficie de la 1.ª articulación metatarsofalángica afectada de juanete. El segundo corte ha de hacerse con otro bisturí y por la misma herida, esta vez para alcanzar la cápsula articular, entonces con la gubia ancha se separa la cápsula del hueso de la misma forma que hicimos antes con la piel. Es de advertir que la incisión no tendrá más de 3 milímetros de larga, espacio suficiente para introducir la fresa circular, montada sobre el micromotor y comprobar la distancia que tiene de recorrido para hacer su labor.

Legrado. — Con el motor a pequeña velocidad se introduce la fresa por la incisión, si esta condición no se cumple la fresa al arrancar el motor cuando ya está introducida, podría arrollarse en el tejido blando y producir grandes destrozos. La reducción debe comenzarse en la cabeza metatarsiana con exóstosis efectuando el fresado de plantar a dorsal. Si la cápsula es bastante gruesa y resistente y se encontrase dificultades para elevarla sobre la eminencia ósea, se cambia la fresa por una más fina de corte circular que se sitúa directamente debajo de la cápsula, actúa como elevador y reduce el hueso de la misma forma que la de mayor diámetro. Una vez efectuada la reducción, la pasta formada por limaduras de hueso y sangre debe ser exprimida, lavada con suero fisiológico Rapide, llevando la aguja al



Figura 8



Modelo 1.163



Modelo 1.112



Modelo 1.125
Ganador del OSCAR AL MEJOR DISEÑO DE ZAPATOS 1980 "ANATOMICO INFANTIL".



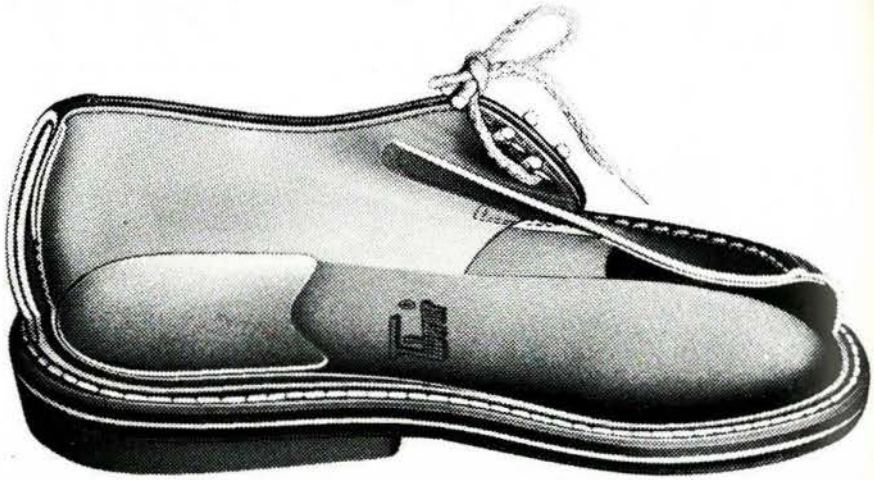
Modelo 1.093



Modelo 1.153

Con un zapato al "desnudo", no hay sorpresas.

¡UNA BUENA BASE FACILITA UN FIRME APOYO!



Taberner®

GAMA DE MODELOS

- Zapatos (Blucher y mocasín)
- Botas - Bota sandalia
- Sandalias
- Mercedes

SUELAS

- Legítima Suela de Cuero
- Legítima Suela de Cuero fléxible
- Suela de goma fléxible

HORMAS

PARA INCORPORAR PLANTILLAS:

- Base planta con ancho normal
- Base planta más ancha
- Recta

NORMALIZADAS:

- Recta con capacidad normal
- Normal para pies sanos



OSCAR 1975, 1976 y 1980 y MENCION DE HONOR 1979, AL MEJOR DISEÑO DE ZAPATOS.

GREGORIO TABERNER S.L.
Weyler, 53
Teléfono: (971) 66 01 56
LLUCMAJOR (Mallorca)



Figura 9

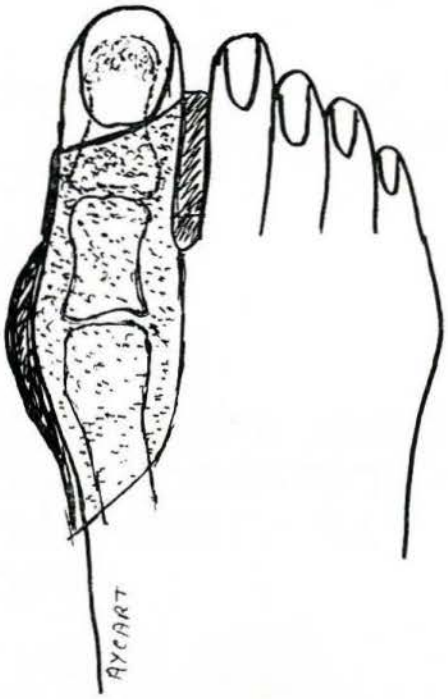


Figura 10

fondo de saco, para que la corriente de suero arrastre al exterior los restos de limaduras que no salieron con la hemorragia. Después con la anestesia local sobrante darle un último lavado en el interior de la herida, secado de la herida aplicación de un fieltro adhesivo sobre el área donde estaba la exóstosis y vendaje ligeramente comprensivo.

Como en otras operaciones podológicas está indicado el uso de antibióticos por vía oral y la aplicación de Cibalgina en supositorios al volver el paciente a su domicilio de forma que enlacen la acción anestésica con la analgésica.

Durante el período postoperatorio que no será más allá de 12 o 15 días usará calzado abierto.

En el caso concreto que nos ocupa, se le efectuó una ortosis con silicona autovulcanizable para permitir la alineación del primer dedo.

VENTAJAS DE ESTA CLASE DE CIRUGIA

1.º Se puede efectuar en nuestra clínica y no en el hospital.

2.º El paciente se mantiene ambulatoriamente, total o parcial.

3.º La incisión producida es de reducidísimas proporciones.

4.º Exenta de complicaciones, ya que no tiene más allá de cualquier intervención podológica clásica.

5.º No precisa puntos de sutura, que con frecuencia producen queloides.

6.º La más importante de todas, desaparece definitivamente la causa del dolor específico producido por la compresión del calzado sobre la exóstosis.

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

AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA



XIV Congreso Nacional de Podología Islas Canarias

LAS PALMAS DE GRAN CANARIA
8-9-10-11 OCTUBRE 1.981

Queridos compañeros:

Siguiendo con nuestra línea de manteneros informados de la marcha de los acontecimientos en relación con la preparación de nuestro magno Congreso de Canarias, en el que estamos poniendo lo mejor de nuestro esfuerzo y de nuestra voluntad para recibiros como merecéis, os ofrecemos hoy el presente PROGRAMA PRELIMINAR.

Un equipo de las dos provincias canarias, constituidos por compañeros de todas las Islas, que no conocen el desaliento, laboran intensamente, identificados por el mismo ideal de servir al prestigio de nuestra colectividad, ofreciéndonos todos sus esfuerzos para que vuestra estancia entre nosotros, aquí a la vera del Atlántico, os resulte inolvidable. Si así lo conseguimos nos consideraremos ampliamente recompensados por nuestros desvelos.

Haced con tiempo vuestros planes de viaje. Pensad en Canarias, que este próximo otoño os tiende sus brazos y venid, venid junto a nosotros a recibir la suave caricia de nuestro sol y el beso de bienvenida de las tibias aguas de nuestro Océano.

Hasta nuestro próximo contacto, un fuerte abrazo en nuestro nombre y en el de Canarias.

La Comisión Organizadora

PROGRAMA PRELIMINAR

Organizado por la Agrupación de Podólogos de España y en su nombre, por las Delegaciones Provinciales de Las Palmas y Tenerife.

Fechas: 8, 9, 10 y 11 octubre 1981
Lugar: Las Palmas de Gran Canaria
Sede: H. Cristina (Playa de Las Canteras)
Sec. Gral: Av. Rafael Cabrera, n.º 6, Oficina B. Telf.: 37 37 18.

TEMAS

1.º PATOLOGIA Y TRATAMIENTO PODOLOGICO DE LA UÑA
2.º MICOSIS EN PODOLOGIA

PROGRAMA PRELIMINAR

DIA 7, de 18,00 a 21,00 horas:
Apertura de la Secretaría General instalada en el hall del Hotel Cristina y recogida de documentación.

DIA 8, a las 9,00 horas:
Continuación recogida documentación.

11,00 horas:
Inauguración de la Exposición Comercial en la cual importantes firmas exhibirán los materiales y productos más modernos de aplicación para la especialidad.
Los stands, de gran interés para todos los



Compañeros de las dos provincias canarias, se reúnen en una comida de trabajo, para perfilar las líneas de organización del Congreso, que este año corresponde a las siete islas del archipiélago. (Santa Cruz de Tenerife. «Los Porrones»)

podólogos, estarán atendidos por técnicos que facilitarán toda clase de información.

12,00 horas:
Inauguración Oficial del Congreso, con asistencia de las Primeras Autoridades. Conferencia Magistral a cargo del Dr. D. José Ojeda Gil, Profesor A. de Patología Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Barcelona.

De 16,00 a 20,00 horas:
Sesiones de trabajo y comunicaciones a cargo de los Sres. Podólogos.

20,30 horas:
Traslado en Autocares al Pueblo Canario, Vino de Honor y Festival Folklórico.

DIA 9, a las 9,00 horas:
Continuación sesiones de trabajo.

14,00 horas:
Comida de Trabajo, en el mismo Hotel Cristina.

16,00 horas:
Continuación sesiones de trabajo.

21,30 horas:
Traslado al Teatro Pérez Galdós para presenciar la actuación del Ballet Contemporáneo de Las Palmas, bajo la dirección del Profesor Lorenzo Godoy y probable actuación de un afamado Grupo Folklórico.

DIA 10, de 9,00 a las 11,00 horas:
Continuación sesiones de trabajo. Comunicaciones a cargo Sres. Podólogos.

11,30 horas:
Excursión al Sur de la Isla, con baño y almuerzo previsto en el «Gran Hotel-Casino Tamarindos» de la Playa de San Agustín de Maspalomas.
Gran Tómbola, con magníficos regalos aportados por los Sres. Podólogos y Firmas Comerciales.

DIA 11, a las 9,00 horas:
Conferencia del Dr. D. José Luis Medina Monzón.

13,00 horas:
Clausura Oficial del Congreso.
Entrega de Diplomas.

16,00 horas:
Asamblea General de la Agrupación de Podólogos de España.

22,00 horas:
Gran Cena de Gala y baile en los Salones del Hotel Cristina.

FIN DEL CONGRESO

PROGRAMA PARA ACOMPAÑANTES

DIA, 8 a las 12,00 horas:
Asistencia a la Apertura Oficial del Congreso.

18,00 horas:
Pase de la Gran Colección de Modelos de Alta Peletería (Nelsy Chelala).

20,30 horas:
Traslado en Autocares al Pueblo Canario, Vino de Honor y Festival Folklórico.

DIA 9, a las 11,00 horas:
Traslado Grandes Almacenes el Corte Inglés, donde le serán ofrecidas degustaciones de productos Pascual Hnos., Revilla y Turrón 1880.
Existe un bufet a precios especiales para los Sres. Congresistas y Acompañantes durante los días del Congreso en dichos Almacenes. También en el mismo se ofrecen los servicios del afamado Peluquero de Señoras de fama internacional «Pepe Juan», (previa petición de hora).

17,00 horas:
Pase de Modelos ofrecido en los mismos Almacenes y entrega de obsequios a las señoras.

21,30 horas:
Traslado al Teatro Pérez Galdós para presenciar la actuación del Ballet Contemporáneo de Las Palmas, bajo la dirección del Profesor Lorenzo Godoy y actuación de un afamado grupo Folklórico. Probable final sorpresa.

DIA 10, a las 11,30 horas:
Excursión al Sur de la Isla, con baño y almuerzo previsto en el «Gran Hotel-Casino Tamarindos" de la Playa de San Agustín de Maspalomas.
Gran Tómbola, con magníficos regalos aportados por los Sres. Podólogos y Firmas comerciales.

DIA 11, a las 22,00 horas:
Gran Cena de Gala y baile en los salones del Hotel Cristina.

FIN DEL CONGRESO

PROGRAMA POST-CONGRESO (OPCIONAL)

A LA ISLA DE TENERIFE

PROGRAMA PRELIMINAR

DIA 12, a las 11,30 horas:
Salida para la Isla hermana de Tenerife, en el Jetfoil «Princesa Voladora».

13,00 horas:
Llegada al Puerto de Santa Cruz de Tenerife y recibimiento de los Podólogos tinerfeños.
Salida en Autobuses para el Puerto de la Cruz, recibimiento en el Hotel Meliá, donde está previsto un Bufet-Almuerzo, y exhibición folklórica de un afamado grupo de esta capital.
Tarde libre. — Se recomienda a los señores participantes que visiten facultativamente el magnífico «Jardín Botánico» de Aclimatación Internacional, Paseo de Colón, Lago Martiánez y Sala de Fiestas «La Isla».

DIA 13.
Día libre. — Recomendamos para compras visitar los Bazares Indostánicos de Santa Cruz de Tenerife (Capital de la Provincia). Visitar el Valle de la Orotava y múltiples excursiones de las que seréis debidamente informados por la Agencia Oficial de Viajes Meliá.

DIA 14, a las 9,00 horas:
Excursión a Las Cañadas y Pico del Teide, el más alto de España (3.715 m.). Excursiones optativas en funicular al mismo cráter del Volcán Teide.



Mod. 101 "PRINCIPE"



Mod. 102 "SESAMO"



Mod. 103 "CHARLY"



Mod. 104 "FESTIVAL"



Mod. 105 "PITUSA"



Mod. 106 "SANDALIN"



Mod. 107 "BAMBY"

FIEL
calzado formativo

El calzado formativo "FIEL" ha sido diseñado bajo dirección médica para facilitar un desarrollo armónico y equilibrado del pié infantil en sus fases preandante y primeros pasos.

Es un calzado dotado de todos los requerimientos anatómicos, entre los que destacan la selección de materiales empleados en la piel, el forro y la suela, y todas las características que se destacan abajo.

Sujeción y consistencia en el talón.





Perfecto asiento del piso y tacón en un mismo plano.



Amplia base de sustentación en tacón y piso dotado de parches de goma antideslizante.



Amplio alojamiento de dedos.

Flexibilidad a nivel del antepié.





Arco anatómico longitudinal que evita elongaciones ligamentosas.

Calzado Formativo **FIEL** - Aptdo. 176 - Tel. (965) 80 37 91 - **VILLENA** (Alicante)

16,00 horas:
Regreso al Puerto de la Cruz a través del frondoso y exhuberante Monte de la Esperanza. Probable visita a la Fábrica de Cerámica La Calera.

DIA 15.
Traslado a la hora prevista al Aeropuerto Sur «Reina Sofía».
Regreso a sus puntos de partida.

FIN DEL POST-CONGRESO

CARTAS DE CONGRESISTAS

	Ptas.
Agrupados	9.500
Agrupados sólo Actos Científicos	5.000
No agrupados actos científicos y sociales	15.000
Acompañantes	7.500
Estudiantes actos científicos y sociales tasa especial	7.000
Estudiantes sólo actos científicos	2.000
Sres. Expositores, tasa especial	6.000

El pago de la inscripción debe efectuarse en cheque nominativo, conformado por su Banco y a nombre del XIV Congreso Nacional de Podología - Islas Canarias.

Por necesidades absolutas de organización, la fecha tope de inscripción será el 8 de septiembre y la del envío de comunicaciones (por triplicado) el 8 de julio, ambas improrrogables.

NOTA: Este programa podrá sufrir cambios, siempre que las necesidades de programación lo requiriesen.

El Comité Organizador

INSCRIPCION DE VIAJE antes del día 8 de septiembre de 1981

informes VIAJES MELIA
Grupo A - Título 8

Bravo Murillo, 11 - Teléfonos: 36 21 11 - 36 25 22
LAS PALMAS DE GRAN CANARIA
o en cualquiera de nuestras 80 oficinas de España

ITINERARIO

Día 7 de octubre
Salida de (Barcelona, Madrid o Sevilla), por línea regular de la Cía. Iberia. Llegada a Las Palmas, asistencia y traslado del aeropuerto al Hotel elegido. Alojamiento.

Días 8 al 11 de octubre
Desayuno y alojamiento en el Hotel.
Días libres para asistir a las sesiones del Congreso.

Día 12 de octubre
Desayuno en el Hotel.
Alojamiento y Desayuno en los Hoteles escopara salir con destino al punto de origen por línea regular de la Cía. Iberia o asistencia y traslado del Hotel al muelle, para los Sres. Congresistas que efectúen el viaje de Post-Congreso a la Isla de Tenerife.

FIN DE LOS SERVICIOS

PRECIOS POR PERSONA:
Habitaciones dobles con baño.

HOTEL CRISTINA (5 estrellas)
Sede del Congreso situado en la Playa de las Canteras.

Desde BARCELONA	34.488 ptas.
» MADRID	28.243 ptas.
» SEVILLA	24.569 ptas.
Suplemento individual	3.500 ptas.

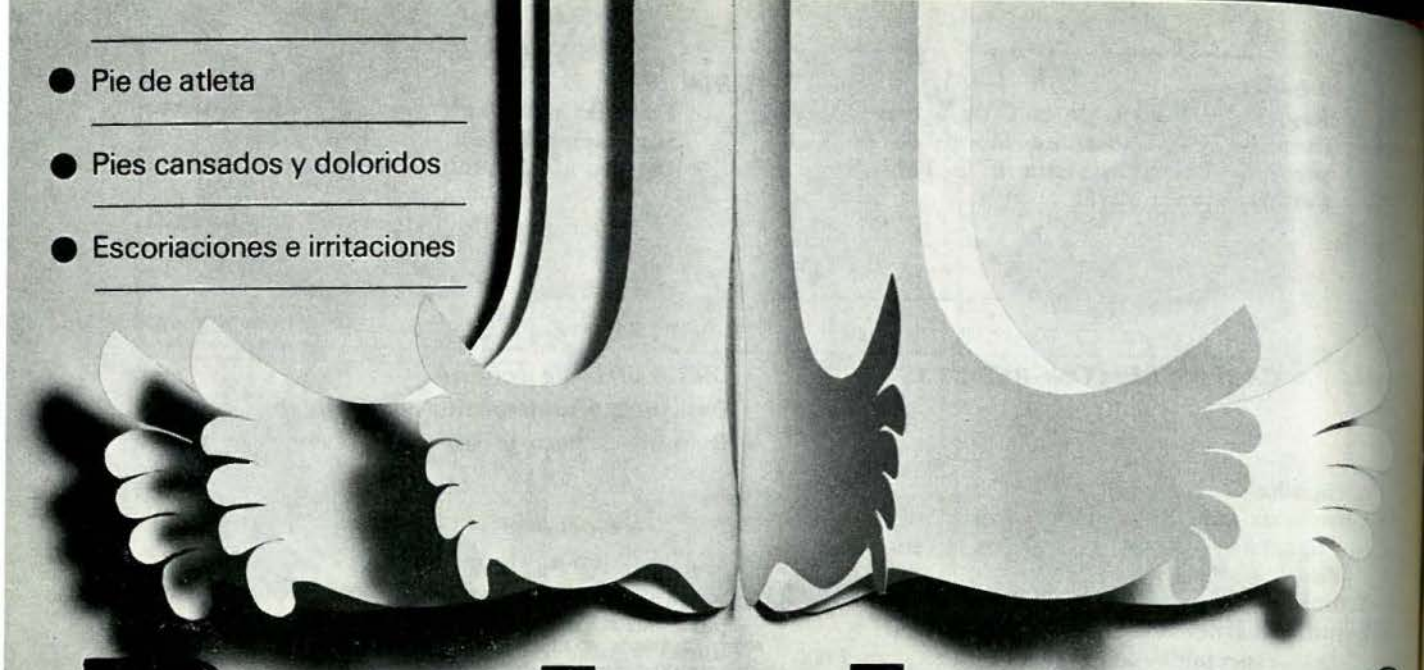
HOTEL LAS CARACOLAS (3 estrellas)
Situado en la Playa de las Canteras.

Desde BARCELONA	29.488 ptas.
» MADRID	23.243 ptas.
» SEVILLA	19.569 ptas.
Suplemento individual	2.000 ptas.

POST-CONGRESO ISLA DE TENERIFE

Precio por persona en habitación doble 9.975 pesetas.
Se deberá tener en cuenta que, los clientes que participen en este Post-Congreso, deberán incrementar este importe al del viaje del Congreso.

- 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. 109 Ptas.

MADAUS CERAFARM

MADAUS CERAFARM, S.A.

EXCURSION FACULTATIVA

Plazas limitadas.
Excursión a Lanzarote, en avión todo el día 8.200 ptas.
Supeditada al número de peticiones.

IMPORTANTE:

Las reservas y por estar en plena temporada de turismo, se confirmarán por riguroso orden de llegada.
Estos precios están calculados para un grupo mnimo de 30 personas, viajando juntas de cada ciudad indicada; en caso de no completarse, se aplicará el suplemento que proceda.
Está sujeto a posible variación en caso de aumento de las tarifas de avión, hotel, carburantes, etc.

ESTOS PRECIOS INCLUYEN:

Billete de avión en clase turista línea regular y 20 kg. de franquicia.
Asistencia y traslado en Aeropuertos-Hoteles-Aeropuertos.
Alojamiento y Desayuno en los Hoteles escogidos o similares.
Asisténcia técnica durante las sesiones del Congreso.

NO INCLUYEN:

Cualquier otro extra que no se especifique en el programa.

FECHA TOPE PARA RECIBIR PETICIONES DE VIAJE:

8 de septiembre de 1981.

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»

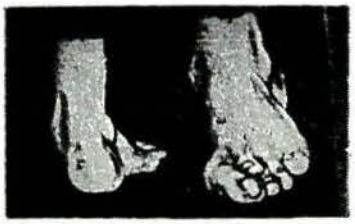
SWAN NORTON: Bisturís, mangos y hojas.
AESCULAP: Esterilizadores, hojas bisturí, mangos bisturí, instrumentos, alicates, etc.
MICROMOTORES: De importación.
PODOMETROS: MOBILIARIO; MOTORES COLGANTES; ESTERILIZADORES ULTRAVIOLETAS; FRECUENCIA; VIBRADORES; BISTURIS ELECTRICOS; CAUTERIOS; PIEZAS DE MANO; SILICONAS; PULIDORAS; FRESAS; MESAS; ASPIRADORAS.

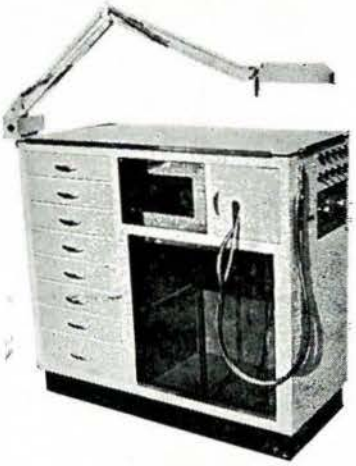
AMPLIO STOCK DE MATERIALES PARA PODOLOGIA.
CONSULTE CONDICIONES ESPECIALES.

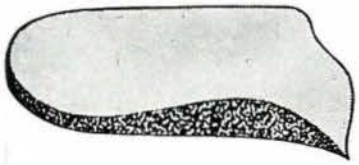
LUGA

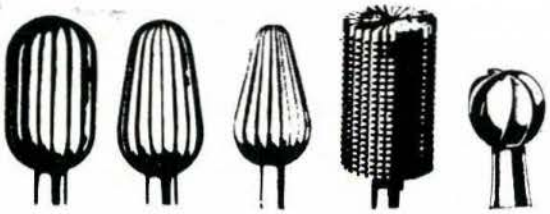
MADRID: Príncipe de Vergara, 112, 3.° B
Tels. 262 89 35 y 262 50 35
BARCELONA: Tels. 257 99 41 y 220 72 53

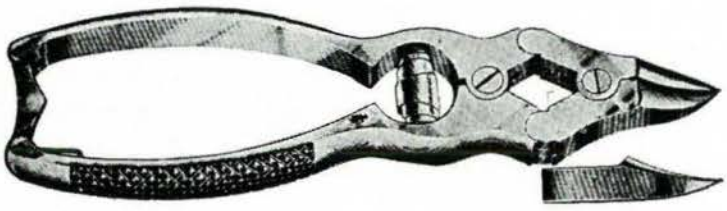
LA CASA DEL PODOLOGO











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

Congreso Internacional en Dinamarca 1982

El X CONGRESO INTERNACIONAL DE PODOLOGIA se desarrollará, bajo los auspicios de la Asociación Nacional de Podólogos Autorizados, en Copenhague, Dinamarca, en el «Falkonercentret», durante los días 7, 8 y domingo 9 de mayo de 1982, seguidos de una jornada de excursión el lunes 10 de mayo de 1982. Los idiomas oficiales del Congreso serán los siguientes, danés, inglés, francés, alemán y español. Esto supone, entre otras cosas, que todas las conferencias pronunciadas en una de las mencionadas lenguas con interpretación simultánea en las demás.

La Comisión especial encargada de la organización del Congreso ya está en plena actividad, trabajando con la elaboración de los programas, tanto los puramente profesionales como los de índole social.

La Comisión ha elegido como tema del Congreso:

LA INVESTIGACION - LA SOCIEDAD Y EL FUTURO

Se ha escogido deliberadamente un tema amplio que permita la presentación de toda clase de novedades e informaciones interesantes dentro de la podología. Paralelamente, se aspira a presentar la mayor cantidad posible de resultados de investigaciones científicas. La Comisión ya está evaluando una larga serie de interesantes sugerencias de temas de conferencias llegadas a toda Europa y U.S.A. Coincidiendo con el Congreso se celebrará una Exposición profesional, cuyo objeto es presentar todos los remedios que necesitan los podólogos en su trabajo diario. Los organizadores esperan que tal exposición sirva de inspiración para los congresistas.

Todavía no se puede adelantar nada concreto del programa social. Pero tanto los congresistas como quienes les acompañen tendrán amplia oportunidad de ver a Copenhague, la encantadora capital de Dinamarca, con su «Sirenita», su parque de diversiones Tívoli, y otras muchas atracciones turísticas.

En vista del carácter internacional del Congreso, y para su debido desarrollo, la Comisión ha considerado conveniente nombrar un presidente honorario y un comité honorario. Muy naturalmente, la elección del Presidente Honorario ha recaído en el Sr. E. Escachs Clariana, Presidente de la «Fédération Internationale des Podologues» y la «Agrupación de Podólogos de España». Al correr de los años, el Sr. Escachs ha venido desplegando esfuerzos sumamente apreciables en pro de la colaboración internacional entre podólogos, siendo conocidas sus actividades a través de varios congresos anteriores.

Como Presidente del Congreso ha sido nombrado el Sr. Henning Permin, quien funciona desde hace ya varios años en actividades internacionales como Delegado de la Asociación Nacional de Podólogos Autorizados, estando así familiarizado con el trabajo que se realiza en la «Fédération Internationale des Podologues».

Un congreso internacional es un acontecimiento importante y significativo, y hay muchas buenas razones para participar de él. Los participantes actualizan sus conocimientos profesionales y se enteran al mismo tiempo de novedades dentro del ramo. La mayor parte de los podólogos se encuentran a veces ante situaciones donde desean profundizar su saber y perfeccionarse en bien de los clientes. Los congresistas reciben nuevas inspiraciones para la solución de los problemas diarios, así como ideas útiles y prácticas para la instalación de la clínica, para la adquisición de instrumentos, materiales, etc. Los congresistas se encuentran con colegas de otros países, discuten su profesión, intercambian experiencias, y gozan del ambiente profesional. Es un placer encontrarse con colegas del mismo campo de interés, y discutir con ellos métodos de tratamiento, resultados, formación profesional y condiciones sociales en otros países. Manteniéndose al tanto de la evolución dentro de su oficio, cada podólogo contribuirá para fomentar la buena reputación y el respeto por la profesión.

La Comisión espera tener listos el programa y el formulario de inscripción para el Congre-

(Continúa en la página siguiente)

LABOR DE LAS DELEGACIONES

GUIPUZCOA

PODOLOGO EUSKALDUNEN ELKARTEA
ASOCIACION VASCO-NAVARRA
DE PODOLOGOS

Bidebarrieta, 4 - Tfno: (943) 71 84 10 - Eibar
(Guipúzcoa)

Tras la aprobación de los Estatutos y su inscripción como tal asociación, se celebró la 1.ª Asamblea de la Asociación Vasco-Navarra de Podólogos el día 10-1-81.

Tras las pertinentes elecciones para el nombramiento de su Junta Directiva, quedó ésta formada por:

Presidente:	J. J. Araolaza
Vicepresidente:	Pedro Galardi
Secretario:	Antonio Nogal
Tesorero:	Carmelo Cabañes
Vocales:	Luis García Unanue
» :	Jesús Pérez Anda
» :	Javier Sarasa
» :	Sebastián Tenes

Deseamos desarrollen una provechosa labor.

Curso de reciclaje:

El día 21 de febrero (sábado) y para los compañeros de Alava y Navarra, se celebró en el Hospital de Navarra de Pamplona el curso programado bajo el tema «Tratamiento de las exóstosis».

Fue desarrollado teórica y prácticamente de la siguiente forma:

1.º Exóstosis. Tratamiento paliativo por Ortesis de Silicona. Propiedades de los distintos preparados. Formas de elaboración y aplicación.
Ponente: D. José Sánchez Luna. Zaragoza.

2.º Exóstosis. Tratamiento quirúrgico por incisión mínima. Instrumental y técnicas. Película y diapositivas.
Ponente: D. Luis Aycart. Madrid.

De esta misma forma, al siguiente día 22 (domingo) lo hicieron en San Sebastián para todos los compañeros de Guipúzcoa, quedando gratamente impresionados de lo positivo de sus resultados.

En Pamplona tras la celebración del curso, se reunieron en una cena fraternal en el Hotel Maissonave y en San Sebastián, y a petición de los Ponentes invitados, que recordaban alguna fecha del Congreso celebrado, nos trasladamos a Orio donde degustaron el besugo de rigor en franca camaradería.

Agradecemos desde estas líneas la disposición de nuestros compañeros de Zaragoza y Madrid.

CONGRESO INTERNACIONAL EN DINAMARCA EN 1982

(Viene de la página anterior)

so a comienzos del otoño de 1981. Para entonces las agrupaciones de podólogos de los distintos países recibirán todo el material informativo. Caso que entre los lectores alguien esté interesado en recibir el programa con formulario de inscripción, los organizadores ruegan les hagan llegar el talón abajo consignado.

Envíenme, sin compromiso, programa con formulario de inscripción para el X CONGRESO INTERRNACIONAL DE PODOLOGIA a celebrar en Dinamarca entre los días 7 y 10 de mayo de 1982.

Nombre .....
Domicilio .....
País .....

Enviar el talón a:
Landsforeningen af Statsaut. Fodterapeuter,
Bjelkes Alle 43,
DK 2200 - Copenhague N,
Dinamarca

ASAMBLEA NACIONAL
el 2 de Mayo, en Madrid

Distinguido amigo y compañero/a:

Me complace comunicarte que en la reunión de la Junta de Gobierno, presidida por D. Zacarías García Andrés, y a propuesta de éste, se ha adoptado el acuerdo de celebrar la la Asamblea Nacional, que quedara pendiente tras la obligada suspensión, en dos convocatorias sucesivas, por el luctuoso suceso de todos conocido. En consecuencia, dicha ASAMBLEA NACIONAL tendrá lugar (D.m.) el próximo *día 2 de mayo de 1981* a las 10,30 h. en primera convocatoria y 11 en segunda, en los salones del Hotel Convención, de Madrid, sito en la calle O'Donnell, con el siguiente

ORDEN DEL DIA

1.º SALUTACION DE LA PRESIDENCIA.

2.º INFORMACION SOBRE EL DECRETO DE PODOLOGIA, SU DESARROLLO Y CONVALIDACION (D. Enrique González Gómez).

3.º NECESIDAD SOCIO-ASISTENCIAL DEL PODOLOGO:

a) El Podólogo en la Seguridad Social y Entidades Asistenciales (D. Joaquín Solé Cuch).

b) El Podólogo en la Educación Física y Deporte (D. Martín Rueda Sánchez).

c) Medicina Podológica Escolar (D. Juan V. Araolaza Lahidalga).

d) El Podólogo en los Cuerpos Armados (D. Isaas del Moral Roberto).

e) Podología Laboral (D. Manuel Gavín Barceló).

f) El Podólogo en Gerontología y Diabetología (D. Luis Aycart Vijuesca).

4.º ANTEPROYECTO DEL ENTE REPRESENTATIVO PODOLOGICO Y PLANIFICACION (D. Enrique González Gómez).

5.º CREACION DEL PREMIO NACIONAL DE INVESTIGACION PODOLOGICA (D. Zacarías García Andrés).

6.º PROPUESTA DE INCLUSION DE DOS VOCALIAS-ASESORES DOCENTES.

7.º PLANIFICACION DE LA REVISTA. NOMBRAMIENTO DE CORRESPONSALES EN PROVINCIAS.

8.º RUEGOS Y PREGUNTAS.

Esperando acojas con el debido entusiasmo y espíritu de colaboración esta convocatoria, haciendo posible tu presencia, con la que prestarás el valioso apoyo asistencial y de participación necesarios a los trascendentales momentos de la Podología, te envía un fuerte abrazo,

REAL DECRETO 2966/1980, de 12 de diciembre, sobre estudios de Podología.

La experiencia obtenida desde la promulgación del Decreto setecientos veintisiete/mil novecientos sesenta y dos, de veintinueve de marzo, sobre reconocimiento y reglamentación de las enseñanzas de Podología, y la madurez alcanzada por las mismas en las actuales Escuelas Oficiales de Podólogos aconsejan la incorporación de estos estudios a la Universidad como Escuelas Universitarias, adaptándose, de este modo, a las estructuras organizativas previstas en la Ley General de Educación.

Por ello, de conformidad con el Decreto dos mil doscientos noventa y tres/mil novecientos setenta y tres, de diecisiete de agosto, regulador de las Escuelas Universitarias, y a propuesta del Ministro de Universidades e Investigación, con el informe favorable de la Junta Nacional de Universidades y del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social y previa deliberación del Consejo de Ministros en su reunión del día doce de diciembre de mil novecientos ochenta,

DISPONGO:

Artículo primero. — Las enseñanzas de Podología se desarrollarán dentro de la Educación universitaria, a través de las Escuelas Universitarias y con sumisión a la normativa de este tipo de Centros.

Artículo segundo. — La creación de las nuevas Escuelas Universitarias de Podología, así como la transformación en esta clase de Centros de las actuales Escuelas Oficiales de Podólogos, se regirán por lo dispuesto en el Decreto dos mil doscientos noventa y tres/mil novecientos setenta y tres, de diecisiete de agosto, y normas dictadas en su desarrollo.

Artículo tercero. — La elaboración y aprobación de los Planes de Estudio de las Escuelas Universitarias de Podología se llevará a cabo conforme a lo dispuesto en el artículo treinta y siete de la Ley General de Educación.

Artículo cuarto. — Los alumnos que superen en una Escuela Universitaria de Podología los estudios, obtendrán el título de Diplomado en Podología.

Artículo quinto. — Queda derogado el Decreto setecientos veintisiete/mil novecientos sesenta y dos, de veintinueve de marzo, y demás disposiciones, en cuanto se opongan a lo dispuesto en el presente Real Decreto.

Artículo sexto. — Por el Ministerio de Universidades e Investigación se dictarán las normas oportunas para el desarrollo del presente Real Decreto.

DISPOSICION FINAL

En ningún caso, la integración de estos estudios en la Universidad podrá originar un aumento del gasto público de los Centros o Instituciones en que se impartan.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Primera. — La adaptación a las enseñanzas del presente Real Decreto de los estudios cursados según el Decreto setecientos veintisiete/mil novecientos sesenta y dos, de veintinueve de marzo, en las actuales Escuelas Oficiales de Podólogos de Barcelona y Madrid será establecida, a propuesta de las Universidades de las que estos Centros dependen, por el Ministerio de Universidades e Investigación, que fijará el calendario de extinción de los mismos.

Segunda. — Los alumnos que, una vez extinguidos los estudios de acuerdo con la disposición anterior, no hubieran superado las pruebas y deseen seguir los estudios de Podología, deberán continuar sus estudios según los nuevos planes previstos en el artículo tercero del presente Real Decreto, mediante las adaptaciones que el Ministerio de Universidades e Investigación determine.

Tercera. — Quienes estén en posesión del diploma de Podólogo expedido por el Ministerio de Universidades e Investigación, conforme a la legislación vigente, tendrán los derechos profesionales que, en su caso, se atribuyan a los nuevos Diplomados en Podología.

Cuarta. — Quienes se encuentren en posesión del diploma de Podólogo ,expedido por el Ministerio de Universidades e Investigación, y deseen obtener el título de Diplomado en Podología por las nuevas Escuelas Universitarias, deberán reunir los requisitos que se fijen, por el Ministerio de Universidades e Investigación.

Dado en Madrid a doce de diciembre de mil novecientos ochenta.

JUAN CARLOS R.

El Ministro de Universidades e Investigación,
LUIS GONZALEZ SEARA

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

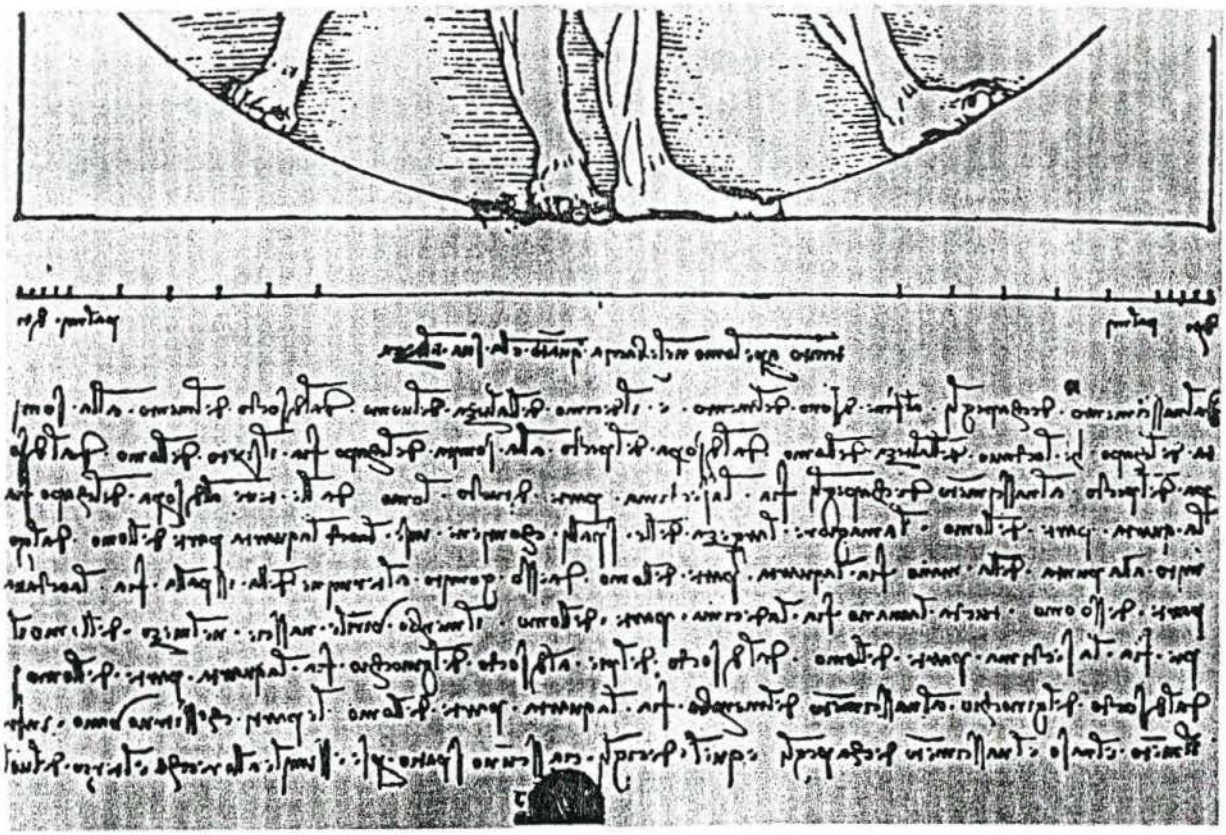
TUBITON
TUBIGRIP
TUBOS DE TUBIFOAM
TUBOPROT
TUBOCLIN
APLICADORES TUBITON, TUBOCLIN, etc.

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. MAYO-JUNIO
nº 81 1981

REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

ORGANO DE LA AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

A.P.E.

Redacción:
Avda. de la Generalitat, 31,át., 1.ª
Santa Coloma de Gramanet (Barcelona)

Director:
Zacarías García Andrés

Subdirector:
Pablo Vilató Ruiz

Redactor jefe:
Martín Rueda Sánchez
Avda. de la Generalitat, 31, 1.°, 1.ª
Santa Coloma de Gramanet (Barcelona)

Administrador:
Manuel Gavin Barceló
Rda. Guinardó, 23, 1.°, 2.ª, Barcelona-24

Publicidad:
Publicidad Permanyer
Mallorca, 310, ático, Barcelona-37

Imprime:
Gráficas Fomento
C. Peligro, 8. Barcelona-12

Depósito Legal:
B - 21972 - 1976
ISSN - 0210 - 1238

SUMARIO

3 Junta de Gobierno

5 Editorial

7 XIV Congreso Nacional en Las Palmas

15 Ventajas de la Tenotomía en casos de circulación deficitaria del pie

17 Filogenia del pie humano

21 Divulgación podológica

27 Pensamientos al estilo gregueriano (III)

29 El podólogo ante el mal perforante plantar



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 sirvase 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

Presdte. Nacional	D. ZACARIAS GARCIA ANDRES	Madrid
Vice-Presidente 2.°	D. JUAN JOSE ARAOLAZA	Eibar
Secretario General	D. JOSE A. CALVO GARCIA	Zaragoza
Vice-Secretario	D. FRANCISCO MORAN VENTURA	Las Palmas G. Canaria
Tesorero	D. MANUEL GAVIN BARCELO	Barcelona
Contador	D. LUIS AYCART VIJUESCA	Madrid
Vocal 1.°	D. JUAN VIDAN TORRES	Santiago de Compostela
Vocal 2.°	D. JOSE OLCINA MORALES	Alicante
Vocal 3.°	D. MANUEL TERRON SANGUINO	Badajoz
Vocal 4.°	D. JOSE M.ª BAEZ BASAURI	Bilbao
Vocal 5.°	D. PEDRO M.ª GALARDI ECHEGARAY	Bilbao
Vocal Nato	D. MARIANO RODRIGUEZ ESTEBAN	Madrid
Vocal Nato	D. JOAQUIN SOLE CUCH	Barcelona
Vocal Asesor Docencia	D. FRANCISCO MAÑE DOMINGO	
Vocal Asesor Docencia	D. ENRIQUE GONZALEZ GOMEZ	
Vocal Revista	D. MARTIN RUEDA SANCHEZ	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. **Juan José Araolaza.** Bidebarrieta, 4. EIBAR (San Sebastián).
D. **José Sánchez Luna.** Avda. Cataluña, 24. ZARAGOZA.
D. **Joaquín Solé Cuch.** C. Príncipe de Viana. GRANOLLERS (Barcelona).

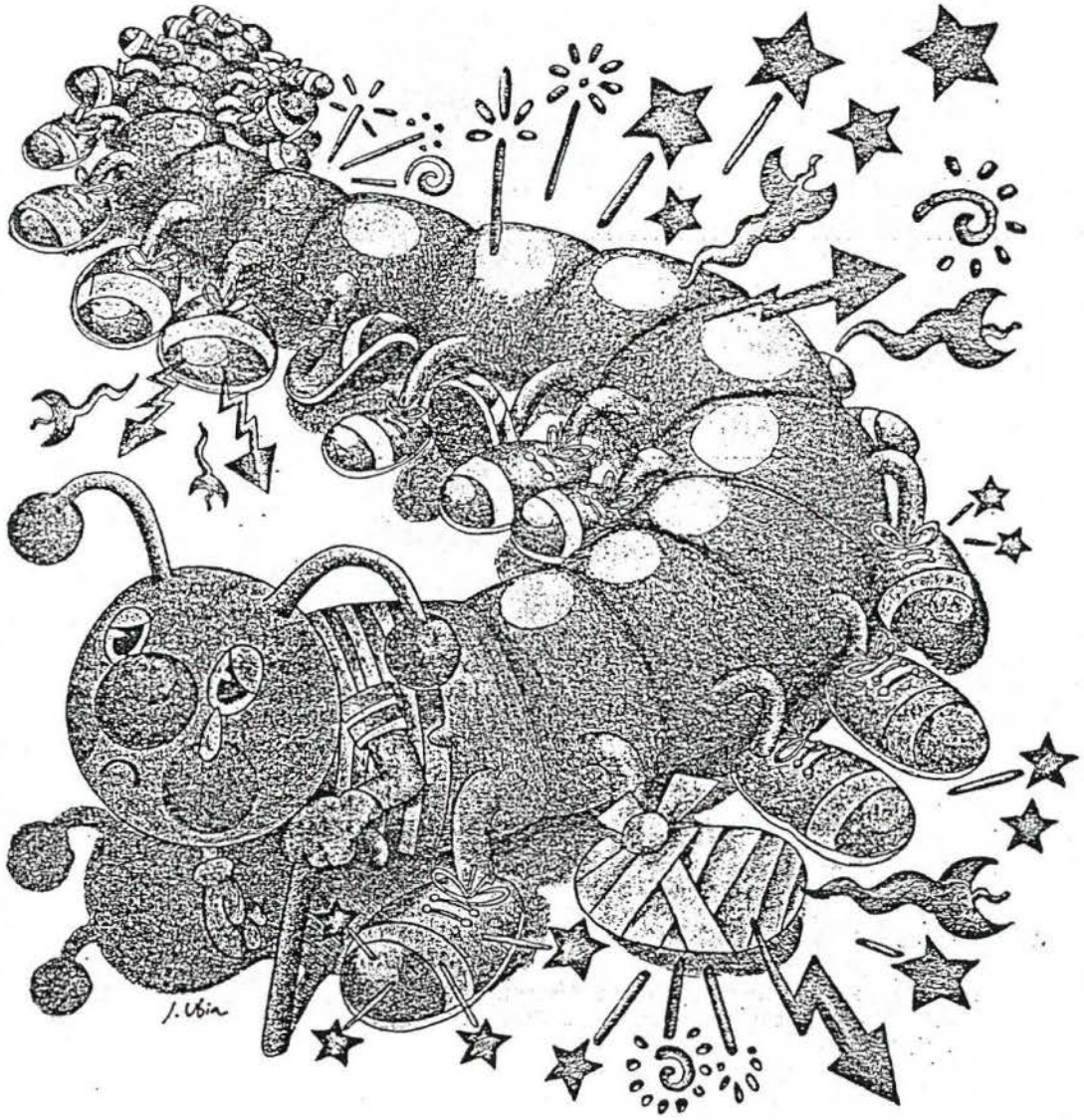
DELEGADOS PROVINCIALES

ALAVA: **D. Antonio Nogal Benito.**
ALBACETE: **D. Luis Juan Navarro.**
ALICANTE: **D. Juan José Iborra.**
ALMERIA: **D. Esteban de Haro.**
ASTURIAS: **D. José Luis Alonso Alvarez.**
BADAJOZ: **D. José Villafaina de la Cruz.**
BARCELONA: **D. Joaquín Solé Cuch.**
BILBAO: **D. Pedro M.ª Galardi.**
BURGOS: **D. Elías Hernando Tamayo.**
CACERES: **D. Carlos Saguillo Núñez.**
CADIZ: **D. Manuel Albalá Valle.**
CASTELLON: **D. José Aguilar Beltrán.**
CIUDAD REAL: **D. Luis Barba Vázquez**
CORDOBA: **D. Máximo González Jurado.**
GERONA: **D. José M.ª Bosch Doménech.**
GRANADA: **D. Manuel Ruiz Morales.**
HUESCA: **Delegado de Zaragoza.**
HUELVA: **D. Jesús Tocino.**
JAEN: **D. 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: **D. José Iniesta Gallego.**
ORENSE: **D. Elisardo Bralo Rego.**
PALMA DE MALLORCA: **D. José Claverol Serra.**
PAMPLONA: **D. J. Sarasa Moneo.**
PONTEVEDRA: Sin Delegado Provincial
SALAMANCA: **D. Antonio Basas Encinas.**
SAN SEBASTIAN: **D. Sebastián Tenés Iturriza.**
STA. CRUZ DE TENERIFE: **D. Armenio Méndez.**
SEGOVIA: **D. Francisco García Rodríguez.**
SEVILLA: **D. José Carmona.**
SORIA: Sin Delegado Provincial.
TARRAGONA: **D. Miguel Manzano.**
VALENCIA: **D. Isaías del Moral Roberto**
VALLADOLID: **D. Alfonso Domínguez Millán.**
ZAMORA: **D. Narciso Miguel Barrios.**
ZARAGOZA: **D. Julio Barra del Molino.**

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.
Envases con 30 y 60 g de emulsión.

ALGESAL ACTIVADO

Composición
Salicilato de dietilamina, 10%;
Nopoxamina (homomirtenil-oxi-dietilaminoetano), 1%;
Excipiente, c.s.p. 100 g.

Presentación y P.V.P.
Envase con 50 g de pomada.

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 suave fricción hasta su completa

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

El primer objetivo de la marcha emprendida hace ya años en pos de una nueva reestructuración de la Podología, considerándola como Carrera Independiente y Universitaria, ya se ha cumplido. INDEPENDIENTE Y UNIVERSITARIA: dos palabras que nos han costado años y años de contiendas con unos y otros, y contra nosotros mismos a veces. El precio que por ellas hemos pagado ha sido alto, motivo por el cual han de tener un significado entrañable para todo aquel que se sienta Podólogo.

Esa fecha clave de 12 de diciembre, en que se aprobó el Real Decreto 2966/1980, y aquella otra de 19 de enero de 1981, en que por primera vez pudimos dar crédito con nuestros propios ojos a su publicación en el B.O.E., serán días que siempre tendremos presentes, porque marcan el camino de una nueva etapa soñada, etapa que no es el fruto de unas días, ni siquiera de unos años, sino más bien, la ilusión de toda una vida dedicada por completo a la profesión. Ahora nos atan y nos obligan mucho, porque ese primer paso dado de forma empírica, requiere ahora un desarrollo y una interpretación en el que todos hemos de sentirnos protagonistas, porque ya, desgraciadamente, no tenemos al hombre en que podríamos confiar plenamente, a sabiendas de que sus acciones serían siempre las más acertadas, por su sentido de anticipación, su visión de futuro, su gran habilidad, y sobre todo, su amor a la PODOLOGIA, por la que en verdad, podemos decir, dio hasta su propia vida. Esto ha de quedar muy claro. Se acabó aquello de decir «Escachs yalo está haciendo». Ahora bien, también tenemos un camino trazado, y aunque los tiempos han cambiado y ya no podemos esperar la venida de otro hombre mesiánico, porque sencillamente caudillos así no los hay cada día, tenemos la obligación de seguir su doctrina porque el precio fue alto. No debemos permitir que el motor se pare, debe caminar, y aunque lento, con la seguridad que da el saber que todos, absolutamente todos, velamos su trayectoria y estamos dispuestos a dar el empujón si flaquea. Lo contrario, sería dar palos de ciego, que nos harían perdernos en nuestros propios errores e inexperiencias en tales contiendas, lo cual sería un duro hándicap a remontar para salir airosos.

En ningún momento debemos caer en el error de pensar que ya todo está hecho, la verdad es que ahora nos vienen las cuestas arriba y no podemos perder la inercia. Nuestros intereses en ese sentido están representados en la Agrupación, y ella ha de transformarse según decisión unánime de la Asamblea celebrada últimamente en Madrid, en el verdadero motor que pueda tener una representatividad y una fuerza suficiente para colocar al podólogo en el punto que profesionalmente merece y defender a la vez nuestros intereses colectivos y profesionales, con autoridad suficiente y capacidad de desenvolvimiento, que dependerá de lo que nosotros le demos, y no de forma material, sino con un justo sentido de cooperación.

Meditemos un poco sobre ello, y veremos que el Podólogo, profesionalmente, no está amparado por ningún Estamento. Creo que, sencillamente, la

forma de conseguirlo es convirtiendo lo que ya tenemos, que bien o mal hasta ahora nos ha servido para cumplir nuestros objetivos. Adecuémoslo a las circunstancias actuales, exijámosle dinamismo y eficacia. De esta forma tendremos una seguridad en el ejercicio diario de la Podología de la que ahora carecemos totalmente, lo que verdaderamente es un grave peligro. Tenemos la absoluta necesidad de que nos aten unas reglas de juego justas que nos hagan guardar una ética y deontología, base de un equilibrio estable, pero que a la vez salvaguarde nuestros intereses tanto a nivel colectivo como individual. Ello no se consigue divididos, sino juntos, codo a codo, aportando cada cual sus propias experiencias, porque está claro que la cúspide de la pirámide debe ser la coincidencia de los planteamientos colectivos, razonados y coordinados de todos y cada uno de los podólogos.

SERRA-FARGAS, S. A. **DENTALITE, S. A.**

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

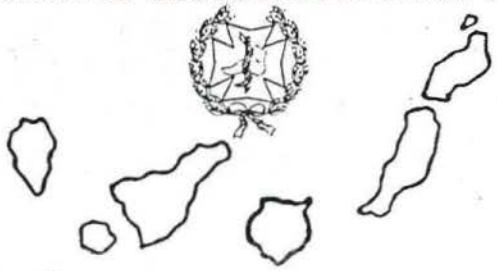
MADRID-8 — San Bernardo, 74
Tel. 232 02 88

«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.

AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA



XIV Congreso
Nacional de Podología
Islas Canarias
LAS PALMAS DE GRAN CANARIA
8-9-10-11 OCTUBRE 1981

Secretaría General:
Avda. Rafael Cabrera, 6. Oficina B
Teléfono 37 37 18
Las Palmas de Gran Canaria

Querido amigo y colega:

Tenemos la satisfacción de dirigirnos a ti, en esta 2.ª Circular, para informarte de todo lo concerniente a la Organización, fechas, actos y demás detalles del XIV Congreso Nacional de Podología-Islas Canarias, que como sabes por la anterior Circular núm. 1, se va a celebrar en Las Palmas de Gran Canaria los días 8, 9, 10 y 11 de octubre del presente año, a cuyo fin te acompañamos un «PROGRAMA PRELIMINAR».

Los temas del Congreso serán:

1.º PATOLOGIA Y TRATAMIENTO PODOLOGICO DE LA UÑA

2.º MICOSIS EN PODOLOGIA

Podéis enviar vuestros trabajos, experiencias personales y comunicaciones al Tema del Congreso, debiendo indicarse si viene o no acompañados de películas (de 8, 16 ó 32 mm. o diapositivas). La duración de las disertaciones será de 30 minutos, todo incluido. Los trabajos deberán ser mecanografiados, en hojas tamaño folio y a doble espacio. Al término de cada sesión habrá una mesa redonda sobre los Temas tratados, con el fin de llegar a las conclusiones de los mismos, actuando a tal fin un moderador.

La fecha TOPE de inscripción al Congreso, será el 8 de septiembre, entendiéndose que todas las que se reciban posteriormente serán rechazadas.

Debido al corto espacio de tiempo del que dispone la Comisión Científica, encargada al efecto, para la selección de los temas que reúnan un mínimo de calidad científico-profesional, se fija como FECHA TOPE para la recepción de originales, la del día 8 de julio —FECHA IMPRORROGABLE—, debiendo significar por tanto, que las recibidas fuera de esta fecha no serán admitidas.

Por el Comité Organizador, ha sido nombrada oficialmente la Agencia de Viajes Meliá, c/. Bravo Murillo, n.º 11, tels. 32 21 11 y 36 25 22 LAS PALMAS DE GRAN CANARIA, a la cual se ha confiado todo lo relativo a los viajes, reserva de Hoteles, visitas turísticas, excursiones post Congreso, etc.

En la próxima Circular n.º 3, recibirás documentación e instrucciones de dicha Agencia.

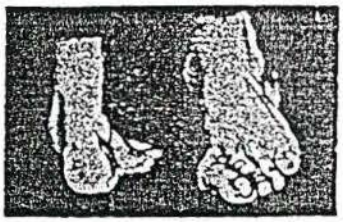
La sede del Congreso será el extraordinario Hotel Cristina, ubicado en la famosa Playa de las Canteras, prácticamente dentro del mar, con unas maravillosas puestas de sol y como musiquilla de fondo tendréis el murmullo de las olas.

Las rutas principales que arrancan de la capital de la isla son tres: la del Norte, que nos conduce hacia [illegible] y las cuevas [illegible] Valerón,

LUGA

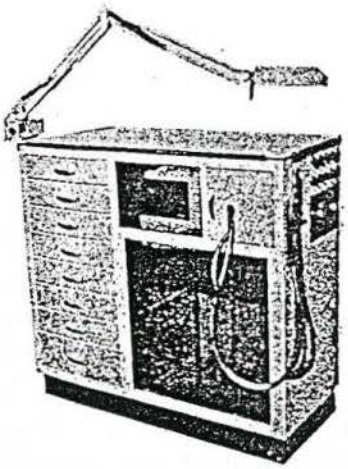
MADRID: Principe de Vergara, 112, 3.° B
Tels. 262 89 35 y 262 50 35
BARCELONA: Tels. 257 99 41 y 220 72 53

LA CASA DEL PODOLOGO



SILICONAS

Silone, Sta-Seal, Impresil, Caf 3, Silafem, etc.

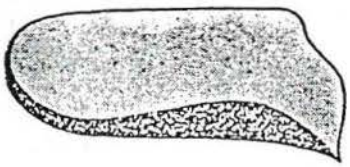


PLANTILLAS

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

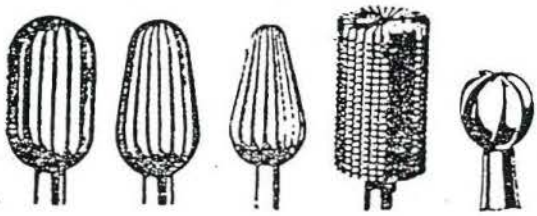
Férulas Denis Browne, botitas férulas, Hallux Valgus nocturnos, separadores, etc.

INSTRUMENTAL

Mangos y hojas de bisturís, tijeras, alicates, gubias, etc. Nacionales e importados.

ACCESORIOS PODOLOGICOS

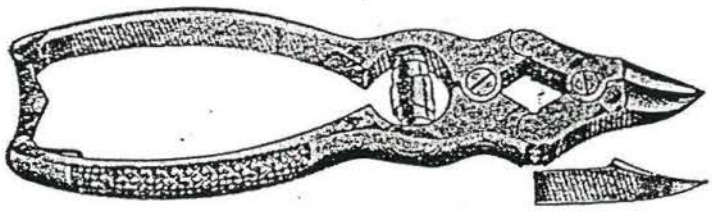
Equipos, sillones, tornos, fresas, esterilizadores, soportes de frascos y fresas, podómetros, podoscópios, electro bisturíes, mecheros eléctricos, goniómetros, etc.



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

continuando por el Valle de [illegible]
nar en el Barrio de los Berrazales, entre una vegetación exuberante. La ruta del Centro nos lleva a la Basílica de Nuestra Sra. del Pino, patrona de la isla, en Teror, y a la cúspide de la Cruz de Tejeda, bajando por los maravillosos parajes de San Mateo y Santa Brígida.

Por último, el camino del Sur, traspasados ya Jinámar y Telde, nos arranca de las vastas planicies hasta llegar a las amplias playas de Maspalomas, cuyas finas arenas e impresionantes sucesiones de dunas se nos ofrecen frente a las plácidas aguas del Océano. Está prevista una excursión a dichas playas con baño y almuerzo en el «Gran Hotel-Casino Tamarindos», en el cual tenemos organizada una Gran Tómbola, con magníficos regalos aportados por los Sres. Podólogos y firmas comerciales, siendo de destacar el extraordinario televisor en color donado por una de ellas.

MUCHO TE AGRADECERIAMOS TU APORTACION A LA ORGANIZACION DE DICHA TOMBOLA, ROGANDOTE NOS TRAIGAS ALGO PARA LA MISMA, EN ESPECIAL SI FUESE TIPICO DE TU REGION.

De la excursión post Congreso (opcional) a la paradisíaca isla de Tenerife, queremos decirte que no renuncies a ella por nada, pues te aseguramos que te arrepentirías.

El traslado a la vecina isla hermana, se hará en la modernísima nave Yetfoil «Princesa Voladora», este no es un barco, por lo menos, tal como estás acostumbrado a entenderlos. Este es más cómodo que el avión y más rápido que el barco, no se balancea y puede pasar suavemente por encima de olas de hasta 3 metros sin sentirlo. Trasladándote desde el centro de Las Palmas, al mismo centro de Tenerife. Salida en autobuses para el Puerto de la Cruz, recibimiento en el Hotel Meliá, donde está pre-

de un afanado grupo de [illegible]

Tarde libre. Se recomienda a los señores participantes que visiten facultativamente, el magnífico «Jardín Botánico» de Aclimatación Internacional, Paseo de Colón, Lago Martiánez y Sala de Fiestas «La Isla».

Tendréis un día libre, con lo que podréis visitar los bazares indostánicos de Sta. Cruz de Tenerife (capital de la provincia) o por el contrario efectuar visita al Valle de la Orotava, que como dice la canción «tiñe de verde el mar», o múltiples excursiones de las que seréis debidamente informados por la agencia oficial de Viajes Meliá.

Por último, no podía faltar la excursión a las Cañadas y Pico del Teide, el más alto de España (3.715 m.) donde podréis admirar un impresionante paisaje, calificado de «Tempestad Petrificada», se puede efectuar una excursión optativa en funicular al mismo cráter del volcán Teide, el regreso al Puerto de la Cruz será a través del frondoso y exuberante Monte de la Esperanza.

Canarias, prepara sus mejores galas para daros su bienvenida, por ello, esperamos tener el inmenso placer de contarte entre nosotros en tan memorables fechas. Recibe, querido amigo, el cordial saludo y el fuerte abrazo de...

LA COMISION ORGANIZADORA

P.D.—Dadas las frecuentes anomalías en la recepción de la correspondencia en estas islas, te rogamos que siempre que desees comunicarte con esta Secretaría General, lo hagas CERTIFICANDO tus cartas CON ACUSE de RECIBO, a efectos de una mayor rapidez y seguridad en la recepción de las mismas.

GRACIAS

PROGRAMA

XIV CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA ISLAS CANARIAS

Organizado por la Agrupación de Podólogos de España y en su nombre, por las Delegaciones Provinciales de Las Palmas y Tenerife.
Fechas: 8-9-10 y 11 de octubre 1981.
Lugar: Las Palmas de Gran Canaria.
Sede: Hotel Cristina (Playa de Las Canteras).
Sec. Gral.: Avda. Rafael Cabrera, n.º 6, oficina B. Teléf. 37 37 18.

TEMAS

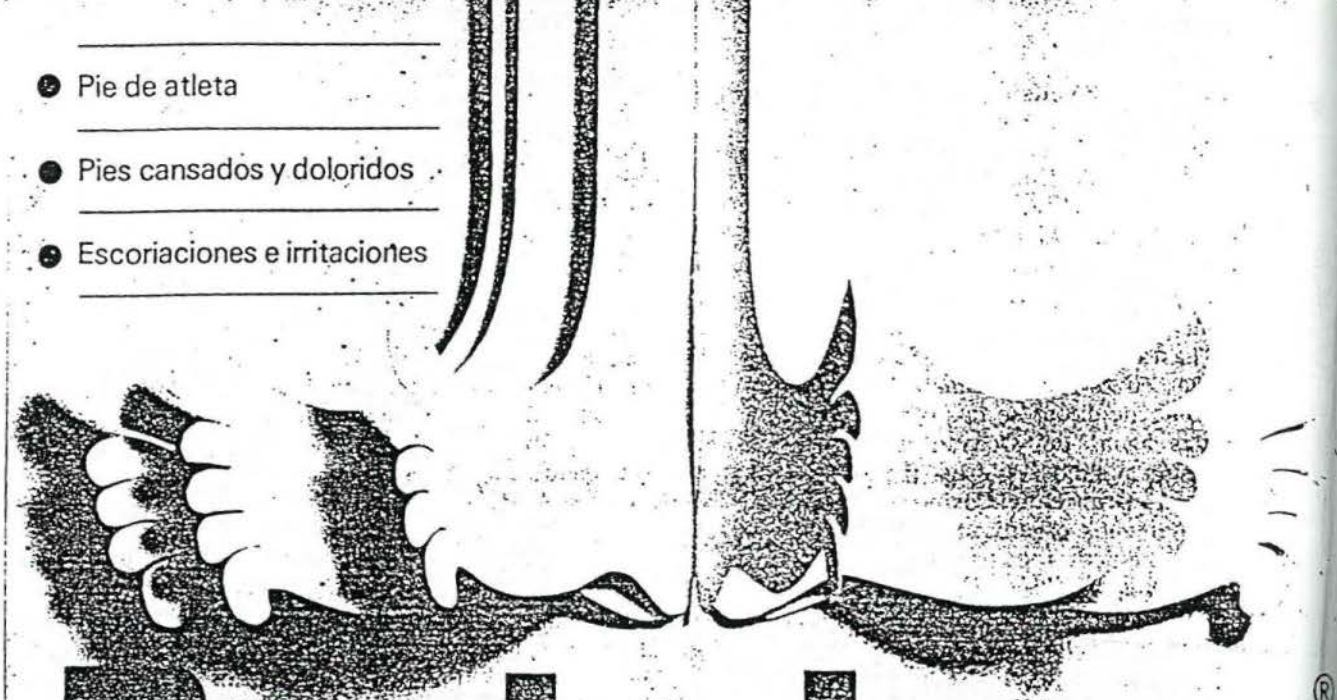
1.º PATOLOGIA Y TRATAMIENTO PODOLOGICO DE LA UÑA.
2.º MICOSIS EN PODOLOGIA.

PROGRAMA PRELIMINAR

DIA 7, de 18,00 a 21,00 horas:

Apertura de la Secretaría General instalada en el hall del Hotel Cristina y recogida de documentación.

- 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 Hornberg, 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 alergica a alguno de los componentes.

Presentación y P.V.P.:
Tubo con 50 g. de crema. 109 Ptas.

MADAUS CERAFARM

DIA 8, a las 9,00 horas:

Continuación recogida documentación.

11,00 horas:

Inauguración de la Exposición Comercial en la cual importantes firmas exhibirán los materiales y productos más modernos de aplicación para la especialidad.

Los stands, de gran interés para todos los podólogos, estarán atendidos por técnicos que facilitarán toda clase de información.

12,00 horas:

Inauguración Oficial del Congreso, con asistencia de las Primeras Autoridades.

Conferencia Magistral a cargo del Dr. D. José Ojeda Gil, Profesor A. de Patología Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Barcelona.

De 16,00 a 20.00 horas:

Sesiones de trabajo y comunicaciones a cargo de los señores Podólogos.

20,30 horas:

Traslado en autocares al Pueblo Canario, Vino de Honor y Festival Folklórico.

DIA 9, a las 9,00 horas:

Continuación sesiones de trabajo.

14,00 horas:

Comida de trabajo, en el mismo Hotel Cristina.

16,00 horas:

Continuación sesiones de trabajo.

21,30 horas:

Traslado al Teatro Pérez Galdós para presenciar la actuación del Ballet Contemporáneo de Las Palmas, bajo la dirección del Profesor Lorenzo Godoy y probable actuación de un afamado grupo folklórico.

DIA 10, de 9,00 a las 11,00 horas:

Continuación sesiones de trabajo. Comunicaciones a cargo señores Podólogos.

11,30 horas:

Excursión al sur de la isla, con baño y almuerzo previsto en el «Gran Hotel-Casino Tamarindos» de la Playa de San Agustín de Maspalomas.

Gran Tómbola, con magníficos regalos aportados por los señores Podólogos y Firmas Comerciales.

DIA 11, a las 9,00 horas:

Conferencia del Dr. D. José Luis Medina Monzón.

13,00 horas:

Clausura Oficial del Congreso. Entrega de Diplomas.

16,00 horas:

Asamblea General de la Agrupación de Podólogos de España.

22,00 horas:

Gran Cena de Gala y baile en los Salones del Hotel Cristina.

FIN DEL CONGRESO

PROGRAMA PARA ACOMPAÑANTES

DIA 8, a las 12,00 horas:

Asistencia a la Apertura Oficial del Congreso.

18,00 horas:

Pase de la Gran Colección de Modelos de Alta Peletería (Nelsy Chelada).

20,30 horas:

Traslado en autocares al Pueblo Canario, Vino de Honor y Festival Folklórico.

DIA 9, a las 11,00 horas:

Traslado grandes almacenes El Corte Inglés, donde le serán ofrecidas degustaciones de productos Pascual Hnos., Revilla y Turrón 1880.

Existe un bufet a precios especiales para los Sres. Congresistas y acompañantes durante los días del Congreso en dichos almacenes. También en el mismo se ofrecen los servicios del afamado peluquero de señoras de fama internacional «Pepe Juan» (previa petición de hora).

17,00 horas:

Pase de modelos ofrecido en los mismos almacenes y entrega de obsequios a las señoras.

21,30 horas:

Traslado al Teatro Pérez Galdós para presenciar la actuación del Ballet Contemporáneo de Las Palmas, bajo la dirección del Profesor Lorenzo Godoy y actuación de un afamado grupo folklórico. Probable final sorpresa.

DIA 10, a las 11,30 horas:

Excursión al sur de la isla, con baño y almuerzo previsto en el «Gran Hotel-Casino Tamarindos» de la Playa de San Agustín de Maspalomas.

Gran Tómbola, con magníficos regalos aportados por los Sres. Podólogos y Firmas Comerciales.

DIA 11, a las 22,00 horas:

Gran Cena de Gala y baile en los salones del Hotel Cristina.

FIN DEL CONGRESO



Mod. 101 "PRIL"



Mod. 102 "SESAMO"



Mod. 103 "CHARLY"



Mod. 104 "FESTIVAL"



Mod. 105 "PITUSA"



Mod. 106 "SANDALIN"



Mod. 107 "BAMBY"

FIEL

calzado formativo

El calzado formativo "FIEL" ha sido diseñado bajo dirección médica para facilitar un desarrollo armónico y equilibrado del pié infantil en sus fases preandante y primeros pasos.

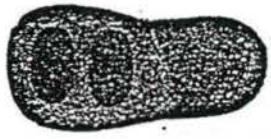
Es un calzado dotado de todos los requerimientos anatómicos, entre los que destacan la selección de materiales empleados en la piel, el forro y la suela, y todas las características que se destacan abajo.

Sujeción y consistencia en el talón.





Perfecto asiento del piso y tacón en un mismo plano.

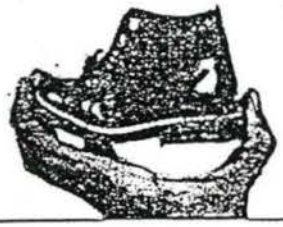


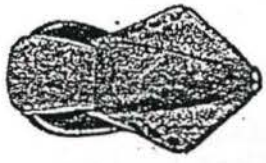
Amplia base de sustentación en tacón y piso dotado de parches de goma antideslizante.



Amplio alojamiento de dedos.

Flexibilidad a nivel del antepié.





Arco anatómico longitudinal que evita elongaciones ligamentosas.

Calzado Formativo **FIEL** - Aptdo. 176 - Tel. (965) 80 37 91 - **VILLENA** (Alicante)

Programa Post Congreso (opcional) a la Isla de Tenerife

PROGRAMA PRELIMINAR

DIA 12, a las 11,30 horas:

Salida para la isla hermana de Tenerife, en el Jetfoil «Princesa Voladora».

13,00 horas:

Llegada al Puerto de Santa Cruz de Tenerife y recibimiento de los Podólogos tinerfeños.
Salida en autobuses para el Puerto de la Cruz, recibimiento en el Hotel Meliá, donde está previsto un bufet-almuerzo, y exhibición folklórica de un afamado grupo de esta capital.
Tarde libre. Se recomienda a los señores participantes que visiten facultativamente el magnífico «Jardín Botánico» de Aclimatación Internacional, Paseo de Colón, Lago Martiánez y Sala de Fiestas «La Isla».

DIA 13:

Día libre. Recomendamos para compras visitar los bazares indostánicos de Santa Cruz de Tenerife (capital de la provincia). Visitar el Valle de la Orotava y múltiples excursiones de las que seréis debidamente informados por la Agencia Oficial de Viajes Meliá.

DIA 14, a las 9,00 horas:

Excursión a Las Cañadas y Pico del Teide, el más alto de España (3.715 m.). Excursiones optativas en funicular al mismo cráter del volcán Teide.

16.00 horas:

Regreso al Puerto de la Cruz a través del frondoso y exuberante Monte de la Esperanza. Probable visita a la Fábrica de Cerámica La Calera.

DIA 15:

Traslado a la hora prevista al Aeropuerto Sur «Reina Sofía».
Regreso a sus puntos de partida.

FIN DEL POST CONGRESO

CARTAS DE CONGRESISTAS

	Ptas.
Agrupados	9.500
Agrupados sólo Actos Científicos	5.000
No agrupados actos científicos y sociales ...	15.000
Acompañantes	7.500
Estudiantes actos científicos y sociales tasa especial	7.000
Estudiantes sólo actos científicos	2.000
Sres. expositores, tasa especial	6.000

De los precios del Post Congreso en próxima circular seréis debidamente informados por la Agencia Oficial Meliá.

El pago de la inscripción debe efectuarse en cheque nominativo, conformado por su Banco y a nombre del XIV Congreso Nacional de Podología-Islas Canarias.

Por necesidades absolutas de organización, la fecha tope de inscripción será el 8 de septiembre y la del envío de comunicaciones (por triplicado) el 8 de julio, ambas improrrogables.

NOTA: Este programa podrá sufrir cambios, siempre que las necesidades de programación lo requiriesen.

El Comité Organizador

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

Hemos leído para Ud.

en la Revista "Current Podiatry"

Ventajas de la tenotomía en casos de circulación deficitaria del pie

La cantidad de sangre necesaria para un determinado músculo del pie está determinada por la clase de fibra muscular (roja o blanca).

Las fibras musculares rojas deben su color a la mioglobina que actúa como un reservorio de oxígeno para el músculo y así de esta forma, la hemoglobina puede llevar cuatro veces más oxígeno. Las fibras rojas permanecen en constante tensión y su función es aerobia y requieren una densa red de capilares y un constante aporte de oxígeno.

De otra parte la fibra muscular blanca no contiene hemoglobina y sus contracciones son solamente bajo demanda —estas fibras no permanecen en estado de contracción permanente—. Esto les permite una función anaerobia, si fuera necesario y requieren una red de capilares menos densa y mucho menos aporte de oxígeno.

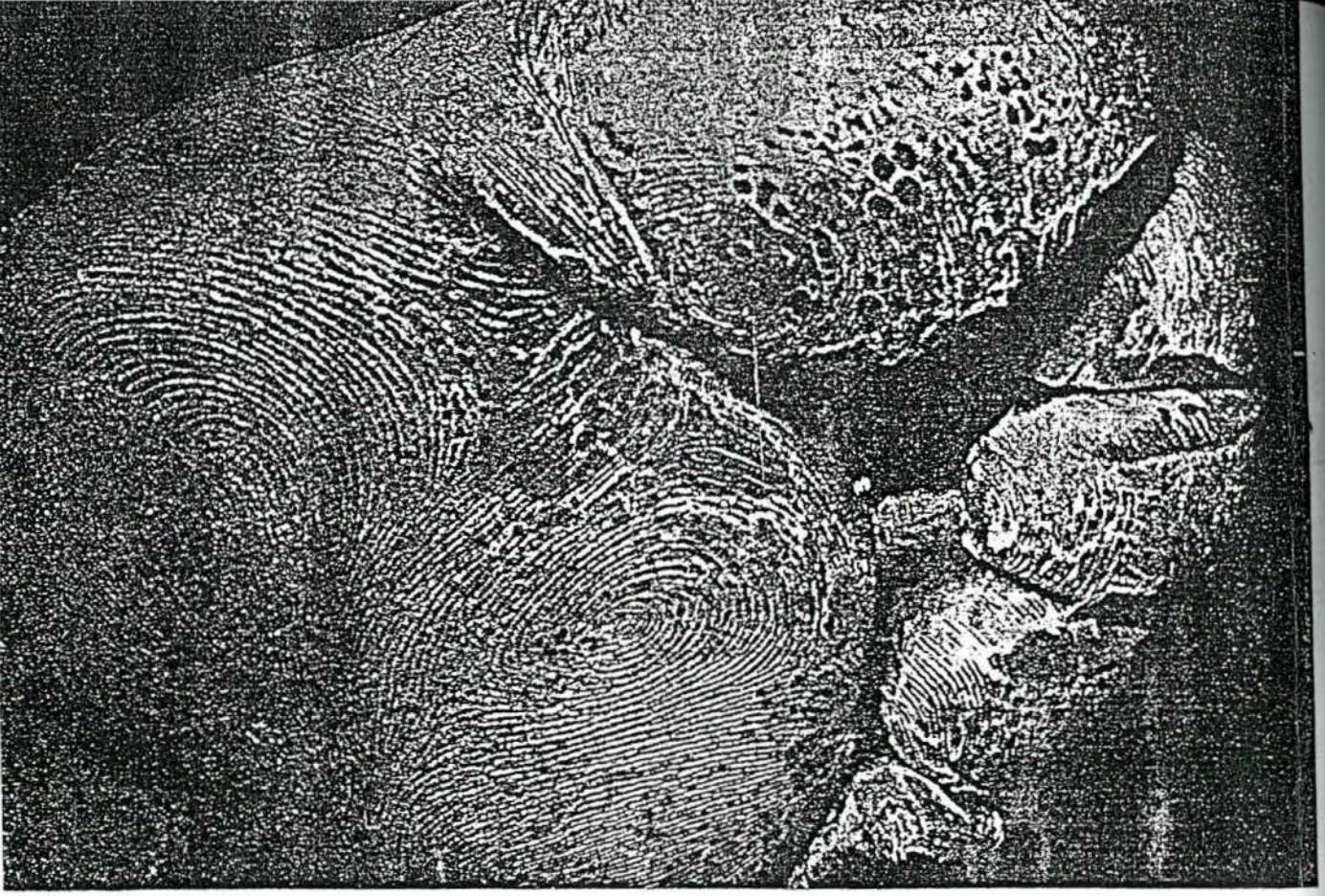
Cuando se corta el tendón para efectuar una tenotomía, las fibras rojas se convierten en fibras blancas, ya que desaparece la hemoglobina del cuerpo del músculo. Entonces el músculo convertido toma las propiedades del músculo blanco, requiere menos oxígeno y las necesidades de sangre disminuyen.

La ventaja para el paciente con circulación deficitaria en los pies (tales como claudicación intermitente, calambres nocturnos, isquiemia, etc.) es suficiente para considerar la tenotomía múltiple de flexores y extensores para compensar la disminución de aporte sanguíneo, permitir la deambulación con una demanda de oxígeno minimizada.

Para un estudio más profundo de este tema, ver «Phisiological basis of Medical Practice», 9.ª edición. Braebeck John R., Ed. Best & Taylor, Sección 1, página 112.

Nuestro agradecimiento al Dr. Howell Sherman D.P.M.A.A.F.S. de Lauderhill, Florida, precursor de esta técnica, investigador y practicante en su clínica desde hace 15 años.

L. AYCART, D.P.M. A.A.F.S.M.



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-x- 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.: 583 Ptas.
FUNGISDIN AEROSOL:
Frasco de 50 ml. P.V.P.: 307 Ptas.
FUNGISDIN GEL:
Tubo de 30 gr. P.V.P.: 335 Ptas.

Avda. Generalísimo Franco, 520
Barcelona-11

ISDIN

pharma consult

FILOGENIA DEL PIE HUMANO

Por. J. M. ALBIOL FERRER

EL PIE ES UN SISTEMA COMPLEJO, ESTADIO FILOGENETICO DE UNA EVOLUCION, SOMETIDO PERMANENTEMENTE A TENSIONES MUSCULARES MANTENEDORAS DEL EQUILIBRIO.

La historia del pie humano empieza en cierta época muy lejana, calculada en unos 350 millones de años, cuando el primer anfibio emergió de la superficie de las aguas.

Los embriólogos destacan una clara homología entre las aletas de los peces y las extremidades de los vertebrados terrestres. Nuestro pie sería el resultado de una evolución regresiva a partir de los múltiples huesos que forman sus aletas, pasando por la etapa de los 15 huesos tarsianos atribuidos a los diferentes anfibios.

Los miembros inferiores de los anfibios se componían de un muslo, una pierna y un pie pentadactíleo. De este esquema inicial se han aislado las diferentes extremidades de los animales terrestres superiores que hoy conocemos.

La evolución de la estructura locomotora muestra un aumento de la adaptación a la gravedad, y una eficaz movilidad mediante una redisposición de la musculatura, y reducción de las estructuras óseas.

Fue durante el período de transición del pie del anfibio al pie del reptil, cuando empezaron a tener lugar cambios importantes. Se desarrolló una flexión gradual, tanto en la rodilla como en el tobillo, mejorando el diseño óseo y los componentes musculares. Esto capacita al animal para levantar su cuerpo del terreno mejorando su forma de locomoción.

Una mejora posterior tiene lugar con el cambio de la posición de los muslos; éstos son desplazados hacia adelante y por debajo del cuerpo del ser ya completamente terrestre.

En los primeros mamíferos se produjo un refinamiento general de las partes esqueléticas del pie, con coaptación y unión de los huesos tarsianos, en tal forma que había que asegurar una unidad funcionalmente firme y eficiente.

Los primeros primates fueron cuadrúpedos, con ambas manos y pies adaptados para asir los objetos y para colgarse y balancearse de las ramas en su régimen de vida arborícola. Su calcáneo y astrágalo estaban bien desarrollados; el primero colocado por debajo del segundo para conseguir un apalancamiento eficaz. La flexibilidad del tarso fue transferida al metatarso y a los dedos, con aumento de la rigidez mediotarsiana.

El 1.º metatarsiano se vuelve independiente, móvil y prensil, así como estructuralmente más fuerte que el resto, estando dirigido hacia adentro en contraposición con los otros. El 2.º metatarsiano era mucho más largo que el 1.º, y también más grueso que actualmente, pues el apoyo predominaba allí. El 3.º, 4.º y 5.º metas decrecían gradualmente de longitud. El eje de los dedos era paralelo al eje del pie, que pasaba por el segundo metatarsiano, por ello los dedos eran aptos para levantarse sobre su punta.

En resumen, el pie de los primeros primates era grande, flexible, prehensil y plano, estando más desarrollada la región metatarsiana que la tarsiana.

La cúpula plantar apareció más tarde, cuando se adoptó la posición vertical.

La aparición de los primeros primates se cree acaeció hace unos 120 millones de años. La evolución fue lenta:

- — Primeros primates 120 millones de años.
- — Pre-antropoides 40 millones de años.
- — Antropoides 38-39 millones de años.
- — La divergencia entre los monos cuadrúpedos y los pre-humanoides bípedos parece haber sido completa hace unos 25 millones de años.

En esta última fecha la línea pre-humana es parcial o totalmente terrestre y mayormente bípeda, por lo tanto es a partir de aquí cuando se inicia el perfeccionamiento del pie hasta nuestra estructura presente.

El gran salto de pasar de la posición cuadrúpeda a la bípeda no sólo originó transformaciones en el pie, sino en todo el aparato locomotor. El raquis sufrió un enderezamiento, lo que obligó a una redistribución del juego muscular de todos aquellos grupos que intervienen en la bio-función de la estática y de la dinámica.

Los antropoides alcanzaron un grado de desarrollo en el que se apreciaba la ausencia de

BARCELONA

Solicite por escrito [illegible] TECNICAS GYPSONA

Tensoplast	APOSITO PROTECTOR DE HERIDAS EN LOS DEDOS 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 7 m. - 7 x 4 / 10 x 4 / 10 x 10
Gypsona®	VENDA DE YESO TECNICA CONTROL DE TEXTURA ENTRELAZADA Medidas: 5 / 10 / 15 / 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® Tubinflex	VENDA DE PAPEL CREPADO PARA ENYESADO VENDAJE TUBULAR EXTENSIBLE ANTES DE 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
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.



lordosis raquídea y de arcos plantares, mientras que existía una amplia curvatura cifótica de extensión dorso-lumbar, y poca diferenciación en la función prehensil de sus cuatro extremidades. Sólo en los primates de mayor tamaño se objetivaba ya una lordosis cervical más o menos pronunciada.

Por otra parte la pelvis fue sufriendo una antero-versión y aplanamiento antero-posterior, y como consecuencia de ello un estrechamiento del canal óseo del parto, circunstancia que explica la mayor dificultad en el alumbramiento para las hembras de los mamíferos bípedos.

Hace aproximadamente 60.000 años aparece el hombre del Neardenthal, con el abandono completo de la vida arbórea por la terrestre y la instauración definitiva de la marcha bípeda. Este importante acontecimiento modificó toda nuestra estática y dinámica. Para mantener el equilibrio es necesario una vigilancia muscular constante. Mientras que la mano se especializaba en la prehensión fina, el pie se adaptó a la función portante. Este hecho dominará en adelante su patología.

El paso del pronógrado a ortógrado condujo a una remodelación de las inserciones y trayectos musculares, y parece ser que toda la supervivencia del pie prehistórico reviste un carácter patológico debido a la necesidad de readaptación.

La bipedestación y la posición vertical permitió dejar en libertad a las manos para la iniciación de la cultura, y condujo al desarrollo de una organización social avanzada a través de nuevos tipos de caza y de reunión, hasta tal punto que se ha dicho que el Homo Sapiens adquiere su condición de tal gracias a la evolución filogenética de sus pies.

Según la «ley de WOLFF», «los huesos en su contorno externo y arquitectura interna se adaptan a la intensidad y dirección de las tensiones a las que están habitualmente sometidos»; por lo tanto, el pie tal como lo conocemos hoy consigue su naturaleza humana al agrandarse el calcáneo y los tejidos blandos circundantes para convertirse en el extremo posterior de una palanca, el peso incide en la región medio-tarsiana, y la región metatarso-digital comprende el punto de apoyo anterior.

Por las peculiares fuerzas de compresión y de tensión a que está sometida esta palanca nos aparace la característica configuración de las trabéculas óseas, las distribuiciones ligamentosas así como los trayectos mio-tendinosos y la aparición de lo arcos plantares.

El pie pre-antropoide y antropoide tiene un borde interno aplanado en contraposición con la construcción arqueada del pie humano actual. El prototipo primitivo fue muscular y flexible, mientras que la forma actual es rígida y ligamentosa, con sólo una mínima cantidad de musculatura intrínseca y una potenciación de la extrínseca.

El 1.º metatarsiano y 1.º dedo se ha paralelizado con respecto a los otros, y esta transformación ha conllevado la pérdida de su actividad prehensil potenciando la de apoyo.

En el gorila el calcáneo está inclinado en un ángulo de 70 a 73°; en el hombre del Neardenthal el ángulo es mayor, y en el hombre actual, HOMO SAPIENS, la superficie articular astrágalo-calcáneo es prácticamente horizontal,

Aun hoy el hombre no ha encontrado el equilibrio idóneo. La actitud erguida que adopta está sometida permanentemente a una serie de desequilibraciones compensadas por complejos mecanismos (balanceo de los miembros superiores durante la marcha, aplanamiento y caída anterior de la pelvis, lordosis lumbas, cifosis dorsal, lordosis cervical, etc.).

Si el hombre desafía orgullosamente a las fuerzas de la gravedad manteniéndose y desplazándose erecto, es gracias a estas compensaciones mencionadas, a la redistribución de su esqueleto y de sus músculos y a un complejo mecanismo de propiocepción que hace posible una vigilancia muscular y articular constante que permite en todo momento el precario equilibrio bípedo, debido a la escasa base de sustentación que éste le proporciona.

BIBLIOGRAFIA

«Patología del pie». (J. Lelièvre).
«Transtornos del pie» (J. Giannestras).
«Desviaciones sagitales del raquis». (S. Sastre-Fernández).

J. M. ALBIOL FERRER



Modelo 1.163



Modelo 1.112



Modelo 1.125
Ganador del OSCAR AL MEJOR DISEÑO DE ZAPATOS 1980 "ANATOMICO INFANTIL".



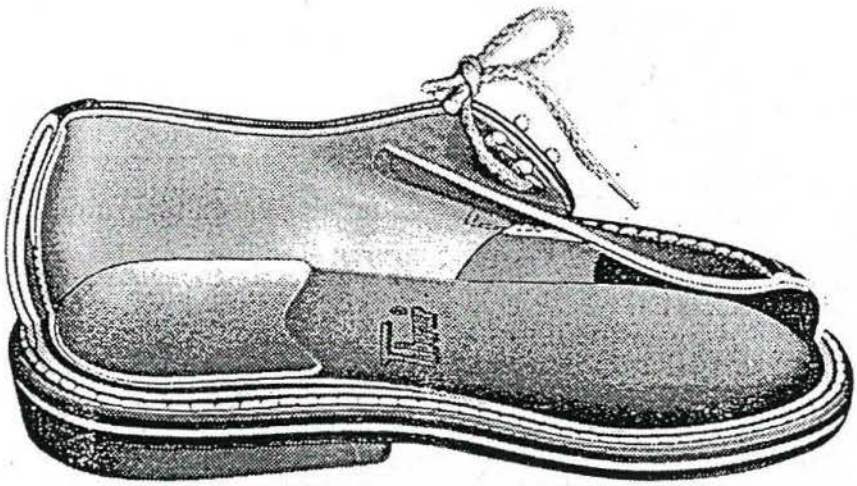
Modelo 1.093



Modelo 1.153

Con un zapato al "desnudo", no hay sorpresas.

¡UNA BUENA BASE FACILITA UN FIRME APOYO!



Taberner®

GAMA DE MODELOS
- Zapatos (Blucher y mocasin)
- Botas - Bota sandalia
- Sandalias
- Mercedes

SUELAS
- Legitima Suela de Cuero
- Legitima Suela de Cuero flexible
- Suela de goma flexible

HORMAS
PARA INCORPORAR PLANTILLAS:
- Base planta con ancho normal
- Base planta más ancha
- Recta

NORMALIZADAS:
- Recta con capacidad normal
- Normal para pies sanos



OSCAR 1975, 1976 y 1980 y MENCION DE HONOR 1979, AL MEJOR DISEÑO DE ZAPATOS.

GREGORIO TABERNER S.L.
Weyler, 53
Teléfono: (971) 66 01 56
LLUCMAJOR (Mallorca)

Divulgación podológica para crear la necesidad social de la podología con la participación del podólogo, educación sanitaria podológica en beneficio de la humanidad

Por ENRIQUE GONZALEZ GOMEZ, Profesor y Subdirector de la Escuela Oficial de Podología de la Facultad de Medicina de Madrid

INTRODUCCION

Como hecho fundamental, toda actividad profesional, necesita una acción divulgadora de la misma. Creo que urge más de lo que parece. Por lo cual, tenemos todos que luchar. No se consigue nada *legislando disposiciones*, SINO DAMOS a conocer nuestra actividad profesional, por tanto, hay que renovar completamente la *arcaica* teoría de la *humildad y de la reserva;* que nos oprime y nos atormenta. No hay que preocuparse tanto, por el temor infundado de la crítica o del miedo al fracaso. Por supuesto, hay que ser *prudentes y efectivos*, pero también decididos. No hay que pensar en la competencia profesional como arma destructiva, por el contrario, debemos conseguir que los nuestros hagan lo que hacemos nosotros, y aún superarnos, por ser ésta la luz de la verdad. *Los fuertes de espíritu seguirán y los débiles se apartarán.* Pensar que lo que hagamos es para nosotros y para fortalecer la Especialidad.

Es necesario divulgar nuestros conocimientos científicos, técnicos y prácticos, para aplicar los medios profilácticos que debe conocer la *Sociedad*, desterrando la forma egoísta al pensar qué vamos a hacer después sino vuelven a nuestras consultas, pensando que se van a terminar los enfermos. Una idea totalmente equivocada, teniendo en cuenta que a medida que se instruya a la humanidad, haciéndola ver y comprender los peligros que *acechan* continuamente nuestra integridad física a los cimientos de nuestro organismo, con su correspondiente repercusión en la propia salud. *Una de las mayores y bellas virtudes del ser humano.* Frecuentarán nuestras consultas buscando *el confort de sus pies, valorando nuestra labor profesional.*

Conocido de todos es el dicho popular que «*el buen paño en el arca se vende*», que por suerte ha pasado de moda, por disponer hoy de medios de *difusión y divulgación* de gran utilidad, como lo están demostrando otras actividades de la medicina y otras profesiones y especialidades, con muchos más problemas sobre materia de competencia que nuestra Especialidad.

Hay que evitar la frase tan conocida de «*si yo lo hubiera sabido... tanto tiempo sufriendo de los pies*». Creo que esto es más que suficiente para darnos cuenta de la importancia que tiene *una divulgación, razonada y estudiada de una forma colectiva*, evitando la propaganda personal y unilateral, con los medios tan usados como: *los anuncios en los cines, los panfletos y demás medios*, con un costo alto y una efectividad mínima, que perjudica a la clase de una forma aterradora.

Directrices que hay que tomar según mi criterio para una campaña de divulgación popular máxima en el futuro:

PRIMERO: *Cooperación profesional* para mantener niveles de conocimientos podológicos interprofesional.

SEGUNDO: *Colaboración con las corporaciones estatales, paraestatales y privadas* (Escuelas profesionales, Colegios, Centros recreativos, instituciones oficiales, etc.).

TERCERO: Crear una *revista profesional* que llegue a todos los podólogos, sin discrimi-

SERVICIO DIRECTO
DESDE LA FABRICA
EN VILLENA

P.F

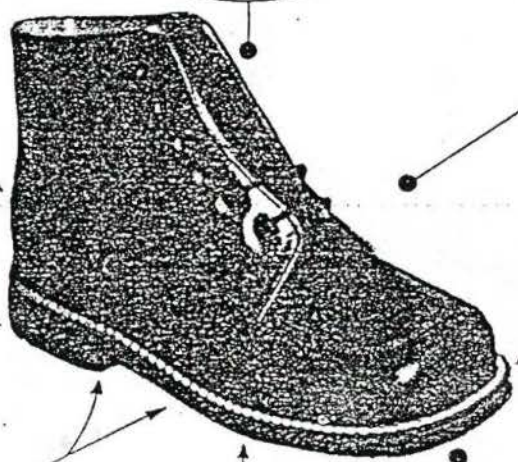
EL CALZADO ORTOPEDICO DE ESPAÑA

VENTA CON RECETA
EN ORTOPEDIAS

20 AÑOS DE EXPERIENCIA en el diseño técnico ortopédico bajo dirección médica con el testimonio de más de 300 ortopedias repartidas por toda España.

CONTRAFUERTE DE HELFET indeformable rebatido a alta presión, (que no se debilita con el calor natural de la deambulación).

SERVICIO INMEDIATO mediante STOCK de gran capacidad. (Directo de fábrica).



TACON DE CUERO que permite adecuar el calzado prescrito con cuñas adicionales a las básicas (que llevan opcionalmente incorporados los distintos modelos).

Fabricación Exclusiva en DOBLE COSIDO visto por la suela que logra simultáneamente: gran FLEXIBILIDAD a nivel del antepié y extraordinaria CONSISTENCIA en talonera y enfranque

Perfecto ASIENTO del calzado en todos los modelos (tacón y piso en el mismo plano), aun cuando vayan provistos de cuñas básicas opcionales.

SUELA Y ENTRESUELA de crupón de cuero de curtición lenta natural, transpirable y repelente del agua.

MATERIALES de máxima calidad con un acabado en consonancia.

Dentro de nuestra experimentada y completa gama de calzado ortopédico, usted encontrará el modelo que requiera su prescripción. Este calzado cumple con todos los requisitos funcionales y biomecánicos que se exigen a nivel internacional, entre los que cabe destacar los que se indican en la figura superior. Ahora el calzado P-F es flexible, hay modelos en colores vivos y alegres e incluso de tipo deportivo. Pero sigue conservando su tradicional contrafuerte indeformable con el uso que soporta la tensión reiterada aun en casos de pies patológicos como el zambo o el plano grave.

Si no dispone del nuevo catálogo rogamos nos lo solicite mediante carta o simple llamada telefónica.



- HORMAS RECTA Y NORMAL PARA INCORPORAR PLANTILLAS.
- HORMAS PREANDANTES RECTA, NEUTRA Y CURVA.
- FERULAS DENIS-BROWNE.
- HORMAS RECTAS PRIMEROS PASOS Y ORTOPEDICA.
- HORMAS RECTA, SEMIAPROXIMADORA Y APROXIMADORA, DOTADAS DE SUPINACIÓN BÁSICA EN RETROPIÉ.
- HORMA SEPARADORA (ANTI-VARUS)
- HORMA SEPARADORA CON PRONACIÓN BASICA.
- HORMAS RECTA Y NEUTRA POST-QUIRURGICAS.
- ANCHOS E, F y G.
- TACON NEUTRO, THOMAS DIRECTO E INVERSO.

MANUFACTURAS ORTOPEDICAS P.F, S.A. Apartado, 43. VILLENA (Alicante) Telf. (965) 800191 - 802586 - 803212

nación y a ser posible gratuita. Sufragando los gastos de la misma con los anuncios de los laboratorios y demás formas comerciales vinculadas con nuestra profesión, donde podamos plasmar nuestras técnicas y estudiar de una forma colectiva nuestras campañas.

CUARTO: Estar alerta a las *llamadas colectivas* y apoyarnos hombro con hombro.

QUINTO: *Desterrar las individualidades y la actuación unilateral,* comprender que hay cosas que no se compran con dinero pero sí con amistad, por tanto, *rogar, pedir o exigir* mayor efectividad en los resultados positivos de las Instituciones que nos representan en la protección de la PODOLOGIA, sobre todo en la lucha por el INTRUSISMO, *cáncer* que está minando la salud de nuestros cimientos.

En estos artículos que vamos a tratar, seguramente son temas conocidos, pero estoy seguro que nos servirán de recuerdo y sobre todo de aporte y de estímulo para una mejor labor divulgadora a realizar.

LA SALUD DE LOS PIES DEBE ENTRAR EN EL HOGAR POR LA EDUCACION SANITARIA. El Podólogo, lo primero que tiene que hacer para que la salud de los pies *empiece en el hogar* es, obviamente, que en el hogar se sepa distinguir las prácticas y costumbres saludables, aquellas otras que, a la corta o a la larga son nocivas. *La familia,* tiene que tener una *conciencia serene y técnica,* que únicamente puede alcanzarse con el conocimiento y la información adecuada. Pocas son las familias que, en nuestro país, gozan de una *cultura sanitaria en general,* y nos atreveríamos a decir, que tampoco son muchas las que han incorporado hábitos fáciles -y hasta gratos de higiene, que constituyen una verdadera prevención de un gran número de alteraciones patológicas del pie. Las circunstancias sanitarias debidas a la ignorancia, crea grandes problemas podológicos, *con repercusión en el rendimiento personal y comportamiento,* como consecuencia del impacto del dolor que en la mayoría de los casos se va acentuando y haciéndose irreversible al tratamiento.

La cultura sanitaria podológica y costumbres higiénicas, no son solamente el resultado de una educación específica y problemática, sino que principalmente son determinadas por *factores culturales, económicos, ambientales y sociales.* Pero la educación sanitaria podológica de una nación, comienza en particular, *en la familia, premisa indispensable para que la salud de los pies comience en el hogar, célula importante por su acción biológica en su desdoblamiento.* Podemos conceptuarla *decisiva* y *primaria* que, sin embargo, *en nuestro país no ha sido estudiado su problemática.* Faltando las *correspondientes campañas informativas, cuya trascendencia y necesidad social,* se percibe de un modo vivamente doloroso y que nosotros tenemos que vivir en nuestro quehacer diario, como por ejemplo: *el uso y abuso de las plantillas ortopédicas, el problema del calzado antifisiológico, el intrusismo profesional con sus correspondientes secuelas para el enfermo. El uso de medios empíricos, con su correspondiente problemática, el tratamiento standard de los medios en ortosis, por personal sin la formación técnica suficiente y con su correspondiente ánimo de lucro, como si se tratara de una máquina mecánica en la que las respuestas se adaptan de una forma u otra, según la habilidad de la persona encargada de efectuar su transformación o adaptación, etc.*

Nos parece, sin embargo, que para desarrollar esta labor educativa, no harían falta, ni grandes presupuestos de gastos, ni excesivos esfuerzos. Los medios de difusión de que actualmente se dispone, particularmente de la *televisión, la radio, prensa y revistas informativas,* pueden introducir *en casi todos los hogares españoles, una información sanitaria podológica inteligente, responsable y popular.* La medicina y la sanidad general, son temas tan enraizados en el hombre de nuestro tiempo, que en principio, la atención está asegurada. Un programa con estas características, muy bien podría cumplir con el ideal de educar deleitando.

Al abordar el estudio del pie en estado de salud y de enfermedad, es esencial tener en cuenta, *todas las virtudes que ha dotado la naturaleza al ser humano;* parece que la especie no está conforme y en desafío constante a la misma. No hacemos más que separarlos de los cauces naturales, creando problemas con la *civilización de competición y desafío,* para entrar en el *campo malsano o patológico,* tributo que pagamos en ocasiones muy caro; *con las modas, costumbres y ambiente de vida.*

Si tenemos en cuenta todos estos problemas y analizamos sus consecuencias, *veremos que ninguna parte de nuestro cuerpo puede disociarse del organismo humano en conjunto,* si sufre una parte por pequeña que sea, sufre el resto del mismo. Todo tratamiento incorrecto de cualquier parte del pie, puede producir desde un cuadro de *septicemia* a una *gangrena* con un final fatal, y el enfermo que no sea tomada en cuenta su patogenia *diabética, fímica, luética, etc.,* al apreciar un *foco séptico* hasta que


NO LO MANTENGA EN DIFICIL
EQUILIBRIO
Mendivil
LE AYUDARA
A DARLE LA CONFIANZA Y
SEGURIDAD QUE NECESITA.
Orto-Mendivil s.l.
ZADO CORRECTOR Y
PARA PLANTILLAS ESPECIALES....
El Aguaor, José Menor Hernández, s/n - Apartado 191 - Teléfono 80 13 77 - VILLENA

se manifiestan las alteraciones correspondientes, por sí misma en el pie. Es un enfermo con muy pocas posibilidades de éxito, por lo contrario, si es un campo apropiado de cultivo para el fracaso, con su correspondiente repercusión en nuestra conciencia y responsabilidad profesional. El podólogo, por consiguiente, está en la necesidad de cultivar una amplia observación de todos los síntomas y agregados a la incomodidad y dolencia del pie, de forma que el enfermo le pueda consultar con seguridad de manera inmediata, y en el caso que hubiere alguna induación, cuando la dolencia localizada intrapédicamente, sobrepase de las fronteras de la actuación del mismo, sea remitido al médico especialista correspondiente.

El pie tiene dos funciones importantes como todos sabemos y está constituido para realizarlas con un mínimo de esfuerzo. Las funciones son: *el soporte del peso del cuerpo y la locomoción*, para cumplir su cometido. En estas dos funciones, se han desarrollado los correspondientes sistemas de *suspensión y amortiguación*, formándose una serie de arcos *geométricos* para cumplir su misión.

En el cuidado de los pies ejerce una acción importante, la profilaxis de los mismos. La acción preventiva, es la parte de la Medicina de mayor interés, porque nunca deja secuela y evita los problemas de la *Medicina clínica* y no llega a la *rehabilitación*, aprovechando todas las posibilidades actuales. Aquí es cuando nos empezamos a dar cuenta de la misión que cumple una labor de divulgación y el interés social de la misma, *ya que según las modernas estadísticas, en todos los países civilizados, arroja entre un 80 a un 85 % de las personas que sufren de los pies.*

Se considera la patología del pie, más como tributo del pago que el *hombre civilizado* tiene que abonar por su desesperada lucha de *vanidad y desorden*, dentro de la propia naturaleza.

ENRIQUE GONZALEZ GOMEZ

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.

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 o 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.
276,— 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.
160,— Ptas.

INFAR NATTERMANN

Apartado 400 - Zaragoza Infanta Carlota, 84-88 Barcelona-29

Pensamientos al estilo gregueriano (III)

Por FERNANDO MUÑOZ CAMPOS
Podólogo — Málaga

1. El padecimiento de los pies, proporciona la venta de cosméticos faciales.
2. La ubicación de la prominencia del juanete en el zapato, forma su vivienda propia.
3. Muchas mujeres casadas, quisieran gozar también de los pies del marido.
4. El temor al torno del dentista y al del podólogo, se diferencia en que con este último no se abre la boca.
5. Cría cuervos y te sacarán los ojos. ¡Ojalá fueran los ojos de gallo!
6. El podólogo despide a un paciente: ¡Que sus pies lo pasen bien!
7. El escaparate es el STOP de los pies.
8. Similitud internacional: Pese a la diferencia de aves, el «ojo de gallo» español tiene mucho que «ver» con el «ojo de perdiz» italiano.
9. Se oye decir; estos pies no ayudan. (Hay que cambiar la oración de activa por pasiva).
10. El interior del zapato es el nido de los callos.
11. Los pies doloridos ceden el paso a los que no lo están.
12. El pie no tiene parangón con nada, excepto con otro pie.
13. Los padecidos pies acordaron caminar sólo por la calle de la Amargura.
14. Las uñas onicogrifósicas son los cuernos de los pies.
15. Los pies no tienen destino, caminan hacia lo infinito.
16. Los podólogos son quienes más callos tienen... de los pacientes.
17. Los teatros y los cines, proporcionan alivio a los pies.
18. Cuando los pies se ponen imposibles, se camina con los «ojos de la cara».
19. ¡Usted perdone! (alguien pisó el pie de otro).

Al cerrar estos pensamientos, expreso mi sencillo homenaje a la memoria de D. Ramón Gómez de la Serna, con una greguería que le pertenece y que dice: «Quien se haga leer las líneas de los pies, evitará tropiezos y descarrilamientos».

PIEDRO

OFRECE AL PODOLOGO:

el calzado anatómico-fisiológico
número uno de Europa

cuatro distintos anchos
cuatro tipos distintos de suela

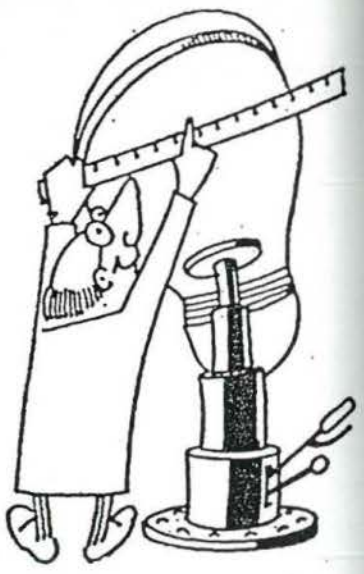
— 100 % cuero crupón marca-royal
— palmilla entresuela cuero y bloque de composición controlada
— íd., íd., íd. y crepé superior virgen
— 100 % cuero crupón reforzado

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:

Espacio para colocar plantillas
Máxima sujeción de empeine y retropie
Espacio para el movimiento de dedos
Máxima calidad de materia:
Espacio para el crecimient.
Máxima indeformabilidad



PIEDRO INTERNATIONAL

En España
J. L. Vila-Plana
Conde Borrell, 87, 2.°
teléfono 93/239 53 06
Barcelona - 15
telegramas: KIRITA-Barcelona

EL PODOLOGO ANTE EL MAL PERFORANTE PLANTAR

Por ANTONIO RODRIGUEZ SANTANA
Podólogo
Arucas — Las Palmas

Sr. Presidente, Sres. de la mesa, queridos compañeros, Sras. y Sres.:

El presente trabajo se lo ofrecemos a todos los compañeros Podólogos que por su dedicación íntegra, veraz y capaz a la verdadera Podología caminan por los difíciles derroteros profesionales sin ayudarse de artilugios comerciales más o menos ajenos a la profesión y la ejercen en toda su amplitud sin quedarse recostados al amparo de la fácil y rentable quiropia o pedicuría.

«EL PODOLOGO ANTE EL MAL PERFORANTE PLANTAR»

Comenzaremos con una breve exposición de cómo varios autores actuales, han descrito el Mal Perforante Plantar.

DEFINICION

Según Lelièvre, «es una úlcera trófica que se localiza en los puntos de presión». (1)

Para Viladot, «es una ulceración tórpida e indolora, rodeada por una zona de hiperqueratosis, localizada generalmente en el antepié (2), especialmente en la cara plantar de 1.º dedo (3) o a nivel de cabezas de 1.º y 5.º metas (4). Inicialmente suele ser unilateral».

El americano Irving Yale la define como «una úlcera caracterizada por la presencia de una perforación desde una superficie tisular, pasando a través de ella hasta la superficie opuesta».

Elbaz y Vilain dicen que «es una úlcera de presión en territorio insensible».

Siguiendo los maestros internacionales, nos encontramos con que Levin y O'Neal la describen como «una úlcera indolora crónica de la planta del pie (5), situada comúnmente sobre la cabeza de 1.º, 2.º ó 3.º metas».

ETIOPATOGENIA

Los trastornos tróficos en Podología son debidos a:

1.º Diabetes, en el 40 % de los casos.
2.º Acropatía Ulcero-Mutilante: Esporádica, Sintomática o Familiar.
3.º Trastornos vasculares.
4.º Traumatismos neurológicos de extremidad inferior.
5.º Presiones mecánicas indebidas.
6.º Tratamiento indebido con cáusticos físicos o químicos.
7.º Radioterapia.
8.º Lepra.
9.º Tabes.
10.º Sífilis (aunque rara).

Como factores predisponentes podríamos citar:

1.º Etilismo crónico.
2.º Bajo nivel social.
3.º Antecedentes de congelación.

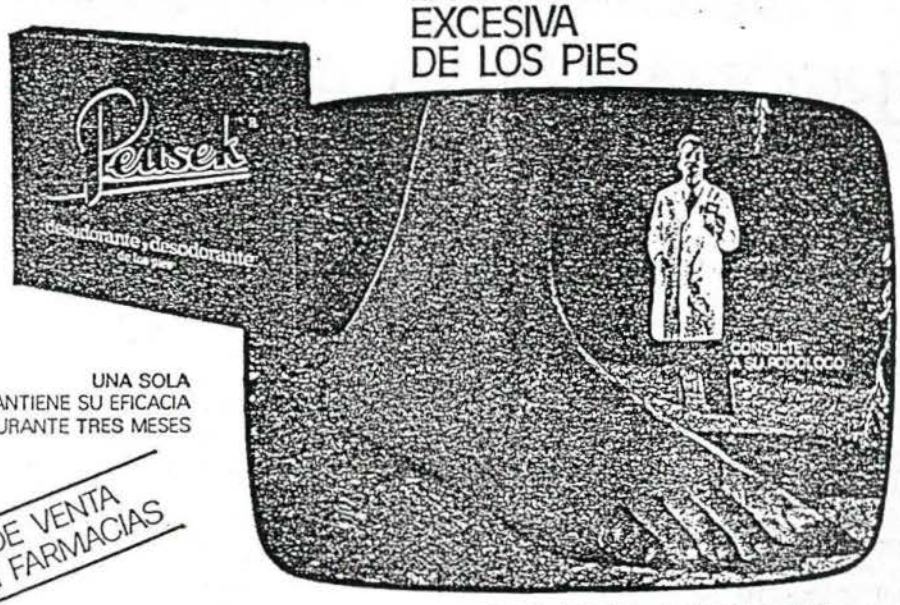
SINTOMAS

1.º Ulcera de fondo fungoso (63, con o sin fistulación (7 y 8).
2.º Bordes recortados a pico (9).
3.º Anestesia. O hiperestesia en caso de radiodermitis.
4.º Lesión circunscrita por una capa hiperqueratósica (10 y 11).
5.º Hiperhidrosis en la zona periférica.
6.º Infección sobreañadida bacteriana o micótica (12).
7.º Lesiones osteoarticulares subyacentes que no guardan relación cronológica con la aparición de la úlcera.
8.º Se da en personas de mediana o avanzada edad (13 y 14).
9.º El índice oscilométrico casi nunca está disminuido.

EVOLUCION

Con motivo de un pequeño traumatismo, de la resección imprudente de un heloma o al aplicar un cáustico en dicha zona, el proceso co-

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



DE VENTA
EN FARMACIAS

Productos PEUSEK Av. Infanta Carlota, 19 21 Tel. (93) 239 83 34 - BARCELONA - 29

mienza con *una flictena* seguida de una escara (15), o con una dureza indolora (16) en donde seguirá después la úlcera. La piel circundante se engruesa y se sobreañade una infección (17), siendo cada vez más difícil obtener la cicatrización a medida que pasa el tiempo.

Durante un período largo, la penetración profunda puede quedar limitada a la piel y al tejido subcutáneo (18). La aponeurosis plantar es especialmente deficitaria sobre las cabezas metatarsales. El tendón flexor puede formar entonces la base de la úlcera. A pesar de la presencia del tendón flexor en la úlcera, no suele ocurrir generalmente una tenosinovitis aguda ni propagación a los espacios plantares con la formación de un absceso agudo. La progresión lenta de la úlcera, a menudo en pies con circulación adecuada, permite la formación de tejido fibroso por delante de la úlcera. Llegan a obliterarse las vainas tendinosas y los espacios tisulares. El tendón flexor llega a fijarse a su vaina y a la cápsula y periostio de la articulación metatarso falángica subyacente. Finalmente, el tendón se erosiona y la articulación puede ser asiento de artritis séptica.

A medida que progresa el proceso, la artopatía aumenta y resultan destruidas completamente, por osteolisis progresiva, varias falanges quedando las diáfisis de los metas afiladas (19), con el aspecto típico «de caramelo chupado».

Episodios de latencia alternan con brotes de infección y periódicamente el pie se vuelve rojo y tumefacto.

Estas úlceras son una complicación relativamente precoz de la diabetes, antes de los diez años de su comienzo.

La circulación arterial es comúnmente buena, pues de lo contrario no se toleraría esta infección. La gangrena propagada en sentido radical a partir del centro del Mal Perforante Plantar significa a menudo, que ha ocurrido la oclusión de un vaso importando (femoral superficial, poplítea) a un nivel elevado de la pierna.

LOCALIZACION

Clínicamente el Mal Perforante Plantar se presenta en las zonas de sobrecarga; más exageradas con el calzado convencional.

Si el pie tiene el apoyo metatarsal arqueado, la lesión se halla debajo de la cabeza de los metas 1.º y 5.º (20). Si se trata de enfermos que tienen un síndrome de insuficiencia del 1.º meta (21), la úlcera aparece en la porción media del antepié. Constituye causas directas, la presión sobre un heloma (22) o durezas sobre el 1.º y 5.º dedos, la presión y fricción sobre el talón y extremos de los dedos.

Son también puntos comunes de localización:

a) Las cabezas medias metatarsales (por hiperpresión) en un antepié redondo (23).
b) Diversas zonas del antepié, debido a un desequilibrio del mismo por desigualdad de longitud de los metas o por fijamiento aislado de uno de ellos.

Tomaremos la precaución de localizar la lesión con un cerclaje metálico (24) que corresponda a límite de la ulceración y que se proyecta en la radiografía dorso-plantar del antepié, con el fin de detectar las lesiones osteoarticulares anteriormente descritas.

TRATAMIENTOS PROPUESTOS HASTA AHORA

1.º El reposo es la primera medida que en general se propone como tratamiento, sobre todo en los casos en que la lesión está en un *estadio* precoz. Sin embargo muchos coinciden en que casi siempre es ineficaz.

2.º El tratamiento quirúrgico que va desde la resección de la superficie de la herida hasta la amputación, pasando por las plastias cutáneas, la resección de exóstosis, la corrección de deformidades, las resecciones osteoarticulares, la neurolisis del nervio tibial posterior a nivel del canal tarsiano, la realineación metatarsal, etc., cuenta con gran número de partidarios.

3.º El tratamiento antidiabético, el control de peso, la aplicación de antibióticos, de fermentos proteolíticos y de prótesis de descarga, se mencionan sin demasiada convicción y todos coinciden en las constantes recidivas si el tratamiento no es quirúrgico.

Hasta aquí lo descrito por los diferentes autores antes mencionados. No obstante, sin ningún ánimo de polemizar y con todos nuestros respetos, que por su renombre y categoría profesional nos merecen estos autores, hemos de decir que estamos esencialmente en desacuerdo en muchos e importantes matices en lo que se refiere a esta enfermedad.

Vamos a analizarlos:

En primer lugar nosotros definiríamos el Mal Perforante Plantar como «una úlcera tórpida crónica, *casi* siempre indolora, de bordes irregulares (25) y fondo fungoso (26), con un *olor* peculiar, acompañada de edema periférico y una zona hiperqueratósica circundante, que se localiza en los diferentes puntos de presión».

Ante la afirmación de que «inicialmente suele ser unilateral» hemos de aclarar que en nuestra casuística disponemos de múltiples casos (27) que no se cumple este principio (28).

Con respecto a su etiopatogenia, un factor tan importante como es: los microtraumatismos de repetición no aparecen reseñados a pesar de que su importancia es evidente en el desencadenamiento de la enfermedad.

En el apartado de «factores predisponentes» nadie constata el hecho de que el Mal Perforante Plantar se da con mayor frecuencia en las zonas de clima tropical.

En cuanto a su localización estamos globalmente de acuerdo haciendo la salvedad de que puede tener asiento en «cualquier punto de apoyo o roce» (29, 30, 31 y 32).

Especial atención nos merece la opinión, unánimemente compartida de que este Mal es de peor pronóstico y de que su cicatrización es más difícil a medida que pasa el tiempo, ya que en nuestra modesta experiencia hemos podido observar que la cronología no es un factor condicionante para la curación total. Observen el tiempo de curación de esta paciente, que padecía desde hace años este proceso (33, 34 y 35).

Por lo que respecta al tratamiento, para la mayoría de los autores, el reposo es esencial en la curación del Mal Perforante Plantar, incluso, algunos de ellos como Voutey advierte que éste no es suficiente en absoluto para lograr la curación.

Por nuestra parte hemos observado que el reposo es totalmente innecesario, ya que todos los pacientes atendidos en nuestra consulta (lógicamente en régimen ambulatorio) han realizado una vida completamente normal, durante el tiempo que ha durado el tratamiento.

Sobre el tratamiento quirúrgico, opinamos que es totalmente innecesario, no sólo por los riesgos que conlleva, sino porque los resultados no siempre son los apetecidos y las técnicas quirúrgicas no muy fáciles de llevar a la práctica. Más, aún, después de haber conseguido de una forma totalmente incruenta los resultados que van a ver a continuación.

En cuanto a los resultados del tratamiento protésico y de antibioterapia, habrán podido observar en sus consultas, cómo por sí solos son totalmente ineficaces.

A continuación pasamos a describir el tratamiento que realizamos a estos enfermos y los resultados que con él hemos obtenido:

Una vez diagnosticado el proceso, comenzaremos a deslaminar la zona hiperqueratósica hasta su total eliminación. Esta maniobra nos pondrá al descubierto la úlcera en toda su magnitud. A continuación procederemos al lavado de la lesión con agua destilada. Si la herida lo permite por su profundidad, introduciremos el agua destilada mediante una jeringa estéril, sin aguja, es decir, aplicando el cono directamente sobre la oquedad.

Posteriormente realizaremos un secado mediante gasas estériles; una vez hecho esto aplicaremos en la parte afecta y mediante el mismo procedimiento que en el lavado, enzimas proteolíticas, colocando un vendaje oclusivo y repitiendo la cura cada 24 horas.

ANTONIO RODRIGUEZ SANTANA

REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

ORGANO DE LA AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

A.P.E.

Redacción:
Avda. de la Generalitat, 31,át., 1.ª
Santa Coloma de Gramanet (Barcelona)

Director:
Zacarías García Andrés

Subdirector:
Pablo Vilató Ruiz

Redactor jefe:
Martín Rueda Sánchez
Avda. de la Generalitat, 31, 1.º, 1.ª
Santa Coloma de Gramanet (Barcelona)

Administrador:
Manuel Gavin Barceló
Rda. Guinardó, 23, 1.º, 2.ª, Barcelona-24

Publicidad:
Publicidad Permanyer
Mallorca, 310, ático, Barcelona-37

Imprime:
Gráficas Fomento
C. Peligro, 8. Barcelona-12

Depósito Legal:
B - 21972 - 1976
ISSN 0210 - 1238

SUMARIO

3 Junta de Gobierno

5 Editorial

7 XIV Congreso Nacional en Las Palmas

15 Ventajas de la Tenotomía en casos de circulación deficitaria del pie

17 Filogenia del pie humano

21 Divulgación podológica

27 Pensamientos al estilo gregueriano (III)

29 El podólogo ante el mal perforante plantar



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 sirvase 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

Presdte. Nacional	D. ZACARIAS GARCIA ANDRES	Madrid
Vice-Presidente 2.°	D. JUAN JOSE ARAOLAZA	Eibar
Secretario General	D. JOSE A. CALVO GARCIA	Zaragoza
Vice-Secretario	D. FRANCISCO MORAN VENTURA	Las Palmas G. Canaria
Tesorero	D. MANUEL GAVIN BARCELO	Barcelona
Contador	D. LUIS AYCART VIJUESCA	Madrid
Vocal 1.°	D. JUAN VIDAN TORRES	Santiago de Composte
Vocal 2.°	D. JOSE OLCINA MORALES	Alicante
Vocal 3.°	D. MANUEL TERRON SANGUINO	Badajoz
Vocal 4.°	D. JOSE M.ª BAEZ BASAURI	Bilbao
Vocal 5.°	D. PEDRO M.ª GALARDI ECHEGARAY	Bilbao
Vocal Nato	D. MARIANO RODRIGUEZ ESTEBAN	Madrid
Vocal Nato	D. JOAQUIN SOLE CUCH	Barcelona
Vocal Asesor Docencia	D. FRANCISCO MAÑE DOMINGO	
Vocal Asesor Docencia	D. ENRIQUE GONZALEZ GOMEZ	
Vocal Revista	D. MARTIN RUEDA SANCHEZ	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. Juan José Araolaza. Bidebarrieta, 4. EIBAR (San Sebastián).
D. José Sánchez Luna. Avda. Cataluña, 24. ZARAGOZA.
D. Joaquín Solé Cuch. C. Príncipe de Viana. GRANOLLERS (Barcelona).

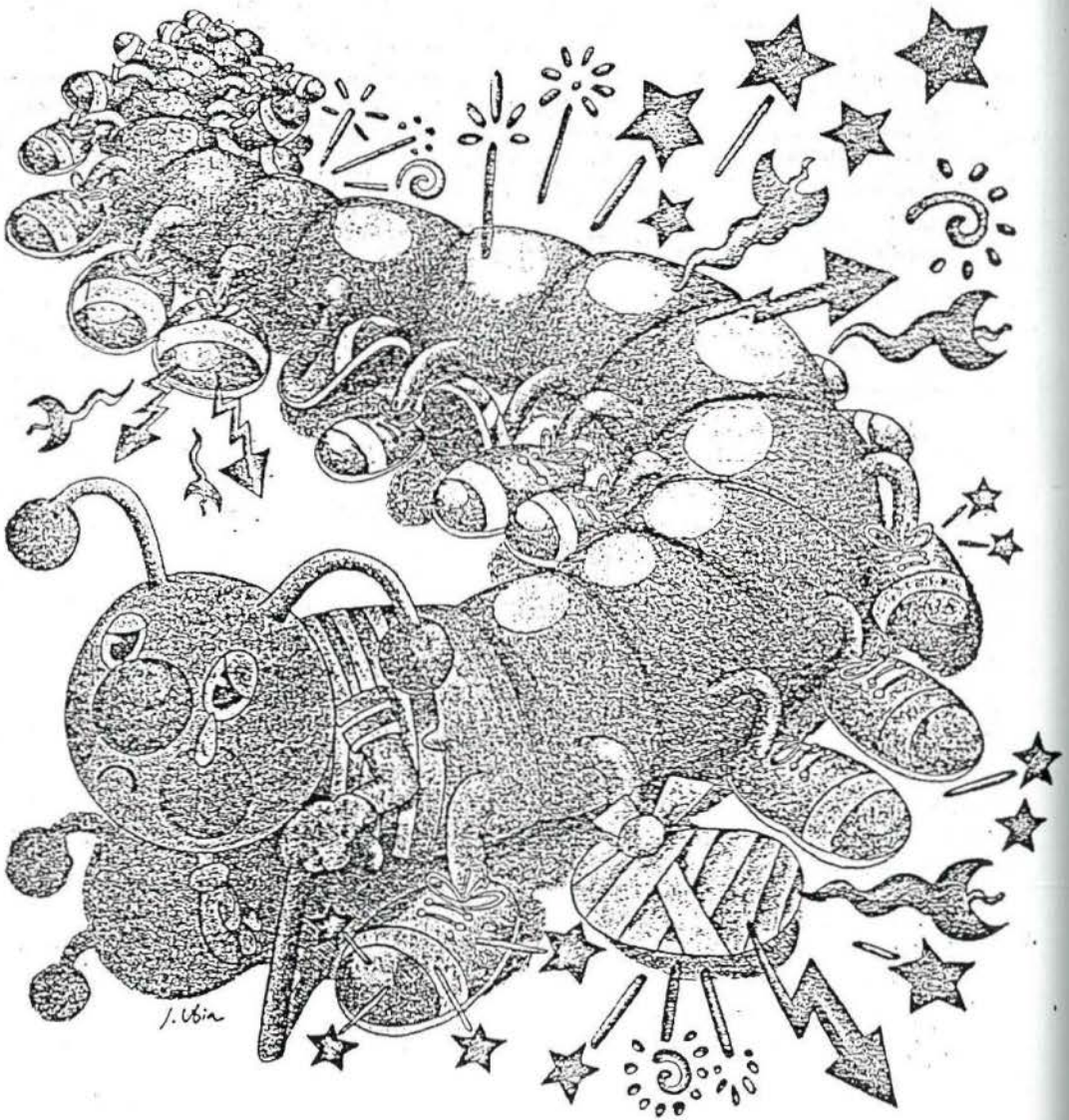
DELEGADOS PROVINCIALES

ALAVA: D. Antonio Nogal Benito.
ALBACETE: D. Luis Juan Navarro.
ALICANTE: D. Juan José Iborra.
ALMERIA: D. Esteban de Haro.
ASTURIAS: D. José Luis Alonso Alvarez.
BADAJOZ: D. José Villafaina de la Cruz.
BARCELONA: D. Joaquín Solé Cuch.
BILBAO: D. Pedro M.ª Galardi.
BURGOS: D. Elías Hernando Tamayo.
CACERES: D. Carlos Saguillo Núñez.
CADIZ: D. Manuel Albalá Valle.
CASTELLON: D. José Aguilar Beltrán.
CIUDAD REAL: D. Luis Barba Vázquez
CORDOBA: D. Máximo González Jurado.
GERONA: D. José M.ª Bosch Doménech.
GRANADA: D. Manuel Ruiz Morales.
HUESCA: Delegado de Zaragoza.
HUELVA: D. Jesús Tocino.
JAEN: D. 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: D. José Iniesta Gallego.
ORENSE: D. Elisardo Bralo Rego.
PALMA DE MALLORCA: D. José Claverol Se
PAMPLONA: D. J. Sarasa Moneo.
PONTEVEDRA: Sin Delegado Provincial
SALAMANCA: D. Antonio Basas Encinas.
SAN SEBASTIAN: D. Sebastián Tenés Iturriza
STA. CRUZ DE TENERIFE: D. Armenio Ménd
SEGOVIA: D. Francisco García Rodríguez.
SEVILLA: D. José Carmona.
SORIA: Sin Delegado Provincial.
TARRAGONA: D. Miguel Manzano.
VALENCIA: D. Isaías del Moral Roberto
VALLADOLID: D. Alfonso Domínguez Millán.
ZAMORA: D. Narciso Miguel Barrios.
ZARAGOZA: D. Julio Barra del Molino.

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-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 ni mucosas.

Incompatibilidades

Ninguna conocida.

EDITORIAL

El primer objetivo de la marcha emprendida hace ya años en pos de una nueva reestructuración de la Podología, considerándola como Carrera Independiente y Universitaria, ya se ha cumplido. INDEPENDIENTE Y UNIVERSITARIA: dos palabras que nos han costado años y años de contiendas con unos y otros, y contra nosotros mismos a veces. El precio que por ellas hemos pagado ha sido alto, motivo por el cual han de tener un significado entrañable para todo aquel que se sienta Podólogo.

Esa fecha clave de 12 de diciembre, en que se aprobó el Real Decreto 2966/1980, y aquella otra de 19 de enero de 1981, en que por primera vez pudimos dar crédito con nuestros propios ojos a su publicación en el B.O.E., serán días que siempre tendremos presentes, porque marcan el camino de una nueva etapa soñada, etapa que no es el fruto de unas días, ni siquiera de unos años, sino más bien, la ilusión de toda una vida dedicada por completo a la profesión. Ahora nos atan y nos obligan mucho, porque ese primer paso dado de forma empírica, requiere ahora un desarrollo y una interpretación en el que todos hemos de sentirnos protagonistas, porque ya, desgraciadamente, no tenemos al hombre en que podríamos confiar plenamente, a sabiendas de que sus acciones serían siempre las más acertadas, por su sentido de anticipación, su visión de futuro, su gran habilidad, y sobre todo, su amor a la PODOLOGIA, por la que en verdad, podemos decir, dio hasta su propia vida. Esto ha de quedar muy claro. Se acabó aquello de decir «Escachs yalo está haciendo». Ahora bien, también tenemos un camino trazado, y aunque los tiempos han cambiado y ya no podemos esperar la venida de otro hombre mesiánico, porque sencillamente caudillos así no los hay cada día, tenemos la obligación de seguir su doctrina porque el precio fue alto. No debemos permitir que el motor se pare, debe caminar, y aunque lento, con la seguridad que da el saber que todos, absolutamente todos, velamos su trayectoria y estamos dispuestos a dar el empujón si flaquea. Lo contrario, sería dar palos de ciego, que nos harían perdernos en nuestros propios errores e inexperiencias en tales contiendas, lo cual sería un duro hándicap a remontar para salir airosos.

En ningún momento debemos caer en el error de pensar que ya todo está hecho, la verdad es que ahora nos vienen las cuestas arriba y no podemos perder la inercia. Nuestros intereses en ese sentido están representados en la Agrupación, y ella ha de transformarse según decisión unánime de la Asamblea celebrada últimamente en Madrid, en el verdadero motor que pueda tener una representatividad y una fuerza suficiente para colocar al podólogo en el punto que profesionalmente merece y defender a la vez nuestros intereses colectivos y profesionales, con autoridad suficiente y capacidad de desenvolvimiento, que dependerá de lo que nosotros le demos, y no de forma material, sino con un justo sentido de cooperación.

Meditemos un poco sobre ello, y veremos que el Podólogo, profesionalmente, no está amparado por ningún Estamento. Creo que, sencillamente, la

forma de conseguirlo es convirtiendo lo que ya tenemos, que bien o mal hasta ahora nos ha servido para cumplir nuestros objetivos. Adecuémoslo a las circunstancias actuales, exijámosle dinamismo y eficacia. De esta forma tendremos una seguridad en el ejercicio diario de la Podologia de la que ahora carecemos totalmente, lo que verdaderamente es un grave peligro. Tenemos la absoluta necesidad de que nos aten unas reglas de juego justas que nos hagan guardar una ética y deontologia, base de un equilibrio estable, pero que a la vez salvaguarde nuestros intereses tanto a nivel colectivo como individual. Ello no se consigue divididos, sino juntos, codo a codo, aportando cada cual sus propias experiencias, porque está claro que la cúspide de la pirámide debe ser la coincidencia de los planteamientos colectivos, razonados y coordinados de todos y cada uno de los podólogos.

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.

AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA



XIV Congreso
Nacional de Podología
Islas Canarias
LAS PALMAS DE GRAN CANARIA
DEL 7 AL 11 OCTUBRE 1981

Secretaría General:
Avda. Rafael Cabrera, 6. Oficina B
Teléfono 37 37 18
Las Palmas de Gran Canaria

Querido amigo y colega:

Tenemos la satisfacción de dirigirnos a ti, en esta 2.ª Circular, para informarte de todo lo concerniente a la Organización, fechas, actos y demás detalles del XIV Congreso Nacional de Podología-Islas Canarias, que como sabes por la anterior Circular núm. 1, se va a celebrar en Las Palmas de Gran Canaria los días 8, 9, 10 y 11 de octubre del presente año, a cuyo fin te acompañamos un «PROGRAMA PRELIMINAR».

Los temas del Congreso serán:

1.º PATOLOGIA Y TRATAMIENTO PODOLOGICO DE LA UÑA

2.º MICOSIS EN PODOLOGIA

Podéis enviar vuestros trabajos, experiencias personales y comunicaciones al Tema del Congreso, debiendo indicarse si viene o no acompañados de películas (de 8, 16 ó 32 mm. o diapositivas). La duración de las disertaciones será de 30 minutos, todo incluido. Los trabajos deberán ser mecanografiados, en hojas tamaño folio y a doble espacio. Al término de cada sesión habrá una mesa redonda sobre los Temas tratados, con el fin de llegar a las conclusiones de los mismos, actuando a tal fin un moderador.

La fecha TOPE de inscripción al Congreso, será el 8 de septiembre, entendiéndose que todas las que se reciban posteriormente serán rechazadas.

Debido al corto espacio de tiempo del que dispone la Comisión Científica, encargada al efecto, para la selección de los temas que reúnan un mínimo de calidad científico-profesional, se fija como FECHA TOPE para la recepción de originales, la del día 8 de julio —FECHA IMPRORROGABLE—, debiendo significar por tanto, que las recibidas fuera de esta fecha no serán admitidas.

Por el Comité Organizador, ha sido nombrada oficialmente la Agencia de Viajes Meliá, c/. Bravo Murillo, n.º 11, tels. 32 21 11 y 36 25 22 LAS PALMAS DE GRAN CANARIA, a la cual se ha confiado todo lo relativo a los viajes, reserva de Hoteles, visitas turísticas, excursiones post Congreso, etc.

En la próxima Circular n.º 3, recibirás documentación e instrucciones de dicha Agencia.

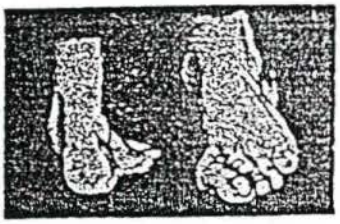
La sede del Congreso será el extraordinario Hotel Cristina, ubicado en la famosa Playa de las Canteras, prácticamente dentro del mar, con unas maravillosas puestas de sol y como musiquilla de fondo tendréis el murmullo de las olas.

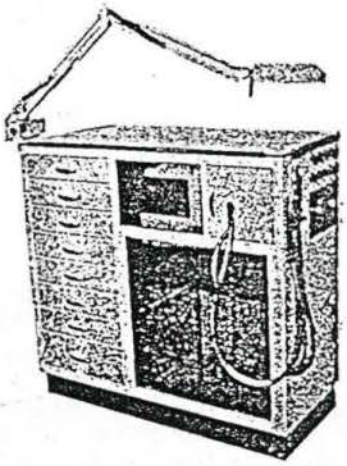
Las rutas principales que arrancan de la capital de la isla son tres: la del Norte, que nos conduce hasta el [illegible] y las cuevas [illegible] de Valerón,

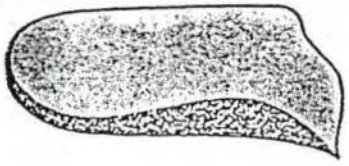
LUGA

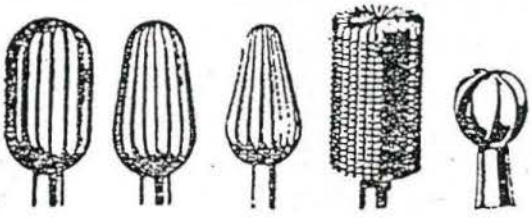
MADRID: Principe de Vergara, 112, 3.° B
Tels. 262 89 35 y 262 50 35
BARCELONA: Tels. 257 99 41 y 220 72 53

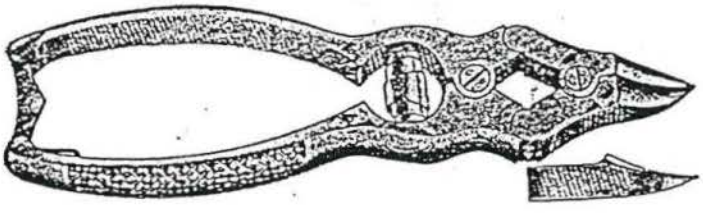
LA CASA DEL PODOLOGO











SILICONAS

Silono, 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 bisturis, 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

continuando por...

nar en el Barrio de los Berrazales, entre una vegetación exuberante. La ruta del Centro nos lleva a la Basílica de Nuestra Sra. del Pino, patrona de la isla, en Teror, y a la cúspide de la Cruz de Tejeda, bajando por los maravillosos parajes de San Mateo y Santa Brígida.

Por último, el camino del Sur, traspasados ya Jinámar y Telde, nos arranca de las vastas planicies hasta llegar a las amplias playas de Maspalomas, cuyas finas arenas e impresionantes sucesiones de dunas se nos ofrecen frente a las plácidas aguas del Océano. Está prevista una excursión a dichas playas con baño y almuerzo en el «Gran Hotel-Casino Tamarindos», en el cual tenemos organizada una Gran Tómbola, con magníficos regalos aportados por los Sres. Podólogos y firmas comerciales, siendo de destacar el extraordinario televisor en color donado por una de ellas.

MUCHO TE AGRADECERIAMOS TU APORTACION A LA ORGANIZACION DE DICHA TOMBOLA, ROGANDOTE NOS TRAIGAS ALGO PARA LA MISMA, EN ESPECIAL SI FUESE TIPICO DE TU REGION.

De la excursión post Congreso (opcional) a la paradisíaca isla de Tenerife, queremos decirte que no renuncies a ella por nada, pues te aseguramos que te arrepentirías.

El traslado a la vecina isla hermana, se hará en la modernísima nave Yetfoil «Princesa Voladora», este no es un barco, por lo menos, tal como estás acostumbrado a entenderlos. Este es más cómodo que el avión y más rápido que el barco, no se balancea y puede pasar suavemente por encima de olas de hasta 3 metros sin sentirlo. Trasladándote desde el centro de Las Palmas, al mismo centro de Tenerife. Salida en autobuses para el Puerto de la Cruz, recibimiento en el Hotel Meliá, donde está pre-

de al...

Tarde libre. Se recomienda a los señores participantes que visiten facultativamente, el magnífico «Jardín Botánico» de Aclimatación Internacional, Paseo de Colón, Lago Martiánez y Sala de Fiestas «La Isla».

Tendréis un día libre, con lo que podréis visitar los bazares indostánicos de Sta. Cruz de Tenerife (capital de la provincia) o por el contrario efectuar visita al Valle de la Orotava, que como dice la canción «tiñe de verde el mar», o múltiples excursiones de las que seréis debidamente informados por la agencia oficial de Viajes Meliá.

Por último, no podía faltar la excursión a las Cañadas y Pico del Teide, el más alto de España (3.715 m.) donde podréis admirar un impresionante paisaje, calificado de «Tempestad Petrificada», se puede efectuar una excursión optativa en funicular al mismo cráter del volcán Teide, el regreso al Puerto de la Cruz será a través del frondoso y exuberante Monte de la Esperanza.

Canarias, prepara sus mejores galas para daros su bienvenida, por ello, esperamos tener el inmenso placer de contarte entre nosotros en tan memorables fechas. Recibe, querido amigo, el cordial saludo y el fuerte abrazo de...

LA COMISION ORGANIZADORA

P.D.—Dadas las frecuentes anomalías en la recepción de la correspondencia en estas islas, te rogamos que siempre que desees comunicarte con esta Secretaría General, lo hagas CERTIFICANDO tus cartas CON ACUSE de RECIBO, a efectos de una mayor rapidez y seguridad en la recepción de las mismas.

GRACIAS

PROGRAMA

XIV CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA ISLAS CANARIAS

Organizado por la Agrupación de Podólogos de España y en su nombre, por las Delegaciones Provinciales de Las Palmas y Tenerife.
Fechas: 8-9-10 y 11 de octubre 1981.
Lugar: Las Palmas de Gran Canaria.
Sede: Hotel Cristina (Playa de Las Canteras).
Sec. Gral.: Avda. Rafael Cabrera, n.º 6, oficina B. Teléf. 37 37 18.

TEMAS

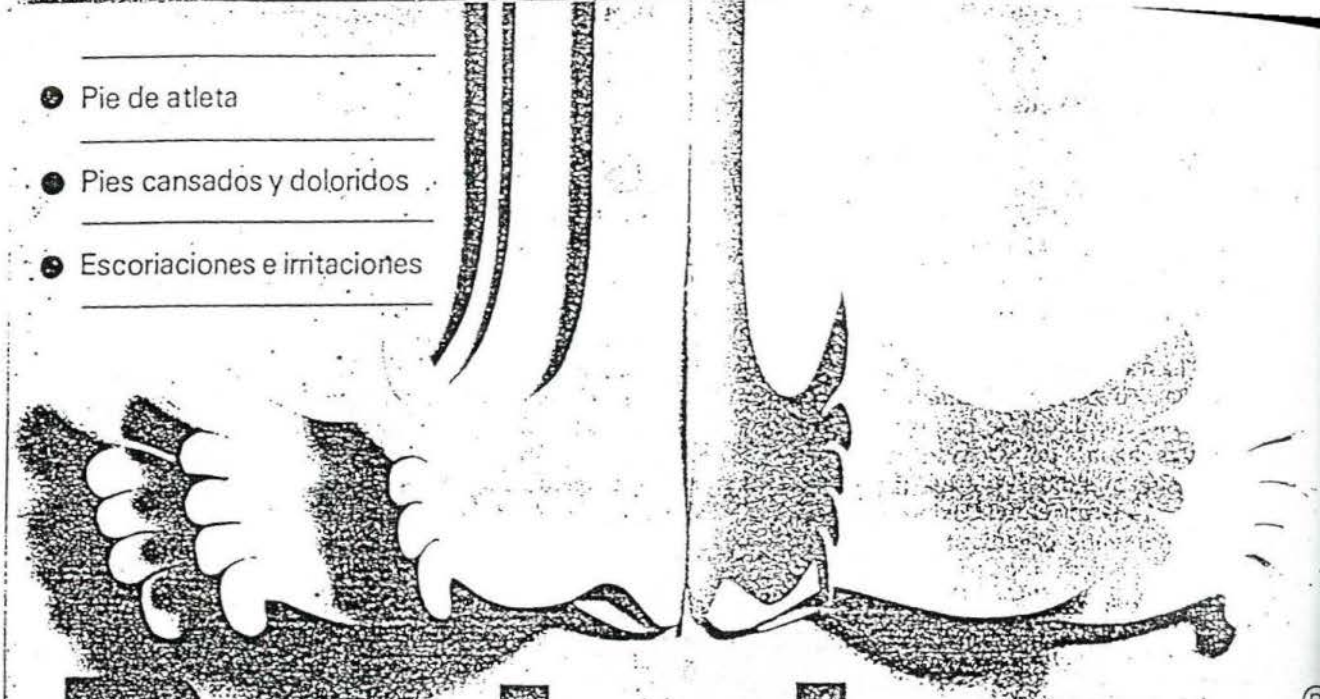
1.º PATOLOGIA Y TRATAMIENTO PODOLOGICO DE LA UÑA.
2.º MICOSIS EN PODOLOGIA.

PROGRAMA PRELIMINAR

DIA 7, de 18,00 a 21,00 horas:

Apertura de la Secretaría General instalada en el hall del Hotel Cristina y recogida de documentación.

- 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. Dermatomicosis 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. 109 Ptas.

MADAUS V.I.

MADAUS GERAFARM, S.A.

DIA 8, a las 9,00 horas:

Continuación recogida documentación.

11,00 horas:

Inauguración de la Exposición Comercial en la cual importantes firmas exhibirán los materiales y productos más modernos de aplicación para la especialidad.

Los stands, de gran interés para todos los podólogos, estarán atendidos por técnicos que facilitarán toda clase de información.

12,00 horas:

Inauguración Oficial del Congreso, con asistencia de las Primeras Autoridades.

Conferencia Magistral a cargo del Dr. D. José Ojeda Gil, Profesor A. de Patología Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Barcelona.

De 16,00 a 20.00 horas:

Sesiones de trabajo y comunicaciones a cargo de los señores Podólogos.

20,30 horas:

Traslado en autocares al Pueblo Canario, Vino de Honor y Festival Folklórico.

DIA 9, a las 9,00 horas:

Continuación sesiones de trabajo.

14,00 horas:

Comida de trabajo, en el mismo Hotel Cristina.

16,00 horas:

Continuación sesiones de trabajo.

21,30 horas:

Traslado al Teatro Pérez Galdós para presenciar la actuación del Ballet Contemporáneo de Las Palmas, bajo la dirección del Profesor Lorenzo Godoy y probable actuación de un afamado grupo folklórico.

DIA 10, de 9,00 a las 11,00 horas:

Continuación sesiones de trabajo. Comunicaciones a cargo señores Podólogos.

11,30 horas:

Excursión al sur de la isla, con baño y almuerzo previsto en el «Gran Hotel-Casino Tamarindos» de la Playa de San Agustín de Maspalomas.

Gran Tómbola, con magníficos regalos aportados por los señores Podólogos y Firmas Comerciales.

DIA 11, a las 9,00 horas:

Conferencia del Dr. D. José Luis Medina Monzón.

13,00 horas:

Clausura Oficial del Congreso. Entrega de Diplomas.

16,00 horas:

Asamblea General de la Agrupación de Podólogos de España.

22,00 horas:

Gran Cena de Gala y baile en los Salones del Hotel Cristina.

FIN DEL CONGRESO

PROGRAMA PARA ACOMPAÑANTES

DIA 8, a las 12,00 horas:

Asistencia a la Apertura Oficial del Congreso.

18,00 horas:

Pase de la Gran Colección de Modelos de Alta Peletería (Nelsy Chelada).

20,30 horas:

Traslado en autocares al Pueblo Canario, Vino de Honor y Festival Folklórico.

DIA 9, a las 11,00 horas:

Traslado grandes almacenes El Corte Inglés, donde le serán ofrecidas degustaciones de productos Pascual Hnos., Revilla y Turrón 1880.

Existe un bufet a precios especiales para los Sres. Congresistas y acompañantes durante los días del Congreso en dichos almacenes. También en el mismo se ofrecen los servicios del afamado peluquero de señoras de fama internacional «Pepe Juan» (previa petición de hora).

17,00 horas:

Pase de modelos ofrecido en los mismos almacenes y entrega de obsequios a las señoras.

21,30 horas:

Traslado al Teatro Pérez Galdós para presenciar la actuación del Ballet Contemporáneo de Las Palmas, bajo la dirección del Profesor Lorenzo Godoy y actuación de un afamado grupo folklórico. Probable final sorpresa.

DIA 10, a las 11,30 horas:

Excursión al sur de la isla, con baño y almuerzo previsto en el «Gran Hotel-Casino Tamarindos» de la Playa de San Agustín de Maspalomas.

Gran Tómbola, con magníficos regalos aportados por los Sres. Podólogos y Firmas Comerciales.

DIA 11, a las 22,00 horas:

Gran Cena de Gala y baile en los salones del Hotel Cristina.

FIN DEL CONGRESO



Mod. 101 "PE[illegible]



Mod. 102 "SESAMO"



Mod. 103 "CHARLY"



Mod. 104 "FE[illegible]



Mod. 105 "PITUSA"



Mod. 106 "SANDALIN"



Mod. 107 "BAMBY"

FIEL

calzado formativo

El calzado formativo "FIEL" ha sido diseñado bajo dirección médica para facilitar un desarrollo armónico y equilibrado del pié infantil en sus fases preandante y primeros pasos.

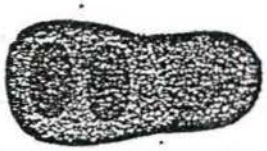
Es un calzado dotado de todos los requerimientos anatómicos, entre los que destacan la selección de materiales empleados en la piel, el forro y la suela, y todas las características que se destacan abajo.

Sujeción y consistencia en el talón.





Perfecto asiento del piso y tacón en un mismo plano.



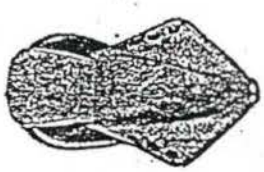
Amplia base de sustentación en tacón y piso dotado de parches de goma antideslizante.



Amplio alojamiento de dedos.

Flexibilidad a nivel del antepié.





Arco anatómico [illegible] evita elongaciones ligamentosas.

Calzado Formativo FIEL - Aptdo. 176 - Tel. (965) 80 37 91 - VILLENA (Alicante)

Programa Post Congreso (opcional) a la Isla de Tenerife

PROGRAMA PRELIMINAR

DIA 12, a las 11,30 horas:

Salida para la isla hermana de Tenerife, en el Jetfoil «Princesa Voladora».

13,00 horas:

Llegada al Puerto de Santa Cruz de Tenerife y recibimiento de los Podólogos tinerfeños.
Salida en autobuses para el Puerto de la Cruz, recibimiento en el Hotel Meliá, donde está previsto un bufet-almuerzo, y exhibición folklórica de un afamado grupo de esta capital.
Tarde libre. Se recomienda a los señores participantes que visiten facultativamente el magnífico «Jardín Botánico» de Aclimatación Internacional, Paseo de Colón, Lago Martiánez y Sala de Fiestas «La Isla».

DIA 13:

Día libre. Recomendamos para compras visitar los bazares indostánicos de Santa Cruz de Tenerife (capital de la provincia). Visitar el Valle de la Orotava y múltiples excursiones de las que seréis debidamente informados por la Agencia Oficial de Viajes Meliá.

DIA 14, a las 9,00 horas:

Excursión a Las Cañadas y Pico del Teide, el más alto de España (3.715 m.). Excursiones optativas en funicular al mismo cráter del volcán Teide.

16.00 horas:

Regreso al Puerto de la Cruz a través del frondoso y exuberante Monte de la Esperanza. Probable visita a la Fábrica de Cerámica La Calera.

DIA 15:

Traslado a la hora prevista al Aeropuerto Sur «Reina Sofía».
Regreso a sus puntos de partida.

FIN DEL POST CONGRESO

CARTAS DE CONGRESISTAS

	Ptas.
Agrupados	9.500
Agrupados sólo Actos Científicos	5.000
No agrupados actos científicos y sociales ...	15.000
Acompañantes	7.500
Estudiantes actos científicos y sociales tasa especial	7.000
Estudiantes sólo actos científicos	2.000
Sres. expositores, tasa especial	6.000

De los precios del Post Congreso en próxima circular seréis debidamente informados por la Agencia Oficial Meliá.

El pago de la inscripción debe efectuarse en cheque nominativo, conformado por su Banco y a nombre del XIV Congreso Nacional de Podología-Islas Canarias.

Por necesidades absolutas de organización, la fecha tope de inscripción será el 8 de septiembre y la del envío de comunicaciones (por triplicado) el 8 de julio, ambas improrrogables.

NOTA: Este programa podrá sufrir cambios, siempre que las necesidades de programación lo requiriesen.

El Comité Organizador

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 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

FILOGENIA DEL PIE HUMANO

Por. J. M. ALBIOL FERRER

EL PIE ES UN SISTEMA COMPLEJO, ESTADIO FILOGENETICO DE UNA EVOLUCION, SOMETIDO PERMANENTEMENTE A TENSIONES MUSCULARES MANTENEDORAS DEL EQUILIBRIO.

La historia del pie humano empieza en cierta época muy lejana, calculada en unos 350 millones de años, cuando el primer anfibio emergió de la superficie de las aguas.

Los embriólogos destacan una clara homología entre las aletas de los peces y las extremidades de los vertebrados terrestres. Nuestro pie sería el resultado de una evolución regresiva a partir de los múltiples huesos que forman sus aletas, pasando por la etapa de los 15 huesos tarsianos atribuidos a los diferentes anfibios.

Los miembros inferiores de los anfibios se componían de un muslo, una pierna y un pie pentadactíleo. De este esquema inicial se han aislado las diferentes extremidades de los animales terrestres superiores que hoy conocemos.

La evolución de la estructura locomotora muestra un aumento de la adaptación a la gravedad, y una eficaz movilidad mediante una redisposición de la musculatura, y reducción de las estructuras óseas.

Fue durante el período de transición del pie del anfibio al pie del reptil, cuando empezaron a tener lugar cambios importantes. Se desarrolló una flexión gradual, tanto en la rodilla como en el tobillo, mejorando el diseño óseo y los componentes musculares. Esto capacita al animal para levantar su cuerpo del terreno mejorando su forma de locomoción.

Una mejora posterior tiene lugar con el cambio de la posición de los muslos; éstos son desplazados hacia adelante y por debajo del cuerpo del ser ya completamente terrestre.

En los primeros mamíferos se produjo un refinamiento general de las partes esqueléticas del pie, con coaptación y unión de los huesos tarsianos, en tal forma que había que asegurar una unidad funcionalmente firme y eficiente.

Los primeros primates fueron cuadrúpedos, con ambas manos y pies adaptados para asir los objetos y para colgarse y balancearse de las ramas en su régimen de vida arborícola. Su calcáneo y astrágalo estaban bien desarrollados; el primero colocado por debajo del segundo para conseguir un apalancamiento eficaz. La flexibilidad del tarso fue transferida al metatarso y a los dedos, con aumento de la rigidez mediotarsiana.

El 1.º metatarsiano se vuelve independiente, móvil y prensil, así como estructuralmente más fuerte que el resto, estando dirigido hacia adentro en contraposición con los otros. El 2.º metatarsiano era mucho más largo que el 1.º, y también más grueso que actualmente, pues el apoyo predominaba allí. El 3.º, 4.º y 5.º metas decrecían gradualmente de longitud. El eje de los dedos era paralelo al eje del pie, que pasaba por el segundo metatarsiano, por ello los dedos eran aptos para levantarse sobre su punta.

En resumen, el pie de los primeros primates era grande, flexible, prehensil y plano, estando más desarrollada la región metatarsiana que la tarsiana.

La cúpula plantar apareció más tarde, cuando se adoptó la posición vertical.

La aparición de los primeros primates se cree acaeció hace unos 120 millones de años. La evolución fue lenta:

— Primeros primates 120 millones de años.
— Pre-antropoides 40 millones de años.
— Antropoides 38-39 millones de años.
— La divergencia entre los monos cuadrúpedos y [illegible] haber sido completa hace unos 25 millones de años.

En esta última fecha la línea pre-humana es parcial o totalmente terrestre y mayormente bípeda, por lo tanto es a partir de aquí cuando se inicia el perfeccionamiento del pie hasta nuestra estructura presente.

El gran salto de pasar de la posición cuadrúpeda a la bípeda no sólo originó transformaciones en el pie, sino en todo el aparato locomotor. El raquis sufrió un enderezamiento, lo que obligó a una redistribución del juego muscular de todos aquellos grupos que intervienen en la bio-función de la estática y de la dinámica.

Los antropoides alcanzaron un grado de desarrollo en el que se apreciaba la ausencia de


Crepe S.M.
Medidas 5 cms
Op-Site
Tensocrepe
Tensoplast
venda elastica
tiras
Tira 1 mt. - Tira 5 mt.

en la Revista "Current Podiatry"

Ventajas de la tenotomía en casos de circulación deficitaria del pie

La cantidad de sangre necesaria para un determinado músculo del pie está determinada por la clase de fibra muscular (roja o blanca).

Las fibras musculares rojas deben su color a la mioglobina que actúa como un reservorio de oxígeno para el músculo y así de esta forma, la hemoglobina puede llevar cuatro veces más oxígeno. Las fibras rojas permanecen en constante tensión y su función es aerobia y requieren una densa red de capilares y un constante aporte de oxígeno.

De otra parte la fibra muscular blanca no contiene hemoglobina y sus contracciones son solamente bajo demanda —estas fibras no permanecen en estado de contracción permanente—. Esto les permite una función anaerobia, si fuera necesario y requieren una red de capilares menos densa y mucho menos aporte de oxígeno.

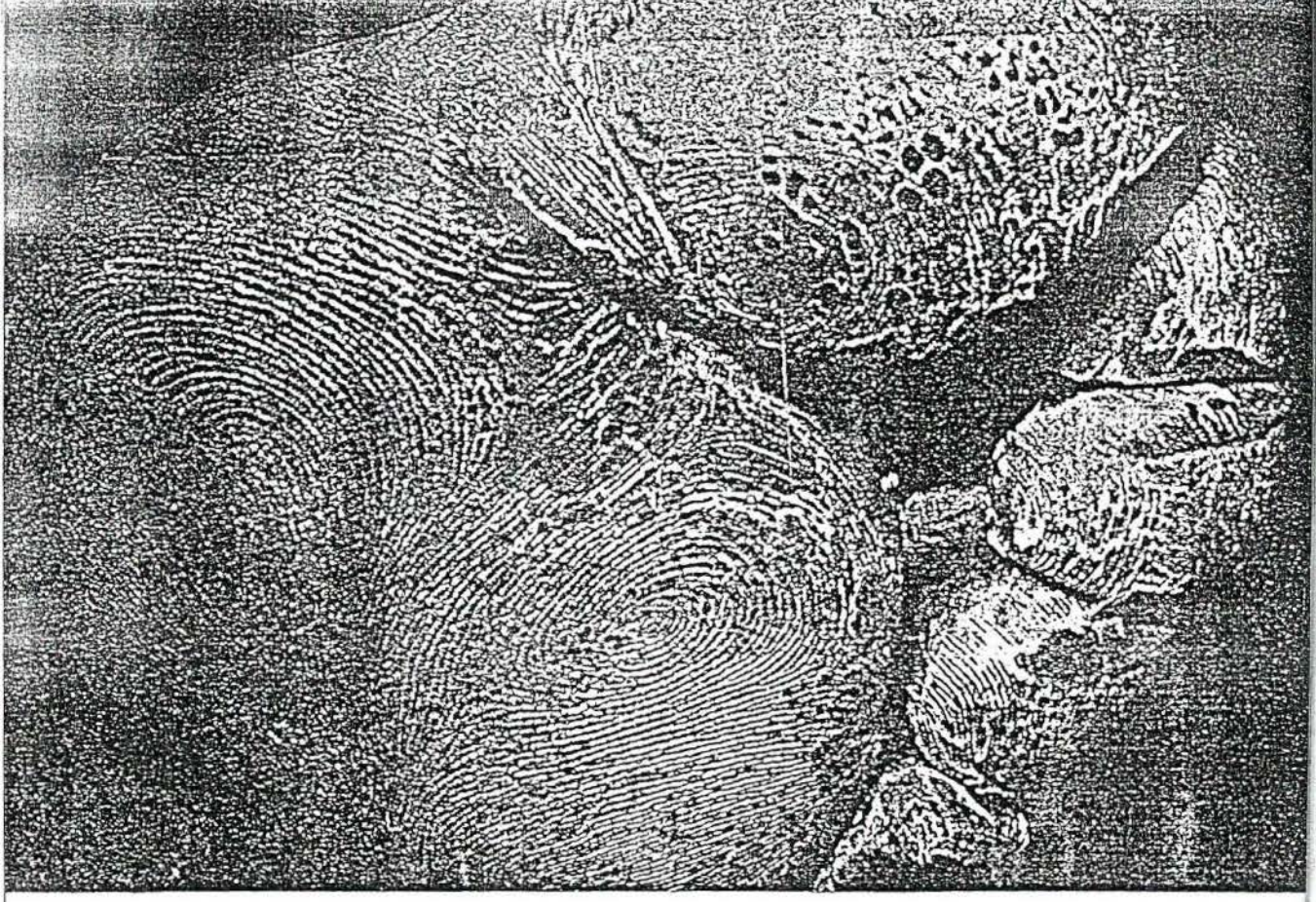
Cuando se corta el tendón para efectuar una tenotomía, las fibras rojas se convierten en fibras blancas, ya que desaparece la hemoglobina del cuerpo del músculo. Entonces el músculo convertido toma las propiedades del músculo blanco, requiere menos oxígeno y las necesidades de sangre disminuyen.

La ventaja para el paciente con circulación deficitaria en los pies (tales como claudicación intermitente, calambres nocturnos, isquiemia, etc.) es suficiente para considerar la tenotomía múltiple de flexores y extensores para compensar la disminución de aporte sanguíneo, permitir la deambulación con una demanda de oxígeno minimizada.

Para un estudio más profundo de este tema, ver «Phisiological basis of Medical Practice», 9.ª edición. Braebeck John R., Ed. Best & Taylor, Sección 1, página 112.

Nuestro agradecimiento al Dr. Howell Sherman D.P.M.A.A.F.S. de Lauderhill, Florida, precursor de esta técnica, investigador y practicante en su clínica desde hace 15 años.

L. AYCART, D.P.M. A.A.F.S.M.



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.

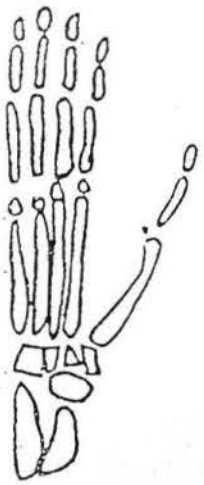
Efectos secundarios
No se han registrado irritaciones, molestias o sensibilizaciones dérmicas.

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.: 583 Ptas.
FUNGISDIN AEROSOL:
Frasco de 50 ml. P.V.P.: 307 Ptas.
FUNGISDIN GEL:
Tubo de 30 gr. P.V.P.: 335 Ptas.

Avda. Generalísimo Franco, 520
Barcelona-11

ISDIN



lordosis raquídea y de arcos plantares, mientras que existía una amplia curvatura cifótica de extensión dorso-lumbar, y poca diferenciación en la función prehensil de sus cuatro extremidades. Sólo en los primates de mayor tamaño se objetivaba ya una lordosis cervical más o menos pronunciada.

Por otra parte la pelvis fue sufriendo una antero-versión y aplanamiento antero-posterior, y como consecuencia de ello un estrechamiento del canal óseo del parto, circunstancia que explica la mayor dificultad en el alumbramiento para las hembras de los mamíferos bípedos.

Hace aproximadamente 60.000 años aparece el hombre del Neardenthal, con el abandono completo de la vida arbórea por la terrestre y la instauración definitiva de la marcha bípeda. Este importante acontecimiento modificó toda nuestra estática y dinámica. Para mantener el equilibrio es necesario una vigilancia muscular constante. Mientras que la mano se especializaba en la prehensión fina, el pie se adaptó a la función portante. Este hecho dominará en adelante su patología.

El paso del pronógrado a ortógrado condujo a una remodelación de las inserciones y trayectos musculares, y parece ser que toda la supervivencia del pie prehistórico reviste un carácter patológico debido a la necesidad de readaptación.

La bipedestación y la posición vertical permitió dejar en libertad a las manos para la iniciación de la cultura, y condujo al desarrollo de una organización social avanzada a través de nuevos tipos de caza y de reunión, hasta tal punto que se ha dicho que el Homo Sapiens adquiere su condición de tal gracias a la evolución filogenética de sus pies.

Según la «ley de WOLFF», «los huesos en su contorno externo y arquitectura interna se adaptan a la intensidad y dirección de las tensiones a las que están habitualmente sometidos»; por lo tanto, el pie tal como lo conocemos hoy consigue su naturaleza humana al agrandarse el calcáneo y los tejidos blandos circundantes para convertirse en el extremo posterior de una palanca, el peso incide en la región medio-tarsiana, y la región metatarso-digital comprende el punto de apoyo anterior.

Por las peculiares fuerzas de compresión y de tensión a que está sometida esta palanca nos aparace la característica configuración de las trabéculas óseas, las distribuiciones ligamentosas así como los trayectos mio-tendinosos y la aparición de lo arcos plantares.

El pie pre-antropoide y antropoide tiene un borde interno aplanado en contraposición con la construcción arqueada del pie humano actual. El prototipo primitivo fue muscular y flexible, mientras que la forma actual es rígida y ligamentosa, con sólo una mínima cantidad de musculatura intrínseca y una potenciación de la extrínseca.

El 1.º metatarsiano y 1.º dedo se ha paralelizado con respecto a los otros, y esta transformación ha conllevado la pérdida de su actividad prehensil potenciando la de apoyo.

En el gorila el calcáneo está inclinado en un ángulo de 70 a 73º; en el hombre del Neardenthal el ángulo es mayor, y en el hombre actual, HOMO SAPIENS, la superficie articular astrágalo-calcáneo es prácticamente horizontal,

Aun hoy el hombre no ha encontrado el equilibrio idóneo. La actitud erguida que adopta está sometida permanentemente a una serie de desequilibraciones compensadas por complejos mecanismos (balanceo de los miembros superiores durante la marcha, aplanamiento y caída anterior de la pelvis, lordosis lumbas, cifosis dorsal, lordosis cervical, etc.).

Si el hombre desafía orgullosamente a las fuerzas de la gravedad manteniéndose y desplazándose erecto, es gracias a estas compensaciones mencionadas, a la redistribución de su esqueleto y de sus músculos y a un complejo mecanismo de propiocepción que hace posible una vigilancia muscular y articular constante que permite en todo momento el precario equilibrio bípedo, debido a la escasa base de sustentación que éste le proporciona.

BIBLIOGRAFIA

«Patología del pie». (J. Lelièvre).
«Transtornos del pie» (J. Giannestras).
«Desviaciones sagitales del raquis». (S. Sastre-Fernández).

J. M. ALBIOL FERRER



Modelo 1.163



Modelo 1.112



Modelo 1.125
Ganador del OSCAR AL MEJOR DISEÑO DE ZAPATOS 1980 "ANATOMICO INFANTIL".

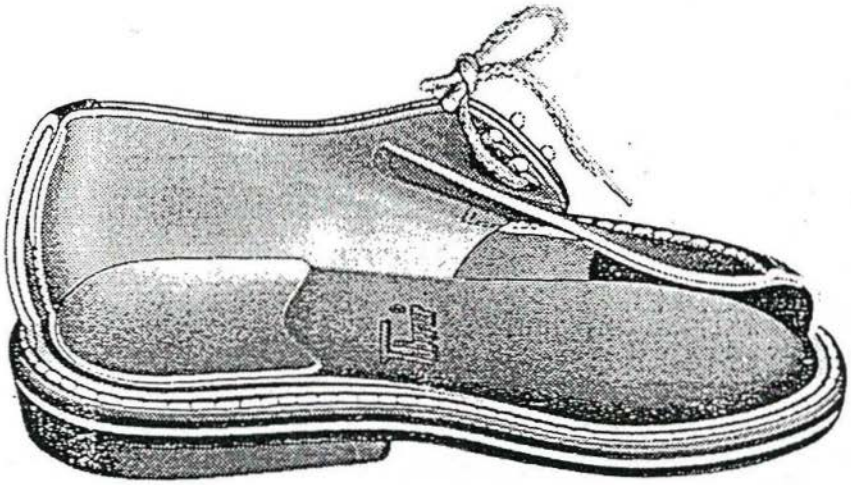


Modelo 1.093



Con un zapato al "desnudo", no hay sorpresas.

¡UNA BUENA BASE FACILITA UN FIRME APOYO!



Taberner®

GAMA DE MODELOS
- Zapatos (Blucher y mocasín)
- Botas - Bota sandalia
- Sandalias
- Mercedes

SUELAS
- Legítima Suela de Cuero
- Legítima Suela de Cuero flexible
- Suela de goma flexible

HORMAS
PARA INCORPORAR PLANTILLAS:
- Base planta con ancho normal
- Base planta más ancha
- Recta

NORMALIZADAS:
- Recta con capacidad normal
- Normal para pies sanos



OSCAR 1975, 1976 y 1980 y MENCION DE HONOR 1979, AL MEJOR DISEÑO DE ZAPATOS.

GREGORIO TABERNER S.L.
Wevler, 53
Teléfono: (971) 66 01 56
LLUCMAJOR (Mallorca)

Divulgación podológica para crear la necesidad social de la podología con la participación del podólogo, educación sanitaria podológica en beneficio de la humanidad

Por ENRIQUE GONZALEZ GOMEZ, Profesor y Subdirector de la Escuela Oficial de Podología de la Facultad de Medicina de Madrid

INTRODUCCION

Como hecho fundamental, toda actividad profesional, necesita una acción divulgadora de la misma. Creo que urge más de lo que parece. Por lo cual, tenemos todos que luchar. No se consigue nada *legislando disposiciones*, SINO DAMOS a conocer nuestra actividad profesional, por tanto, hay que renovar completamente la *arcaica* teoría de la *humildad y de la reserva;* que nos oprime y nos atormenta. No hay que preocuparse tanto, por el temor infundado de la crítica o del miedo al fracaso. Por supuesto, hay que ser *prudentes y efectivos*, pero también decididos. No hay que pensar en la competencia profesional como arma destructiva, por el contrario, debemos conseguir que los nuestros hagan lo que hacemos nosotros, y aún superarnos, por ser ésta la luz de la verdad. *Los fuertes de espíritu seguirán y los débiles se apartarán.* Pensar que lo que hagamos es para nosotros y para fortalecer la Especialidad.

Es necesario divulgar nuestros conocimientos científicos, técnicos y prácticos, para aplicar los medios profilácticos que debe conocer la *Sociedad*, desterrando la forma egoísta al pensar qué vamos a hacer después sino vuelven a nuestras consultas, pensando que se van a terminar los enfermos. Una idea totalmente equivocada, teniendo en cuenta que a medida que se instruya a la humanidad, haciéndola ver y comprender los peligros que *acechan* continuamente nuestra integridad física a los cimientos de nuestro organismo, con su correspondiente repercusión en la propia salud. *Una de las mayores y bellas virtudes del ser humano.* Frecuentarán nuestras consultas buscando *el confort de sus pies, valorando nuestra labor profesional.*

Conocido de todos es el dicho popular que «*el buen paño en el arca se vende*», que por suerte ha pasado de moda, por disponer hoy de medios de *difusión y divulgación* de gran utilidad, como lo están demostrando otras actividades de la medicina y otras profesiones y especialidades, con muchos más problemas sobre materia de competencia que nuestra Especialidad.

Hay que evitar la frase tan conocida de «*si yo lo hubiera sabido... tanto tiempo sufriendo de los pies*». Creo que esto es más que suficiente para darnos cuenta de la importancia que tiene *una divulgación, razonada y estudiada de una forma colectiva*, evitando la propaganda personal y unilateral, con los medios tan usados como: *los anuncios en los cines, los panfletos y demás medios*, con un costo alto y una efectividad mínima, que perjudica a la clase de una forma aterradora.

Directrices que hay que tomar según mi criterio para una campaña de divulgación popular máxima en el futuro:

PRIMERO: *Cooperación profesional* para mantener niveles de conocimientos podológicos interprofesional.

SEGUNDO: *Colaboración con las corporaciones estatales, paraestatales y privadas* (Escuelas profesionales, Colegios, Centros recreativos, instituciones oficiales, etc.).

TERCERO: Crear una *revista profesional* que llegue a todos los podólogos, sin discrimi-

SERVICIO DIRECTO DESDE LA FABRICA EN VILLENA

P.F

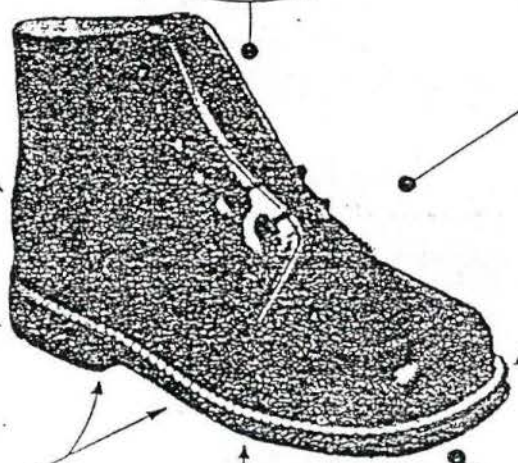
EL CALZADO ORTOPEDICO DE ESPAÑA

VENTA CON RECETA EN ORTOPEDIAS

20 AÑOS DE EXPERIENCIA en el diseño técnico ortopédico bajo dirección médica con el testimonio de más de 300 ortopedias repartidas por toda España.

CONTRAFUERTE DE HELFET indeformable rebatido a alta presión, (que no se debilita con el calor natural de la deambulación).

SERVICIO INMEDIATO mediante STOCK de gran capacidad. (Directo de fábrica).



TACON DE CUERO que permite adecuar el calzado prescrito con cuñas adicionales a las básicas (que llevan opcionalmente incorporados los distintos modelos).

Fabricación Exclusiva en DOBLE COSIDO visto por la suela que logra simultáneamente: gran FLEXIBILIDAD a nivel del antepié y extraordinaria CONSISTENCIA en talonera y enfranque

Perfecto ASIENTO del calzado en todos los modelos (tacón y piso en el mismo plano), aun cuando vayan provistos de cuñas básicas opcionales.

SUELA Y ENTRESUELA de crupón de cuero de curtición lenta natural, transpirable y repelente del agua.

MATERIALES de máxima calidad con un acabado en consonancia.

Dentro de nuestra experimentada y completa gama de calzado ortopédico, usted encontrará el modelo que requiera su prescripción. Este calzado cumple con todos los requisitos funcionales y biomecánicos que se exigen a nivel internacional, entre los que cabe destacar los que se indican en la figura superior. Ahora el calzado P-F es flexible, hay modelos en colores vivos y alegres e incluso de tipo deportivo. Pero sigue conservando su tradicional contrafuerte indeformable con el uso que soporta la tensión reiterada aun en casos de pies patológicos como el zambo o el plano grave.

Si no dispone del nuevo catálogo rogamos nos lo solicite mediante carta o simple llamada telefónica.



- HORMAS RECTA Y NORMAL PARA INCORPORAR PLANTILLAS.
- HORMAS PREANDANTES RECTA, NEUTRA Y CURVA.
- FERULAS DENIS-BROWNE.
- HORMAS RECTAS PRIMEROS PASOS Y ORTOPEDICA.
- HORMAS RECTA, SEMIAPROXIMADORA Y APROXIMADORA, DOTADAS DE SUPINACIÓN BÁSICA EN RETROPIÉ.
- HORMA SEPARADORA (ANTI-VARUS)
- HORMA SEPARADORA CON PRONACIÓN BASICA.
- HORMAS RECTA Y NEUTRA POST-QUIRURGICAS.
- ANCHOS E, F y G.
- TACON NEUTRO, THOMAS DIRECTO E INVERSO.

MANUFACTURAS ORTOPEDICAS P.F, S.A. Apartado, 43. VILLENA (Alicante) Telf. (965) 800191 - 802560 - 805212

nación y a ser posible gratuita. Sufragando los gastos de la misma con los anuncios de los laboratorios y demás formas comerciales vinculadas con nuestra profesión, donde podamos plasmar nuestras técnicas y estudiar de una forma colectiva nuestras campañas.

CUARTO: Estar alerta a las *llamadas colectivas* y apoyarnos hombro con hombro.

QUINTO: *Desterrar las individualidades y la actuación unilateral,* comprender que hay cosas que no se compran con dinero pero sí con amistad, por tanto, *rogar, pedir o exigir* mayor efectividad en los resultados positivos de las Instituciones que nos representan en la protección de la PODOLOGIA, sobre todo en la lucha por el INTRUSISMO, *cáncer* que está minando la salud de nuestros cimientos.

En estos artículos que vamos a tratar, seguramente son temas conocidos, pero estoy seguro que nos servirán de recuerdo y sobre todo de aporte y de estímulo para una mejor labor divulgadora a realizar.

LA SALUD DE LOS PIES DEBE ENTRAR EN EL HOGAR POR LA EDUCACION SANITARIA. El Podólogo, lo primero que tiene que hacer para que la salud de los pies *empiece en el hogar* es, obviamente, que en el hogar se sepa distinguir las prácticas y costumbres saludables, aquellas otras que, a la corta o a la larga son nocivas. *La familia,* tiene que tener una *conciencia serene y técnica,* que únicamente puede alcanzarse con el conocimiento y la información adecuada. Pocas son las familias que, en nuestro país, gozan de una *cultura sanitaria en general,* y nos atreveríamos a decir, que tampoco son muchas las que han incorporado hábitos fáciles y hasta gratos de higiene, que constituyen una verdadera prevención de un gran número de alteraciones patológicas del pie. Las circunstancias sanitarias debidas a la ignorancia, crea grandes problemas podológicos, *con repercusión en el rendimiento personal y comportamiento,* como consecuencia del impacto del dolor que en la mayoría de los casos se va acentuando y haciéndose irreversible al tratamiento.

La cultura sanitaria podológica y costumbres higiénicas, no son solamente el resultado de una educación específica y problemática, sino que principalmente son determinadas por *factores culturales, económicos, ambientales y sociales.* Pero la educación sanitaria podológica de una nación, comienza en particular, *en la familia, premisa indispensable para que la salud de los pies comience en el hogar, célula importante por su acción biológica en su desdoblamiento.* Podemos conceptuarla *decisiva* y *primaria* que, sin embargo, *en nuestro país no ha sido estudiado su problemática.* Faltando las *correspondientes campañas informativas, cuya trascendencia y necesidad social,* se percibe de un modo vivamente doloroso y que nosotros tenemos que vivir en nuestro quehacer diario, como por ejemplo: *el uso y abuso de las plantillas ortopédicas, el problema del calzado antifisiológico, el intrusismo profesional con sus correspondientes secuelas para el enfermo. El uso de medios empíricos, con su correspondiente problemática, el tratamiento standard de los medios en ortosis, por personal sin la formación técnica suficiente y con su correspondiente ánimo de lucro, como si se tratara de una máquina mecánica en la que las respuestas se adaptan de una forma u otra, según la habilidad de la persona encargada de efectuar su transformación o adaptación, etc.*

Nos parece, sin embargo, que para desarrollar esta labor educativa, no harían falta, ni grandes presupuestos de gastos, ni excesivos esfuerzos. Los medios de difusión de que actualmente se dispone, particularmente de la *televisión, la radio, prensa y revistas informativas,* pueden introducir *en casi todos los hogares españoles, una información sanitaria podológica inteligente, responsable y popular.* La medicina y la sanidad general, son temas tan enraizados en el hombre de nuestro tiempo, que en principio, la atención está asegurada. Un programa con estas características, muy bien podría cumplir con el ideal de educar deleitando.

Al abordar el estudio del pie en estado de salud y de enfermedad, es esencial tener en cuenta, *todas las virtudes que ha dotado la naturaleza al ser humano;* parece que la especie no está conforme y en desafío constante a la misma. No hacemos más que separarlos de los cauces naturales, creando problemas con la *civilización de competición y desafío,* para entrar en el *campo malsano o patológico,* tributo que pagamos en ocasiones muy caro; *con las modas, costumbres y ambiente de vida.*

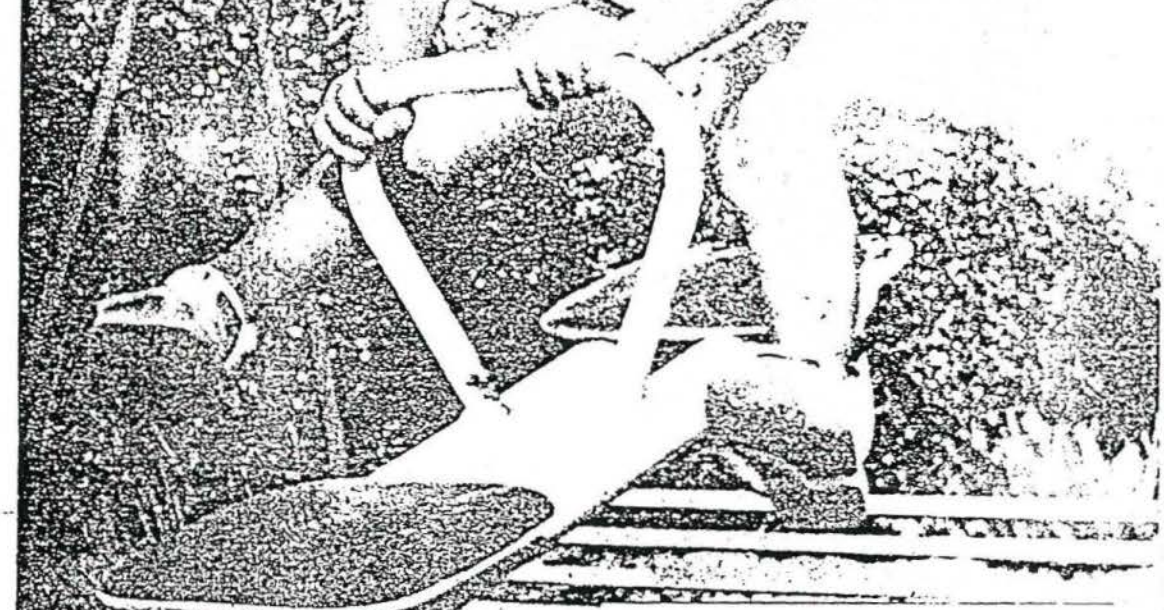
Si tenemos en cuenta todos estos problemas y analizamos sus consecuencias, *veremos que ninguna parte de nuestro cuerpo puede disociarse del organismo humano en conjunto,* si sufre una parte por pequeña que sea, sufre el resto del mismo. Todo tratamiento incorrecto de cualquier parte del pie, puede producir desde un cuadro de *septicemia* a una *gangrena* cor un final fatal, y el enfermo que no sea tomad: en cuenta su patogenia *diabética, fímica, luética, etc.,* al apreciar un *foco séptico* hasta qu

NO LO MANTENGA EN DIFICIL EQUILIBRIO



Mendivil

LE AYUDARA A DARLE LA CONFIANZA Y SEGURIDAD QUE NECESITA.



Orto-Mendivil s.l.

...ZADO CORRECTOR Y ...
PARA PLANTILLAS ESPECIALES...

El Aguacr, José Menor Hernández, s/n - Apartado 191 - Teléfono 80 13 77 - VILLENA

se manifiestan las alteraciones correspondientes, por sí misma en el pie. Es un enfermo con muy pocas posibilidades de éxito, por lo contrario, si es un campo apropiado de cultivo para el fracaso, con su correspondiente repercusión en nuestra conciencia y responsabilidad profesional. El podólogo, por consiguiente, está en la necesidad de cultivar una amplia observación de todos los síntomas y agregados a la incomodidad y dolencia del pie, de forma que el enfermo le pueda consultar con seguridad de manera inmediata, y en el caso que hubiere alguna induación, cuando la dolencia localizada intrapédicamente, sobrepase de las fronteras de la actuación del mismo, sea remitido al médico especialista correspondiente.

El pie tiene dos funciones importantes como todos sabemos y está constituido para realizarlas con un mínimo de esfuerzo. Las funciones son: *el soporte del peso del cuerpo y la locomoción,* para cumplir su cometido. En estas dos funciones, se han desarrollado los correspondientes sistemas de *suspensión y amortiguación,* formándose una serie de arcos *geométricos* para cumplir su misión.

En el cuidado de los pies ejerce una acción importante, la profilaxis de los mismos. La acción preventiva, es la parte de la Medicina de mayor interés, porque nunca deja secuela y evita los problemas de la *Medicina clínica* y no llega a la *rehabilitación,* aprovechando todas las posibilidades actuales. Aquí es cuando nos empezamos a dar cuenta de la misión que cumple una labor de divulgación y el interés social de la misma, *ya que según las modernas estadísticas, en todos los países civilizados, arroja entre un 80 a un 85 % de las personas que sufren de los pies.*

Se considera la patología del pie, más como tributo del pago que el *hombre civilizado* tiene que abonar por su desesperada lucha de *vanidad y desorden,* dentro de la propia naturaleza.

ENRIQUE GONZALEZ GOMEZ

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.

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 o 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.
276,— 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.
160,— Ptas.

INFAR NATTERMANN

Apartado 400 - Zaragoza Infanta Carlota, 84-88 Barcelona-29

Pensamientos al estilo gregueriano (III)

Por FERNANDO MUÑOZ CAMPOS
Podólogo — Málaga

1. El padecimiento de los pies, proporciona la venta de cosméticos faciales.
2. La ubicación de la prominencia del juanete en el zapato, forma su vivienda propia.
3. Muchas mujeres casadas, quisieran gozar también de los pies del marido.
4. El temor al torno del dentista y al del podólogo, se diferencia en que con este último no se abre la boca.
5. Cría cuervos y te sacarán los ojos. ¡Ojalá fueran los ojos de gallo!
6. El podólogo despide a un paciente: ¡Que sus pies lo pasen bien!
7. El escaparate es el STOP de los pies.
8. Similitud internacional: Pese a la diferencia de aves, el «ojo de gallo» español tiene mucho que «ver» con el «ojo de perdiz» italiano.
9. Se oye decir; estos pies no ayudan. (Hay que cambiar la oración de activa por pasiva).
10. El interior del zapato es el nido de los callos.
11. Los pies doloridos ceden el paso a los que no lo están.
12. El pie no tiene parangón con nada, excepto con otro pie.
13. Los padecidos pies acordaron caminar sólo por la calle de la Amargura.
14. Las uñas onicogrifósicas son los cuernos de los pies.
15. Los pies no tienen destino, caminan hacia lo infinito.
16. Los podólogos son quienes más callos tienen... de los pacientes.
17. Los teatros y los cines, proporcionan alivio a los pies.
18. Cuando los pies se ponen imposibles, se camina con los «ojos de la cara».
19. ¡Usted perdone! (alguien pisó el pie de otro).

Al cerrar estos pensamientos, expreso mi sencillo homenaje a la memoria de D. Ramón Gómez de la Serna, con una greguería que le pertenece y que dice: «Quien se haga leer las líneas de los pies, evitará tropiezos y descarrilamientos».

PIEDRO

OFRECE AL PODOLOGO:

el calzado anatómico-fisiológico
número uno de Europa

cuatro distintos anchos
cuatro tipos distintos de suela

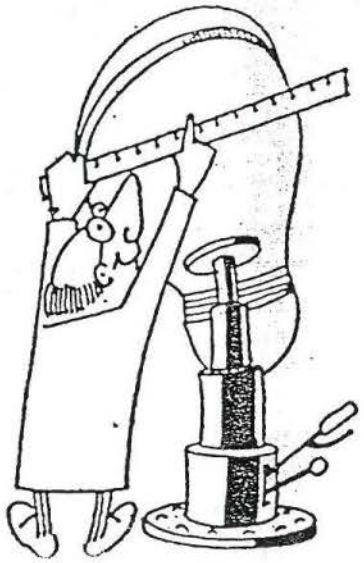
— 100 % cuero crupón marca-royal
— palmilla entresuela cuero y bloque de composición controlada
— íd., íd., íd. y crepé superior virgen
— 100 % cuero crupón reforzado

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:

Espacio para colocar plantillas
Máxima sujeción de empeine y retropie
Espacio para el movimiento de dedos
Máxima calidad de materia:
Espacio para el crecimient.
Máxima indeformabilidad



PIEDRO INTERNATIONAL

En España
J. L. Vila-Plana
Conde Borrell, 87, 2.°
teléfono 93/239 53 06
Barcelona-15
telegramas: KIRITA-Barcelona

EL PODOLOGO ANTE EL MAL PERFORANTE PLANTAR

Por ANTONIO RODRIGUEZ SANTANA
Podólogo
Arucas — Las Palmas

Sr. Presidente, Sres. de la mesa, queridos compañeros, Sras. y Sres.:

El presente trabajo se lo ofrecemos a todos los compañeros Podólogos que por su dedicación íntegra, veraz y capaz a la verdadera Podología caminan por los difíciles derroteros profesionales sin ayudarse de artilugios comerciales más o menos ajenos a la profesión y la ejercen en toda su amplitud sin quedarse recostados al amparo de la fácil y rentable quiropia o pedicuría.

«EL PODOLOGO ANTE EL MAL PERFORANTE PLANTAR»

Comenzaremos con una breve exposición de cómo varios autores actuales, han descrito el Mal Perforante Plantar.

DEFINICION

Según Lelièvre, «es una úlcera trófica que se localiza en los puntos de presión». (1)

Para Viladot, «es una ulceración tórpida e indolora, rodeada por una zona de hiperqueratosis, localizada generalmente en el antepié (2), especialmente en la cara plantar de 1.º dedo (3) o a nivel de cabezas de 1.º y 5.º metas (4). Inicialmente suele ser unilateral».

El americano Irving Yale la define como «una úlcera caracterizada por la presencia de una perforación desde una superficie tisular, pasando a través de ella hasta la superficie opuesta».

Elbaz y Vilain dicen que «es una úlcera de presión en territorio insensible».

Siguiendo los maestros internacionales, nos encontramos con que Levin y O'Neal la describen como «una úlcera indolora crónica de la planta del pie (5), situada comúnmente sobre la cabeza de 1.º, 2.º ó 3.º metas».

ETIOPATOGENIA

Los trastornos tróficos en Podología son debidos a:

1.º Diabetes, en el 40 % de los casos.
2.º Acropatía Ulcero-Mutilante: Esporádica, Sintomática o Familiar.
3.º Trastornos vasculares.
4.º Traumatismos neurológicos de extremidad inferior.
5.º Presiones mecánicas indebidas.
6.º Tratamiento indebido con cáusticos físicos o químicos.
7.º Radioterapia.
8.º Lepra.
9.º Tabes.
10.º Sífilis (aunque rara).

Como factores predisponentes podríamos citar:

1.º Etilismo crónico.
2.º Bajo nivel social.
3.º Antecedentes de congelación.

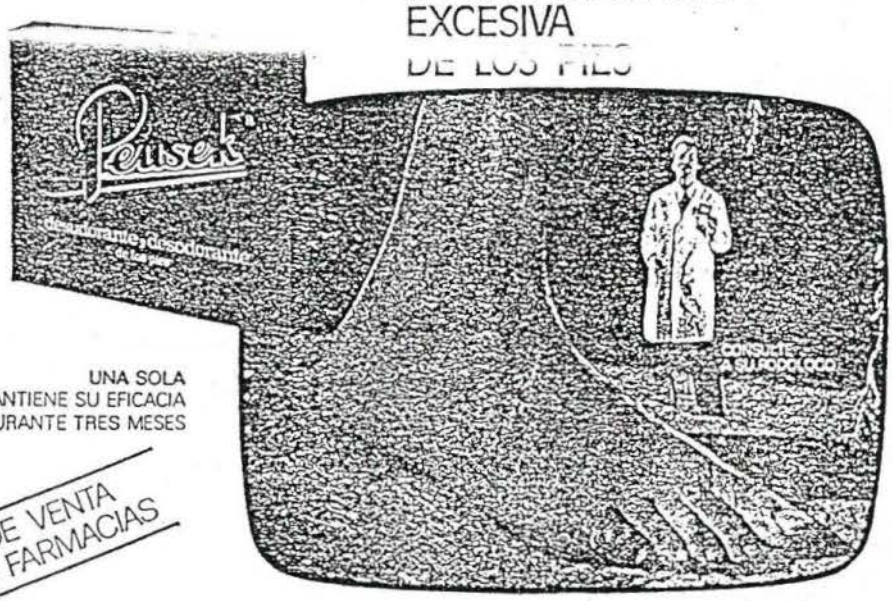
SINTOMAS

1.º Ulcera de fondo fungoso (63, con o sin fistulación (7 y 8).
2.º Bordes recortados a pico (9).
3.º Anestesia. O hiperestesia en caso de radiodermitis.
4.º Lesión circunscrita por una capa hiperqueratósica (10 y 11).
5.º Hiperhidrosis en la zona periférica.
6.º Infección sobreañadida bacteriana o micótica (12).
7.º Lesiones osteoarticulares subyacentes que no guardan relación cronológica con la aparición de la úlcera.
8.º Se da en personas de mediana o avanzada edad (13 y 14).
9.º El índice oscilométrico casi nunca está disminuido.

EVOLUCION

Con motivo de un pequeño traumatismo, de la resección imprudente de un heloma o al aplicar un cáustico en dicha zona, el proceso co-

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



mienza con *una flictena* seguida de una escara (15), o con una dureza indolora (16) en donde seguirá después la úlcera. La piel circundante se engruesa y se sobreañade una infección (17), siendo cada vez más difícil obtener la cicatrización a medida que pasa el tiempo.

Durante un período largo, la penetración profunda puede quedar limitada a la piel y al tejido subcutáneo (18). La aponeurosis plantar es especialmente deficitaria sobre las cabezas metatarsales. El tendón flexor puede formar entonces la base de la úlcera. A pesar de la presencia del tendón flexor en la úlcera, no suele ocurrir generalmente una tenosinovitis aguda ni propagación a los espacios plantares con la formación de un absceso agudo. La progresión lenta de la úlcera, a menudo en pies con circulación adecuada, permite la formación de tejido fibroso por delante de la úlcera. Llegan a obliterarse las vainas tendinosas y los espacios tisulares. El tendón flexor llega a fijarse a su vaina y a la cápsula y periostio de la articulación metatarso falángica subyacente. Finalmente, el tendón se erosiona y la articulación puede ser asiento de artritis séptica.

A medida que progresa el proceso, la artopatía aumenta y resultan destruidas completamente, por osteolisis progresiva, varias falanges quedando las diáfisis de los metas afiladas (19), con el aspecto típico «de caramelo chupado».

Episodios de latencia alternan con brotes de infección y periódicamente el pie se vuelve rojo y tumefacto.

Estas úlceras son una complicación relativamente precoz de la diabetes, antes de los diez años de su comienzo.

La circulación arterial es comúnmente buena, pues de lo contrario no se toleraría esta infección. La gangrena propagada en sentido radical a partir del centro del Mal Perforante Plantar significa a menudo, que ha ocurrido la oclusión de un vaso importando (femoral superficial, poplítea) a un nivel elevado de la pierna.

LOCALIZACION

Clínicamente el Mal Perforante Plantar se presenta en las zonas de sobrecarga; más exageradas con el calzado convencional.

Si el pie tiene el apoyo metatarsal arqueado, la lesión se halla debajo de la cabeza de los metas 1.º y 5.º (20). Si se trata de enfermos que tienen un síndrome de insuficiencia del 1.º meta (21), la úlcera aparece en la porción media del antepié. Constituye causas directas, la presión sobre un heloma (22) o durezas sobre el 1.º y 5.º dedos, la presión y fricción sobre el talón y extremos de los dedos.

Son también puntos comunes de localización:

a) Las cabezas medias metatarsales (por hiperpresión) en un antepié redondo (23).
b) Diversas zonas del antepié, debido a un desequilibrio del mismo por desigualdad de longitud de los metas o por fijamiento aislado de uno de ellos.

Tomaremos la precaución de localizar la lesión con un cerclaje metálico (24) que corresponda a límite de la ulceración y que se proyecta en la radiografía dorso-plantar del antepié, con el fin de detectar las lesiones osteoarticulares anteriormente descritas.

TRATAMIENTOS PROPUESTOS HASTA AHORA

1.º El reposo es la primera medida que en general se propone como tratamiento, sobre todo en los casos en que la lesión está en un *estadio* precoz. Sin embargo muchos coinciden en que casi siempre es ineficaz.

2.º El tratamiento quirúrgico que va desde la resección de la superficie de la herida hasta la amputación, pasando por las plastias cutáneas, la resección de exóstosis, la corrección de deformidades, las resecciones osteoarticulares, la neurolisis del nervio tibial posterior a nivel del canal tarsiano, la realineación metatarsal, etc., cuenta con gran número de partidarios.

3.º El tratamiento antidiabético, el control de peso, la aplicación de antibióticos, de fermentos proteolíticos y de prótesis de descarga, se mencionan sin demasiada convicción y todos coinciden en las constantes recidivas si el tratamiento no es quirúrgico.

Hasta aquí lo descrito por los diferentes autores antes mencionados. No obstante, sin ningún ánimo de polemizar y con todos nuestros respetos, que por su renombre y categoría profesional nos merecen estos autores, hemos de decir que estamos esencialmente en desacuerdo en muchos e importantes matices en lo que se refiere a esta enfermedad.

Vamos a analizarlos:

En primer lugar nosotros definiríamos el Mal Perforante Plantar como «una úlcera tórpida crónica, *casi* siempre indolora, de bordes irregulares (25) y fondo fungoso (26), con un *olor* peculiar, acompañada de edema periférico y una zona hiperqueratósica circundante, que se localiza en los diferentes puntos de presión»

Ante la afirmación de que «inicialmente suele ser unilateral» hemos de aclarar que en nuestra casuística disponemos de múltiples casos (27) que no se cumple este principio (28).

Con respecto a su etiopatogenia, un factor tan importante como es: los microtraumatismos de repetición no aparecen reseñados a pesar de que su importancia es evidente en el desencadenamiento de la enfermedad.

En el apartado de «factores predisponentes» nadie constata el hecho de que el Mal Perforante Plantar se da con mayor frecuencia en las zonas de clima tropical.

En cuanto a su localización estamos globalmente de acuerdo haciendo la salvedad de que puede tener asiento en «cualquier punto de apoyo o roce» (29, 30, 31 y 32).

Especial atención nos merece la opinión, unánimemente compartida de que este Mal es de peor pronóstico y de que su cicatrización es más difícil a medida que pasa el tiempo, ya que en nuestra modesta experiencia hemos podido observar que la cronología no es un factor condicionante para la curación total. Observen el tiempo de curación de esta paciente, que padecía desde hace años este proceso (33, 34 y 35).

Por lo que respecta al tratamiento, para la mayoría de los autores, el reposo es esencial en la curación del Mal Perforante Plantar, incluso, algunos de ellos como Voutey advierte que éste no es suficiente en absoluto para lograr la curación.

Por nuestra parte hemos observado que el reposo es totalmente innecesario, ya que todos los pacientes atendidos en nuestra consulta (lógicamente en régimen ambulatorio) han realizado una vida completamente normal, durante el tiempo que ha durado el tratamiento.

Sobre el tratamiento quirúrgico, opinamos que es totalmente innecesario, no sólo por los riesgos que conlleva, sino porque los resultados no siempre son los apetecidos y las técnicas quirúrgicas no muy fáciles de llevar a la práctica. Más, aún, después de haber conseguido de una forma totalmente incruenta los resultados que van a ver a continuación.

En cuanto a los resultados del tratamiento protésico y de antibioterapia, habrán podido observar en sus consultas, cómo por sí solos son totalmente ineficaces.

A continuación pasamos a describir el tratamiento que realizamos a estos enfermos y los resultados que con él hemos obtenido:

Una vez diagnosticado el proceso, comenzaremos a deslaminar la zona hiperqueratósica hasta su total eliminación. Esta maniobra nos pondrá al descubierto la úlcera en toda su magnitud. A continuación procederemos al lavado de la lesión con agua destilada. Si la herida lo permite por su profundidad, introduciremos el agua destilada mediante una jeringa estéril, sin aguja, es decir, aplicando el cono directamente sobre la oquedad.

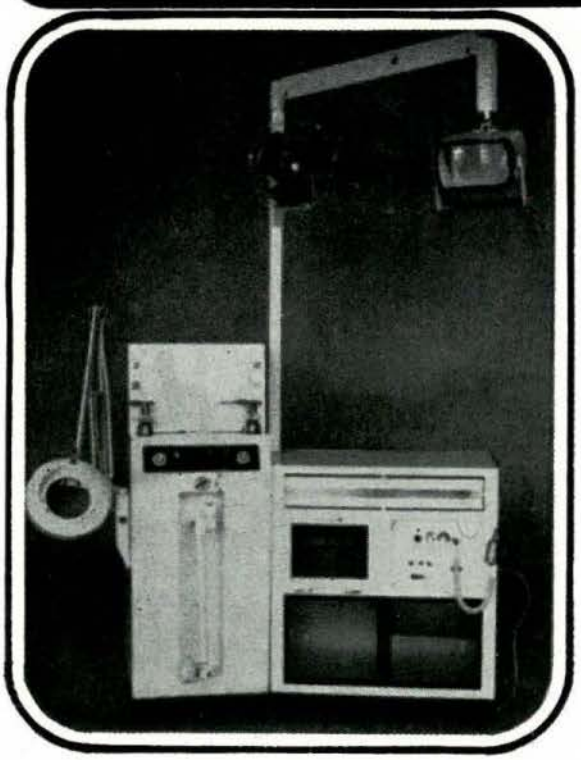
Posteriormente realizaremos un secado mediante gasas estériles; una vez hecho esto aplicaremos en la parte afecta y mediante el mismo procedimiento que en el lavado, enzimas proteolíticas, colocando un vendaje oclusivo y repitiendo la cura cada 24 horas.

ANTONIO RODRIGUEZ SANTANA

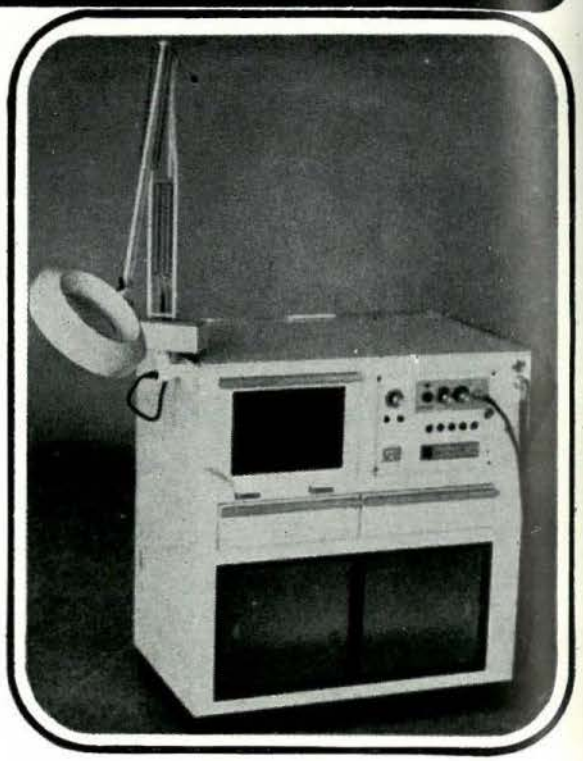
REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

A. P. E. Julio-Agosto
n.° 82 1981

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:
Avda. de la Generalitat, 31, át., 1.ª
Santa Coloma de Gramanet (Barcelona)

Director:
Zacarías García Andrés

Subdirector:
Pablo Vilató Ruiz

Redactor jefe:
Martín Rueda Sánchez
Avda. de la Generalitat, 31, 1.°, 1.ª
Santa Coloma de Gramanet (Barcelona)

Administrador:
Manuel Gavin Barceló
Rda. Guinardó, 23, 1.°, 2.ª, Barcelona-24

Publicidad:
Publicidad Permanyer
Mallorca, 310, ático, Barcelona-37

Imprime:
Gráficas Fomento
C. Peligro, 8. Barcelona-12

Depósito Legal:
B - 21972 - 1976
ISSN - 0210 - 1238

SUMARIO

3 **Junta de Gobierno**

5 **Editorial**

7 **Creación del Premio Nacional de Investigación Podológica**

11 **Exostosis en Podología**

17 **«Podólogo» y «Podología» reconocidos por la Real Academia**

19 **Introducción a la técnica de la mínima incisión en Podología**

29 **Necesidad de la Podología y del Podólogo en la Seguridad Social**

31 **Griseofulvina como antimicótico**



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

Presdte. Nacional	D. ZACARIAS GARCIA ANDRES	Madrid
Vice-Presidente 2.°	D. JUAN JOSE ARAOLAZA	Eibar
Secretario General	D. JOSE A. CALVO GARCIA	Zaragoza
Vice-Secretario	D. FRANCISCO MORAN VENTURA	Las Palmas G. Canaria
Tesorero	D. MANUEL GAVIN BARCELO	Barcelona
Contador	D. LUIS AYCART VIJUESCA	Madrid
Vocal 1.°	D. JUAN VIDAN TORRES	Santiago de Compostela
Vocal 2.°	D. JOSE OLCINA MORALES	Alicante
Vocal 3.°	D. MANUEL TERRON SANGUINO	Badajoz
Vocal 4.°	D. JOSE M.ª BAEZ BASAURI	Bilbao
Vocal 5.°	D. PEDRO M.ª GALARDI ECHEGARAY	Bilbao
Vocal Nato	D. MARIANO RODRIGUEZ ESTEBAN	Madrid
Vocal Nato	D. JOAQUIN SOLE CUCH	Barcelona
Vocal Asesor Docencia	D. FRANCISCO MAÑE DOMINGO	
Vocal Asesor Docencia	D. ENRIQUE GONZALEZ GOMEZ	
Vocal Revista	D. MARTIN RUEDA SANCHEZ	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. Juan José Araolaza. Bidebarrieta, 4. EIBAR (San Sebastián).
D. José Sánchez Luna. Avda. Cataluña, 24. ZARAGOZA.
D. Joaquín Solé Cuch. C. Príncipe de Viana. GRANOLLERS (Barcelona).

DELEGADOS PROVINCIALES

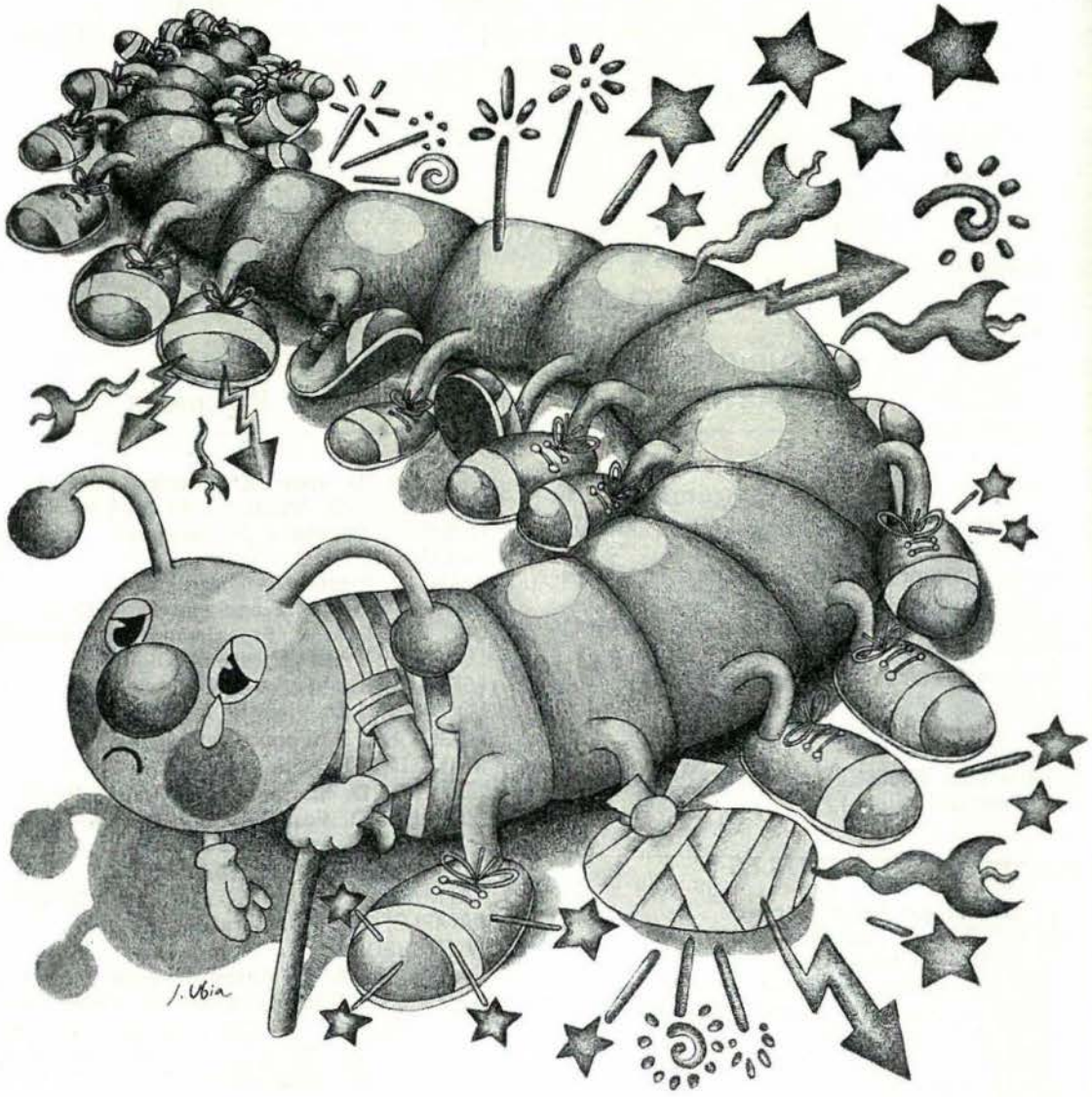
ALAVA: **D. Antonio Nogal Benito.**
ALBACETE: **D. Luis Juan Navarro.**
ALICANTE: **D. Juan José Iborra.**
ALMERIA: **D. Esteban de Haro.**
ASTURIAS: **D. José Luis Alonso Alvarez.**
BADAJOZ: **D. José Villafaina de la Cruz.**
BARCELONA: **D. Joaquín Solé Cuch.**
BILBAO: **D. Pedro M.ª Galardí.**
BURGOS: **D. Elías Hernando Tamayo.**
CACERES: **D. Carlos Saguillo Núñez.**
CADIZ: **D. Manuel Albalá Valle.**
CASTELLON: **D. José Aguilar Beltrán.**
CIUDAD REAL: **D. Luis Barba Vázquez**
CORDOBA: **D. Máximo González Jurado.**
GERONA: **D. José M.ª Bosch Doménech.**
GRANADA: **D. Manuel Ruiz Morales.**
HUESCA: **Delegado de Zaragoza.**
HUELVA: **D. Jesús Tocino.**
JAEN: **D. 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: **D. José Iniesta Gallego.**
ORENSE: **D. Elisardo Bralo Rego.**
PALMA DE MALLORCA: **D. José Claverol Serra.**
PAMPLONA: **D. J. Sarasa Moneo.**
PONTEVEDRA: Sin Delegado Provincial
SALAMANCA: **D. Antonio Basas Encinas.**
SAN SEBASTIAN: **D. Sebastián Tenés Iturriza.**
STA. CRUZ DE TENERIFE: **D. Armenio Méndez.**
SEGOVIA: **D. Francisco García Rodríguez.**
SEVILLA: **D. 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. Julio Barra del Molino.**

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

Aplíquese 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 abi... ni mucosas.

Incompatibilidades

Ninguna conocida.

KALIFARMA, S.A.

EDITORIAL

El verano trae consigo la liberación del individuo, que huyendo de las grandes urbes toma las más variadas direcciones en busca de cambiar el quehacer cotidiano, unas veces por paz y sosiego, otras por bullicio y tumulto, aunque ambas se llamen «vacaciones». De todas formas, sea una u otra la forma elegida, los resultados son idénticos o parecidos en cuanto a procurar una descarga tensional y coger nuevas fuerzas para reemprender otra vez el periplo de un largo año. Así, decimos que la persona se «relaja», pero la verdad es que se trata de una terminología inexacta si hacemos referencia a los pobres y sufridos pies, los cuales, son sometidos generalmente a las mayores inclemencias sin que por ello se quejen. Esta mayor actividad del pie, consecutiva al traslado de la persona se realiza de las más variadas formas imaginables. Desde los «autostopistas», a veces medio descalzos algunos, pero cargados la mayoría, hasta los campistas de playa o montaña, que con frecuencia practican cierto nudismo, entre otras cosas, de sus pies, sometidos además a las irregularidades del terreno, tanto en el sentido literal de la palabra, como en el sentido microbiológico, caminando sobre verdaderos caldos de cultivos, en campings, piscinas, playas, o por dentro de las propias ciudades, con el pie expuesto a las acciones yatrogénicas de una forma casi constante. A pesar de todas estas circunstancias, se da la especial de que el pie, generalmente, aguanta sin quejarse en gran número de pacientes, mientras que otros han de venir a consulta antes de marchar para «practicar la puesta a puto», debiendo volver una vez finalizada la época vacacional para «reparar» las consecuencias. Podríamos casi asegurar que las personas que durante el verano se ven menos aquejadas de alteraciones podológicas son las pertenecientes al sexo femenino, cuya justificación se halla sin lugar a dudas en que han practicado la «liberación de sus pies» de un calzado irracional y unos pavimentos lisos y antifisiológicos o la tensión constante de un trabajo estático.

De todo ello podemos sacar una conclusión, cual es que no todos los pies con patología son patológicos, sino, sencillamente, «maltratados». Por esas causas, ocurre la extraña circunstancia de que los pacientes se dividen, como el turismo, en pacientes de verano y pacientes de invierno, más un tercer grupo, que no guarda relación con una u otra época, que generalmente, es el que de verdad tieen una causa intrínseca podológica y no inherente a las adversidades sobre todo de las tendencias de la moda en el calzar, o de la necesidad social de trabajar.

NOTA DE REDACCION

Por error de impresión, en la revista pasada, N.º 81, constaba en portada «MARZO-JUNIO», cuando en realidad debía constar «MAYO-JUNIO». Pedimos disculpas por este error, totalmente ajeno-a esta Redacción.

Gracias.

PIEDRO

OFRECE AL PODOLOGO:

el calzado anatómico-fisiológico número uno de Europa

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:

Espacio para colocar plantillas
Máxima sujeción de empeine y retropie
Espacio para el movimiento de dedos
Máxima calidad de materia
Espacio para el crecimient
Máxima indeformabilidad



PIEDRO INTERNATIONAL

En España
J. L. Vila-Plana
Conde Borrell, 87, 2.°
teléfono 93/239 53 06
Barcelona - 15
telegramas: KIRITA-Barcelona

Comunicación a cargo del Presidente de la Agrupación de Podólogos, D. Zacarías García de Andrés.

"Creación del Premio Nacional de Investigación Podológica"

ASAMBLEA NACIONAL DE PODOLOGOS

MADRID, 7 Y 8 DE FEBRERO DE 1981

La Asamblea Nacional de Podólogos, consciente de la transcendencia de los problemas podológicos que afectan a la humanidad, a propuesta de Don Zacarías de Andrés, Vicepresidente Primero Nacional de la Agrupación de Podólogos de España, aprobada por unanimidad por la Junta de Gobierno y Delegados Provinciales de la misma, acuerda convocar anualmente y con carácter perpetuo, un Concurso de Investigación Podológica, que, en justo reconocimiento a la probada vocación; permanente espíritu de servicio; dilatada vida de dedicación, laboriosidad y sobresaliente contribución al progreso y engrandecimiento de la Podología española y su proyección internacional; al indiscutible y sólido prestigio personal alcanzado en el desempeño de los más importantes cargos nacionales y extranjeros de la especialidad, y a los demás méritos humanos que en él concurren, lleve incorporado desde su creación y en todas sus periódicas y sucesivas convocatorias el nombre de LEONARDO ESCACHS.

En consecuencia, y en virtud de lo anteriormente expuesto, el citado Concurso será denominado:

PREMIO NACIONAL DE INVESTIGACION PODOLOGICA LEONARDO ESCACHS

cuya cuantía ecónomica, determinada al efecto, así como los gastos de divulgación inherentes al mismo, correrán a cargo de la Tesorería del máximo organismo oficial representante de la profesión de Podólogo, existente en cada momento en el ámbito nacional.

ANTEPROYECTO

El Concurso se regirá por las siguientes

BASES GENERALES

1. — Se otorgará un premio al mejor estudio realizado en España sobre PODOLOGIA. Aun cuando la intencionalidad inicial del Concurso sea la de premiar el mejor trabajo anual sobre tema libre, la Asamblea Nacional, a propuesta de la Junta de Gobierno del máximo organismo oficial de Podología, podrá determinar tema específico para el Concurso anual siguiente, si se considera de interés y actualidad.

2. — Podrán participar en el Concurso todos los Podólogos sin excepción, con ejercicio en España, que lo deseen, solos o agrupados en equipos.

3. — Los trabajos que opten al Premio LEONARDO ESCACHS habrán de ser necesariamente originales, no admitiéndose aquellos que hayan sido ya comunicados y/o publicados en todo o parte. No se limita la extensión de los mismos.

4. — Los participantes enviarán sus trabajos por triplicado, mecanografiados a doble espacio, al domicilio oficial del máximo organismo Podológico, indicando en el sobre: «Para el PREMIO LEONARDO ESCACHS». El sistema será el de lema y plica, siendo causa de eliminación cualquier indicación sobre el nombre del autor o autores, o referencia en el texto que pueda identificar a los mismos. La fecha límite para la recepción de trabajos será la correspondiente a los dos meses juntos e inmediatamente anteriores a la fecha de celebración de la Asamblea Nacional Anual. En el supuesto de que algún año, por causas de fuerza mayor o por las que fuere, no pudiese celebrarse dicha Asamblea, la Junta de Gobierno del máximo organismo Podológico, excepcionalmente, podrá fijar la fecha límite de recepción. En todo caso, los trabajos recibidos después de la misma quedarán para el Concurso siguiente, pudiendo ser

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





DE VENTA
EN FARMACIAS

CONSULTE A SU
PODOLOGO

Productos PEUSEK Av. Infanta Carlota, 19 21 Tel. (93) 239 83 34 - BARCELONA - 29

retirados, opcionalmente, por su autor o autores.

5. — El Jurado Calificador estará constituido por cinco Podólogos. A saber: tres Delegados o Presidentes Provinciales de Podología, designados por la Asamblea Nacional inmediatamente anterior al Concurso del año en curso; un Profesor de la Escuela de Podólogos de Madrid y otro de la de Barcelona, designados por sus respectivos Claustros de Profesores. En caso de producirse el supuesto del apartado anterior, la Junta de Gobierno, también con carácter excepcional, podrá designar los tres Delegados o Presidentes Provinciales que han de constituir el Jurado.

   Contemplando la posibilidad futura de creación de nuevas Escuelas de Podología, la Asamblea Nacional decidirá, de entre las existentes, las dos que han de designar su Profesor para la constitución del Jurado calificador del premio anual de que se trate. Actuará de Secretario de dicho Jurado, sin voz ni voto en las deliberaciones del mismo, el Tesorero Nacional del repetido máximo organismo oficial o un representante de su Tesorería por él designado. Los nombres de los miembros de este Jurado se harán públicos una vez otorgado el premio o premios, el o los cuales serán entregados en el Congreso Nacional de Podología inmediato.

6. — El premio consistirá en Diploma o Placa y ..... Ptas. en metálico, más dos accecits consistentes en Diploma y ..... Ptas. cada uno. La Asamblea Nacional, a propuesta de la Junta de Gobierno del máximo organismo, podrá ir actualizando, siempre que lo juzgue necesario, la cuantía de los premios.

7. — Si la calidad de los trabajos presentados obligara a declarar desierto el premio o los accesits, el importe económico del o de los mismos, será custodiado por Tesorería Nacional hasta que la próxima Asamblea Nacional determine su destino.

8. — A criterio del Jurado Calificador, y de acuerdo con el Tesorero Nacional y V.° B.° de la Junta de Gobierno, los accesits podrán ampliarse si hubiera suficiente número de trabajos con calidad merecedora de premio. El primer premio no podrá fraccionarse, pero sí declararse desierto conforme a lo que indica el apartado anterior.

9. — Los trabajos premiados quedarán de propiedad del máximo organismo oficial de Podología, quien podrá decidir sobre su publicación en España y en el extranjero, divulgarlos, traducirlos a otros idiomas, cederlos a terceros, etc.

10. — El fallo del Jurado Calificador será inapelable. No se mantendrá correspondencia sobre el Concurso.

11. — El mero hecho de participar en el Concurso significa la plena y total aceptación de estas BASES.

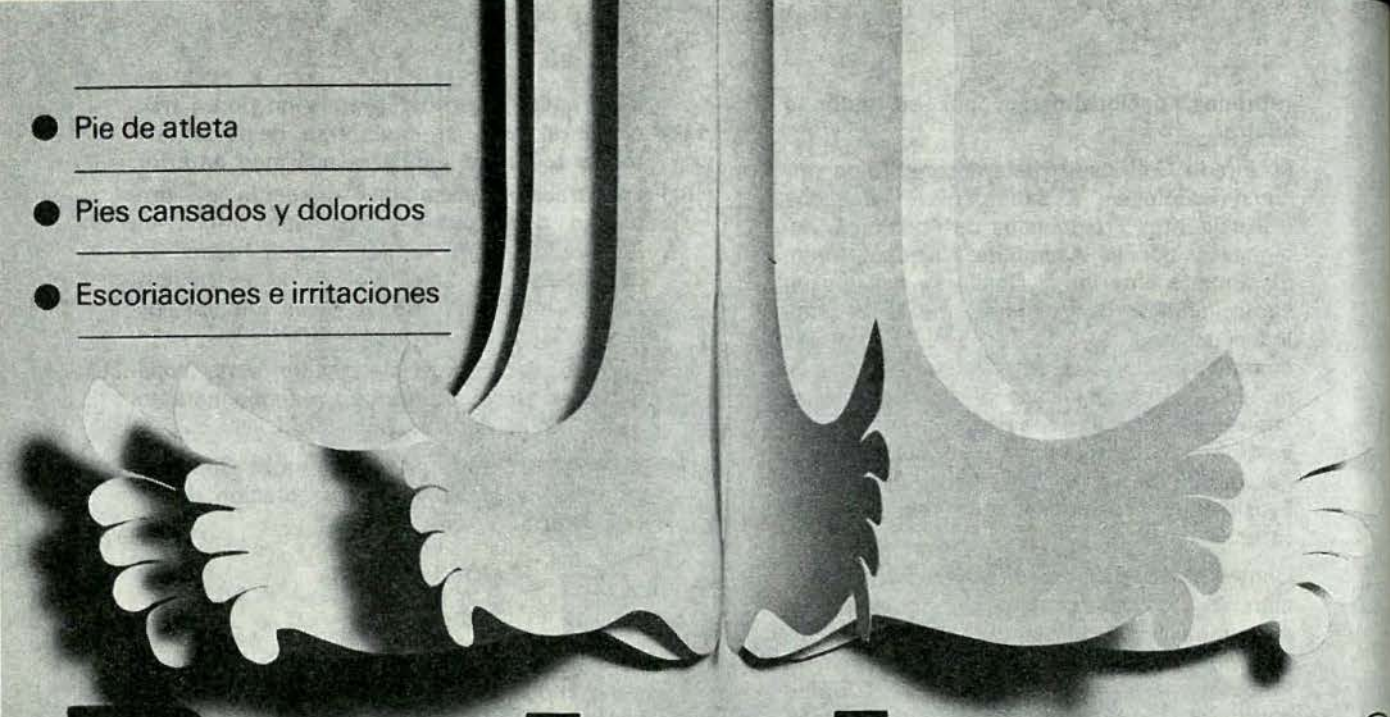
ANEXOS

A. — Al objeto de que los Podólogos en ejercicio y todos aquellos que sucesivamente vayan accediendo a la colectividad profesional, tengan pleno conocimiento de la existencia del Concurso, la convocatoria del mismo, será anunciada oportunamente y cada anualidad a través de la Revista Nacional de Podología y cuantas publicaciones profesionales se estimen convenientes, a la vez que, mediante carteles murales, expuestos en las Escuelas de Podología, Sedes Oficiales de Podólogos, Centros de Trabajo Podológico, etc., y cuantos medios de difusión sean pertinentes para el logro de la máxima y eficaz divulgación entre la clase Podológica. En todo caso, deberán ser ampliamente detalladas las BASES del Concurso.

B. — Se faculta a la Junta de Gobierno del máximo organismo oficial Podológico, para gestionar la financiación del premio a través de laboratorios, casas comerciales, etc., de acuerdo con la ley sanitaria vigente al respecto. La falta de financiación externa no supondrá, en ningún caso, el aplazamiento o suspensión del premio.

C. — La Asamblea Nacional de Podólogos será la única con potestad para ampliar, rectificar, actualizar y perfeccionar las BASES de este Concurso, considerando todas las propuestas que, al respecto, le sean formuladas por la Junta de Gobierno del tan aludido máximo organismo oficial Podológico.

- 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. 109 Ptas.

MADAUS CERAFARM

MADAUS CERAFARM, S.A.

Ponencia presentada al XIII Congreso Nacional
de Podología - Alicante - octubre 1980

Exostosis en Podología

por J. J. ARAOLAZA
Podólogo
Eibar

INTRODUCCION

Antes de entrar en el tema desearia hacer algunas observaciones y consideraciones de tipo particular unas y de tipo general otras:

En esta primera vez que me atrevo a presentar una comunicación, me mueve más el deseo de colaborar correspondiendo en alguna medida con tantos compañeros que se han molestado en preparar sus comunicaciones durante todos estos años en que he ido acudiendo a los congresos, que lo que de interés puede tener lo que voy a decir.

Es por ello que dejando de lado todo rigor académico me vais a permitir que traiga aquí el nombre de dos personas entrañables a los que deseo dedicar este pequeño trabajo en prueba de gratitud a lo que en su momento significaron para lo que en este momento soy: Un Podólogo con mucho amor a la profesión y con grandes deseos de superación y colaboración que hagan de Podólogo, el especialista que más sabe de los pies y quien mejor soluciona los problemas uniendo a su efectividad la sencillez y la lógica de sus tratamientos.

Estas personas son LEONARDO ESCACH y LUIS AYCART.

Allá por el año 1968 y viendo que mi padre, también Podólogo, que ponia en su trabajo más sentido común que conocimientos, quise informarme en donde me podía formar en la especialidad más profundamente.

A Leonardo tuve ocasión de escucharle en T.V. y me quedé gratamente impresionado de la fuerza y decisión de sus planteamientos, y por medio de mi padre, socio fundador de la Agrupación, supe su dirección y no dudé en escribirle una carta preguntando dónde podia formarme en Podologia.

A mi carta, respondió rápidamente con otra realmente extensa en la que mostraba su alegria porque intuía en la mía su mismo amor a la profesión y me ofrecía toda su colaboración. Aún la conservo con todo cariño.

Al comienzo del próximo curso se ponia en funcionamiento la Escuela de Madrid y sin dudar, dejé todos los pluriempleos que me ataban a mi localidad, seguro, empresas, iguales, etc. etc., y me matriculé en la escuela, teniendo la gran suerte de poder trabajar en un sitio donde se me ofrecía todo el material humano necesario para mi aprendizaje básico (Callista en Cía. Scholl).

Y aquí entra en mi vida esa otra persona entrañable que junto con su mujer me ofrecieron en cuanto me presenté todo lo que ellos tenían: Amistad, ayuda, entrega y colaboración: LUIS AYCART.

Luis con su inquietud me abría nuevas perspectivas, nuevas fronteras, nos daban las tantas de la madrugada y siempre nos venía corto el tiempo. Lo curioso era que escuchaba mis versiones y formas de ver la problemática Podológica con el mismo interés que si de un avezado profesional se tratara, cuando en realidad no era más que un novato aprendiz.

A Luis Aycart quiero hacerle patente mi agradecimiento porque influyó positivamente en mí y le admiro por su dedicación y perseverancia siendo un buen profesional.

A Leonardo por lo que todos los Podólogos le debemos, porque ha sido y es una persona providencial en nuestra profesión, por su fe, su entrega y su deseo de enaltecer la figura del Podólogo, marcando una linea personal y profesional intachable y respetable.

En la medida de mis humildes posibilidades le ofrezco la colaboración más leal en la seguridad de que todos los Podólogos que vivan de su profesión, están obligados a ella.

Entiendo y soy consciente que tenemos un campo profesional maravilloso, que está virgen y que los llamados a ocuparlo somos nosotros.



Mod. 101 "PRINCIPE"



Mod. 102 "SESAMO"



Mod. 103 "CHARLY"



Mod. 104 "FESTIVAL"



Mod. 105 "PITUSA"



Mod. 106 "SANDALIN"



Mod. 107 "BAMBY"

FIEL
calzado formativo

El calzado formativo "FIEL" ha sido diseñado bajo dirección médica para facilitar un desarrollo armónico y equilibrado del pié infantil en sus fases preandante y primeros pasos.

Es un calzado dotado de todos los requerimientos anatómicos, entre los que destacan la selección de materiales empleados en la piel, el forro y la suela, y todas las características que se destacan abajo.

Sujeción y consistencia en el talón.





Perfecto asiento del piso y tacón en un mismo plano.



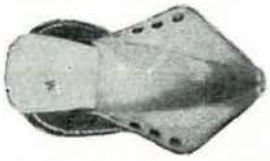
Amplia base de sustentación en tacón y piso dotado de parches de goma antideslizante.



Amplio alojamiento de dedos.

Flexibilidad a nivel del antepié.





Arco anatómico longitudinal que evita elongaciones ligamentosas.

Calzado Formativo **FIEL** - Aptdo. 176 - Tel. (965) 80 37 91 - **VILLENA** (Alicante)

Otra cosa es que queramos y que podamos ocuparlo. Y aquí están mis dudas.

No puedo por menos de llamar la atención al importante papel de las escuelas en formar profesionales con capacidad y rigor académico que ocupen la parcela de la investigación y del estudio. Exponente de nuestra pobreza intelectual es la revista en la que a pesar del esfuerzo personal de Martín Rueda y de todos los que colaboran no es con mucho lo que debiera ser. Y ruego me perdonen los que hayan puesto todo su interés en los trabajos publicados, porque ni a eso he llegado yo.

Las escuelas han de ser el motor de vanguardia, unificando ambas los criterios, programas y enseñanzas.

- *— Colaborando el profesorado en congresos y revista.*
- *— Limitando el número de sus alumnos en aras de una mejora de la calidad de enseñanza.*
- *— Instaurando becas de estudio en escuelas que tengan interés por sus técnicos y por sus enseñanzas.*

Sé que no descubro nada nuevo pero el único valor de estas palabras es ser el martillo que remache y ponga en la superficie estos deseos.

Aquí nos estamos acostumbrando demasiado al falso divismo. A admitir teorías y técnicas que no están suficientemente razonadas por el mero hecho de quien lo dice.

Pongamos las cosas en su sitio y demos nuestro parabién a quien respalda sus teorías con un trabajo serio y responsable.

En cuanto a consideraciones que el tema del Congreso me trae, es obvio que es un tema llamativo por lo que de frontera y de espectacularidad lleva consigo.

De entrada quiero decir que no lo considero una faceta difícil de nuestra profesión. Requiere una técnica y un conocimiento anatómico bueno de la zona.

Entiendo que hay un campo de actuación en el que nuestra técnica quirúrgica sobre elemento óseo, puede darnos grandes satisfacciones sin excesivo riesgo en nuestra actual situación.

Soy de la opinión de aplicar la cirugía en aquellos casos en los que la solución del problema viene de la desaparición de la porción de hueso perturbador tanto en el que se origina por un crecimiento desordenado (exóstosis subgungueal) como por una deformidad de falanges.

Este tipo de cirugía es de lo más agradecida, ya que une a la sencillez y simpleza del acto quirúrgico un postoperatorio inocuo y un resultado totalmente satisfactorio.

Por lo mismo evito en la actualidad, toda cirugía que implique un riesgo mayor, cual puede suponer el incluir en nuestro campo cualquier zona articular.

Llegado a este punto creo imprescindible establecer unos temas de reflexión que sirvan de guía para determinar el tipo de tratamiento a aplicar: radical quirúrgico o paliativo por ortosis.

En principio habrá que hacer una valoración comparativa de los resultados que se preven.

Habrá que hacer una valoración de la edad del paciente y su condicionamiento circulatorio.

Las posibles molestias en la aplicación ortósica.

Su reacción ante el acto quirúrgico.

Soy de la opinión por principio de aplicar ortósis en aquellos casos en los que las molestias se deriven de una deformidad articular, (desalineación de dígitos) que sea susceptible de recuperación correctora.

Por el contrario, si la aplicación ortósica dada la situación de la exóstosis, no asegura una buena permanencia «in situ», apto por la intervención.

Condiciones generales ante una intervención ósea Podológica.

Puestos ya ante la intervención hay una serie de pasos que hemos de cubrir sistemáticamente:

Es imprescindible ratificar el diagnóstico radiográficamente en dos proyecciones para que tengamos una evidencia de la situación, tamaño y forma de exóstosis. Esta radiografía la mantendremos a la vista en el negatoscopio durante la intervención.

Haremos examen de anormalidad en sangre y orina y exploración somera de la situación circulatoria.

Es obvio que si hemos de realizar una intervención de características antes mencionadas, la instalación de nuestra consulta ha de mantener unos módulos adecuados. Un sillón que efectúe el Trendelenburg, una buena iluminación, posibilidad de mantener el campo aséptico esterilizador, mesa auxiliar, y un torno potente y con el mayor número de revoluciones.

Lo mismo en cuanto al instrumental se refiere, desde el necesario para la fase de anestesia con pistola de presión, y jeringas de aguja fina y nueva, como el sistema que empleemos para mantener la hemostasia durante la intervención.

Por lo demás, los habituales en toda intervención desde el bisturí, tijeras punta fina, pinzas de dirección, pinzas Kocher, gubia, separadores, portaagujas, agujas, seda catgut. Merece detenerse a considerar la forma en que vamos a actuar sobre la parte ósea, y habrá que dejar a criterio

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

del profesional el modo, ya que puede hacer con pinza-gubia, como por torno con fresa de acero o sierra de carborundum y lima normal. Otro aspecto a considerar de suma importancia es la relativa al estado de asepsia del campo operatorio, del profesional como del instrumental.

Hemos de cuidar al máximo las condiciones de asepsia ya que una posible infección puede ocasionarnos una cicatriz con problemas secundarios, sin olvidar el riesgo de una osteitis.

Tras una limpieza adecuada de la zona y desinfección con Mercry o el tradicional alcohol Yodado, limitaremos el campo con paños estériles dejando únicamente al descubierto el campo operatorio. Las manos del profesional como en su caso del ayudante, después de un lavado metódico y embrocación con alcohol, con guantes quirúrgicos estériles. Lo mismo el instrumental que lo depositaremos en una mesa auxiliar cubierta con paño estéril.

Para terminar con estas normas tan conocidas, quiero hacer incapié en la utilización de una depurada técnica anestésica y quirúrgica.



No debemos descuidar el menor detalle para que la anestesia resulte totalmente indolora. Desde la inducción intradérmica por procedimiento de jeringa de presión hasta la utilización de agujas finas pasando por el previo calentamiento del anestésico a utilizar para ponerlo a la temperatura de 36-37. Y sobre todo mucha paciencia y lentitud. El anestésico a emplear que parece gozar del favor de la mayoría de los podólogos es el Seandicain en la proporción del 1 %.



No voy a entrar en describir el tipo de anestesia, ya que habrá que emplear una u otra según la zona de intervención.

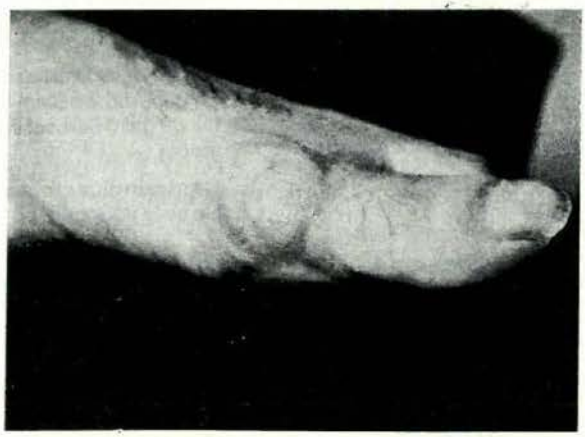
En cuanto a la técnica quirúrgica, sin entrar en detalles ya que posteriormente describiremos un caso, si quiero hacer recalcar la importancia de una buena sutura con una buena coactación de los labios de la herida para evitar posibles queloides que nos van a hacer recordar nuestra impericia, porque lógicamente van a seguir acudiendo a nosotros para su extirpación y tratamiento.

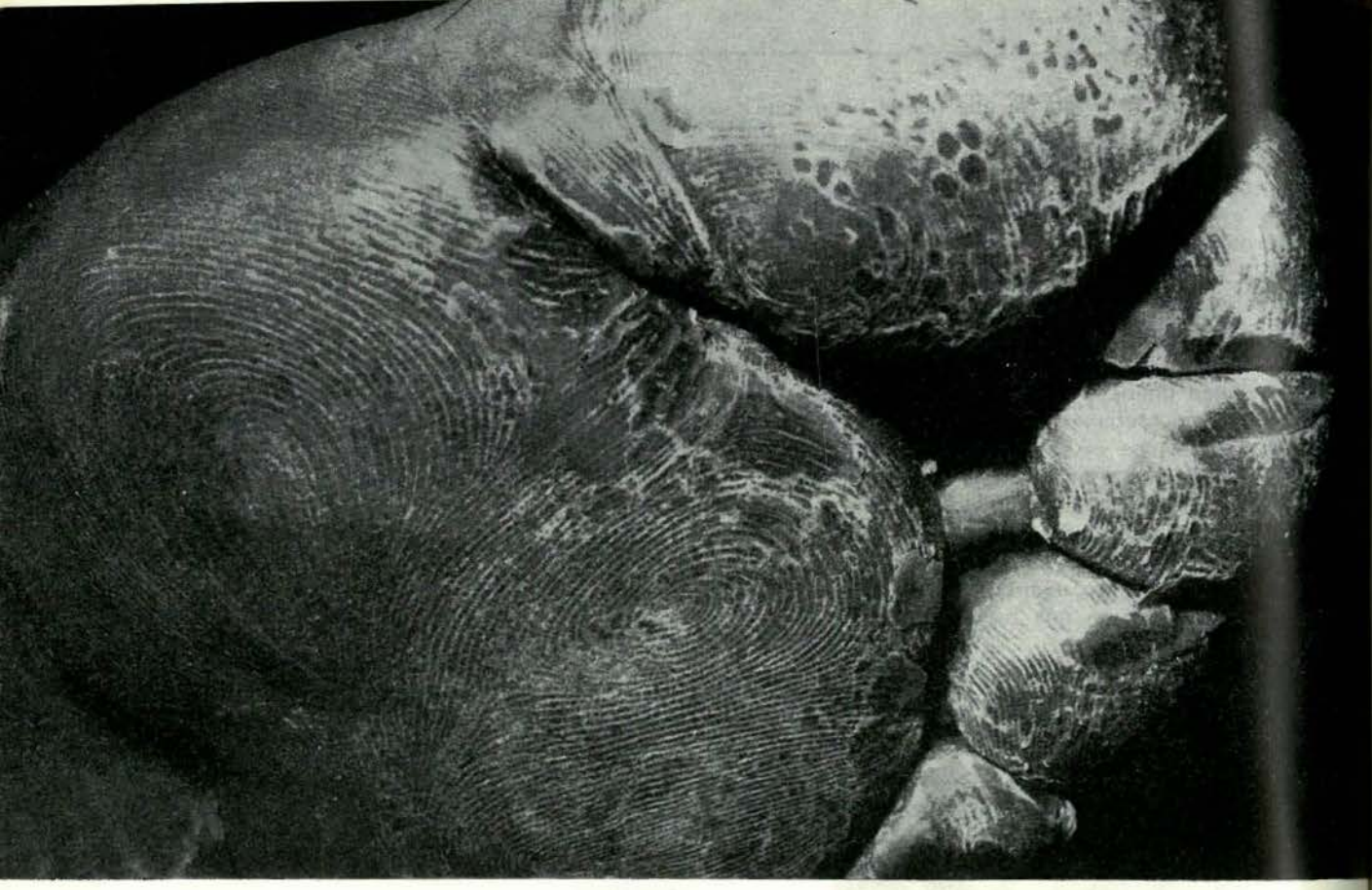
Y vamos a entrar en la descripción del caso presentado.

Se trata de un adulto de 45 años que consulta por presentar en la cara dorso-lateral de la cabeza de 1.ª meta, un heloma muy molesto con fases de ulceración e infección muy frecuente y que le condiciona en su profesión que le obliga a viajar mucho.

Tras la resección de su heloma se observa a la simple palpación una protuberancia de consistencia ósea no desplazable y fijada en la cabeza 1.ª meta.

Tras haberle colocado una ortosis protectora le hago preguntas sobre su estado general y me hace saber su condición de hiperuricémico. Le





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.: 583 Ptas.
FUNGISDIN AEROSOL:
Frasco de 50 ml. P.V.P.: 307 Ptas.
FUNGISDIN GEL:
Tubo de 30 gr. P.V.P.: 335 Ptas.

Avda. Generalísimo Franco, 520
Barcelona-11

ISDIN

Técnica e investigación en dermatología

hago saber que posibiemente lo que le ocasione la molestia sea un tofo y que la solución podía ser su resección.

Quedamos en que si se decide a hacerlo, me traiga en la próxima visita radiografía y análisis de sangre y orina con investigación de glucemia, albuminuria y uricemia.

Transcurrido un mes, vuelve a presentarse con los resultados pedidos y mostrando en la radiografía una concreción de límites irregulares en la cabeza de 1.ª meta.

Los valores de glucemia, (0,90) y uricemia (5,6 mg.) son normales y albuminuria negativo.

Está decidido a ser intervenido y fijamos fecha. Se da comienzo con anestesia por infiltración en forma de rombo de Hackenbruch con Scandicain al 1 % iniciando con jeringa intradérmica por presión Hemostasia tipo Esmarch.

Se llega y se libera la exóstosis resecando con sierra fina de carborundum a gran número de revoluciones. Se hace hemostasia con catgut en un vaso de cierto calibre y se cierra con sutura americana.

Vendaje algo compresivo y preventivamente se le hace tomar una ampiciclina durante cuatro días y gamma globulina anti tetánica.

La intervención se hizo un sábado por la mañana y el paciente pudo acudir a su trabajo de oficina el mismo lunes sin que se quejara de mayores molestias. Hago hincapié en la valoración de su incapacidad, laboral ya que entiendo que una de las características de nuestros tratamientos ha de ser su poca incidencia en el absentismo.

Se levantan los puntos a los 8 días con total normalidad.

Ha vuelto a la consulta a los dos meses de la intervención, habiendo desaparecido el heloma y encontrándose totalmente satisfecho. La cicatriz es prácticamente invisible.

He de agradecer con mucho interés la inestimable colaboración de Pedro Galardi, como maestro y compañero en esta faceta de nuestra profesión y la ayuda de Iñaki Fdez. de Valderrama en el testimonio gráfico.

Muchas gracias por la atención.

J. J. ARAOLAZA

Los nombres de PODOLOGO y PODOLOGIA, reconocidos por la Real Academia de la Lengua

«ENMIENDAS Y ADICIONES A LOS DICCIONARIOS DE LA ACADEMIA APROBADAS POR LA CORPORACION

(Febrero a abril de 1977)

La enorme lucha del Podólogo en busca de una profesión definida y con entidad propia empieza a cristalizar, además de por la Aprobación del Real Decreto 2966/1980, por la consecución tras larga lucha del reconocimiento de los nombres de PODOLOGO y PODOLOGIA, lucha de la que ha sido protagonista nuestro compañero Enrique González, subdirector de la Escuela de Podólogos de Madrid. Como testimonio de ello, transcribimos fotocopia de las enmiendas y adiciones a los Diccionarios de la Real Academia de la Lengua.

ADOBE¹. ... // *descansar haciendo adobes.* [Enmienda.] fr. fig. *Méj.* Dícese del que emplea en trabajo diferente del habitual el tiempo destinado al descanso.

AGUARDAR. ... // *2.* [Enmienda] Creer que llegará o sucederá algo o tener la esperanza de ello.

... ...

PODOLOGIA. (Del gr. poús, podós, pie, y -logía.) f. Med. Rama de la actividad médica, que tiene por objeto el tratamiento de las afecciones y deformidades de los pies, cuando dicho tratamiento no rebasa los límites de la cirugía menor.

PODOLOGO, GA. m. y f. Med. El que, autorizado por la posesión del título oficial correspondiente, practica la podología.»

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.

Introducción a la técnica de la mínima incisión en Podología

Por L. AYCART - Podólogo - Madrid

No quisiera empezar mi charla sin dedicar unas palabras de agradecimiento al Profesor Dr. Smith, quien merced a su buena acogida para con los Podólogos ha hecho posible que un grupo de ellos, venido desde todos los rincones de España, nos reunamos en torno a su Cátedra; para aprender unos, para recordar los otros, tantas cosas necesarias para el ejercicio de nuestra profesión sobre ese protagonista de nuestras consultas de cada día, llamado PIE.

Y es mucho más de agradecer su entusiasmo, por acceder a explicarnos la lección magistral sobre «Complejo osteoarticular del Pie» y «Biodinámica del Pie y del Tobillo»... Repito es muy de agradecer, porque algunos de nosotros que venimos desde el centro de España, donde se dice, o se decía, «teníamos de todo». No pudimos encontrar allí, ninguna puerta que se abriera a la Disección del Pie con tanta facilidad, con tanto entusiasmo, con tal despliegue de medios didácticos para incrementar el acerbo de nuestra «QUERIDA PODOLOGIA».

Tampoco sería justo, olvidar aquí, a todos los que colaboraron para hacer posible este Primer Curso de Disección sobre Cadáver para Podólogos, especialmente al Dr. Montesinos, a mis compañeros Alfredo Piera, Juan José Iborra y Ramón Isidoro.

Ellos son la sangre joven de la Podología, que llevará la antorcha y que la mantendrá en el Segundo puesto del concierto mundial de los Podólogos.

También tengo que agradecer aquí, su colaboración y asistencia a los Profesores de la Escuela de Madrid, Dr. Aguirre Solana y D. Enrique González Gómez.

Finalmente mi agradecimiento a todos los asistentes, que abandonásteis vuestras ocupaciones habituales, en pos del «SABER HACER CADA DIA, MAS Y MEJOR POR LA PODOLOGIA.

TECNICA MINIMA DE LA INCISION

Básicamente consiste en la destrucción parcial o total a través de una pequeña incisión proximal o distal, a la lesión externa causal de un callo o heloma recidivante por medio de una pequeña lima o fresa de acero.

Su origen en España no es muy antiguo, aunque los podólogos norteamericanos Dres. M. Polokof; Al. Brown; T. New y otros, lo practican desde hace muchos años.

Cuando en 1969 por indicación de nuestro extinto Presidente D. Leonardo Escachs, asistí como observador al II Congreso de la Academia Norteamericana de Podología, celebrado en el Hotel Plaza de Madrid, acompañado en aquella ocasión por algunos compañeros podólogos, presentes hoy aquí, tales como el Sr. Alvarez de Madrid, Araolaza de Eibar. Quedamos todos altamente sorprendidos con la facilidad y la simplicidad con que ellos eliminaban las exóstosis del pie localizadas en los sitios más diversos. (Referencias sobre esta técnica podreis leerlas en los números 15, 27, 32, 59 y 61 de la Revista Española de Podología.

Y en mi deseo de impulsar nuestra Especialidad hacia nuevos horizontes, surgió en mí el deseo de lanzarme a esta aventura, que muy bien podrían ser el futuro de nuestro campo profesional.

Por otra parte en mis intercambios de ideas con otros compañeros de provincias, encontré que algunos ya habían pisado este terreno; abriendo el heloma y cortando la exóstosis causal con el instrumento apropiado, cerrando posteriormente la herida mediante sutura.

Sin embargo, esta forma de eliminación de la exóstosis; para el paciente está rodeada de más dramatismo.

Así pues la técnica de la MINIMA INCISION, que conlleva el MINIMO TRAUMATISMO, no invade el campo profesional de los Cirujanos Mayores, que por otra parte la Ley les autoriza a efectuar una Cirugía Reconstructora de resultados más gratificantes.

VENTAJAS

1.ª Incisión de reducidísimas proporciones (menor traumatismo quirúrgico, menor dolor).

2.ª No requiere internamiento en hospital (menor costo económico).



Modelo 1.163



Modelo 1.112



Modelo 1.125
Ganador del OSCAR AL MEJOR DISEÑO DE ZAPATOS 1980 "ANATOMICO INFANTIL".



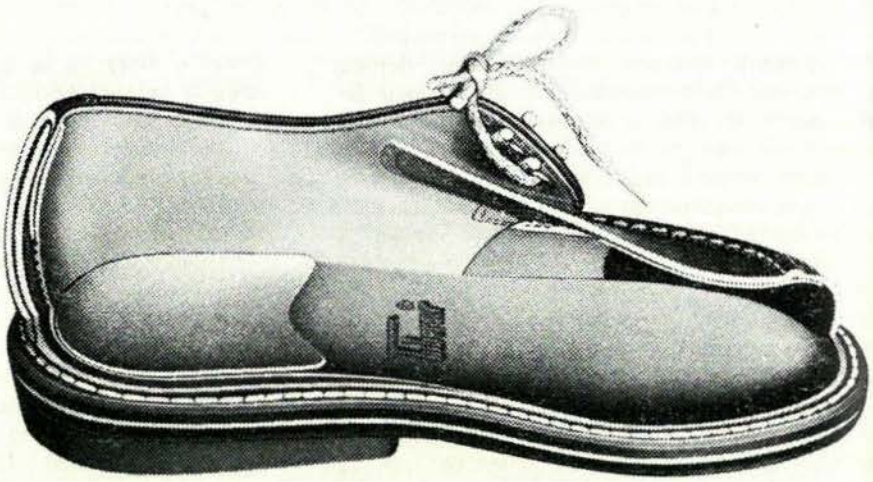
Modelo 1.093



Modelo 1.153

Con un zapato al "desnudo", no hay sorpresas.

¡UNA BUENA BASE FACILITA UN FIRME APOYO!



Taberner®

GAMA DE MODELOS
- Zapatos (Blucher y mocasín)
- Botas - Bota sandalia
- Sandalias
- Mercedes

SUELAS
- Legítima Suela de Cuero
- Legítima Suela de Cuero fléxible
- Suela de goma fléxible

HORMAS

PARA INCORPORAR PLANTILLAS:
- Base planta con ancho normal
- Base planta más ancha
- Recta

NORMALIZADAS:
- Recta con capacidad normal
- Normal para pies sanos



OSCAR 1975, 1976 y 1980 y MENCION DE HONOR 1979, AL MEJOR DISEÑO DE ZAPATOS.

GREGORIO TABERNER S.L.
Weyler, 53
Teléfono: (971) 66 01 56
LLUCMAJOR (Mallorca)

3.ª Postoperatorio completamente ambulatorio (menor absentismo laboral).

4.ª No necesita suturas (menor posibilidad de cicatrices queloides).

5.ª La más importante de todas, es el trabajo más eficaz y honesto que podemos hacer al paciente, porque desaparece definitivamente la causa del heloma.

T E C N I C A

Sobre el pie debidamente preparado para intervención quirúrgica, previo análisis (tiempos de coagulación y hemorragia, Protrombinemia, ácido úrico, etc.). Comenzamos por aplicar la:

ANESTESIA. — Utilizando Scandicain al 1 % sin adrenalina, se practican habones dérmicos por medio de una jeringa Dermojet, en forma de anillo en la base del dedo, o en forma de estrella si se trata de una superficie plana no apendicular si se trata de exóstosis menores. Para reducir al mínimo el dolor postoperatorio, la anestesia debe mezclarse en la proporción del 10 %, (Decadran 1 c.c. equivalente a 4 mgs. de fosfato sódico de dexametasona) más 9 c.c. solución anestésica.

I N C I S I O N

La incisión ha de hacerse perpendicular a la piel, seguidamente con una pinza de mosquito se procede a dilatar y separar el tejido blando en toda la vecindad de la exóstosis, a continuación se efectúa una segunda incisión que penetre en la cápsula articular, seguidamente con la pinza de mosquito se procede a separar la zona circundante, con objeto que la lima empleada o la fresa, tenga espacio suficiente para efectuar su labor.

Hay que señalar que una incisión no mayor de 3 mm. deja espacio suficiente para introducir por la misma la lima y comprobar que tiene recorrido para hacer su labor. Figura 7 Instrumental.

LEGRADO. — Para ello introducir una lima Bell Pattern n.º 12 ó una fresa circular de 2 mm. ∅ y proceder a limar enérgicamente de dentro a

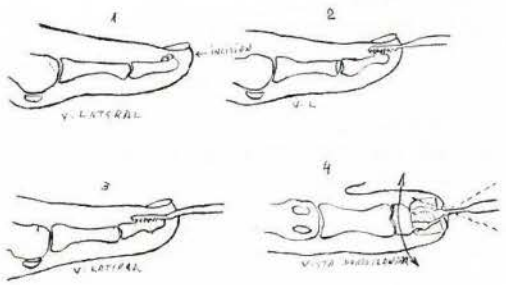


Figura 1. Exóstosis Subungueal

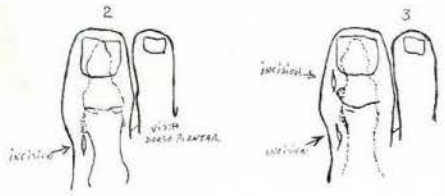


Figura 2. Exóstosis falange proximal
Figura 3. Exóstosis falange distal y proximal

fuera, así que cada recorrido de la lima, sacará junto con las limaduras óseas, abundante hemorragia. Cuando por el tacto externo o con la lima, reconocemos que se ha eliminado, se procede a lavar la herida con suero fisiológico, pasando la aguja a fondo de saco, para que la corriente arrastre al exterior las pequeñas limaduras óseas.

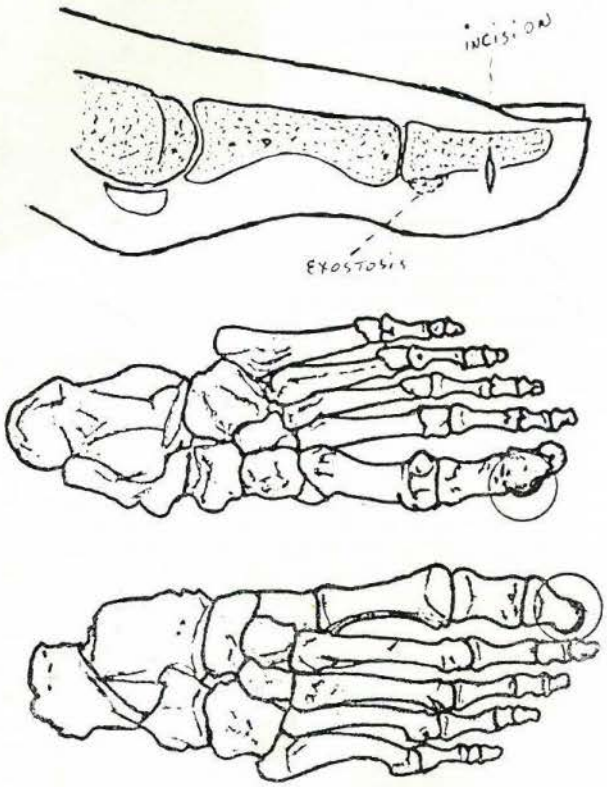


Figura 4. En el centro, osteotomía parcial del lado interno de la base de la falange distal 1er. dedo; abajo, exóstosis subungueal

Después con la anestesia local sobrante, se efectúa un segundo lavado, figura 7 instrumental.

VENDAJE. — Una vez exprimido con una gasa todo el contenido líquido de la herida, se procede a hacer un ligero vendaje, que permita la airea-

SERVICIO DIRECTO
DESDE LA FABRICA
EN VILLENA

P.F

EL CALZADO ORTOPEDICO DE ESPAÑA

VENTA CON RECETA
EN ORTOPEDIAS

20 AÑOS DE EXPERIENCIA en el diseño técnico ortopédico bajo dirección médica con el testimonio de más de 300 ortopedias repartidas por toda España.

CONTRAFUERTE DE HELFET indeformable rebatido a alta presión, (que no se debilita con el calor natural de la deambulación).

SERVICIO INMEDIATO mediante STOCK de gran capacidad. (Directo de fábrica).



TACON DE CUERO que permite adecuar el calzado prescrito con cuñas adicionales a las básicas (que llevan opcionalmente incorporados los distintos modelos).

Fabricación Exclusiva en DOBLE COSIDO visto por la suela que logra simultáneamente: gran FLEXIBILIDAD a nivel del antepié y extraordinaria CONSISTENCIA en talonera y enfranque

Perfecto ASIENTO del calzado en todos los modelos (tacón y piso en el mismo plano), aun cuando vayan provistos de cuñas básicas opcionales.

SUELA Y ENTRESUELA de crupón de cuero de curtición lenta natural, transpirable y repelente del agua.

MATERIALES de máxima calidad con un acabado en consonancia.

Dentro de nuestra experimentada y completa gama de calzado ortopédico, usted encontrará el modelo que requiera su prescripción. Este calzado cumple con todos los requisitos funcionales y biomecánicos que se exigen a nivel internacional, entre los que cabe destacar los que se indican en la figura superior. Ahora el calzado P-F es flexible, hay modelos en colores vivos y alegres e incluso de tipo deportivo. Pero sigue conservando su tradicional contrafuerte indeformable con el uso que soporta la tensión reiterada aun en casos de pies patológicos como el zambo o el plano grave.

Si no dispone del nuevo catálogo rogamos nos lo solicite mediante carta o simple llamada telefónica.



- HORMAS RECTA Y NORMAL PARA INCORPORAR PLANTILLAS.
- HORMAS PREANDANTES RECTA, NEUTRA Y CURVA.
- FERULAS DENIS-BROWNE.
- HORMAS RECTAS PRIMEROS PASOS Y ORTOPEDICA.
- HORMAS RECTA, SEMIAPROXIMADORA Y APROXIMADORA, DOTADAS DE SUPINACIÓN BÁSICA EN RETROPIE.
- HORMA SEPARADORA (ANTI-VARUS)
- HORMA SEPARADORA CON PRONACIÓN BASICA.
- HORMAS RECTA Y NEUTRA POST-QUIRURGICAS.
- ANCHOS E, F y G.
- TACON NEUTRO, THOMAS DIRECTO E INVERSO.

MANUFACTURAS ORTOPEDICAS P.F, S.A. Apartado, 43. VILLENA (Alicante) Telf. (965) 800191 - 802586 - 803212

ción, y se le coloca una bolsa de plástico para prevenir que la posible hemorragia manche el calzado. Al llegar a su domicilio se retira la bolsa.

Como precaución suplementaria se prescribirá antibiótico por vía oral, tomar un analgésico al llegar a su domicilio, de manera que se enlacen los efectos anestésicos con los analgésicos.

Muchas son las exóstosis que pueden ser eliminadas por el sistema de la mínima incisión, sin embargo, será muy recomendable empezar por las exóstosis subungueales en el primer dedo, como se explica en la figura 1.

Otras exóstosis en este mismo dedo tales como indican las figuras 2, 3 y 4. Las exóstosis dorsales del 2.º, interdigitales del 3.º dedo y laterales del quinto dedo explicadas en la figura 5.

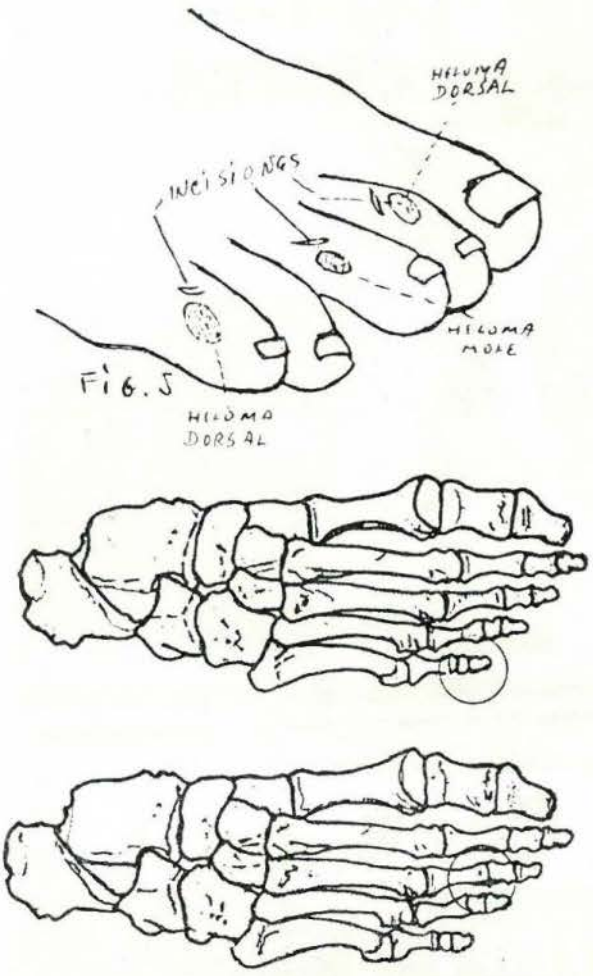


Figura 5. Técnica para la reducción falángica del dedo en martillo por el procedimiento de la mínima incisión

En esta técnica, participan todas las manipulaciones anteriores, junto con otras maniobras que describiremos a continuación.

Estudiado y perfeccionado por el Podólogo M. D. Roven D.P.M. se tratan con éxito, los dedos en mazo, dedos en martillo, dedos supra e infraductus, dedos rotados y otras deformidades en una o más falanges.

El procedimiento consiste en tres pasos, *anestesia* (que omitiremos aquí por haberse descrito anteriormente), *liberación* de tejidos fibrosos y *manipulación*.

LIBERACION DE TEJIDOS FIBROSOS. — Se efectúa una incisión en la región plantar del dedo en la misma dirección del doblez a nivel de la articulación afectada. Puede tratarse de la articulación interfalángica proximal, distal o ambas. Con un bisturí Beaver 63 (de forma lanceolada) se incide la piel, con una segunda hoja del mismo número se pasa directamente a la articulación. Los ligamentos plantares y la cápsula pueden incindirse a la vez, con esta hoja que tiene corte a ambos lados, se orienta en dirección medial o tibial y después lateral como indica la figura n.º 6 para separar los ligamentos. Efectuando todos los cortes por el sentido del tacto y a través de una incisión menor de 0,5 cm. de ancha, figura 6.

MANIPULACION. — Se efectuará como sigue: Si no hay malalineación o desviación del eje longitudinal, todo lo que se necesita es tracción longitudinal.

Si presenta desalineación, hay que combinar la tracción longitudinal con la tracción medial, tracción lateral o manipulación rotativa.

En toda maniobra correctiva una mano actuará como estabilizadora, mientras la otra mano actuará como movilizadora. Así pues, para corregir un dedo en mazo en el que la articulación interfalángica distal se presenta en flexión plantar y las otras articulaciones no están afectadas. Los dedos de la mano izquierda del operador se usarán para estabilizar el dedo afectado sujetando la falange por su punto medio o diáfisis. Los dedos de la mano derecha sujetarán la falange distal y primero la empujarán hacia abajo (dirección plantar) así separará las superficies articulares. A continuación se empuja gradualmente la falange distal hacia adelante y hacia arriba (dirección dorsal), hasta alcanzar la posición óptima. Hay que insistir que si se fuerza hacia arriba el movimiento de la falange distal, sin haberla desplazado previamente hacia abajo de forma que las carillas articulares estén claramente adosadas, frente a frente. Si no se hace de esta forma podría producirse una fractura.


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

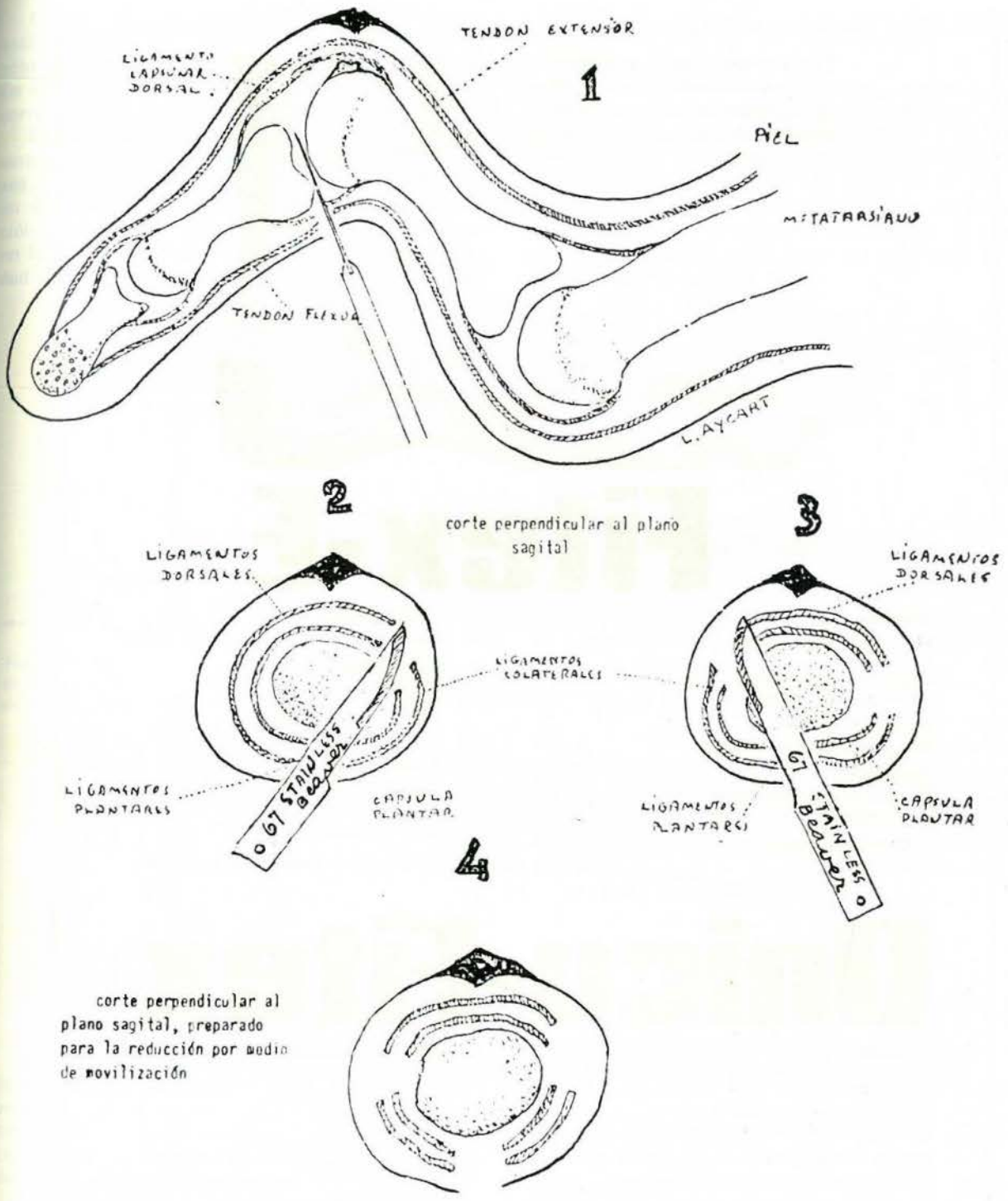


Figura 6

Donde encontramos una hiperdorsiflexión de la articulación interfalángica proximal, las manipulaciones se ajustan de acuerdo a esta circunstancia. Se mueve hacia abajo la cabeza de la falange proximal (dirección plantar) con la mano izquierda, mientras que con los dedos de la mano derecha movemos la falange central en la misma dirección, como para «abrir» la articulación.

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 o 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.
276,— 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.
160,— Ptas.

INFAR NATTERMANN

Apartado 400 - Zaragoza Infanta Carlota, 84-88 Barcelona-29

Cuando las dos articulaciones interfalángicas están fijadas en flesión plantar, normalmente sólo una articulación es la que causa problema. En nuestra experiencia solamente se practica la corrección de la articulación causal.

Los resultados obtenidos con esta técnica vendrán determinados por la cantidad de recidivas. Los éxitos más espectaculares se obtuvieron en dedos en mazo, donde se consiguió la alineación y corrección de la deformidad. Las lesiones en la cabeza de la falange proximal y la deformidad en varo de los dedos, aunque el dedo tratado tiene siempre tendencia a girar a su primitiva posición. En el quinto dedo infraducto ocurren frecuentes y rápidas recidivas motivadas por el zapato, aunque las lesiones de la uña, o el heloma dorsal no volvió a reproducirse.

El segundo dedo supraducto se mantuvo con una ortosis en tracción ligera esto es completamente imprescindible pues siempre está presente el hallus valgus.

CONTRAINDICACIONES. — Como toda nueva técnica, las tiene, cada caso debe de estudiarse previamente. Un dedo contraído con una cabeza artrítica deforme, no debería someterse a esta técnica. Igualmente si el alargamiento de su contracción va a crear un dedo excesivamente largo, el procedimiento de elección será efectuar una osteotomía de acortamiento del dedo.

Cualquier maniobra correctiva con síntomas de inflamación, o espasmo muscular en el pie o en el dedo están contraindicados, como asimismo en articulaciones con signos clínicos de inflamación o enfermedad ósea, tales como artritis aguda, osteomielitis, gota, etc.

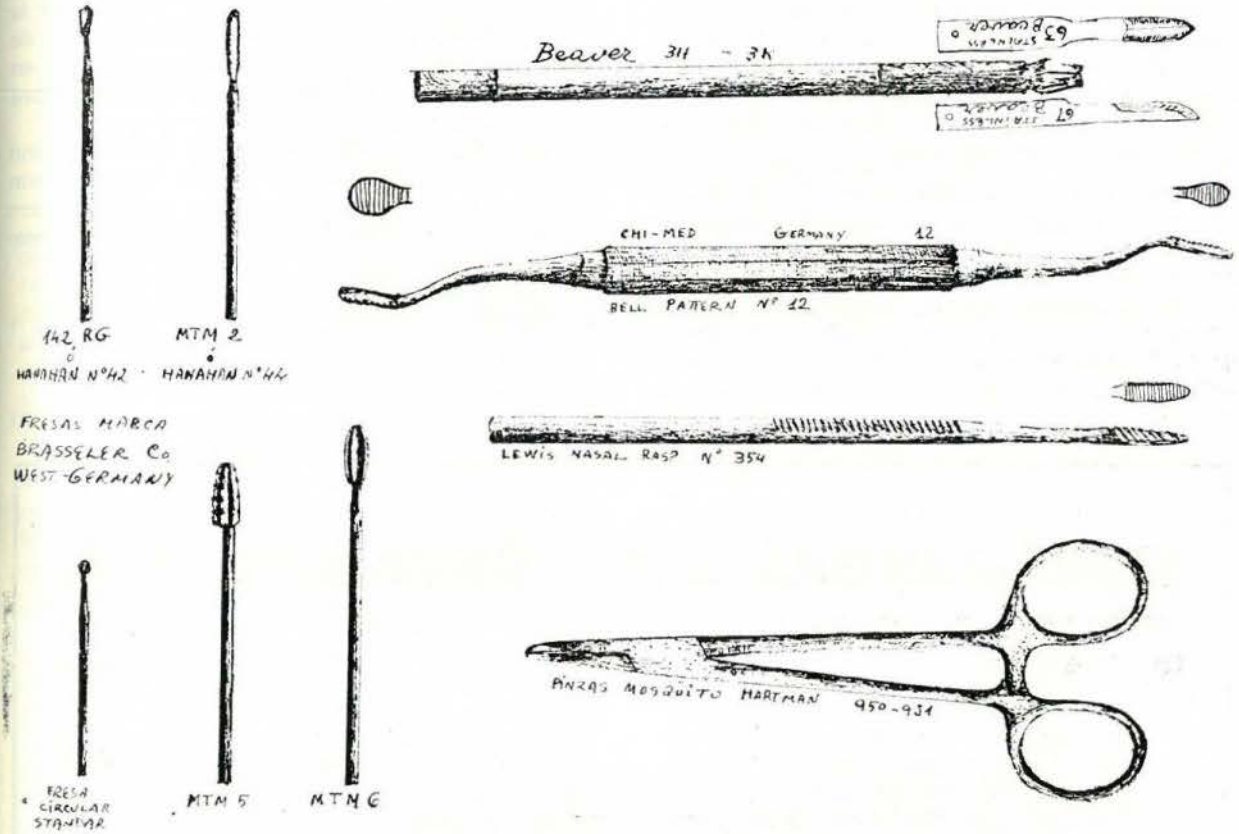


Figura 7

Antes de iniciar una operación es preciso revisar la anatomía, planear la operación y evaluar los resultados. Previamente a cualquier ensayo de realineación de dedos ha de revisarse su anatomía cuidadosamente. Cada articulación interfalángica proximal o distal está envuelta en una cápsula articular, cubierta en su interior por una membrana sinovial. El tendón extensor forma la cápsula dorsal. Los ligamentos colaterales, refuerzan lateralmente la cápsula, también los ligamentos plantares sirven de refuerzo a la cápsula en esta zona. Así pues los colaterales son

los que mantienen fuertemente unidas las superficies articulares.

La mayor resistencia a la reducción de un dedo en martillo se debe a las contracturas capsulares junto con los ligamentos plantares y colaterales. Los tendones flexores y extensores no son estructuras resistentes, ya que su tenotomía raramente contribuye a corregir la deformidad, los acortamientos musculares o tendinosos son de una importancia secundaria.

En un dedo en martillo antiguo se encuentran diferentes cambios estructurales principalmente en las fibras plantares de los ligamentos colaterales y en el ligamento plantar proximal de la articulación interfalángica. Las superficies hialinas entran dentro de las articulaciones interfalángicas, están desgastadas y rodeadas de tejido blando que aparece contracturado.

Al efectuar las manipulaciones el paciente deberá estar relajado, la sujección con la mano izquierda del operador tiene que ser firme pero no constructiva. Los movimientos de manipulación para la movilización son un rápido movimiento de empujón y tirón, efectuado después de conseguida la laxitud en la articulación. Y desde luego solamente debe movilizarse una articulación cada vez.

S U M A R I O

Las malalineaciones y desviaciones de los dedos pequeños constituyen los factores más importantes en la etiología y cronicidad de las excrecencias dorsales y distales y en algunos casos de dolor articular.

En muchos casos de heloma recurrente la operación de quitar la cabeza o el cóndilo causal, son excesivas e innecesarias.

Esta técnica permite al paciente la deambulación inmediata (usando un pequeño apósito), en la mayoría de los casos les permite usar los mismos zapatos que trajeron. Por su simplicidad la cirugía de la mínima incisión en la reducción de deformidades falángicas, pueden efectuarse en nuestros gabinetes, con ahorros ingentes sobre las facturas hospitalarias.

Por medio de ellas los dedos contraídos son liberados, la superposición de las falanges son facilmente reducidas, los espacios articulares son aumentados y se mejora o se corrige el alineamiento digital.

Referencias:

Milton Roven D.P.M. JAPA 57 año 1967, y JAPA 2 año 1970.

M. Polokof D.P.M. JAPA 52 año 1962.

L. AYCART

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.

Necesidad de la Podología y del Podólogo en la Seguridad Social

Por Enrique González Gómez
Profesor y subdirector de la Escuela Oficial de Podología de la Facultad de Medicina de Madrid.

INTRODUCCION

Creo que todos sin excepción, deseamos el progreso. Por lo menos cada uno de nosotros que tenemos la obligación de defender la podología, deseamos lo que subjetivamente consideramos progreso. Donde gracias a las mejoras continuas de organización social y a un esfuerzo incesante sobre sí mismo, el hombre alcanzará su más alto grado de *perfección, seguridad* y *felicidad.*

La *medicina social,* pretende poner al alcance de todos, la *medicina en su más completo desarrollo,* para que todas las personas puedan recibir *cuidados sanitarios* en cualquier lugar geográfico en que se encuentre, la *enfermedad que padezca o el coste de su tratamiento.*

La Seguridad Social, es hoy como un enorme generador de potencia, que puede distribuir —y distribuye— energía sobre todo cuerpo vivo del país. Que aprovechamos para hacer resaltar la necesidad de que esa energía llegue a la Podología y al Podólogo. En beneficio de ese *perfeccionamiento social,* que como meta tiene nuestro país. Por ello, no pretendemos *instrumentar ni caridad ni beneficiencia.* Nos sonrojaría decir que somos generosos en aquello en lo que no hemos cumplido con la obligación que tenemos de ser justos. Reconocer derechos, los derechos inexcusables que tienen todos los miembros de la comunidad española, a ser protegidos por ella. De ahí, porque en su función no ha salido jamás una sola nota demagógica de sus conclusiones.

Su responsabilidad. — El segundo rasgo que quiero destacar, es mucho más expresivo por esa explicable tentación que suscita la *necesidad a su remedio.*

La Seguridad Social, no puede ser una cosa *superficial,* repartir *insuficiencias* y dejar de responder a las necesidades angustiosas que la reclaman. Hemos afirmado que la *Seguridad Social* es un *derecho del hombre,* y este derecho exige, de un lado, que pueda ser ejercitado.

Hay un mandato terminante de DERECHOS HUMANOS. La más grande voluntad social y justa que yo he conocido, la más decisiva e histórica voluntad que alumbra la aceptación nuestro país, que es la que nos obliga al ensanchamiento de la línea del *progreso social* QUE NOS EMPUJA irresistiblemente *hacia adelante* y *hacia arriba* para culminar la *obra social.*

ESTUDIO SOMERO DE LA ESPECIALIDAD EN EL EXTRANJERO

En muchos países del mundo, los hospitales y centros sanitarios están instalados, cada día más departamentos de Podología:

El célebre *diabetólogo* JOSLIN (Universidad de Harvard), fundó la primera clínica de Pediatría en Boston en 1927. Poco después se inauguró otra en la *Clínica Mayo.* Actualmente hay en los Estados Unidos, más de mil hospitales con servicio de Quiropodia o Podología.

Según palabras del propio JOSLIN. — Creo que la contribución de los Quiropodistas (especialidad igual que la del Podólogo en España), es incalculable, especialmente con respecto a la asistencia de los enfermos diabéticos en los hospitales. Termina diciendo el prestigioso Doctor, «soy un decidido partidario de la cooperación de los *Quiropodistas* con los *Médicos y Cirujanos.*

El auge de la Podología responde a la necesidad de ocuparse del cuidado de ciertos trastornos de los pies, que el Médico general y cirujano, no suele darle la atención que merece por falta de tiempo y medios.

El Podólogo diplomado, está en condiciones de poder *descubrir enfermedades constituciona-*

les o generales que presentan síntomas en los pies, para remitirlo a los *médicos especialistas* correspondientes. Siendo un eslabón de la *Medicina Preventiva.*

VERSION DEL MINISTERIO DE EDUCACION Y CIENCIA DE LA ESPECIALIDAD

Un interés creciente ofrece el tratamiento de las afecciones y *enfermedades de los pies,* realizando tradicionalmente por los denominados *cirujanos-callistas,* el cual requiere en la actualidad, una variedad de conocimientos *teórico-prácticos* que hace necesaria la *reglamentación y organización* de las *enseñanzas correspondientes.* Por otra parte, conviene adaptar expresamente para esta especialidad y para la designación de los profesionales que la ejerzan una denominación, la de «Podología» y «Podólogo» respectivamente, que han sido ya aceptadas en la mayor parte de los países y resultan más en consonancia con la amplitud de *facultades propias de la especialidad* que las denominaciones usadas hasta ahora.

En su virtud, a propuesta del Ministerio de Educación Nacional y previa deliberación del Consejo de Ministros en su reunión del día veintitrés de marzo de mil novecientos sesenta y dos, en la que crea el Decreto la creación de la Especialidad de Podología.

Las profesiones y las especialidades dentro de ellas nacen como consecuencia de una necesidad, nunca al contrario. La *Podología* no es una excepción y sus técnicas y conocimientos actuales son fruto del estudio y la experiencia de muchas generaciones.

Hoy día, la utilidad de la Podología, está reconocida en el mundo entero, como exponemos anteriormente, incluso son muchos los Centros Hospitalarios del extranjero, que cuentan entre sus servicios, con un departamento *podológico.* En España, este sector de la Sanidad, está relegado a segundo término, ya que si bien es una especialidad del Ayudante Técnico Sanitario, estructurada y regulada por DECRETO 727/1962 de 29 de marzo de 1962, B.O. del E. núm. 89 de 13 de abril de 1962 y legislada la creación de Escuelas Oficiales de Podología, ORDEN de 22 de noviembre de 1963 (B.O. del E. núm. 304 de 20 de diciembre de 1963), el campo de acción de estos profesionales, está reducido incomprensiblemente, al *ejercicio libre* y alguna que otra *Sociedad Médica de Seguro libre,* que reconociendo su utilidad, ha incluido la Podología entre su cuadro de asistencia.

EXPOSICION

El fundamento de la *Seguridad Social,* según hemos podido comprobar, es amparar a todos sus miembros, *cubriendo* entre otras cosas, todas sus *necesidades sanitarias;* y las cubre de tal manera que actualmente sus *centros asistenciales* están dotados de los mejores y modernos adelantos técnicos.

Según las últimas estadísticas, el porcentaje es muy elevado; aproximadamente el 80 % del censo sufre de males de los pies, por *deficiencias constitucionales o adquiridas,* bien por *abandono o por falta del personal profesionalizado adecuado,* siendo la mayoría *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 la economía española con horas de trabajo, pérdidas o disminución de la efectividad del mismo.*

La práctica de la *podología* incluye la prevención y tratamiento de las afecciones de los pies, utilizando *medios poco cruentos, bien sean mecánicos, químicos, físicos o quirúrgicos (cirugía menor).*

El número de personas que acuden a las *consultas podológicas particulares,* ha aumentado en los últimos años, debido a la elevación del nivel de vida; *sin embargo, todavía queda un gran sector de la población española que les está vedado porque sus ingresos no se lo permiten.* Y aquí viene lo insólito, pues dentro de las *asistencias de la Seguridad Social, la Podología no está incluida en los cuadros de especialidades,* con lo cual este gran sector que antes citábamos no les queda más remedio que hacérselo ellos mismos, utilizando remedios caseros, tales como *callicidas, cuchillas de afeitar,* etc., procedimientos que desembocan en muchísimas ocasiones, en *procesos infecciosos,* con bajas laborables, e incluso poniendo en *peligro la vida del individuo.*

LA ESPECIALIDAD DE PODOLOGIA EN LA SEGURIDAD SOCIAL ES NECESARIA

Todos los podólogos somos testigos de casos enviados a nuestras consultas que la SEGURIDAD SOCIAL NO PUEDE RESOLVER por no existir dicha Especialidad.

Muchos de estos casos son vistos por el personal sanitario, pero ellos no pueden poner el remedio porque carecen de medios apropiados para que estos pacientes sean atendidos.

(concluye en la página 32)

GRISEOFULVINA COMO ANTIMICOTICO

Fco. Javier LUNA DE APELLANIZ
BARCELONA

Cuando se habla de fármacos antimicóticos, suele mencionarse la Griseofulvina como medicamento eficaz en el tratamiento de las micosis superficiales y onicomicosis, siendo un fármaco que está muy en boga en la mayoría de los tratados de terapéutica antifúngica. Sin embargo, y a mi entender, algunos podólogos no tienen una idea clara del fármaco. Debido a esto intentaré exponer una breve exposición y comentario de dicho medicamento, a pesar de que está vedada a los podólogos su indicación, pues es competencia del médico, lo cual no indica que no podamos tener un conocimiento preciso del medicamento y contribuir así al mejor conocimiento de la terapéutica antimicótica por parte de todos los podólogos.

La Griseofulvina (7, cloro-2', 4,6-trimetoxi-6'-metilespiro (benzofurano-2 (3H), 1'-(2) ciclohexeno) 3,4'-diona) es un antibiótico obtenido en 1939 por Oxford y colaboradores aislado del *Penicilium griseofulvium* y posteriormente a partir de otras especies, en especial del *Penicilium patulum* del que se extrae en la actualidad, pudiendo obtenerse sintéticamente.

Es una substancia relativamente insoluble en agua, disolviéndose en alcohol etílico, Carbowax 500, Cloroformo, Acetona y Acetato de butilo.

Su absorción es por vía oral, siendo más bien escasa, ya que sólo un 10 % de la dosis administrada llega a absorverse, pero esta cantidad es suficiente para alcanzar una concentración eficaz a nivel de los tejidos en proceso de queratinización y en la capa córnea de la piel, aumentando su absorción por vía digestiva administrándose en forma micronizada y con la ingestión de comidas ricas en grasas, alcanzando el nivel plasmático máximo a las 4 horas con valores algo superiores a 1 mcg/ml.

La mayor parte se excreta por las heces, aliminándose por la orina 0,5 a 1 % de la dosis administrada.

La Griseofulvina es el primer quimioterápico que ha demostrado ser eficaz por vía oral en el tratamiento de las micosis superficiales por dermatofitos, siendo fungistático contra *trichophyton rubrum, Trichophyton mentagrophytes, Trichophyton verrucosum, Tricophyton sulfureum, Trichophyton schoenleini, Microsporum audouini, Microsporum gypseum, Epidermophyton flocossum,* no siendo eficaz contra *Cándida albicans* y hongos profundos.

La Griseofulvina es eficaz para tratar la Tiña de la cabeza, la Tiña del cuerpo, la onicomicosis de las manos y la Tiña inguinal, sin embargo, los resultados parecen desalentadores en el tratamiento de las onicomicosis del pie y micosis interdigitales por dermatofitos en el pie, lo que considero la nota más importante desde el punto de vista podológico.

La dosis debe administrarse a razón de 1 gr. al día (0,5 grs. al día si es en forma micronizada) repartida en varias tomas diarias durante 4 ó 5 semanas en caso de Tiña de la cabeza, Tiña del cuerpo o Tiña inguinal. En la Tiña de la cabeza por *Microsporum audouini, Microsporum canis o Trichophyton tonsurans,* puede emplearse una dosis masiva de 3 grs. de Griseofulvina en partículas grandes o 1,5 grs. en forma micronizada, debiendo vigilar periódicamente al enfermo con la luz de Wood hasta que desaparezca la fluorescencia, constituyendo el cultivo negativo de la zona la prueba final de la desaparición de la Tiña.

En caso de onicomicosis el tratamiento deberá durar de 4 a 12 meses sin interrupción.

La Griseofulvina presenta propiedades citotóxicas similares a la colchicina, por lo que se ha utilizado eventualmente en la gota. Igualmente es capaz de actuar como espasmolítico arterial, dato a tener en cuenta pues es capaz de ocasionar un espasmo de las arterias periféricas.

Puede ocasionar además cefaleas, neuritis periférica, artralgias, fatiga, vértigos, trastornos

gastrointestinales (epigastralgias, náuseas, diarreas...) y en ocasiones reacciones de fotosensibilidad y urticaria, por lo que deberán evitar la exposición solar los pacientes sometidos a tratamiento. No deberá utilizarse si existe fallo hepático.

De todo lo antedicho podemos deducir que la Griseofulvina no es el tratamiento antimicótico más indicado desde el punto de vista podológico, lo que nos lleva a tomar otra dirección, con conocimiento de causa, en el tratamiento de las micosis del pie y esta dirección se encamina, desde mi punto de vista, hacia el tratamiento tópico, previo dictamen del laboratorio y las medidas profilácticas conocidas por todos los podólogos, siendo importante el tratamiento mecánico (fresado) en caso de las onicomicosis. Esta línea «tópica», por así decirlo, tiene un índice elevado de fracasos, recidivas y cronicidades, pero no es debido al tratamiento en si (si se realiza previo dictamen de laboratorio y antimicótico selectivo), sino que es debido a la falta de continuidad en el tratamiento; lo que me lleva a la conclusión de que es necesaria la mentalización del paciente afecto de micosis en los pies de la importancia y necesidad del tratamiento prolongado para poder eliminarla.

Fco. Javier LUNA DE APELLANIZ

NECESIDAD DE LA PODOLOGIA...

(viene de la página 30)

Como consecuencia de su estudio, los profesionales especializados y los alumnos de la Escuela Oficial de Podología de la Facultad de Medicina de Madrid, *les corresponde ser incluidos, en el nivel propio del Diploma correspondiente con rango Universitario en la Seguridad Social.*

La creación de puestos de trabajo para justificar esa necesidad social, por la cual ha sido creada la Especialidad de Podología, con el correspondiente sacrificio que supone para muchos el tener que cursar los dos años de estudios que exige la legislación vigente, para estar en posesión del Diploma de Podólogo, especialidad del Ayudante Técnico Sanitario, con un total de cinco años de estudio, en las correspondientes Facultades de Medicina.

Por todo lo expuesto, debe ser resuelto estudiando las peticiones que se han formulado, con lo cual, conseguiremos alcanzar *la línea de justicia y alto nivel social,* que corresponde a las ambiciones de la sociedad presente, y los miembros de esta Escuela, responsables de la misión encomendada por las altas Autoridades Académicas, podrán ofrecer el fruto de tantos desvelos y sacrificios, a dichos profesionales de la Medicina.

CONCLUSIONES

1.ª Siendo evidente la influencia que la salud del pie ejerce en el estado de salud del organismo en general, el reconocimiento de esta permisa, tratarán por todos los medios a su alcance, la incorporación de esta *especialidad al ejercicio profesional del Podólogo en la Seguridad Social.*

2.ª Habida cuenta de la importancia de la *profilaxis podológica* y los grandes beneficios sociales de su aplicación, intentarán la creación de *Instituciones cerradas y abiertas de la Seguridad Social de Centros de Podología.*

3.ª Para la titulación en dichos Centros, deberán estar en posesión del correspondiente Diploma de Podólogo.

4.ª Ante la problemática que supone la creación de los puestos de trabajo, sin previo censo profesional y dificultades de montaje de los Servicios de Podología correspondiente. Se aconseja el CONCIERTO INDIVIDUAL Y COLECTIVO por parte de la Seguridad Social y los profesionales de la PODOLOGIA, como en su día realizaron los ODONTOLOGOS. Y por último, los *Centros docentes y hospitales* que tengan montados los servicios de Clínica Podológica, se utilicen como Centros pilotos, para su posterior desarrollo, con el sistema de CONCIERTO.

No hay que olvidar, que las raíces profesionales se realizan creando la necesidad Social y el respaldo laboral.

Enrique GONZALEZ

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

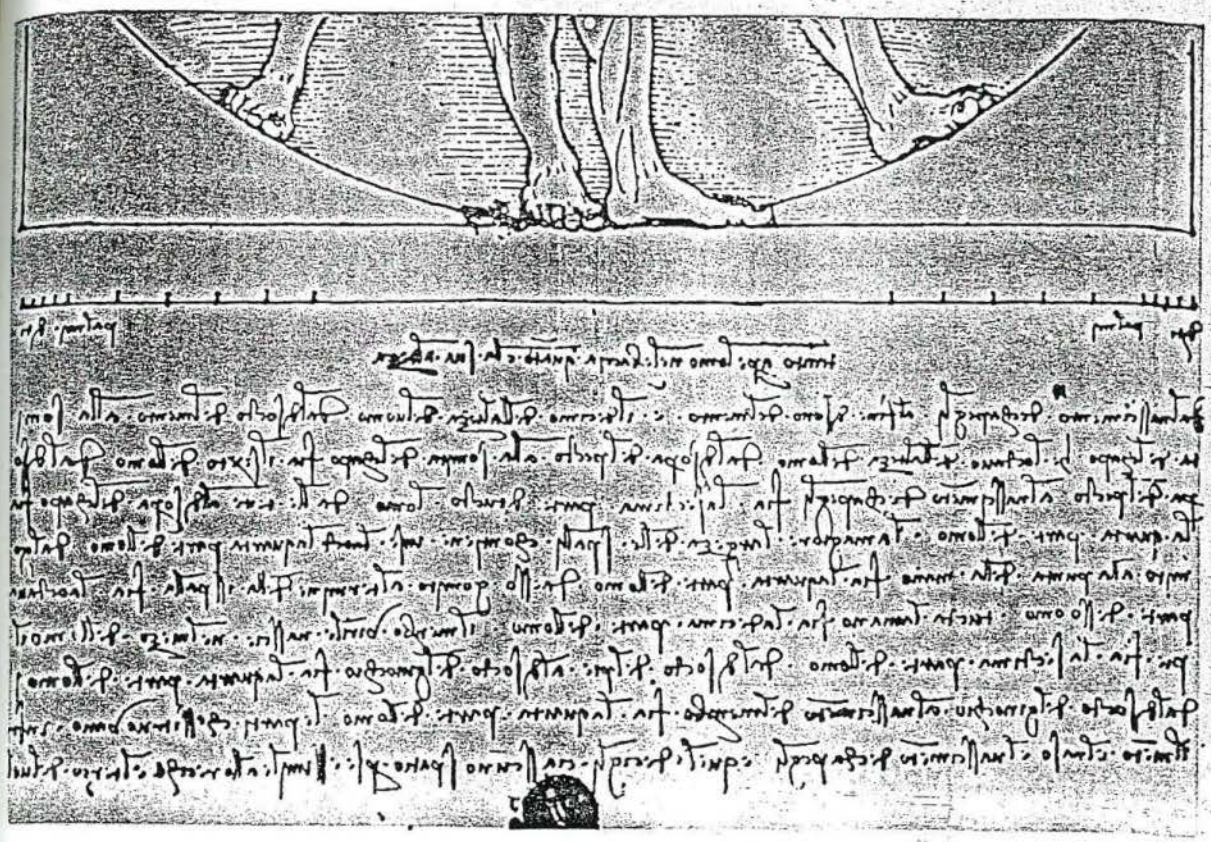
TUBITON
TUBIGRIP
TUBOS DE TUBIFOAM
TUBOPROT
TUBOCLIN
APLICADORES TUBITON, TUBOCLIN, etc.

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

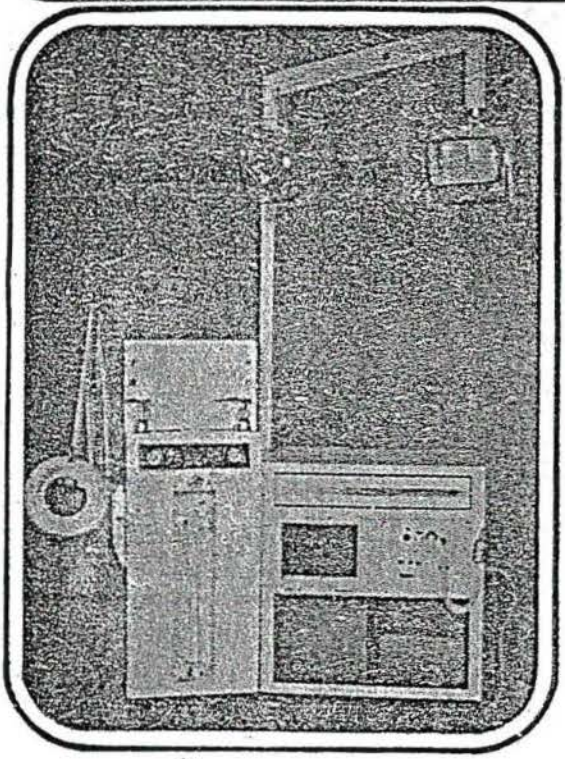




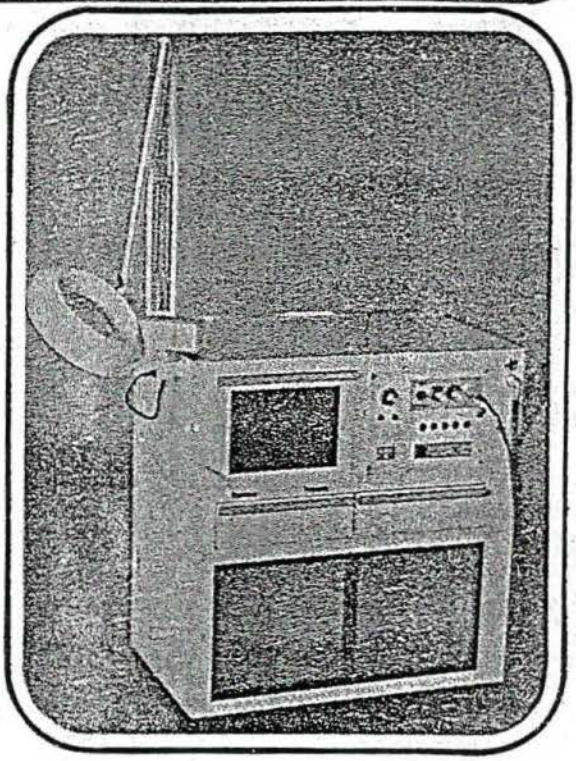
REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

A. P. E. Sptbre.-Octubre
n.° 83 1981

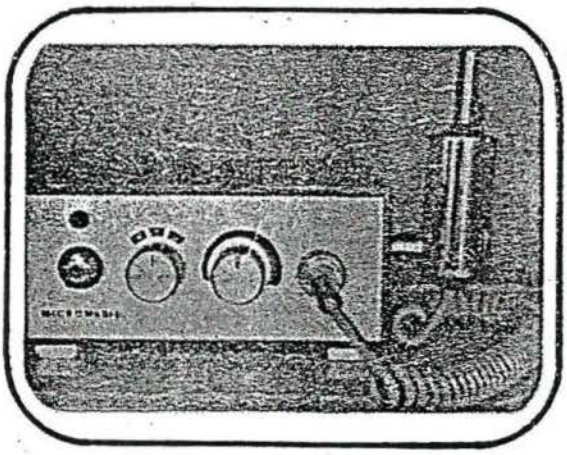
LE OFRECE NUEVOS EQUIPOS PARA SU CONSULTORIO



"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:
Avda. de la Generalitat, 31, át., 1.ª
Santa Coloma de Gramanet (Barcelona)

Director:
Enrique González Gómez

Subdirector:
Pablo Vilató Ruiz

Redactor jefe:
Martín Rueda Sánchez
Avda. de la Generalitat, 31, 1.°, 1.ª
Santa Coloma de Gramanet (Barcelona)

Administrador:
Francisco Alvarez Santos
Granada, 33, 5.°, Madrid-7

Publicidad:
Publicidad Permanyer
Mallorca, 310, ático, Barcelona-37

Imprime:
Gráficas Fomento
C. Peligro, 8. Barcelona-12

Depósito Legal:
B - 21972 - 1976
ISSN - 0210 - 1238

SUMARIO

3 Junta de Gobierno

5 Editorial

7 Las Palmas 1981

9 XIV Congreso Nacional de Podología

17 Carta abierta a todos los podólogos españoles

19 Congreso Internacional en Dinamarca 1982

21 Examen de las actitudes

27 Importancia del podólogo en la Medicina de Empresa

35 Hiperlaxitud

36 Pensamientos al estilo gregueriano



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

después de las votaciones

Presdte. Nacional	D. ENRIQUE GONZALEZ GOMEZ	Madrid
Vice-Prdente. 1.°	D. JULIO ALONSO GUILLAMON	Barcelona
Vice-Presidente 2.°	D. JUAN JOSE ARAOLAZA	Guipúzcoa
Secretario General	D. JOSE A. CALVO GARCIA	Zaragoza
Vice-Secretario	D. FRANCISCO J. MORAN VENTURA	Las Palmas G. Canaria
Tesorero	D. FRANCISCO ALVAREZ SANTOS	Madrid
Contador	D. LUIS AYCART VIJUESCA	Madrid
Vocal 1.°	D. JUAN VIDAN TORRES	Santiago de Compostela
Vocal 2.°	D. FCO. FARRERAS MORCILLO	Barcelona
Vocal 3.°	D. MANUEL TERRON SANGUINO	Badajoz
Vocal 4.°	D. MANUEL ALBALA VALLE	Cádiz
Vocal 5.°	D. PEDRO M.ª GALARDI ECHEGARAY	Bilbao
Vocal Nato	D. MARIANO RODRIGUEZ ESTEBAN	Madrid
Vocal Nato	D. JOAQUIN SOLE CUCH	Barcelona
Vocal Asesor Docencia	D. FRANCISCO MAÑE DOMINGO	
Vocal Asesor Docencia	D. ENRIQUE GONZALEZ GOMEZ	
Vocal Revista	D. MARTIN RUEDA SANCHEZ	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. Juan José Araolaza. Bidebarrieta, 4. EIBAR (Guipúzcoa).
D. José Valero Salas. ALBALATE DEL ARZOPISPO (Teruel).
D. Joaquín Solé Cuch. C. Príncipe de Viana. GRANOLLERS (Barcelona).

DELEGADOS PROVINCIALES

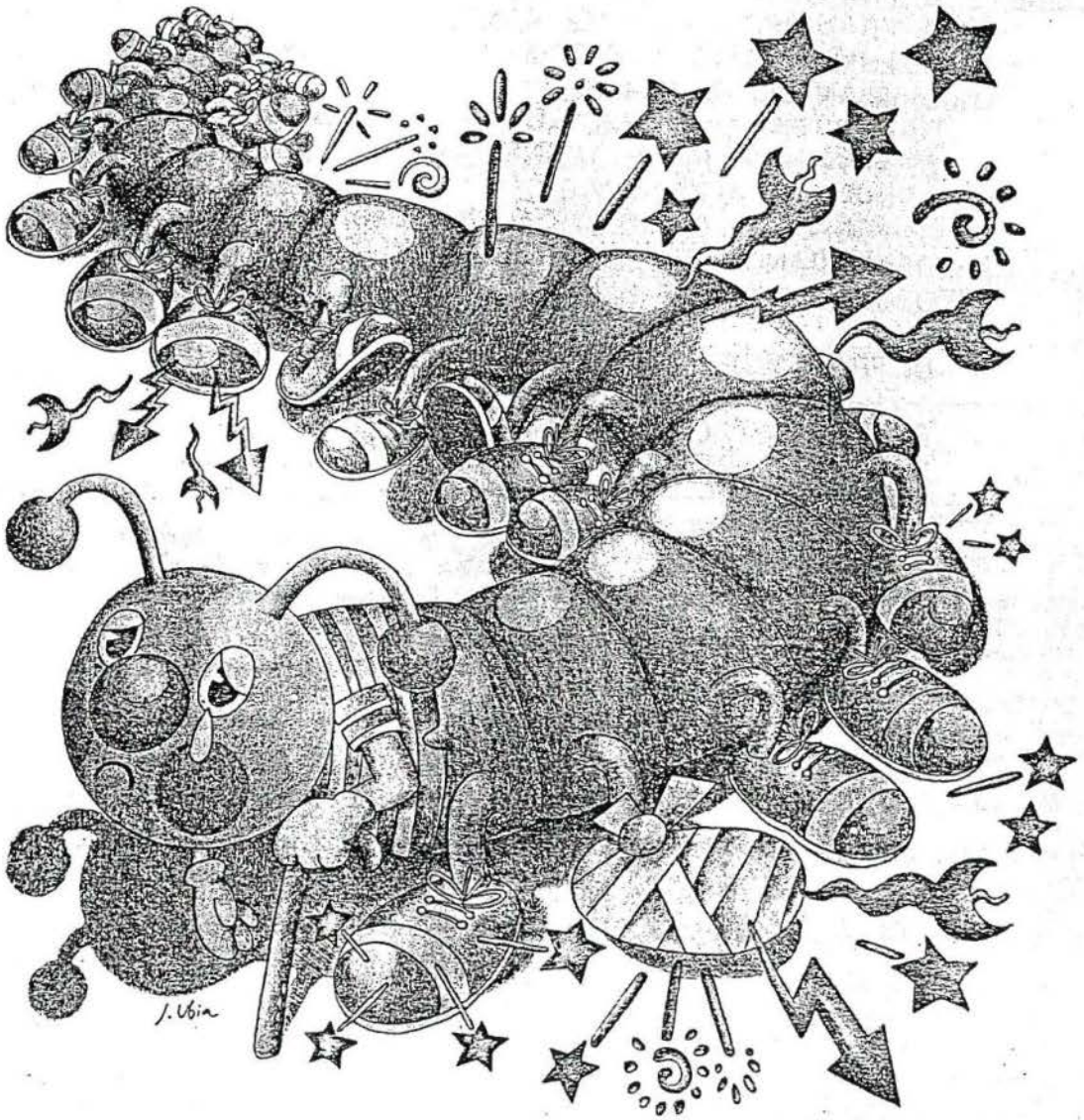
ALAVA: **D. Antonio Nogal Benito.**
ALBACETE: **D. Luis Juan Navarro.**
ALICANTE: **D. J. José Iborra.**
ALMERIA: **D. Esteban de Haro.**
ASTURIAS: **D. José Luis Alonso Alvarez.**
BADAJOZ: **D. José Villafaina de la Cruz.**
BARCELONA: **D. Joaquín Solé Cuch.**
BILBAO: **D. Pedro M.ª Galardí.**
BURGOS: **D. Elías Hernando Tamayo.**
CACERES: **D. Carlos Saguillo Núñez.**
CADIZ: **D. Manuel Albalá Valle.**
CASTELLON: **D. José Aguilar Beltrán.**
CIUDAD REAL: **D. Luis Barba Vázquez**
CORDOBA: **D. Máximo González Jurado.**
GERONA: **D. José M.ª Bosch Doménech.**
GRANADA: **D. Manuel Ruiz Morales.**
HUESCA: **Delegado de Zaragoza.**
HUELVA: **D. Jesús Tocino.**
JAEN: **D. 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: **D. José Iniesta Gallego.**
ORENSE: **D. Elisardo Bralo Rego.**
PALMA DE MALLORCA: **D. Romualdo Claverol.**
PAMPLONA: **D. J. Sarasa Moneo.**
PONTEVEDRA: Sin Delegado Provincial
SALAMANCA: **D. Antonio Basas Encinas.**
SAN SEBASTIAN: **D. Sebastián Tenés Iturriza.**
STA. CRUZ DE TENERIFE: **D. Armenio Méndez.**
SEGOVIA: **D. Francisco García Rodríguez.**
SEVILLA: **D. José Carmona.**
SORIA: Sin Delegado Provincial.
TARRAGONA: **D. Miguel Manzano.**
TERUEL: **D. José Valero Salas.**
VALENCIA: **D. Isaías del Moral Roberto**
VALLADOLID: **D. Alfonso Domínguez Milán.**
ZAMORA: **D. Narciso Miguel Barrios.**
ZARAGOZA: **D. Julio Bara del Molino.**

cuando aprieta el dolor...

ALGESAL®

ESPUMA

POMADA



ALGESAL ESPUMA

omposición

aurilsulfato de nopoxamina, 10 mg;
alicilato de dietilamina, 100 mg;
xcipiente, 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 dia 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

Tras pasar la época estival de relax, nos encontramos otra vez de lleno inmersos en la problemática que entraña la iniciación del nuevo curso académico, curso que suponemos marcará una etapa decisiva en la historia de la profesión, consecuencia inmediata de la publicación del nuevo Decreto que en lo sucesivo debe regular los senderos de la Podología como profesión independiente. Estamos, pues, siendo testigos presenciales de una profunda estructuración a partir de la cual se iniciará la formación académica de PODOLOGOS, con todo lo que ello indudablemente trae consigo en cuanto a planteamientos futuros, en los que el prisma podológico será diferente. Sabemos también que en estos momentos lo más importante para conseguir nuestros propósitos es mantener una unidad de criterios, no sólo entre nosotros, sino, también llevar a cabo una política de acercamiento acerca de los demás profesionales de la sanidad de rango académico equivalente al nuestro, para formar así un bloque compacto y homogéneo, que no permita fisuras y que esté movido en sus aspiraciones por unas acciones coordinadas y paralelas, cada cual bajo el punto de vista que su proyección sanitaria le indique. Por otro lado, también habrá que llevar a cabo la remodelación de las diversas Delegaciones de Zona, así como de las que se vayan convirtiendo en Asociaciones de ámbito regional, siempre bajo unas directrices que en ningún momento conlleven implícitamente a una distanciación, sino todo lo contrario, a formar un tronco común, cuyas diversas ramas constituyan el árbol podológico. Está suficientemente claro que a partir de este razonamiento no se puede contemplar un árbol frondoso, con unas ramas suficientes, si carece de un tronco capaz. Ese tronco habrá que buscarlo en el adecuamiento de la Junta de Gobierno de la Agrupación a las nuevas exigencias del momento. Así iríamos enumerando, y la lista se haría interminable, cada uno de los puntos a tratar. No es por tanto una labor de unos cuantos, sino del colectivo. Tampoco se puede olvidar lo que durante años ha representado y seguirá representando de la forma más eficaz posible a la Podología.

Es decir, lo que en más de una ocasión he dado en llamar la proyección impresa de nuestra profesión: la Revista, que indudablemente también está sufriendo en su seno todas las vicisitudes por las que hemos pasado, motivo por el cual no ha rayado a la altura suficiente que los momentos exigen.

Hay que darle agilidad, un cariz con cierto grado de reformismo. Ha de transmitir al profesional algo más que la noticia pasada de un congreso o la conferencia de un compañero. Debe latir al compás de todos, y las Delegaciones tienen que apoyarla y componerla. No es labor de uno, es de todos, porque la Revista debe unirnos y servir en cierto modo para identificar a una clase. En el tiempo y en la circunstancia fue buena, por la misma razón que en otro tiempo y otra circunstancia debe mejorarse. Ya hay proyectos, planes de mejoramiento, que esta Redacción presentará a la Consideración de la Junta, conjuntamente con las sugerencias que recibamos al respecto, que no dudo tendrán gancho y serán estudiadas de forma conjunta. Es un deber y una obligación que debe tener todo aquel que se precie de ser buen podólogo, porque esa condición ya lleva implícito un espíritu de colaboración. No debe ser una persona la que lleve adelante la tarea, sino que ésta es de muchos. Espero que cuando en un futuro nos veamos, nos felicitaremos mutuamente por los logros obtenidos.

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.

Las Palmas 1981

Ha finalizado otro Congreso. Parece que fue ayer cuando, con mucha ilusión y esfuerzo, se celebró el primero.

Pocos pensaban que se llegaría a este XIV Congreso celebrado en Las Palmas. Durante todos estos años, ha habido de todo un poco, como en la viña del Señor.

Alegrías, incomprensiones, reconciliaciones, etcétera. Pero por encima de todo, entusiasmo y voluntad de seguir adelante, hasta conseguir ser Universitarios.

Es un éxito que hay que atribuírselo a todos los Podólogos, y cómo no, a los sufridos cónyuges de ambos sexos.

Mientras estaba ordenando los diversos objetos adquiridos en Las Palmas, al encontrarme con la pequeña grabadora, no resistí la tentación y la puse en marcha.

Oí la voz de mi amigo Pepito Grillo, en sus comentarios y también la mía en algunas observaciones a éstos.

Recopilé sin orden cronológico, varios fragmentos de nuestras conversaciones que me parecieron interesantes. Por tal motivo las transcribo a continuación.

«Amigo, me dijo Pepito Grillo.

En este Congreso ha habido una persona, que tenía una ardua tarea a realizar. Debía luchar con el recuerdo de un gran Presidente, ya desaparecido. Su misión no era fácil, pero creo que el Presidente de la transición, palabreja que está de moda, Don Zacarías García, demostró su capacidad en el desempeño de su cometido.

Le contesté.

Estoy completamente de acuerdo, y continué. En todos los Congresos, que hemos asistido juntos, siempre has encontrado algunos motivos a destacar. ¿En éste qué resaltarías?

Varios conceptos, me contestó.

¿Positivos o negativos?, quise saber.

Hizo una pausa y me respondió.

Negativo, es un adjetivo que no lo encuentro adecuado. Prefiero denominarlo «Puntos Negros».

No le veo la diferencia. Es cuestión de matices. Pero está bien, dime un Punto Negro, le contesté.

La falta de puntualidad de los congresistas a los actos científicos, obligando a los monitores, o mejor dicho moderadores, a aplazar el inicio de las conferencias.

Retraso que ya no se podría recuperar, con la consiguiente alteración en los diversos actos programados por los organizadores.

Esta falta de puntualidad demuestra una desconsideración hacia los compañeros que presentaban temas, y también a los que asistían con puntualidad.

Más que desconsideración, creo que es un vicio de nuestro carácter, le dije.

Exacto, me replicó. Pero ya va siendo hora que se arbitren medidas para evitar, que en futuros Congresos, se repitiese eso que tú llamas «VICIOS». Incluso se debería prohibir la entrada a la Sala de conferencias, una vez iniciada éstas.

Bueno, hombre, no te lo tomes por la tremenda. Dime algún concepto positivo.

Uno de los conceptos positivos, fue al acierto, al encomendar al Prof. Dr. Don José Ojeda, la inauguración del Congreso, y al Dr. Don José Luis Medina la clausura del mismo, me contestó.

Y continuó.

Punto Negro, fue el intento de suprimir el Congreso Nacional en beneficio del Internacional.

Craso error sería tomar esta decisión. Son dos certámenes completamente diferentes.

Organizar catorce Congresos, con todo lo que representa, es una labor casi de titanes. Demuestra tener una solera, que no debe estar supeditada al Internacional, por mucho internacional, valga la redundancia, que sea.

En la última conversación grabada mi amigo Pepito Grillo decía:

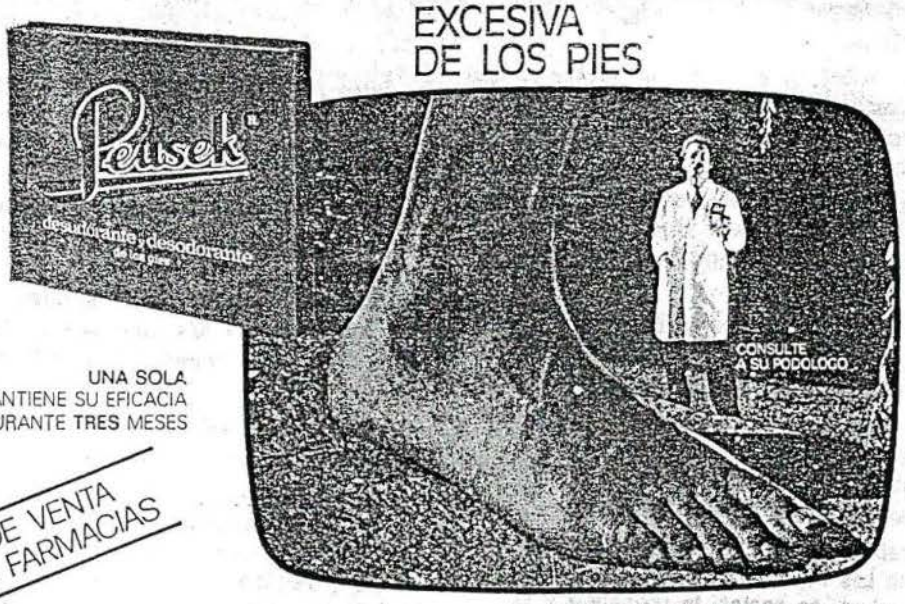
También destacaría, como positivo, el diverso temario presentado.

Felicitar a los que por primera vez hacían oír su voz, así como también a aquellos que volvían después de una ausencia más o menos prolongada, sin olvidar en ambos casos la presencia femenina que fue importante».

Y con un «hasta Castellón», terminaba la grabación.

C. T.

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



AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA



XIV Congreso Nacional de Podología Islas Canarias

LAS PALMAS DE GRAN CANARIA
8-9-10-11 OCTUBRE 1981

Extracto del Acta de la Asamblea General. Se celebró el 11 de octubre, en Las Palmas de Gran Canaria, con ocasión del XIV Congreso Nacional.

1.º SALUTACION DE LA PRESIDENCIA.
2.º LECTURA DEL ACTA ANTERIOR Y APROBACION SI PROCEDE.
3.º ESTADO DE CUENTAS Y APROBACION SI PROCEDE.
4.º INFORME DE LA PRESIDENCIA.
5.º LICENCIA FISCAL DEL PODOLOGO.
6.º PROXIMOS CONGRESOS NACIONAL E INTERNACIONAL DE PODOLOGIA.
7.º RUEGOS Y PREGUNTAS.
8.º ELECCIONES GENERALES DE LOS CARGOS DE PRESIDENTE; VICEPRESIDENTE PRIMERO, Y VOCALES 2.º Y 4.º DE LA JUNTA DE GOBIERNO.

1.º Con unas cálidas palabras de salutación y bienvenida a los compañeros asistentes y recuerdo a los ausentes, que por una u otra causa no han podido hacer acto de presencia en la sesión, el Presidente inicia la jornada de trabajo y da paso inmediato al punto 2.º, con el ruego de que los intervinientes en los puntos a tratar lo hagan con objetividad y precisión, en evitación de disquisiciones y diálogos personales estériles que acarreen pérdidas de tiempo innecesarias.

2.º D. Zacarías García de Andrés, llegando este punto, subraya que como quiera que el extracto del acta anterior se haya enviado a todos y cada uno de los compañeros de España, puede eximirse de su lectura al Secretario General, si lo estiman pertinente, y proceder a emitir las objeciones, si es que existe alguna o, en su defecto, proceder a la aprobación. La Asamblea manifiesta ser consciente del contenido del acta, procediendo a su aprobación por unanimidad.

3.º Seguidamente, D. Manuel Gavín Barceló, Tesorero Nacional, procede a dar amplia lectura del estado de cuentas. A este respecto, los Censores de Cuentas, nombrados para tal fin en la Asamblea de Alicante, D. Carlos Sagüillo Núñez, de Cáceres, y D. Francisco Maure Ternia, de Barcelona, acompañan las correspondientes actas de haber efectuado la pertinente revisión y dando su absoluta conformidad. En ausencia del Sr. Maure, el Sr. Sagüillo, procede a dar lectura pública de ambas actas. En consecuencia, queda aprobado por unanimidad por la Asamblea.

4.º Comienza el Sr. Presidente, informando sobre la situación de los compañeros colaboradores del Inserso, que califica de variopinta y de anárquica por el citado Organismo, por la diversificación de condiciones en que cada uno se encuentra. Entiende que el problema requiere de un meticuloso estudio previo, en el que se determine la conveniencia o no del contrato de trabajo para todos los compañeros del medio; el establecimiento de tarifas homogéneas para todo el ámbito nacional, etc., etc., todo ello, a partir de un conocimiento preciso de la legislación existente sobre el particular. De ahí el que, tras sus primeros contactos con la Dirección General, decidiera aplazar las gestiones al objeto de dotarlas de una mayor concreción. Reprocha el que en la Asamblea de Madrid se crease una Comisión al efecto y no haya tenido eco la solicitud de voluntarios para integrarla. Por iniciativa del Vicepresidente D. Juan José-Araolaza Lahidalga, ha sido confeccionado un Censo de compañeros del Inserso, del que tiene constancia tal Vice-

PIEDRO

OFRECE AL PODOLOGO:

el calzado anatómico-fisiológico
número uno de Europa

cuatro distintos anchos
cuatro tipos distintos de suela

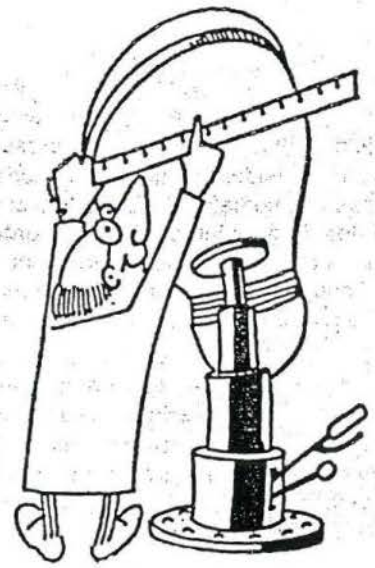
- 100 % cuero crupón marca-royal
- palmilla entresuela cuero y bloque de composición controlada
- íd., íd., íd. y crepé superior virgen
- 100 % cuero crupón reforzado

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:

Espacio para colocar plantillas
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, 87, 2.°
teléfono 93/239 53 06
Barcelona - 15
telegramas: KIRITA-Barcelona

presidencia, D. Joaquín Solé Cuch y Secretaría General. Propone crear una comisión encargada. Se acuerda crear dicha Comisión y convocar una reunión general de los compañeros afectados para el establecimiento de los acuerdos oportunos. Son nombrados D. Carlos Sagüillo Núñez, D. Isaias del Moral Roberto y D. José González Gavela, de Plasencia, Valencia y Ponferrada, respectivamente, como miembros de la mencionada Comisión del Inserso.

A continuación, el Presidente, hace referencia al nombramiento provisional de Delegado Regional de Andalucía que le fuera concedido, en la Asamblea Nacional de Madrid a petición de los Delegados andaluces, a D. Manuel Albalá Valle. Entiende que en dicha región debe procederse a las pertinentes elecciones de Delegado Regional. Se aprueba que sea convocada una Reunión de Delegados Provinciales de Andalucía, previa admisión de candidaturas con tiempo suficiente, y proceder a las elecciones de su Delegado Regional.

D. Zacarías García de Andrés, pasa a informar sobre la marcha de las gestiones acerca de los Estudios de Podología y la creación del Colegio de Podólogos, de conformidad con anteriores acuerdos establecidos. Comunica que todo ello, sigue su camino en los Organismos Competentes, pudiendo calificarse de gestión eficaz aunque con la lentitud tradicional de la Administración, pero que se encuentra en buenas manos. A este respecto, vuelve a subrayar el entusiasmo, capacidad de trabajo, planificación de estructuras fundamentales y dedicación, observados por D. Enrique González Gómez. Que en todo momento ha sido consultado y convenientemente informado por el citado compañero. Que no encontrando objeción alguna en los programas de Estudios presentados, procedió a su presentación en los Departamentos Ministeriales correspondientes, Rectorados, etc. Que como quiera que la Podología, desde tiempo inmemorial, viene siendo extorsionada en sus aspiraciones, en cuantos pasos ha intentado dar a lo largo de su historia, solicitaba de la Asamblea le eximiera de pormenorizar la situación de las gestiones, si bien les aseguraba que estaban tan suficientemente atendidas que, en ocasiones, hasta se daba la circunstancia de coincidir su visita con la del Sr. González en el mismo día, sin haberse puesto de acuerdo. La Asamblea acuerda darse por satisfecha y conceder unánime voto de confianza a la Presidencia y al Sr. González en dichas gestiones.

A continuación, informa de la brillantez de las Jornadas de Podología Catalanas, a que fuera invitado por el Presidente de la Comisión Organizadora, D. Joaquín Solé Cuch. Que, consciente de la división en grupos de los podólogos catalanes, aprovechó su estancia en Cataluña, para reunir a los dirigentes de los mismos, convencerles de la necesidad de una fusión en regla y lograr su firme promesa de laborar por la unidad total. Que se mostraba satisfecho en profundidad y felicitaba a los dirigentes de la Podología Catalana por su hombría de bien al haber cumplido fielmente con tal promesa, como lo atestiguaba el acta de fusión que le había sido enviada por el Sr. Solé, poco antes de su venida a Canarias. Cede la palabra al citado Sr. para que proceda a dar lectura del acta de fusión aludida y la convocatoria de elecciones generales en Cataluña, firmada por el Presidente de la Asociación Catalana y el de la Delegación Regional de la A.P.E., con la que quedarán integrados, todos, en la Agrupación de Podólogos de España.

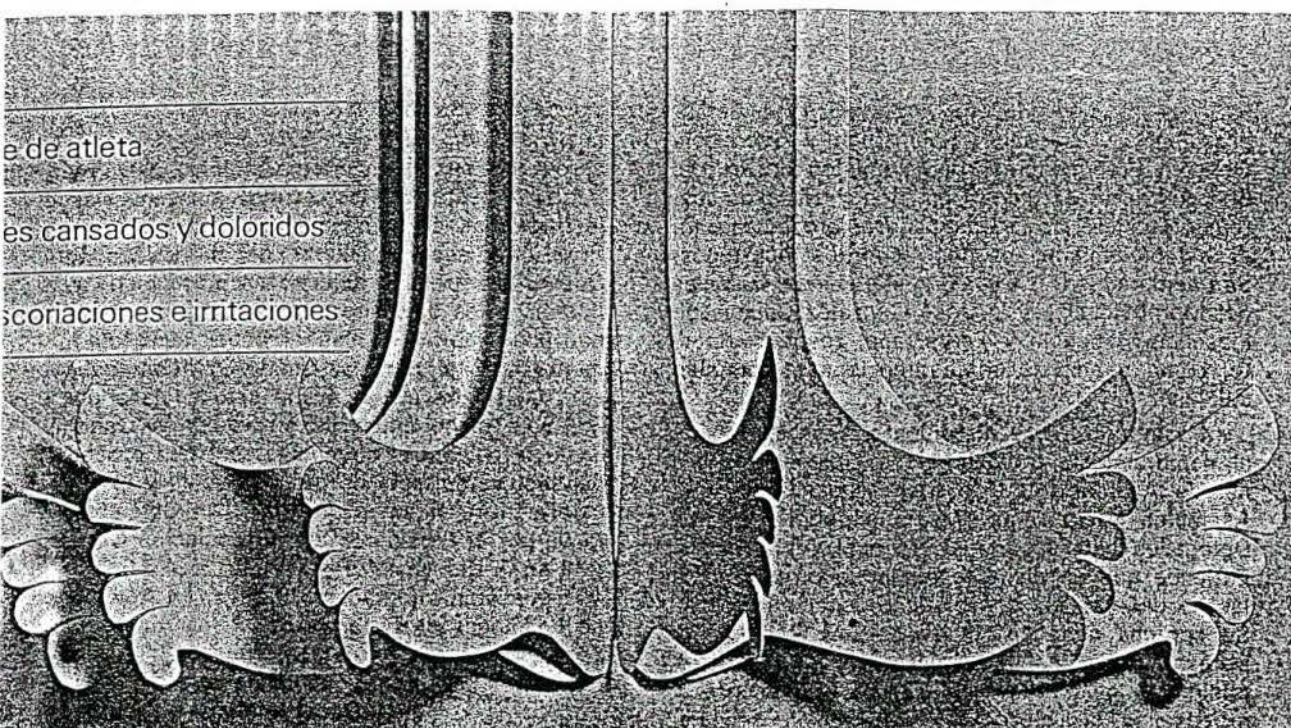
Prosigue el Sr. Presidente, informando sobre la última reunión de la F.I.P. y da lectura del acta sobre los acuerdos adoptados, habiendo estado representada España, según acuerdo de la Junta de Gobierno, por D. Francisco Mañé Domingo, Subdirector de la Escuela de Barcelona, y D. Martín Rueda Sánchez, Redactor Jefe de la Revista de Podología. Que en la sesión había sido nombrado el representante español, Sr. Mañé, Vice-presidente de la F.I.P. Posteriormente, había tenido entrada un escrito por el que el Sr. Mañé presentaba la dimisión irrevocable de todos sus cargos, que había decidido aplazar hasta la celebración de la Asamblea, dado el importante bagaje de méritos y contribución aportada por el citado Sr. a la Podología. Se acuerda, aceptar las razones expuestas por el Sr. Mañé y, por unanimidad, acceder a su dimisión.

5.º Sobre este particular, el Sr. Presidente expresa su honda preocupación y sorpresa. En e ante-proyecto del Ministerio de Hacienda figuraba el Podólogo, incluido entre el Odontólogo y otras profesiones de alto nivel, con la asignación de 12.000 ptas. Que esto le satisfizo, por representar un reconocimiento oficial de Hacienda que podría apoyar muy mucho las gestiones pendientes de Escuelas Universitarias y de Colegio de Podólogos y eliminar los reparos que pudieran surgir en otros Departamentos ante tal evidencia. aun cuando la cuantía fijada a la Licencia Fiscal era excesiva, este extremo sería fácilmente subsanable después, con la demostración real de nuestra categoría profesional. Sólo tenía de inconveniente el pequeño sacrificio temporal de la clase podológica. Posteriormente, al promulgarse el Decreto que ya no figura el Podólogo sí el nombre de pedicuro, denominación que entendía abolida desde el nacimiento de la Podología. Que a tal respecto le había sido remitido

e de atleta

es cansados y doloridos

scoriaciones e irritaciones



Pentoderm®

Crema podológica

túa como antiséptico y antifúngico
rce una acción reepitelizante
voreciendo la normalización fisiológica de la piel.
sodorza, refresca y protege la zona
ñada de la piel.

omposición:
0 g. de crema contienen:
cido undecilénico, 2 %; Alcohol fenoxietílico,
%; Sal sedativa de Homberg, 0,5 %;
ligalacturonsulfonato sódico, 0,75 %; Tintura
árnica, 0,3 %; Ovolecitina, 0,05 %;
ntotenol, 0,3 %.

dicaciones:
coriaciones e irritaciones de la piel. Pies
nsados y doloridos. Dermatofitosis. Pie de
eta.

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. 109 Ptas.

MADAUS CERAFARM, S.A.

escrito por el Delegado Provincial de Málaga, tras gestiones realizadas por éste en su Delegación de Hacienda, por el que creía conveniente dirigirse a todos los Delegados de Hacienda, reclamando la omisión y solicitando la anulación de pedicuro. De cómo la Presidencia, le había encargado la confección de un borrador que sirviese de escrito común a todos los Delegados para tal gestión, sin perjuicio de la presidencial a nivel ministerial. A instancias de la Presidencia, D. Eugenio Rojas Aguilar, procede a dar lectura del borrador que ha confeccionado y que, previas las correcciones que se estimen convenientes, sirva de base para todas las Delegaciones. Interviene D. Enrique González Gómez, para manifestar que no se debe gestionar nada que ya se paga la licencia fiscal de A.T.S.; que sea la Administración la que nos llame. Acaba, entendiendo que por nuestra parte no se debe hacer gestión alguna. El Presidente, manifiesta su discrepancia con tal criterio, que pudiera ser válido en una concepción individual de pretendida ignorancia particular, siempre arriesgada, pero que un Organismo, el conjunto de hombres que lo dirigen, ha de observar un minucioso cumplimiento de lo establecido, al estarle vedado el desconocimiento de cualquier asunto que afecte a la colectividad. Por lo tanto, se inclina hacia la gestión. Tras diversas intervenciones y deliberaciones, toma la palabra D. Dámaso García San José, para informar de los trámites personales realizados al respecto, escrito dirigido a Hacienda y de cómo, en cumplimiento del Decreto, se ha dado de alta como Podólogo en la Licencia Fiscal. Abunda en que no puede pretextar ignorancia ninguna profesión. En consecuencia, se acuerda que la Junta de Gobierno someta el asunto a la consideración de una asesoría jurídica competente y obre en consecuencia.

6.º La Presidencia informa del próximo Congreso Internacional de Podología, que tendrá lugar en Copenhague (Dinamarca). De cómo fue informado a través del Sr. Vilaplana quien le solicitó remitiese a la Secretaría General Danesa el nombre de dos representantes por Madrid y otros dos por Barcelona. A este respecto, el Presidente manifiesta que este es un tema que hay que perfeccionar y que tanto los Congresos Nacionales, de cada país, deben ser comunicados al resto de países de la Federación Internacional, como los Internacionales, con tiempo suficiente que permita mayor capacidad de maniobra y, sobre todo, que posibilite la elección del mejor trabajo nacional y el nombramiento de su autor como representante español. En esta ocasión, se ha visto forzado a obrar con urgencia, dado que cumplía el plazo señalado casi inmediatamente después de tener conocimiento, designando a D. Enrique González Gómez, como Subdirector de la Escuela de Madrid, y asimismo, dado que en Copenhague tendrá lugar la Reunión de la F.I.P., condicionado a ser sustituido, expresamente, por quien saliera elegido de entre los candidatos a la Presidencia de la Agrupación, en las elecciones aún pendientes, por entonces, de ser convocadas. De los representantes por Barcelona fue encargado el Sr. Mañé, Subdirector de la Escuela de dicha capital. La Asamblea manifiesta estar enterada del Congreso Internacional a través de la Revista de Podología y aprueba la decisión adoptada por la Presidencia y su intencionalidad.

Sobre el Congreso Nacional 1982, se presentan las opciones de Galicia, Cádiz y Castellón. En representación de Galicia, D. Juan Vidán Torres, hace un detallado razonamiento de las dificultades que para su programación y organización representa el Año Santo, por el aumento de visitantes y escasez de alojamientos y ve como única posibilidad el fijar su sede en La Toja. Por Cádiz, D. Manuel Albalá Valle, manifiesta no estar este año en condiciones de organizarlo por falta de marco idóneo, toda vez que el ideal será celebrarlo en un Hotel que se encuentra en construcción y con el que podrá contar para 1983. D. Isaías del Moral Roberto, en nombre de Castellón, defiende su opción en base a que sería más conveniente celebrar los Congresos en aquellos lugares que no hayan tenido aún oportunidad de organizarlos. Tras diversas intervenciones, se aprueba que el XV Congreso Nacional de Podología, sea celebrado en Castellón, el último fin de semana del mes de septiembre de 1982. Quedando como candidatos para la celebración del siguiente, Galicia y Cádiz, respectivamente.

A instancias de la Presidencia, que considera imprescindible la creación de comisiones que deberían estar funcionando desde hace varios años para aplicar su experiencia en la organización de manifestaciones, selección de temas, etc., asesorando y perfeccionando la función de la comisión organizadora local, se aprueba crear en un futuro próximo la Comisión Nacional de Congresos y la Comisión Nacional Científica, con funciones específicas a sus correspondientes denominaciones.

7.º No los hubo, habida cuenta de que fueron efectuados durante el desarrollo de cada punto hasta la adopción de cada acuerdo.

8.º Antes de proceder a la constitución de la Mesa Electoral, el Presidente considera oportuno que debe informar a la Asamblea sobre las circunstancias que han precedido a las elecciones y que tenga un claro concepto de las mismas para su posterior pronunciamiento. De conformidad con lo anunciado en la Asamblea de Madrid,



Mod. 101 "PRINCIPE"



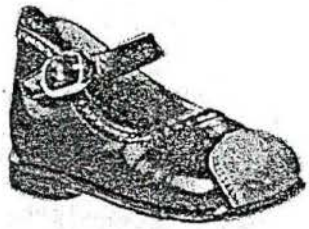
Mod. 102 "SESAMO"



Mod. 103 "CHARLY"



Mod. 104 "FESTIVAL"



Mod. 105 "PITUSA"



Mod. 106 "SANDALIN"



Mod. 107 "BAMBY"

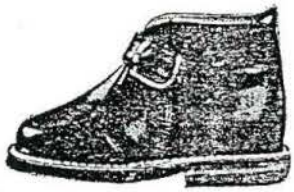


El calzado formativo "FIEL" ha sido diseñado bajo dirección médica para facilitar un desarrollo armónico y equilibrado del pié infantil en sus fases preandante y primeros pasos.

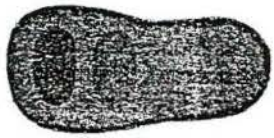
Es un calzado dotado de todos los requerimientos anatómicos, entre los que destacan la selección de materiales empleados en la piel, el forro y la suela, y todas las características que se destacan abajo.

Sujeción y consistencia en el talón.





Perfecto asiento del piso y tacón en un mismo plano.



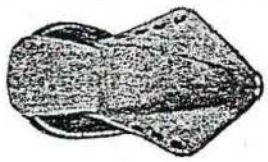
Amplia base de sustentación en tacón y piso dotado de parches de goma antideslizante.



Amplio alojamiento de dedos.

Flexibilidad a nivel del antepié.





Arco anatómico longitudinal que evita elongaciones ligamentosas.

se cursa la convocatoria, dando un plazo más que suficiente para la presentación de candidaturas. Durante este plazo, D. Enrique González Gómez y D. Zacarías García de Andrés, consideran que la Presidencia debería recaer en Madrid, dadas las numerosas gestiones a realizar en el presente podológico, y, por consiguiente presentarse como candidato algún madrileño. Tras consultar al Sr. García de Andrés, si está dispuesto a presentar su candidatura y éste manifestarle que su único propósito es el de llevar el barco podológico a Canarias y proceder a su relevo, el Sr. González Gómez se decide a presentar la suya, en vista de que él no piensa hacerlo. Entre tanto, la Presidencia, en su decidido propósito de facilitar la participación electoral y ante el deseo de algunos compañeros de posibilitar el voto por correo, dirige una circular a todos los Delegados Provinciales con el ruego de sea pulsada la opinión general sobre el sistema electoral, forma de escrutinio, lugar, etc., que consideren idóneo, y le sean transmitidas las conclusiones. Reprocha la inhibición de los Delegados por haber sido solamente tres las Delegaciones que contestaron y no precisamente las de mayor número de agrupados. Reunida la Junta de Gobierno, el día 12 de septiembre, en Zaragoza, considerando que son únicas las candidaturas para Presidente, Vicepresidente y Tesorero, interpreta que no hay suficientes razones modificativas y se pronuncia por la celebración de las elecciones en la Asamblea General de Canarias y la necesidad de presencia física del votante, de conformidad con los Estatutos. Bastantes compañeros, al observar su ausencia en las candidaturas y desear su continuidad en el cargo, le solicitan sea rectificada su decisión y se presente como candidato ya que no existe impedimento alguno para la admisión de candidaturas en la propia Asamblea. Ante la persistente insistencia, se ve en la obligación de acceder, por no defraudarles, y continuar en acto de servicio si es que la mayoría lo quiere, aun cuando de haberlo deseado por propia voluntad lo hubiera hecho en el plazo previsto. Se acuerda solicitar de la Asamblea la ampliación de candidaturas, así como que la Mesa Electoral quede constituida por el Agrupado de más edad y el más joven, auxiliados por el Secretario General del Congreso, todo lo cual somete a la consideración de los asistentes. Por unanimidad, queda aprobada la constitución de la mesa electoral propuesta y la admisión de candidaturas en el acto, además de las presentadas en el plazo señalado en su día.

En consecuencia, la Presidencia invita a cuantos compañeros se consideren capaces de prestar su eficaz colaboración, se incorporen como candidatos a los cargos que estimen convenientes, subrayando que las elecciones no tendrán vencedores ni vencidos, ya que no hay ninguna rivalidad ni otra apetencia que la de servir a la profesión para cuyo fin se presentan unos cuantos amigos, como lo demuestra el hecho de que los que presentaron su opción, oportunamente, no hayan tenido inconveniente en aceptar otras de última hora, y todo se ha desarrollado con mutua comprensión, caballerosidad y alto sentido de mutua amistad. Terminada la inscripción las candidaturas quedan como sigue:

A Presidente:
D. Enrique González Gómez (presentado en Convocatoria).
D. Zacarías García de Andrés (en Asamblea).

A Vice-Presidente:
D. Julio Alonso Guillamón (en Convocatoria).
D. Isaías del Moral Roberto (en Asamblea).

A Tesorero:
D. José Vilar Fúster (en Convocatoria).
D. Francisco Alvarez Santos (en Asamblea).
D. Dámaso García-San José (en Asamblea).

A Vocales:
D. José Olcina Morales (en Convocatoria).
D. Francisco Farreras Morcillo (en Convocatoria).
D. Manuel Gavín Barceló (en Convocatoria).
D. Andrés Viedma Talavera (en Convocatoria).
D. Manuel Albalá Valle (en Asamblea).
D. Vicente Sanchís García (en Asamblea).

Antes de proceder a la constitución de la mesa de escrutinio, se suceden diversas intervenciones todas ellas encaminadas a encontrar la fórmula de retener en la dirección de la Agrupación a los dos candidatos a la Presidencia. Se les califica de necesarios para los intereses colectivos. Se propone nombrar o crear una Presidencia Adjunta; o una Presidencia Colegiada. El Sr. Presidente, desestima tales propuestas por no estar contempladas en los Estatutos, ni figurar tal modificación en el Orden del Día. A propuesta de D. Francisco Santomé Rodríguez, queda aprobado, por unanimidad, que el candidato presidencial que saque menor número de votos sea quien, automáticamente, ostente el cargo de Vice-Presidente de la Federación Internacional de Podología, vacante por la dimisión de D. Francisco Mañé.

A continuación, van tomando la palabra los candidatos para efectuar su presentación y los motivos y deseos de colaboración que les mueve a presentarse, evidenciando, todos ellos, sus magníficos propósitos de ser útiles a la colectividad.

D. Dámaso García San José, manifiesta que su candidatura es la consecuencia de un compromiso adquirido con el Sr. Presidente, y condiciona la misma al supuesto de que éste continuase en el cargo, que se acepta. D. Manuel Gavín Barceló, Tesorero Nacional, participa que su intención, al aspirar a una vocalía, es continuar en la Junta de Gobierno al objeto de seguir encargándose de la distribución y administración de la Revista y descargar de tan ingrato trabajo al nuevo Tesorero.

Se procede a la constitución de la Mesa Electoral, siendo nombrado, como compañero de más edad y Presidente de la misma, D. José Villafaina de la Cruz, de Badajoz, junto al de menos edad D. Luis Lillo Arza, de Monforte de Lemos (Lugo), que actuará como Secretario.

Ultimada la votación y efectuado el pertinente escrutinio, el resultado es el siguiente:

Presidente: D. Enrique González Gómez, de Madrid.

Vice-presidente: D. Julio Alonso Guillamón, de Barcelona.

Tesorero: D. Francisco Alvarez Santos, de Madrid.

Vocal 2.º: D. Manuel Albalá Valle, de Cádiz.

Vocal 4.º: D. Francisco Farreras Morcillo, de Barcelona.

Quedando nombrado, en virtud del previo acuerdo establecido, Vicepresidente de la Federación Internacional de Podología, D. Zacarías García de Andrés, de Madrid.

Finalmente, el Sr. García de Andrés, tras dedicar unas palabras de agradecimiento a los compañeros asistentes y poner de manifiesto su satisfacción, tanto por las pruebas de afecto demostradas por quienes le otorgaron su voto como por los resultados de las elecciones que consideraba justas, moral y materialmente, toda vez que el Sr. González Gómez era candidato único dentro del plazo señalado; significando que nadie entendiese la existencia de vencedores ni vencidos y que los votantes no debían limitar su acción al mero hecho de escribir un nombre determinado en una papeleta, sino que al hacerlo habían adquirido el compromiso de apoyo incondicional del elegido para facilitar su función, al que, desde luego, le ofrecía su personal colaboración ya que con la amistad contaba de antemano. Deseando a todos un feliz viaje de regreso a casa y sin ninguna objeción en contra, el Presidente dio por terminada la sesión a las 15.30 horas.

V.º B.º
EL PRESIDENTE
Fdo: Zacarías García de Andrés

EL SECRETARIO GENERAL
Fdo.: José A. Calvo García

Carta abierta a todos los podólogos españoles

Por VICTOR NIETO MOLINA
Delegado Provincial de la Agrupación de Podólogos de España (Jaén)

Queridos compañeros:

Es la primera vez que me dirijo a vosotros. Quiero hacerlo con motivo de la elección del nuevo Presidente Nacional. Solicito de todos vosotros unos momentos de pensar, de reflexión, sobre un tema que nos es tan vital: la Podología. Y ello por el momento tan crucial que estamos atravesando. Un momento tan crucial como es el SER O NO SER DE LA PODOLOGIA.

Queridos compañeros, ha llegado ya el momento de que abandonemos asuntos vanos y mezquinos, de luchas internas que nada dicen en nuestro favor, y aunemos todos nuestros esfuerzos en conseguir esa meta que todos deseamos para nuestra PODOLOGIA.

Quiero recordar, compañeros, que la situación actual de que está disfrutando la Podología y nosotros también, es el magnífico fruto de la gran unión —UNION— he dicho, de eminentes profesionales, que olvidándose de rencillas internas, dieron o están dando su vida por la Podología.

Ya se quemó la vida de un hombre que todo lo dio por y para la Podología, que luchó muchos años, pero que al final no pudo saborear el triunfo definitivo. Eso lo sabemos casi todos los podólogos españoles, pero especialmente los que gozamos de la oportunidad de estudiar durante el curso 1959-1960 en la Escuela de Podología de Barcelona. Recuerdo a nuestro Presidente Nacional don Leonardo Escachs Clariana (q.e.p.d.), así como a su equipo de colaboradores formado por los podólogos Angel Salas García; José Ferrer Anglada; Jaime Arenas Torra; Miguel Aymani Ferrer; Francisco Mañé Domingo; Pablo Vilató Ruiz; Valentín Zambrano y José María Lario entre otros. Pienso en cómo todos formaban un grupo unido, que al cabo de dos años culminó con la consecución del Decreto que reconocía nuestra especialidad: la Podología.

Ya hubo en aquellos tiempos intentos de quienes todos sabemos de querer arrebatarnos la especialidad. Y aquel grupo que éramos, vimos cómo aquellos profesores podólogos, haciendo caso omiso de la Escuela, por razones que no recuerdo, organizaron las clases en el Colegio Oficial de Practicantes de Barcelona. Y allí aquel abnegado grupo de profesores podólogos, después de su jornada laboral, nos impartían las clases por la noche. Eran unas clases maravillosas, sin rodeos y sin reservas. Esto sí lo pueden atestiguar todos los compañeros del curso. Como prueba de la preparación a que fuimos sometidos, puedo decir que solamente hubo un suspenso en el curso, lo cual demuestra cómo aquellos hombres, hoy compañeros nuestros, trabajaron para que pudiéramos salir adelante.

Pues bien, si esto era así hace veinte años, cuando no había esperanzas ni de llamarnos podólogos, y si, gracias a su unión y a su entrega consiguieron que desde la nada hayamos llegado a tener un nombre, a que nos conozca no solamente España, sino también el extranjero, a tener un prestigio de un nivel insospechado, a ganar dinero y disfrutar de unas magníficas consultas... ¿QUE NO HAREMOS AHORA CON TODOS LOS MEDIOS DE QUE DISPONEMOS? ¿ES QUE POR LUCHAS MEZQUINAS DE PODER VAMOS A TIRAR POR LA BORDA TODO LO CONSEGUIDO? ¿ACASO PUEDE MAS EN NOSOTROS EL ANSIA DE PODER QUE EL GRAN AMOR A LA PODOLOGIA?

Hora es ya, compañeros, de olvidar las diferencias y de unirnos todos —como aquel grupo— en alcanzar el mejor fin para esta nuestra querida Podología. Tomemos ejemplo de aquel grupo. Continuemos su obra. Y todos juntos con nuestro Presidente Nacional Enrique González Gómez, emprendamos ese camino que aún nos queda para llegar a la tan codiciada meta.

Todos conocemos a Don Enrique González Gómez. Sabemos de sus defectos, pero no nos engañemos: también sabemos de sus múltiples virtudes y sabemos igualmente de su gran cariño hacia la Podología.

(concluye en la página siguiente)

Constantino Velasco Lainz

PONE A DISPOSICION DE LA PODOLOGIA ESPAÑOLA UNA GAMA COMPLETA DE ARTICULOS PARA LOS PIÉS 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

Congreso Internacional en Dinamarca 1982

Por LISA TORNGREN

La Federación Nacional de Podólogos Autorizados de Dinamarca ahora puede comunicar que el programa y el formulario de inscripción para el X Congreso Internacional de Podología están listos para su distribución.

El Congreso se celebrará en el Falkoner Centret, Copenhague (Dinamarca), durante los días: viernes 7 de mayo, sábado 8 de mayo, domingo 9 de mayo de 1982, terminando con una excursión el día 10 de mayo. El programa profesional comprenderá una serie de interesantes ponencias presentadas por hábiles colegas de todo el mundo. Todas las ponencias así como la discusión subsiguiente serán interpretadas simultáneamente en inglés, alemán, francés, español y danés.

Con motivo del Congreso se organizará una exposición comercial, que estará abierta durante el viernes, sábado y domingo. Además del programa profesional y la exposición comercial, ha sido preparado un programa social y un programa para los acompañantes.

El registro de los participantes comenzará el jueves 6 de mayo a las 13.00 horas. Esa misma noche será ofrecida una recepción en Falkoner Centret.

El viernes 7 de mayo se organizará para los acompañantes una excursión Vikinga a Roskilde que durará todo el día. Además del Museo Vikingo, visitaremos, entre otros sitios, la Catedral de Roskilde, donde se encuentran las tumbas de los Reyes daneses. El viernes, noche libre eventualmente para una visita al Tivoli, durante todos los días del Congreso.

El sábado 8 de mayo se organizará una excursión por Copenhague de medio día para los acompañantes. Entre otros sitios, se visitará la Sirenita y el Castillo de Rosenborg con las joyas de la Corona.

El sábado por la noche se celebrará una fiesta con concierto en la Iglesia de Holmen y una cena en el restaurante «Den Gyldne Fortun». La entrada al concierto en la Iglesia de Holmen será libre para todos los participantes y acompañantes. Se lleva traje informal en todos los actos sociales.

El lunes 10 de mayo se organizará para todos una excursión al Norte de Selandia que durará todo el día. Como alternativa a esta excursión, se organizará una visita a la Escuela de Podólogos danesa. Los visitantes serán informados sobre la educación de podólogos danesa así como tendrán posibilidad para ver a los alumnos trabajar.

Los detalles relativos al programa profesional y social así como todas las informaciones prácticas sobre inscripción, reserva de hotel, precio por participación en el Congreso, etc., figurarán al programa y el formulario de inscripción. Ambos pueden ser solicitados a su asociación profesional, o a la oficina del Congreso en la siguiente dirección: 10 th International Congress of Podology, c/o DIS Congress Service, Linde Alle 48, DK - 2720 Copenhague/Vanlose. Teléfono (01) 712244. Telex 15476 discon dk. Telegrama: discongress cph.

La Comisión del Congreso de la Federación Nacional de Podólogos Autorizados de Dinamarca había nombrado presidente honorario del X Congreso Internacional de Podología al Sr. E. Escachs Clariana. A la comisión del Congreso la noticia del fallecimiento le produjo gran tristeza y estamos afligidos por la pérdida del presidente honorario del Congreso. Honremos su memoria.

Nos ha sido un gran placer que el presidente actual de la Fédération Internationale des Podologues Sr. J. L. Emonet haya aceptado su elección como nuevo presidente honorario del Congreso. El Sr. Emonet, que además es presidente de la Fédération National des Podologues francesa, es conocido por su esfuerzo en la colaboración internacional entre podólogos.

CARTA ABIERTA **(viene de la página anterior)**

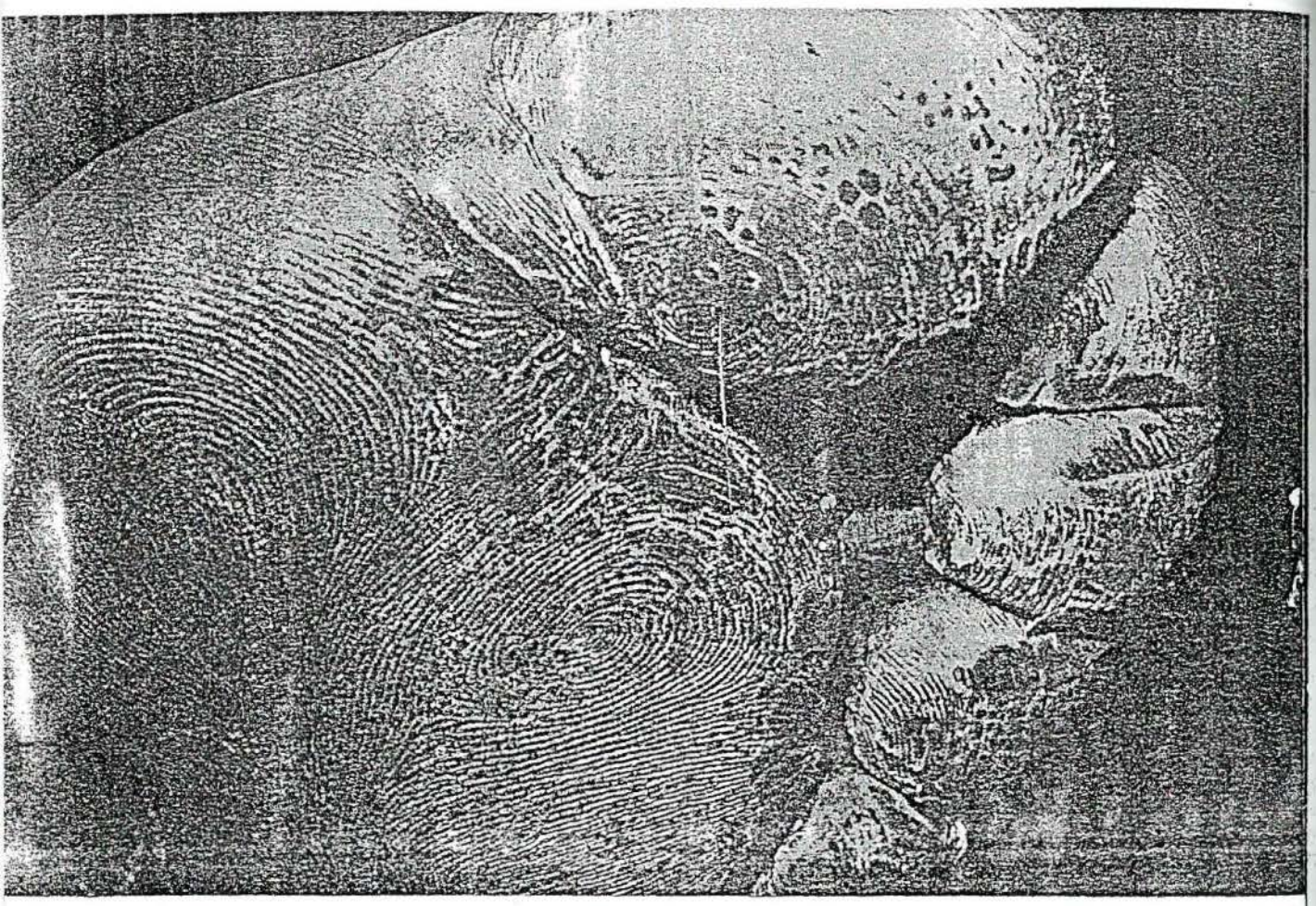
Quiero desde aquí hacer una llamada a la unión de todos aquellos compañeros, que saliéndose de la Agrupación de Podólogos de España han formado otros grupos o asociaciones, para que vuelvan y seamos una sola Agrupación que luche con todas las energías y buenas cualidades de todos sus miembros.

Me gustaría tener en mis manos el vínculo de unión para que un día pudiésemos ver unidos en un fraternal abrazo a todos los compañeros que un día, por diversas causas, rompieron su amistad.

Por lo tanto este compañero vuestro, desde este Jaén, os invita a todos a la unión y a la paz. Y ya veréis cómo de esta forma conseguimos todas nuestras aspiraciones y seremos la gran familia podológica que todos deseamos.

Un fuerte abrazo.

Víctor NIETO MOLINA



FUNGISDIN

ıntimicótico de alcance total

UNGISDIN
›see un amplio campo de acción
ıtimicótica y antibacteriana, por ser
:tivo frente a dermatofitos, levaduras
también frente a bacterias gram
›sitivas.

›mposición
trato de 1-(glioxalinil)-(2,4-cloro-
hidroxitolil)-2-(2,4-clorobenceno).

dicado en
ermatomicosis:
Tinea pedis. Tinea cruris. Tinea corporis. Tinea unguium. Tinea manuum. Tinea barbae.

ecciones por levaduras:
Candidiasis cutáneas, anal, escrotal y vulvar, vulvovaginitis candidiásica postantibiótica. Lesiones de los pliegues cutáneos.

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.: 583 Ptas.
FUNGISDIN AEROSOL:
Frasco de 50 ml. P.V.P.: 307 Ptas.
FUNGISDIN GEL:
Tubo de 30 gr. P.V.P.: 335 Ptas.

pharma consult, s.a.

Avda. Generalísimo Franco, 520
Barcelona-11

examen de las actitudes

Por LUIS PASCUA SAN MIGUEL
Podólogo (León)

Estudio de las actitudes. — Los miembros inferiores, dispuestos simétricamente en continuidad de la pelvis, reciben y trasladan la carga del peso corporal de forma equilibrada.

Las articulaciones de la cadera, la rodilla y del pie y los segmentos comprendidos entre ellas determinan regiones con características anatómicas, funcionales clínicas y radiológicas muy singulares: pero cada miembro presenta, en conjunto, una forma cilíndrica y dimensiones en armonía con las del miembro opuesto lo cual debe ser valorado por el examinador.

Existe una relación postural normal de los miembros con respecto al tronco y de los diversos segmentos de cada miembro entre sí, se denomina actitud, posición o postura normal, y varía dentro de ciertos límites de acuerdo a las modalidades individuales, estructura corporal, trabajo habitual, etc., se la estudia al individuo en posición de pie y en decúbito dorsal.

ACTITUD NORMAL EN POSICION DE PIE. — Existen normas diversas de medición. Una de ellas es la de establecer una relación entre las grandes articulaciones y una vertical que desciende de las apófisis mastoides; normalmente ella pasa por la parte media de las articulaciones del hombro y de la cadera, por la parte anterior de las rodillas y por delante del cuello del pie.

Para que la línea vertical haya cumplido tal recorrido el individuo se presenta en posición de pie con los maleolos internos en contacto, los pies en ángulo recto sobre las piernas, descansando en el suelo por las plantas y divergiendo ligeramente por sus extremos, las piernas en extensión sobre los muslos y éstos en extensión sobre la pelvis.

En estas condiciones las espinas ilíacas anteriores y superiores se encuentran al mismo nivel y el plano frontal que pasa por ambas encuentra también, en la línea media, el borde superior del pubis.

El plano que desciende de ambas espinas ilíacas postero-superiores hasta el borde superior del pubis marca, con la horizontal que pasa por aquellas espinas ilíacas, el GRADO DE INCLINACION DE LA PELVIS; normalmente es de 30°. La pelvis es más horizontal en el niño de la primera infancia, la inclinación aumente con el desarrollo de manera que es de 22° a los cuatro años y de 25° a los 7 años, alcanzando las cifras del adulto entre los 10 y 12 años de edad.

ACTITUD NORMAL EN DECUBITO DORSAL. — En el individuo en decúbito dorsal los miembros inferiores se presentan en ligera abducción con los muslos extendidos sobre la pelvis y las piernas extendidas sobre los muslos; los pies apoyados sobre los talones y e encuentran en leve posición equino, es decir en una flexión plantar de 10° a 15°, la rótula mira al cénit pero en conjunto, cada miembro se encuentra en rotación externa ligera: esta tendencia a la rotación externa de los miembros inferiores en reposo horizontal es determinada por el mayor peso de la masa de las partes blandas que se encuentran por fuera del eje longitudinal del miembro y al predominio de los músculos rotadores externos.

EJES CLINICOS DE LOS MIEMBROS INFERIORES. — En el individuo de pie en posición anatómica los moléolos internos y las rodillas contactan por sus bordes internos y las tibias son paralela; los ejes clínicos del muslo y de la pierna son coincidentes con los ejes longitudinales de fémur y de la tibia y forman al nivel de la rodilla, un ángulo abierto hacia afuera de 174°; considerando la distancia que separa a la cabeza de ambos fémures (ancho de la pelvis), el ángulo de la inclinación del cuello femoral y la longitud del fémur, ese ángulo varía, normalmalmente, de 170 a 177°; un tutor rígido que apoye a nivel de la cara externa del trocanter mayor y del maléolo externo deja un espacio entre él y la cara externa del miembro que a nivel de las rodillas es de 3 a 5 centímetros.

En síntesis, existe un genu valgo normal de 174° (Fig. 1).

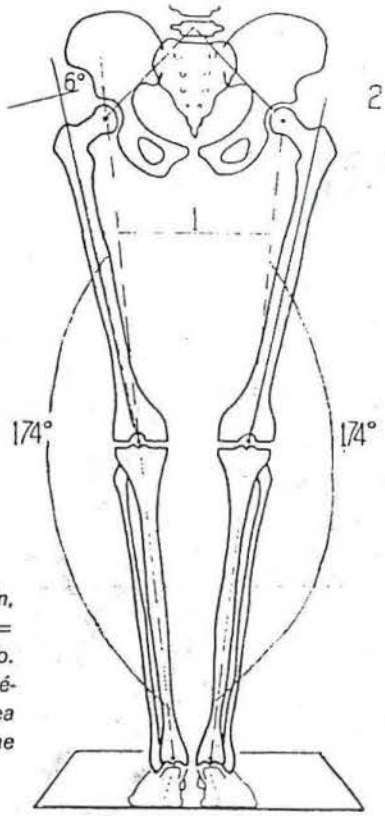


Fig. 1. — Bipedestación, genu valgo fisiológico = 174°. 1 - eje mecánico. 2 - eje longitudinal del fémur y la tibia. - La «línea de carga» se superpone a los ejes mecánicos.

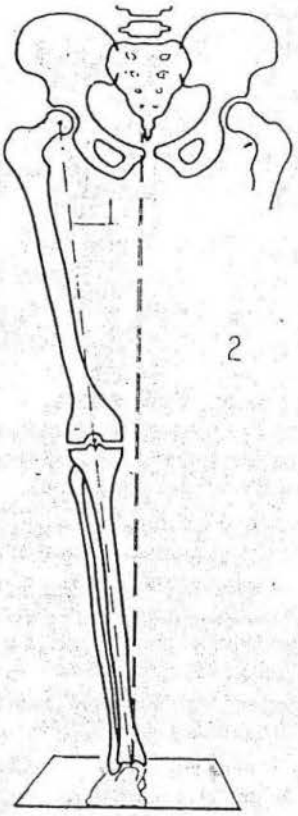


Fig. 2. — Unipedestación. 1 - eje mecánico. 2 - línea de agua.

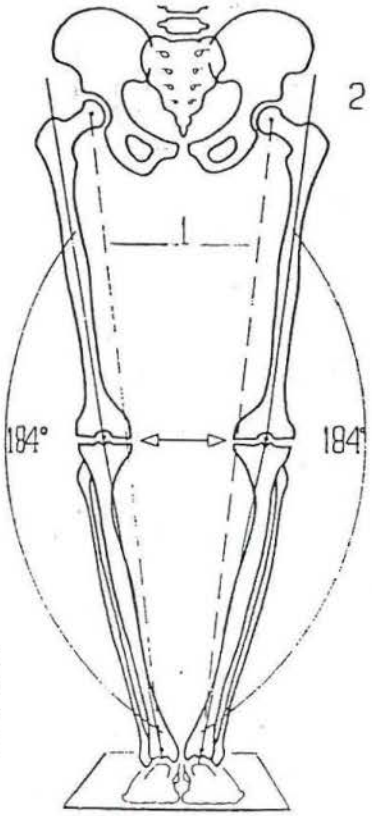


Fig. 3. — Genu varo en bipedestación. 1 - eje mecánico y línea de carga. - 2 - eje longitudinal del fémur y la tibia.

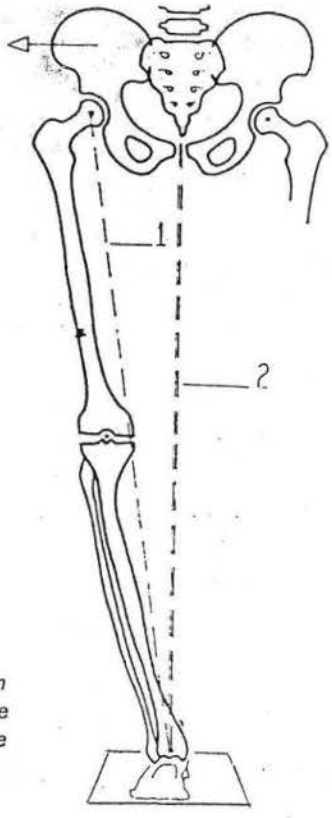


Fig. 4. — Genu varo en unipedestación. 1. - eje mecánico. 2. - línea de carga.

DESVIACIONES DE LOS EJES CLINICOS A NIVEL DE UNA ARTICULACION O DE UN SEGMENTO DIAFISARIO. — Pueden ocurrir rotaciones, angulaciones o incurvaciones. Las rotaciones pueden ser externas o internas; los desplazamientos del plano anterior de la rótula en un sentido o en otro constituyen un buen punto de reparo para observar la desviación. Cuando el segmento rotado es distal a la rótula (fractura de la pierna) el examinador encuentra un punto de observación muy elocuente en la desviación sufrida por el pie o por el borde anterior de la tibia.

Las angulaciones e incurvaciones reciben nombre de acuerdo a la dirección en que se desplazó del segmento distal. Cuando éste se angula o se incurva hacia afuera lo hace en valgo, y en varo si el fragmento distal se angula o se incurva hacia adentro.

Cuando la angulación o incurvación presenta un seno o concavidad hacia la parte posterior existe un antecurvatum, cuando la concavidad mira hacia adelante se denomina recurvatum.

EJE MECANICO DE LOS MIEMBROS INFERIORES. — Está representado por la línea que parte del centro de la cabeza femoral y llega al centro de la mortaja tibio-peronea. Para ello cruza por el centro del espacio intercondíleo del fémur, entre las espinas tibiales y sigue prácticamente el eje longitudinal de la tibia hasta la mortaja tibio-peronea. Algunos autores lo hacen llegar hasta el centro de la articulación sub-astragalina.

Cuando el individuo en posición vertical apoya sus dos pies en el suelo la línea de carga del peso corporal sigue el eje mecánico de los miembros inferiores (Fig. 1).

Cuando la estación de pie es unilateral el centro de gravedad del cuerpo se desplaza hacia el lado del miembro en apoyo y tiende a superponerse a la base de sustentación. En tal situación la línea de carga es la vertical que asciende desde el centro de la mortaja tibio-peronea hasta la pelvis y el tronco. En el individuo normal ella pasa por dentro de la cara interna de la rodilla (Fig. 2).

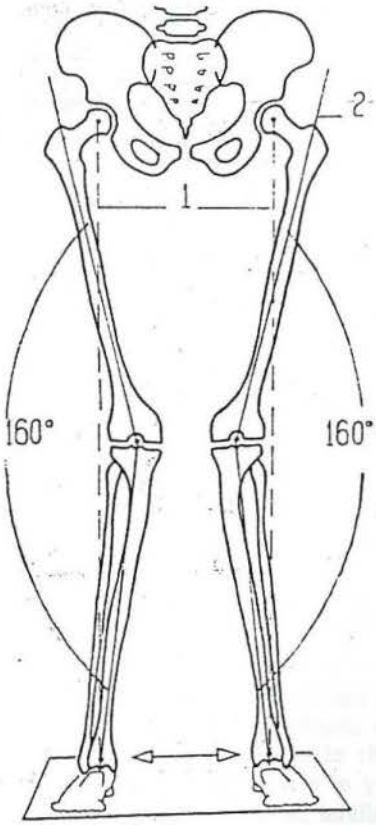


Fig. 5. — Genu valgo en bipedestación. 1 - eje mecánico. 2 - eje longitudinal del fémur y la tibia.

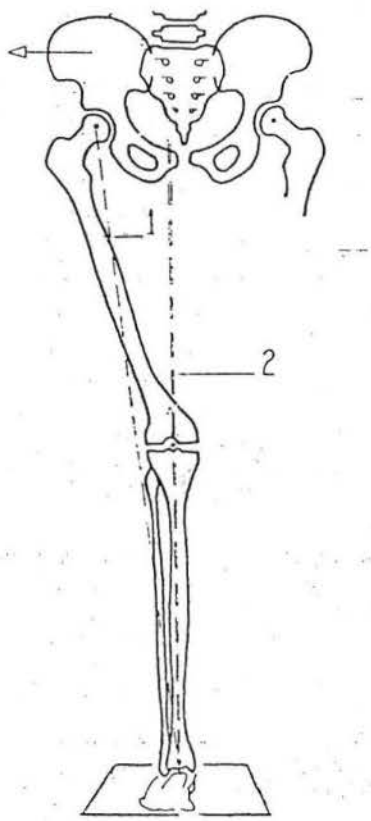


Fig. 6. — Genu valgo en unipedestación. 1 - eje mecánico. 2 - linea de carga.

Esta carga unilateral del peso corporal ocurre también durante la marcha produciéndose alternativamente sobre los miembros derecho e izquierdo, la carga sin embargo, no es masiva, pues cuando el centro de gravedad se desplaza lateralmente hacia el miembro de apoyo rápidamente es solicitada hacia el lado opuesto de manera que el progreso que determina la marcha se realiza en el equilibrio dinámico describiendo una curva sinosoidal.

En condiciones patológicas el eje mecánico de uno a ambos miembros inferiores puede encontrarse desplazado en el plano sagital (rodilla en flexión y genu recurbatum) o en el plano frontal (genu varum y genu valgum), estas dos últimas deformidades son observadas más frecuentemente que las primeras. Como se verá en el trabajo siguiente de la revista, estas deformidades se pueden valorar desde el punto de vista semiológico, obervando la relación entre los ejes del muslo y de la pierna con el paciente acostado y en posición de pie, y en ambas posiciones en genu varum se puede objetivar midiendo la distancia que separa a los condilos internos del fémur y el genu valgum midiendo la distancia que separa a ambos maléolos internos. Además con un goniómetro se obtendrá el valor angular de la deformidad.

Pero el estudio preciso debe ser realizado mediante examen radiológico un cable opaco a los rayos X tendido desde el centro de la cabeza femoral al centro del cuello del pie marcará el eje mecánico del miembro, o más sencillo aún, utilizando técnicas que permiten obtener imágenes no deformadas de todo el miembro y trazando sobre las placas radiográficas los ejes que interesan.

Y así se puede demostrar que un paciente con genu varum en apoyo bilateral el eje mecánico de cada miembro pasa por el sector interno de la rodilla, en estación unilateral el miembro se desplaza en adducción y se exagera la oblicuidad de la pierna con lo cual se agrava el varismo de la rodilla, observar en las figuras 3 y 4 la línea de carga.

En un paciente con genu valgum en estación bilateral el eje mecánico del miembro pasa por fuera del centro de la rodilla, en apoyo unilateral el miembro se desplaza en adducción, la pierna se verticaliza y la línea de carga se acerca al centro de la rodilla (Figs. 5 y 6).

Las consideraciones anotadas con un hecho de observación clínica: El genu varum evoluciona frecuentemente hacia la atrosis de la rodilla mientras que el genu valgum es muy bien tolerado.

En el plano lateral en un individuo normal de pie los ejes del muslo y de la pierna están en una misma línea que se inicia en el centro del trocanter mayor, pasa por el punto medio de la rodilla y termina en el centro del maléolo externo. Hacia arriba se continúa en una misma línea con el eje lateral del tronco y hacia lo distal forma con el eje lateral del pie un ángulo de 100°.

Con el sujeto acostado, la relación recíproca de estos ejes no varía mayormente.

LOS EJES DE LOS MIEMBROS A TRAVES DEL DESARROLLO Y EL CRECIMIENTO. — Los ejes de los diversos segmentos de los miembros inferiores y sus relaciones con la pelvis y la columna vertebral modifican sus relaciones recíprocas a través del crecimiento.

BOHM ha hecho notar que normalmente la tibia del recién nacido y del lactante presenta una deformidad en varo por lo que el eje mecánico de cada miembro llega desde la cabeza femoral al centro del cuello del pie pasando por la cara interna de la rodilla. De manera que existe un genu varum fisiológico. Por otra parte el tono muscular y la actitud de la cadera y de la columna vertebral mantiene a cada miembro inferior, visto de perfil, formando un arco hacia adelante cuyo punto más prominente es la rodilla semiflexionada (Fig. 7).

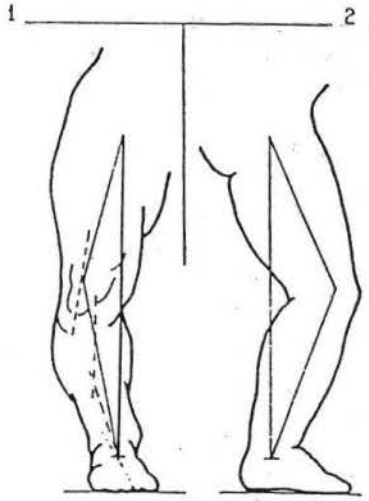


Fig. 7. — Miembro inferior de lactante. 1 - frente genu varo fisiológico. 2 - perfil - Rodilla en flexión.

En el recién nacido el eje del cuello femoral forma un ángulo de 60° en relación con un plano horizontal: el eje transversal de los cóndilos femorales y el eje transversal de los extremos proximal y distal de la tibia forman con un plano horizontal posterior un ángulo de 30°. Todo ello significa que la anteversión del cuello femoral está

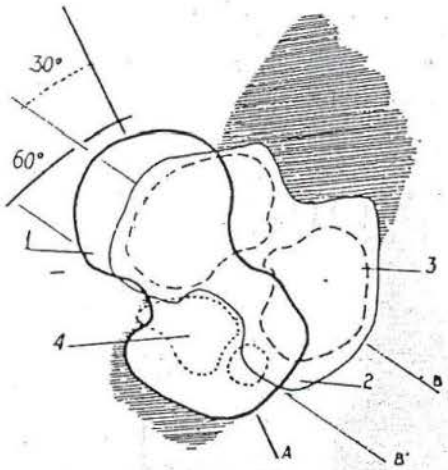


Fig. 8. — Miembro inferior de lactante. Cortes superpuestos de cadera, rodilla y cuello de pie. 1 - cabeza y cuello de fémur. 2 - cóndilos femorales. 3 - platillos tibiales. 4 - mortaja tibio-peronea. A - eje del cuello del fémur. B - eje de cóndilos femorales y tuberosidades de la tibia. - B - eje de la mortaja tibio-peronea.

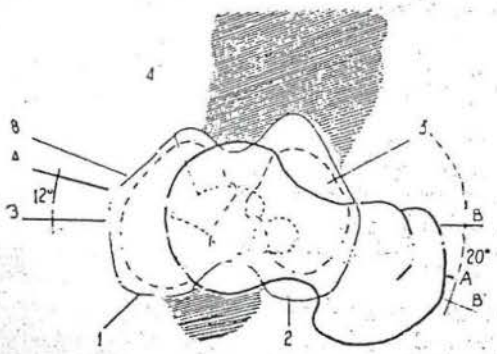


Fig. 9. — Miembro inferior de adulto. Cortes superpuestos de cadera, rodilla y cuello de pie. 1 - cabeza y cuello de fémur. 2 - cóndilos femorales. 3 - platillos tibiales. 4 - mortaja tibio-peronea. A - eje del cuello del fémur. B - eje cóndilos femorales y tuberosidades de la tibia. B - eje de la mortaja tibio-peronea.

muy aumentada con respecto al adulto y que el eje transversal de la rodilla mira hacia afuera y que el grado de torsión tibial es de 0° (Fig. 8). Progresivamente a través del desarrollo el ángulo de declinación del cuello del fémur va decreciendo hasta medir 12°, la diáfisis del fémur va rotando hacia adentro hasta que el eje transversal de la rodilla ocupa el plano horizontal: la tibia va realizando el proceso de torsión externa hasta que, hacia los cinco años de edad, el eje bimaleolar giró hacia afuera 25° con respecto al eje bituberositario, esta a su vez, llega a ocular el plano horizontal lo mismo que el eje bicondíleo del fémur (Fig. 9).

La epífisis tibial proximal, que en el recién nacido se encuentra volcada hacia atrás en una retroversión a los 30°, va horizontalizándose progresivamente hasta los 10 años de edad, lo cual contribuye a que la rodilla abandone la posición de flexión que caracteriza a la rodilla del recién nacido.

En conjunto, el muslo y la pierna forman un arco cóncavo hacia adentro que se mantiene durante todo el primer año de vida, luego el varismo va desapareciendo hasta que al fin del segundo año de vida las rodillas se tocan por sus caras internas, ese es el punto de partida de un valguismo fisiológico progresivo hasta los 6 años de edad.

A todo esto se debe agregar que el niño nace con las caderas en flexión y la columna lumbar en cifosis, el fémur se extiende y los miembros inferiores apoyan en la línea perpendicular al suelo hacia el año de edad coincidiendo con la aparición de la lordosis lumbar y basculación anterior de la pelvis.

LUIS PASCUA SAN MIGUEL

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 o 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.
276,— 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.
160,— Ptas.

INFAR NATTERMANN

Apartado 400 - Zaragoza Infanta Carlota, 84-88 Barcelona-29

Importancia del podólogo en la Medicina de Empresa

Por ENRIQUE GONZALEZ GOMEZ
Profesor y Subdirector de la Escuela Oficial de Podología de la Facultad de Medicina de Madrid

Con la creación de la Medicina de Empresa, se está consiguiendo, **valorar el esfuerzo humano, mejorando el rendimiento personal, adaptando el hombre al trabajo;** conservando él mismo la **salud como único medio para disfrutar de una sociedad,** que cada vez debe ser **más fuerte y compacta,** por ser éste el medio que **enriquece los pueblos.**

La Medicina de Empresa cuenta en la actualidad, con unos **medios de transcendental importancia para su desarrollo,** como es:

1.º La investigación sanitaria en los centros y puestos de trabajo.
2.º Protección y asistencia en caso de enfermedad o accidente.
3.º Reconocimiento médico de aptitud (nuevo ingreso) y periódicos (para comprobar el estado de salud de los trabajadores en todo momento).
4.º Reconocimientos psicológicos y psicotécnicos (para comprobar el estado de coordinación psicosomático).
5.º Manteniendo cuadros de especialidades médicas para la investigación y tratamiento que en materia de Medicina laboral se presenta.
6.º Realizando campañas de divulgación general de higiene, y en particular, de higiene laboral, dándose cursillos de socorrismo y adiestramiento para la protección del trabajador o de un semejante.

Pues bien, **hay elementos orgánicos que tienen gran importancia, como son los pies,** a los que se debe dedicar especial interés y no hacerlo de una manera generalizada, escaseando los medios profilácticos, por tener gran importancia para evitar la **consumación de lesiones en los mismos.**

La conservación de las facultades del trabajador, es una de las misiones vitales que tenemos todos los sanitarios que realizamos nuestra actividad en centro de trabajo; estas facultades, unas veces se **pierden por causas irremediables,** y otras, por el contrario, **son de fácil solución,** dada **la importancia que tiene la dolencia de los pies en el desenvolvimiento normal en el campo del trabajo.**

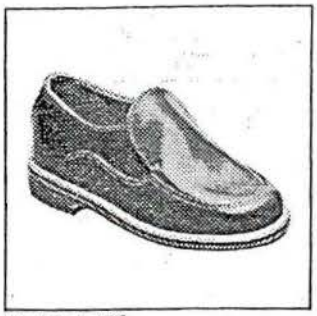
Aunque asuste un poco, las estadísticas actuales, dan un porcentaje muy alto; aproximadamente el 80 por 100 de la Humanidad sufre males de los pies, siendo la mayoría remediable en **poco tiempo y con medios de poco coste,** evitando el **impacto del dolor, que ocasiona grandes pérdidas en el rendimiento personal y agrava la economía de la empresa con horas de trabajo perdidas o disminución en la efectividad del trabajo.**

Estos cuidados son tan estimables que deben estar encomendados al podólogo, especialista, según Decreto del 29 de marzo de 1962 (B.O.E. núm. 89, de 13.5.62) aunque ya antigua por ser centenaria en su existencia el cirujano callista, especialidad ésta que antecede a la Podología.

INTRODUCCION

El pie, es la parte del cuerpo más alejada del centro de circulación de la sangre. No está rodeado por parte alguna de la capa protectora de grasa como en otras partes del organismo, poniéndose en contacto con las capas de aire más interior; por tanto, más frío del suelo, tierra helada, humedad, etc.

Se ha calculado, que una persona cuyo trabajo le exige estar en pie, da 19.500 pasos por día. Si pesa 75 kilogramos, golpea en sus zapatos un total de 1.500.000 kilogramos por día. Marchando a razón de 60 pasos de 90 centímetros cada uno por minuto, se avanza a una velocidad de 6,5 kilómetros por hora. Cada pie descansa en



Modelo 1.163



Modelo 1.112



Modelo 1.125
Ganador del OSCAR AL MEJOR DISEÑO DE ZAPATOS 1980 "ANATOMICO INFANTIL".



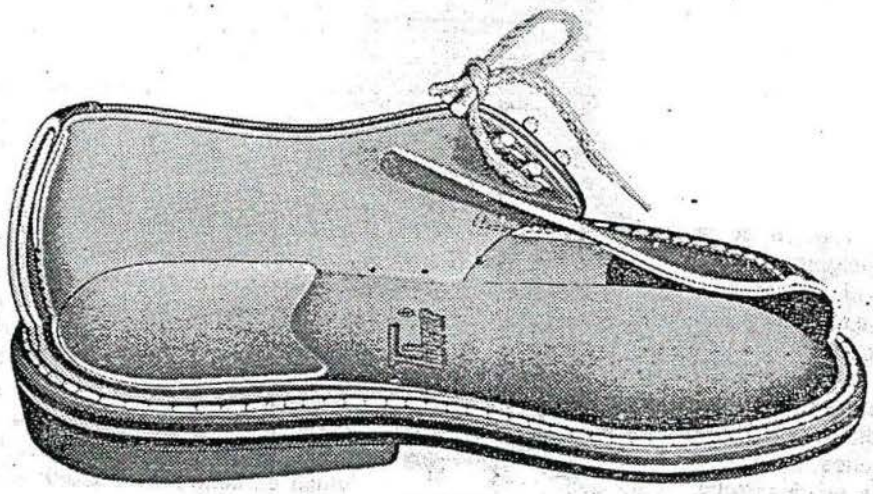
Modelo 1.093



Modelo 1.153

Con un zapato al "desnudo", no hay sorpresas.

¡UNA BUENA BASE FACILITA UN FIRME APOYO!



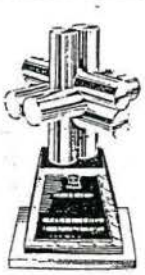
Taberner®

GAMA DE MODELOS
- Zapatos (Blucher y mocasín)
- Botas - Bota sandalia
- Sandalias
- Mercedes

SUELAS
- Legítima Suela de Cuero
- Legítima Suela de Cuero fléxible
- Suela de goma fléxible

HORMAS
PARA INCORPORAR PLANTILLAS:
- Base planta con ancho normal
- Base planta más ancha
- Recta

NORMALIZADAS:
- Recta con capacidad normal
- Normal para pies sanos



OSCAR 1975, 1976 y 1980 y MENCION DE HONOR 1979, AL MEJOR DISEÑO DE ZAPATOS.

GREGORIO TABERNER S.L.
Weyler, 53
Teléfono: (971) 66 01 56
LLUCMAJOR (Mallorca)

el suelo medio segundo, avanza 1,80 metros y vuelve a descansar otro medio segundo. El pie en movimiento pasa junto al pie estacionario a una velocidad máxima aproximadamente a 20,5 kilómetros por hora.

Las oscilaciones de las extremidades son independientes de las oscilaciones del cuerpo, cuyo centro de gravedad se encuentra más o menos en el hombre en el 56 por ciento de su talla, y en la mujer en el 55 por 100 de la misma. El consumo de energía en la marcha, a razón de 5,6 kilómetros por hora, es aproximadamente de 4,8 calorías por minuto, destinadas en partes iguales para el movimiento de la pierna y el centro de gravedad, aunque diversos estudios arrojan ligeras desviaciones. Sin embargo, existen diferencias individuales de gasto energético bastante grande por haberse comprobado que el entrenamiento, la eficacia muscular, el peso de la indumentaria (en particular, el calzado), diferencias de postura, longitud del peso, frecuencia del mismo, afectan al gasto de energía.

Como se puede apreciar por el pequeño informe de fisiología de la marcha, los pies tienen que efectuar mayor trabajo que cualquier otra parte del cuerpo.

Este estudio nos da un conocimiento básico para apreciar el enorme esfuerzo que tienen que realizar los pies normales, bien protegidos con calzado anatómico y en ambiente de trabajo fisiológico que con frecuencia no es así, estando expuestos a deformidades posturales y traumatismos, por encontrarse éstos elementos fuera de las zonas vitales del organismo, sirviendo de medios de choque en los avances de desplazamientos.

Creando un problema todo lo expuesto de patología del pie, siendo interesante su solución por la trascendencia crónica de las lesiones con relación a los valores de rendimiento personal.

Y para terminar ésta introducción, expondré de un modo superficial, algunos elementos estadísticos sobre accidentes de los pies, resultando que el 32 por 100 se debe a choques y el 11 por ciento, a caídas de objetos. Es un punto éste importante en materia de mejora de las manutenciones, sabiendo que la quinta parte de las jornadas perdidas en las empresas industriales se debe a accidentes de los pies.

La protección de los pies, plantea el problema del calzado de seguridad. Considerando desde el punto de vista económico, se observa que el coste medio de un accidente con interrupción de trabajo, está valorado con cargas sociales en unas 2.000 pesetas diarias (aproximadamente), sin pérdida parcial o total del pie. Si consideramos los accidentes, se puede decir que cada vez que se evita un accidente leve, la empresa economiza lo suficiente para adquirir quince pares de botas, y esto considerando solamente el coste directo.

Se puede estimar, que el uso de calzado de seguridad permite a la empresa ahorrarse un promedio de unos 40 ó 50 accidentes al año (empresa de mediana importancia, con arreglo al número de trabajadores y riesgo de trabajo), lo que representa la compra de 500 pares de botas de seguridad.

Se ve, pues, que la empresa, independientemente del aspecto social y humano, encuentra con esta mejora, una autofinanciación muy valiosa para equipar a la totalidad del personal expuesto a estos riesgos.

No hay que olvidar, que la persona que sufre una herida, por leve que sea, ha estado expuesta trescientas veces a un accidente grave, ejecutando el mismo acto.

EL CALZADO DE SEGURIDAD. — En 1925 aparecieron los protectores del pie, hechos de acero para los trabajadores de industria peligrosa. Desde entonces, se han elaborado diferentes tipos de calzado de seguridad confortables, con gran variedad de estilos y materiales. Pueden ser muy resistentes a la grasa, productos químicos, calor o abrasivos y contar con suelas antideslizantes o aislantes. Una de sus principales características suele ser la puntera reforzada, apoyada sobre las orejas sujetas a la suela. El refuerzo de la puntera, normalmente de cuero, puede ser de fibra dura y plástico, cuando los materiales conductores de la electricidad, representan un peligro de electrocución, como son para los electricistas o vigilantes de los ferrocarriles electrificados. El calzado para trabajadores en instalaciones eléctricas, debe estar desprovisto de todo accesorio metálico, y sus suelas y tacones han de estar cosidos o asegurados con escarpias de madera.

ETIOPATOLOGIA DE LAS LESIONES DEL PIE

La patología del pie es tan extensa, que si fuéramos sólo a enumerarla, nos haría falta escribir un manual. Pero como en mi ánimo no está el cansar a los presentes y el tiempo es reducido, intentaré mencionar aquellos casos más interesantes y frecuentes en nuestra práctica podológica con relación a la Medicina de Empresa.

ETIOPATOLOGIA DE LAS LESIONES INTRAPEDICAS. — Son todas aquellas que, con deformidad de la arquitectura del pie, son de tipo congénito o adquirido por efectos posturales.

SMITH NEPHEW IBERICA, S. A.

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

SN-77001

olicite 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®	TEJIDO ELASTICO ADHESIVO-PARA PROTECCION DE HERIDAS Y ROZADURAS

AFECCIONES ORTOPEDICAS DE LOS DEDOS DE LOS PIES

HALLUX VALGUS. — Es una desviación del dedo gordo hacia afuera, a veces cabalgando sobre el segundo dedo, con cambio en la alineación entre el primer metatarsiano y las falanges del dedo gordo; aquel se desvía hacia dentro y el resultado es una angulación en la articulación metatarso falángica; va asociado a metatarso latus, el cual a su vez, se relaciona con el pie plano valgus, siendo esta consecuencia de una descompensación funcional, y además **este desequilibrio aumenta por llevar zapatos altos;** por soportar el antepié una carga anormal. Por deficiencia en el apoyo suele formarse en el borde saliente de la articulación metatarso, una dureza y en ocasiones higroma con dolor insoportable, así como diversas durezas o callos en la planta del pie y región dorsal de varios dedos.

DEDOS SUPERPUESTOS. — En caso extremo de hallux valgus, el dedo gordo cabalga sobre el segundo. Esta deformidad puede ser tan marcada, que el dedo gordo gire hacia afuera en ángulo recto, montándose sobre sus inmediatos, creándose unas lesiones parecidas a las de hallux valgus, con el agravante que el dedo gordo y **las falanges distales de los dedos, son los que más sufren los roces de lo zapato.**

HALLUX RIGIDUS. — Es una deformidad en extensión del dedo gordo, con movilidad limitada en la articulación metatarso-falángica. Se observa en su forma **desarrollada en la edad adulta, producida por causa traumática.** Se dan frecuentes alteraciones **corneales en la región dorsal, distal y uña del dedo gordo.**

HALLUX FLEXUS. — Es una deformidad por contractura, con flexión plantar del dedo gordo. Esta afección puede derivarse del pie cavus, a **consecuencia de inflamación traumática de los sesamoideos, o bien del pie plano valgus,** que es más frecuente, siendo parecida su patología de superficie de la piel, acentuándose más o menos en algunas zonas.

HALLUX VARUS. — Deformidad congénita relativamente rara que suele ir asociada a una anomalía de los huesos del dedo gordo, por lo regular a **polidactilia o a sindactilia.** En este tipo de lesión, producida **por deficiencia en el apoyo al pisar,** hay una alteración en forma de **dureza o callo en el borde superior de los dedos, falanges distal de los mismos, borde externo del pie y en la región metatarsofalángica del primer dedo.**

DEDO MARTILLO. — En esta afección, la primera falange del dedo se halla **extendida y las** otras en flexión, de donde resulta **un aspecto en garra,** generalmente en el segundo dedo. La anormalidad puede ser, **congénita o adquirida,** como consecuencia **de pie plano valgus o pie arqueado.** Esta lesión **produce un callo en la superficie del dedo, con su correspondiente higroma y dureza en la falange distal, con marcado dolor.**

DEDO PEQUEÑO VARUS. — Es un defecto congénito de posición, en el que este dedo monta sobre la base del cuarto dedo con cierto grado de rotación. A veces el dedo pequeño en aducción, puede superponerse y encajar en un hueco, quedando nivelado sin producir síntomas. Por lo contrario, otras veces se forma un callo **voluminoso y doloroso.**

AFECCIONES DEL RESTO DEL PIE

ESPOLON CALCANEO PERIOSTITIS DEL MISMO. — Es una exóstosis que sobresale por la cara plantar de este hueso; **esta exóstosis va asociada a engrosamientos del periostio y bursitis crónica. La tracción contante de una inserción aponeurótica o muscular en un hueso, puede originar una prominencia ósea en el sitio de la inserción o bien por causas traumáticas y debido a presión o roce.**

Periostitis del calcáneo, es una inflamación del periostio por **una reacción traumática infecciosa, aneja totalmente al espolón de calcáneo.**

INFLAMACION TRAUMATICA DEL TENDON DE AQUILES. — Esta variedad de tendinitis, consiste en una inflamación en torno a la inserción del tendón de Aquiles en el calcáneo; **se inflama a consecuencia de una irritación crónica como resultado de un excesivo esfuerzo, tendiendo a agravar la situación, la presión del calzado.**

BURSITIS EN LA REGION DEL TENDON DE AQUILES. — En esta afección, **la bolsa sinovial aquiliana, se inflama debido a su característica y a la prominencia del calcáneo** en la zona en que se inserta el tendón de Aquiles. **La inflamación de la bolsa es a consecuencia del roce entre el tendón por detrás y el relieve del dorso del calcáneo por delante, provocando ataques dolorosos al calzarse el paciente.**

Esta lesión se da con **mucha frecuencia en la mujer por sus modelos de zapatos.**

EL PIE Y SUS TRASTORNOS POSTURALES. — La descompensación funcional del pie, proviene **de someterlos a esfuerzos excesivos o de una merma en su resistencia.** Esto es aplicable para las **articulaciones que soportan carga, como las del tobillo, rodilla y cadera, sacroilíaca y lumbosacra.** Por consiguiente, **los trastornos estáticos, en es-**

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

tas articulaciones guardan estrecha relación entre sí. Este desequilibrio funcional, origina el pie plano valgus, etc., con sus secuelas bien conocidas por todos.

AFECCIONES DE LA PIEL Y DE LAS UÑAS

HIPERHIDROSIS Y BROMHIDROSIS. — La piel de la planta del pie, contiene abundantes glándulas sudoríparas. Pueden provocar perspiraciones excesivas al ejercicio, debido a las medias de demasiado abrigo o calcetines, calzado grueso, etc., así como una congestión venosa, transtornos vasomotores o un esfuerzo violento del pie.

Se considera hiperhidrosis una perspiración desproporcionada a la temperatura del cuerpo. A veces se percibe olor desagradable por descomposición de las bacterias u otros productos de desecho del organismo, recibiendo el nombre de bromhidrosis. Cuando persiste la sudoración excesiva, puede macerarse la piel y desarrollarse eczema y estar predispuesto a contaminaciones, mas el problema de complejo psicológico y económico, ¡que es de bastante consideración!

DERMATOFITOSIS (Pie de Atleta). — Es la enfermedad cutánea más común del pie. Esta afección proviene de un grupo de hongos muy afines, conocidos por dermatofitos. Los hongos se desarrollan en medio alcalino, húmedo y caliente. Esta enfermedad es infecto-contagiosa, causante de una serie de lesiones de la piel y de las uñas que son dignas de tener en cuenta. Se propaga con facilidad al andar descalzo en la piscina, gimnasio, etc.

CALLOS O HELOMAS. — Son motivo de frecuente dolor e incapacidad del pie. El callo es una defensa de la piel como resultado de roces y presiones generalmente del calzado, asociado por lo regular a las deformaciones del pie ya expuestas. Su variedad es muy abundante y su pronóstico tiene oscilaciones bastante considerables.

CALLOSIDADES PLANTARES. — Son zonas circunscritas de piel gruesa y dura, resultante de una presión determinada, con hipertrofia de la capa córnea de la piel, causadas por lesiones posturales.

HIPERQUERATOSIS. — En la hipertrofia de la capa exterior de la piel que se presenta en la cara plantar del pie; muchas veces existe en una avanzada fase de la tricofitosis, durezas acentuadas en los bordes del talón y grietas permanentes de difícil pronóstico.

VERRUGAS PLANTARIS. — Son papilas hipertróficas de la capa córnea de la piel, cubiertas de epitelio cornificado. Estas verrugas son originadas por virus filtrable, su naturaleza es infecciosa y puede adquirirse al andar descalzo.

Los traumatismos parecen intervenir en su formación, siendo más frecuentes en aquellas zonas donde hay más roce y soportar mayor carga. Lesión muy dolorosa.

UÑA ENCARNADA. — Es un crecimiento anómalo de la uña en virtud del cual sus bordes comprimen los tejidos blandos laterales, ocasionando inflamaciones; con frecuencia el paroniquio crece por encima del borde lateral de la uña. La presión lateral sobre el pliegue ungueal, que, a su vez, oprime el dedo, se encuentra entre los factores causantes. El calzado de punta estrecha, pequeño o con tacón alto, aumenta la presión a lo largo del borde de los dedos, no descartando la predisposición congénita, tipo de pie, enfermedades orgánicas y deficiencia de la circulación sanguínea.

La patología de las uñas es muy extensa, por ejemplo: onicausis y onicogrifosis, que son hipertrofia simple o hipertrofia con deformidad de la uña, etc. Estudiando la etiopatología del pie, veremos un campo muy extenso e importante para la práctica podológica en beneficio de la colectividad, ahorrándose importantes horas de trabajo, dando bienestar con ello a una clase trabajadora. El producto de una mejora de tipo científico y práctico propio de ésta era, que todo son progresos. Como podrá apreciarse al hablar de tratamientos y profilaxis, la Podología cuenta con un sinfín de medios que tienen como base la conservación de los elementos lesionados.

TRATAMIENTOS. — El tratamiento debe ser rápido, lo menos cruento posible para evitar bajas, teniendo en cuenta que con ello se le soluciona un problema también psicológico, que muchas veces es lo que más afecta a la hora de apreciar el dolor.

Los medios existentes son: quirúrgicos (cirugía menor), médicos, fisioterapéuticos y ortopédicos. Este último medio, se puede dividir en: protésicos, correctores o protectores.

Todos los medios a emplear son de un coste reducido y en su práctica seguramente se tarda menos en resolver un problema de tipo podológico que en escribir estas cuartillas.

PROFILAXIS. — La profilaxis debe estar enfocada en la prevención de las lesiones del pie, por medio de la práctica podológica y divulgación. Con dicha intervención se pueden evitar deformidades, accidentes y sobre todo, enseñar a encontrar EL CONFORT en los pies, así como adaptar el trabajo a las condiciones anatomofisiológicas de los pies.

Y para no molestar más, quiero exponer la trascendencia que tiene para algunas lesiones orgánicas un reconocimiento de la marcha de los pies, desenmascarando en muchas ocasiones causas de gran interés para su tratamiento médico.

Enrique GONZALEZ GOMEZ

SERVICIO DIRECTO
DESDE LA FABRICA
EN VILLENA

P.F

EL CALZADO ORTOPEDICO DE ESPAÑA

VENTA CON RECETA
EN ORTOPEDIAS

20 AÑOS DE EXPERIENCIA en el diseño técnico ortopédico bajo dirección médica con el testimonio de más de 300 ortopedias repartidas por toda España.

CONTRAFUERTE DE HELFET indeformable rebatido a alta presión, (que no se debilita con el calor natural de la deambulación).

SERVICIO INMEDIATO mediante STOCK de gran capacidad. (Directo de fábrica).



TACON DE CUERO que permite adecuar el calzado prescrito con cuñas adicionales a las básicas (que llevan opcionalmente incorporados los distintos modelos).

Fabricación Exclusiva en DOBLE COSIDO visto por la suela que logra simultáneamente: gran FLEXIBILIDAD a nivel del antepié y extraordinaria CONSISTENCIA en talonera y enfranque

Perfecto ASIENTO del calzado en todos los modelos (tacón y piso en el mismo plano), aun cuando vayan provistos de cuñas básicas opcionales.

SUELA Y ENTRESUELA de crupón de cuero de curtición lenta natural, transpirable y repelente del agua.

MATERIALES de máxima calidad con un acabado en consonancia.

Dentro de nuestra experimentada y completa gama de calzado ortopédico, usted encontrará el modelo que requiera su prescripción. Este calzado cumple con todos los requisitos funcionales y biomecánicos que se exigen a nivel internacional, entre los que cabe destacar los que se indican en la figura superior. Ahora el calzado P-F es flexible, hay modelos en colores vivos y alegres e incluso de tipo deportivo. Pero sigue conservando su tradicional contrafuerte indeformable con el uso que soporta la tensión reiterada aun en casos de pies patológicos como el zambo o el plano grave.

Si no dispone del nuevo catálogo rogamos nos lo solicite mediante carta o simple llamada telefónica.



- HORMAS RECTA Y NORMAL PARA INCORPORAR PLANTILLAS.
- HORMAS PREANDANTES RECTA, NEUTRA Y CURVA.
- FERULAS DENIS-BROWNE.
- HORMAS RECTAS PRIMEROS PASOS Y ORTOPEDICA.
- HORMAS RECTA, SEMIAPROXIMADORA Y APROXIMADORA, DOTADAS DE SUPINACIÓN BÁSICA EN RETROPIÉ.
- HORMA SEPARADORA (ANTI-VARUS)
- HORMA SEPARADORA CON PRONACIÓN BASICA.
- HORMAS RECTA Y NEUTRA POST-QUIRURGICAS.
- ANCHOS E, F y G.
- TACON NEUTRO, THOMAS DIRECTO E INVERSO.

MANUFACTURAS ORTOPEDICAS **P.F**, S.A. Apartado, 43. VILLENA (Alicante) Telf. (965) 800191 - 802586 - 803212

hiperlaxitud

Por ENCARNACION CABANE
Podólogo

El motivo de este comentario, se debe a la problemática que tienen los padres de niños que padecen laxitud, sea generalizada o regional.

La falta de información adecuada, produce a los padres un trauma que inconscientemente lo transmiten a sus hijos.

En mi consulta, como seguramente a la de otros compañeros, acuden padres cuyos hijos usan plantillas y según sus opiniones no mejora, a pesar de llevarlas durante un año.

Estos padres varían de Podólogo cada año, e incluso acuden a otras consultas, como pueden ser farmacias u ortopedias, en busca de la panacea que pueda sanar rápidamente a su hijo.

Todos hacen las mismas preguntas:

¿A qué es debido que no mejoran? ¿Es una enfermedad fruto de nuestros días o de las grandes urbes? ¿Es grave? ¿Tienen posibilidad de curación? y mil preguntas repetitivas.

Mi criterio es que una vez efectuado el reconocimiento que impone cada caso, y antes de confeccionar nuevas plantillas e indicarles los ejercicios a realizar, siempre y cuando las plantillas que usan a nuestro leal entender no sean adecuadas, debemos explicarles de la forma más sencilla posible, y con algún ejemplo, que la laxitud que padece el niño o niña, no es un proceso curativo a corto plazo, sino más bien a largo plazo.

No cometamos el error de indicarles, que la hiperlaxitud articular es una hipermovilidad congénita de las articulaciones. Que puede ser general o regional y es producida por una mayor distensibilidad de los ligamentos, a consecuencia de los trastornos en las composiciones bioquímicas en las fibras colágenas que la forman.

Con toda seguridad no lo entenderían y sería otro motivo más de preocupación.

A los padres se les debe indicar que la laxitud, no es una enfermedad moderna. Pues Mc Kusic, cita que en los textos hipocráticos del siglo IV, antes de Jesucristo, se hace referencia que los guerreros Scytas tenían grandes dificultades en usar sus armas, tensar el arco, lanzar sus jabalinas, etc., porque se les producía luxación en las articulaciones.

Cabe recordar que la laxitud articular, puede ser general a todas las articulaciones periféricas o localizadas en algunas de ellas.

La laxitud es idéntica en ambos sexos durante la infancia y pubertad. Es a partir de los 14 años cuando es más frecuente en las mujeres.

Entre los laxos, el pie plano es más frecuente. Ante unos pies planos es necesario apercibirse si la laxitud es generalizada o bien regional.

Existen profesiones que, gracias a la laxitud y con un adecuado programa de entrenamiento, logran resultados sorprendentes.

¿Quién no ha visto y admirado a los artistas de ballet, gimnasia acrobática y en especial a los contorsionistas?

Una persona no laxa, le sería casi imposible lograr los resultados que consiguen los laxos en estas profesiones.

En cambio estas mismas personas laxas, si quisieran dedicarse a ciertas profesiones o deportes más violentos, se lesionarían con más frecuencia que los no laxos.

En un estudio realizado por R. Balius, entre 300 atletas, constató que los laxos padecían más lesiones de meniscos. La proporción era el triple de los no laxos.

Asimismo, P. Grahan, en unas investigaciones sobre las lesiones de ligamentos en las rodillas, de un equipo de fútbol americano, deporte ciertamente muy violento, halló que en sólo 39 jugadores laxos, las lesiones eran superiores a 100 jugadores no laxos. La proporción era de 8 veces superior.

Por tanto, tenemos que mentalizar a los padres que sus hijos, con el uso de plantillas adecuadas o sea confeccionadas por verdaderos profesionales y ayudados también con una gimnasia adecuada, deben hacer vida completamente normal, saltar, correr, jugar, etc. Pero olvidando aquellos deportes violentos, en beneficio de ellos mismos.

Y recordarles que el factor tiempo es primordial para su curación.

Pensamientos al estilo gregueriano

Por FERNANDO MUÑOZ CAMPOS
Podólogo (Málaga)

1. Todavía, hay gente que para no ver los callos de los pies, los tapan con parches.
2. La indiferencia a los males del pie, conduce a la felonía.
3. El zapato vacío, llena el pie de felicidad.
4. La inconmensurable alfombra natural de los pies, es la playa.
5. No apague la vida de los pies, como el que apaga un cigarrillo.
6. El pie también tiene derecho a un porvenir promisorio.
7. Manos del podólogo + pies del paciente = extremidades necesitadas.
8. A semejanza del trabajador, las horas extraordinarias del pie, es el baile.
9. Determinados pies no respetan el silencio de la noche.
10. Los pies desnudos sorprenden y avergüenzan.
11. Desfiles militares: pies disciplinados.
12. Zapato común; común denominador de los males del pie.
13. Dime con qué andas y te diré qué pies tienes.
14. El pie explica su dolor cuando alguien requiere la silla o el sillón.
15. El pie precisa, se obliga, insiste, consigue y se aventura a múltiples riesgos y averías.
16. En las grandes ciudades, el pie aventaja con creces el tráfico rodado.
17. Los pies del borracho sempiterno, están readaptados a la condición del mismo.
18. La cabriola del danzarín suma éxitos a su carrera.
19. Ser o no ser; disyuntiva de los pies.

Al cerrar estos pensamientos, expreso siempre mi sencillo homenaje a la memoria de D. Ramón Gómez de la Serna, con una greguería que le pertenece y que dice así: «Era tan corto de vista que ya necesitaba lentes en los pies».

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

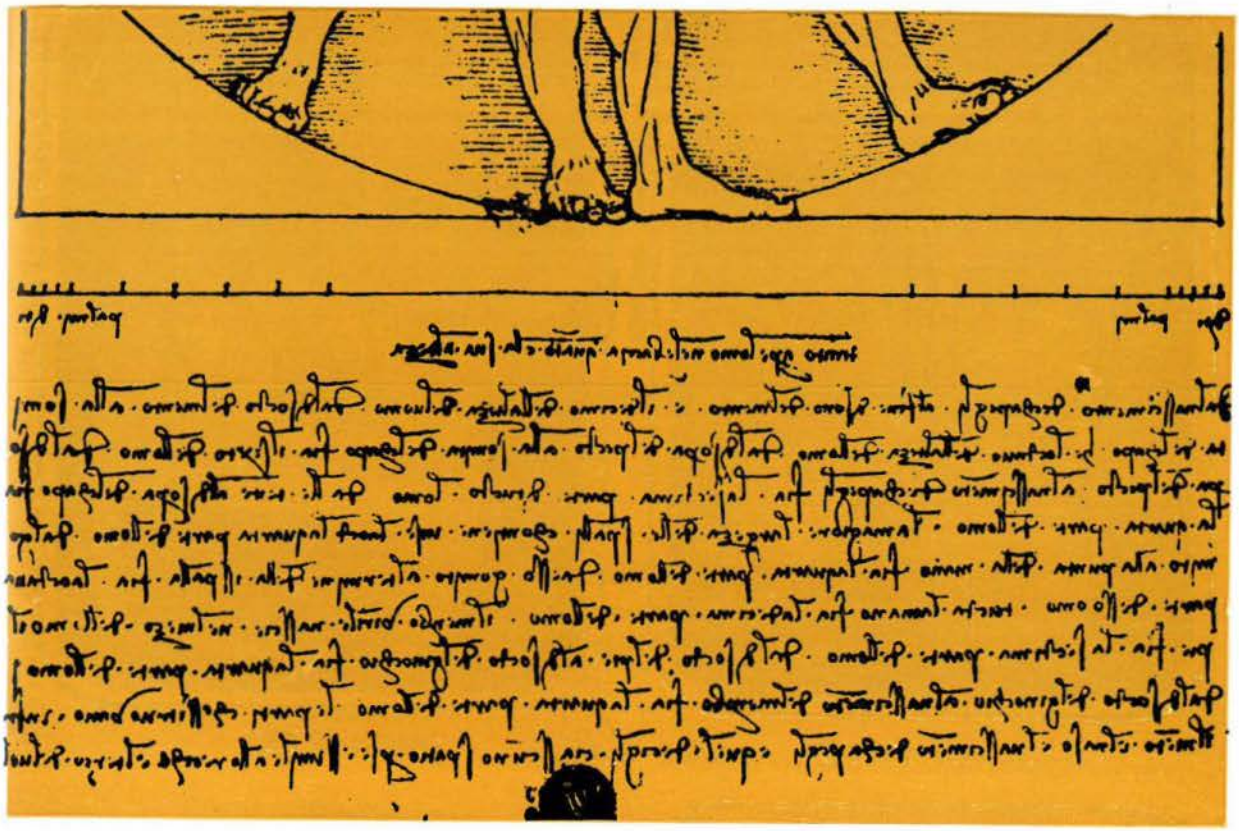
TUBITON
TUBIGRIP
TUBOS DE TUBIFOAM
TUBOPROT
TUBOCLIN
APLICADORES TUBITON, TUBOCLIN, etc.

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

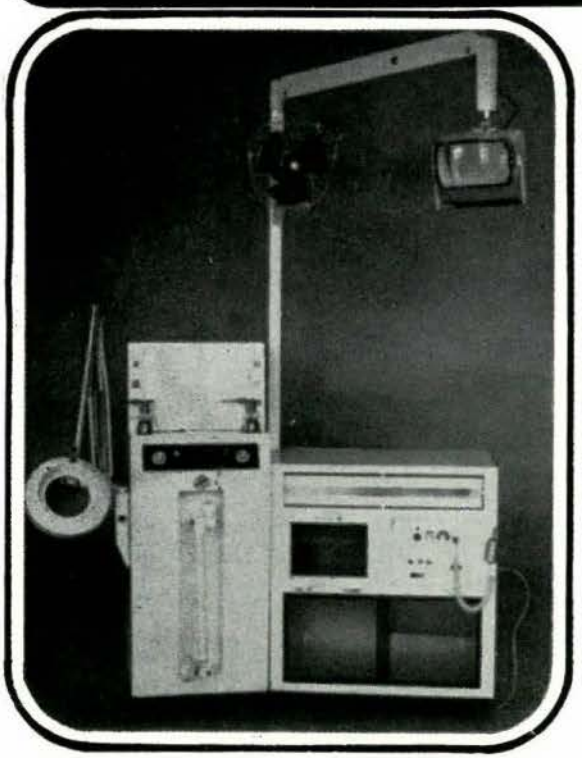




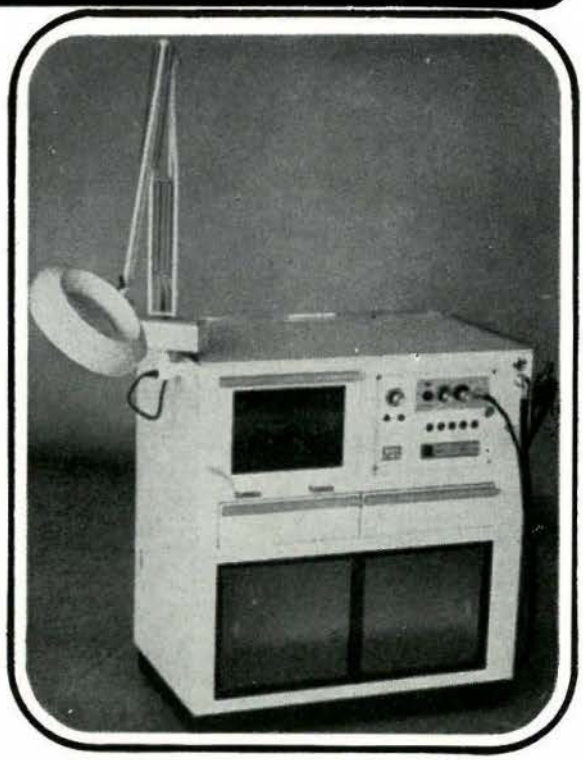
REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

A. P. E. Novbre.-Dicbre.
n.° 84 1981

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:
Avda. de la Generalitat, 31, át., 1.ª
Santa Coloma de Gramanet (Barcelona)

Director:
Enrique González Gómez

Subdirector:
Pablo Vilató Ruiz

Redactor jefe:
Martín Rueda Sánchez
Avda. de la Generalitat, 31, 1.°, 1.ª
Santa Coloma de Gramanet (Barcelona)

Administrador:
Francisco Alvarez Santos
Granada, 33, 5.°, Madrid-7

Publicidad:
Publicidad Permanyer
Mallorca, 310, ático, Barcelona-37

Imprime:
Gráficas Fomento
C. Peligro, 8. Barcelona-12

Depósito Legal:
B - 21972 - 1976
ISSN - 0210 - 1238

SUMARIO

3 Junta de Gobierno

7 Editorial

9 Feliz Navidad

11 A manera de crónica desde la otra orilla

13 X Congreso Internacional de Copenhague

17 XV Congreso Nacional de Castellón de la Plana

23 Comentarios sobre la evolución del pie

29 Micología en las dermatosis fitoparasitarias 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

Presdte. Nacional	D. ENRIQUE GONZALEZ GOMEZ	Madrid
Vice-Prdente. 1.°	D. JULIO ALONSO GUILLAMON	Barcelona
Vice-Presidente 2.°	D. JUAN JOSE ARAOLAZA	Guipúzcoa
Secretario General	D. JOSE A. CALVO GARCIA	Zaragoza
Vice-Secretario	D. FRANCISCO J. MORAN VENTURA	Las Palmas G. Canaria
Tesorero	D. FRANCISCO ALVAREZ SANTOS	Madrid
Contador	D. LUIS AYCART VIJUESCA	Madrid
Vocal 1.°	D. JUAN VIDAN TORRES	Santiago de Compostela
Vocal 2.°	D. MANUEL ALBALA VALLE	Barcelona
Vocal 3.°	D. MANUEL TERRON SANGUINO	Badajoz
Vocal 4.°	D. FCO. FARRERAS MORCILLO	Cádiz
Vocal 5.°	D. PEDRO M.ª GALARDI ECHEGARAY	Bilbao
Vocal Nato	D. MARIANO RODRIGUEZ ESTEBAN	Madrid
Vocal Nato	D. JOAQUIN SOLE CUCH	Barcelona
Vocal Revista	D. MARTIN RUEDA SANCHEZ	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. Juan José Araolaza.** Bidebarrieta, 4. EIBAR (Guipúzcoa).
- **D. José Valero Salas.** ALBALATE DEL ARZOPISPO (Teruel).
- **D. Joaquín Solé Cuch.** C. Príncipe de Viana. GRANOLLERS (Barcelona).

DELEGADOS PROVINCIALES

ALAVA: **D. Antonio Nogal Benito.**
ALBACETE: **D. Luis Juan Navarro.**
ALICANTE: **D. J. José Iborra.**
ALMERIA: **D. Esteban de Haro.**
ASTURIAS: **D. José Luis Alonso Alvarez.**
BADAJOZ: **D. José Villafaina de la Cruz.**
BARCELONA: **D. Joaquín Solé Cuch.**
BILBAO: **D. Pedro M.ª Galardí.**
BURGOS: **D. Elías Hernando Tamayo.**
CACERES: **D. Carlos Saguillo Núñez.**
CADIZ: **D. Manuel Albalá Valle.**
CASTELLON: **D. José Aguilar Beltrán.**
CIUDAD REAL: **D. Luis Barba Vázquez**
CORDOBA: **D. Máximo González Jurado.**
GERONA: **D. José M.ª Bosch Doménech.**
GRANADA: **D. Manuel Ruiz Morales.**
HUESCA: **Delegado de Zaragoza.**
HUELVA: **D. Jesús Tocino.**
JAEN: **D. 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: **D. José Iniesta Gallego.**
ORENSE: **D. Elisardo Bralo Rego.**
PALMA DE MALLORCA: **D. Romualdo Claverol.**
PAMPLONA: **D. J. Sarasa Moneo.**
PONTEVEDRA: Sin Delegado Provincial
SALAMANCA: **D. Antonio Basas Encinas.**
SAN SEBASTIAN: **D. Sebastián Tenés Iturriza.**
STA. CRUZ DE TENERIFE: **D. Armenio Méndez.**
SEGOVIA: **D. Francisco García Rodríguez.**
SEVILLA: **D. José Carmona.**
SORIA: Sin Delegado Provincial.
TARRAGONA: **D. Miguel Manzano.**
TERUEL: **D. José Valero Salas.**
VALENCIA: **D. Isaías del Moral Roberto**
VALLADOLID: **D. Alfonso Domínguez Milán.**
ZAMORA: **D. Narciso Miguel Barrios.**
ZARAGOZA: **D. Julio Bara del Molino.**

SERVICIO DIRECTO
DESDE LA FABRICA
EN VILLENA

P.F

EL CALZADO ORTOPEDICO DE ESPAÑA

VENTA CON RECETA
EN ORTOPEDIAS

20 AÑOS DE EXPERIENCIA en el diseño técnico ortopédico bajo dirección médica con el testimonio de más de 300 ortopedias repartidas por toda España.

CONTRAFUERTE DE HELFET indeformable rebatido a alta presión, (que no se debilita con el calor natural de la deambulación).

SERVICIO INMEDIATO mediante STOCK de gran capacidad. (Directo de fábrica).



TACON DE CUERO que permite adecuar el calzado prescrito con cuñas adicionales a las básicas (que llevan opcionalmente incorporados los distintos modelos).

Fabricación Exclusiva en DOBLE COSIDO visto por la suela que logra simultáneamente: gran FLEXIBILIDAD a nivel del antepié y extraordinaria CONSISTENCIA en talonera y enfranque

Perfecto ASIENTO del calzado en todos los modelos (tacón y piso en el mismo plano), aun cuando vayan provistos de cuñas básicas opcionales.

SUELA Y ENTRESUELA de crupón de cuero de curtición lenta natural, transpirable y repelente del agua.

MATERIALES de máxima calidad con un acabado en consonancia.

Dentro de nuestra experimentada y completa gama de calzado ortopédico, usted encontrará el modelo que requiera su prescripción. Este calzado cumple con todos los requisitos funcionales y biomecánicos que se exigen a nivel internacional, entre los que cabe destacar los que se indican en la figura superior. Ahora el calzado P-F es flexible, hay modelos en colores vivos y alegres e incluso de tipo deportivo. Pero sigue conservando su tradicional contrafuerte indeformable con el uso que soporta la tensión reiterada aun en casos de pies patológicos como el zambo o el plano grave.

Si no dispone del nuevo catálogo rogamos nos lo solicite mediante carta o simple llamada telefónica.



- HORMAS RECTA Y NORMAL PARA INCORPORAR PLANTILLAS.
- HORMAS PREANDANTES RECTA, NEUTRA Y CURVA.
- FERULAS DENIS-BROWNE.
- HORMAS RECTAS PRIMEROS PASOS Y ORTOPEDICA.
- HORMAS RECTA, SEMIAPROXIMADORA Y APROXIMADORA, DOTADAS DE SUPINACIÓN BÁSICA EN RETROPIÉ.
- HORMA SEPARADORA (ANTI-VARUS)
- HORMA SEPARADORA CON PRONACIÓN BASICA.
- HORMAS RECTA Y NEUTRA POST-QUIRURGICAS.
- ANCHOS E, F y G.
- TACON NEUTRO, THOMAS DIRECTO E INVERSO.

MANUFACTURAS ORTOPEDICAS P.F, S.A. Apartado, 43. VILLENA (Alicante) Telf. (965) 800191 - 802586 - 803212



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 1982 NOS CONDUZCA A TODOS POR EL CAMINO DE LA SUPERACION Y UNIDAD PROFESIONAL.


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

EDITORIAL

Los problemas podológicos son tan antiguos como el propio hombre sobre la tierra. Si repasamos las bibliografías y apuntes históricos, podemos comprobar cómo el Podólogo (entonces callista), ya tenía una función específica como profesional independiente, siendo tal vez los chinos los primeros en introducirlo en Europa. Así lo manifiestan los grabados antiguos a través de los cuales sabemos positivamente que en las Cortes de Francia e Inglaterra, existían los podólogos, que eran los encargados de, con medios artesanos, tratar las alteraciones de los pies de los monarcas. Posteriormente se fue extendiendo el «arte de curar las alteraciones y los males de los pies» a toda Europa.

Como dato curioso podemos señalar que en el Museo de Arte de Barcelona existe un sello romano descubierto en Ampurias, del siglo I antes de Cristo, donde puede leerse además del nombre, el de la profesión de «Callisti», encontrado justamente con otros instrumentos de la época, propios de cuidar los pies. Este sello perteneció al Callista del Centurión que mandaba las tropas romanas desplazadas en esta zona de la Península.

Hoy día, en una sociedad moderna, con carencia de suelos irregulares, esencialmente mecanizada y movida por un consumismo descarado, los pies sufren más que nunca los insultos externos, desde las corrientes de la moda con los calzados estrechos y poco fisiológicos, hasta la industria mecanizada, que obliga al hombre a permanencias estáticas prolongadas unas veces, o a usar botas pesadas de seguridad, otras. Tampoco podemos dejar por alto la faceta deportiva (piscinas, gimnasios...) como lugares de alto riesgo de contaminación (hongos, verrugas), y lesiones típicas derivadas de la práctica del deporte competitivo. A estos factores de acción inmediata sobre los pies, podemos añadir otros con influencia sobre el completo orgánico, del cual, indudablemente no quedan excluidos. En este punto tenemos las carencias de ciertos minerales o aminoácidos en la alimentación, fruto de producciones forzadas, casi artificiales; la disminución en radiación solar en el niño de ciudad, que recibe el sol filtrado a través de espesas capas atmosféricas de polución; los andadores, parques, botas incorrectas, hechas sin ningún control, pero con la etiqueta de casi milagrosas para los pies, y que según la propaganda curan hasta las alteraciones congénitas..., y un largo etcétera, producto del mayor poder adquisitivo por un lado, y de una mala información sanitaria al respecto por otro, no quedando excluidos los cálculos de marketing, que juegan con la voluntad del hombre y el control, por qué no decirlo, de su propia mente.

Entre unos y otros factores, los extrínsecos y los intrínsecos, han influido notablemente sobre el pie, al igual que sobre el resto del organismo, imprimiéndole una serie de mutaciones necesarias para la adaptación a un medio sobre el cual no fue creado.

Consciente de ello, el antiguo callista se fue adaptando a través de los tiempos, pasando por fin a englobarse en un amplio grupo de profesiones para-médicas: sangrador, sacamuelas... hasta que en 1856, la Reina Isabel II, por Decreto, lo incluye en una profesión en aquella época creada: el Practicante en Medicina y Cirugía entre cuyas atribuciones tenía implícitamente, y con mención especial la de ejercer la profesión de Cirujano Callista. De aquel primitivo grupo fueron saliendo las profesiones, emancipán-

dose y adaptándose a la necesidad social del momento. Así nacieron el Cirujano, el Odontólogo, el Anestesista, etc... mientras que otras desaparecían al ser absorbidas: el sangrador, el sacamuelas... Estas ya no tenían cabida en una sociedad actualizada. Quedó una: la de Cirujano Callista, que continuó igual hasta la creación de la Primera Escuela de Podólogos en Barcelona secundada poco después por otra en la Universidad Complutense de Madrid, así como un nuevo Real Decreto reconociendo el nombre de PODOLOGO. Desde entonces hasta ahora, la figura del Podólogo ha ganado una parcela bien definida dentro del contexto sanitario del país, siendo indiscutible desde la infancia hasta la edad adulta, abarcando tanto el mundo laboral como el deportivo y el gerontológico. En otros países (Francia, Inglaterra, EE.UU.) aunque con distintos niveles de estudios, está incluido en Hospitales, Empresas, Ejército, etc.

Ello trajo como consecuencia una nueva reglamentación de estudios, según Real Decreto 2966/12 dic. 1980, por el que se crea la carrera universitaria de Podología, totalmente independiente de otras profesiones o especialidades, con un campo de acción perfectamente definido y concretando a las ALTERACIONES Y DEFORMIDADES DE LOS PIES (queratosis, verrugas, helomas, cirugía del aparato ungueal y partes blandas, y deformidades biomecánicas de los pies).

M. 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.

Feliz Navidad



Por FRANCISCO DE LA CRUZ AGUSTI

¿Quién no guarda los gratos recuerdos del hogar? Para los mayores, su infancia y adolescencia en sus preclaros días de antaño, sus primeros años de los Reyes Magos, sus primeros tiempos de escolaridad, sus Navidades, ya en edad de la razón, su portal de Belén, en el que el más rico o modesto pone el Misterio del Hijo de Dios, y cuantas cosas rodean, pastorcillos, molinos, y demás figuritas que colman el gran panorama en la noche del 24, sus matracas y panderetas que tanto alegran a chicos y mayores.

La Navidad es la reminiscencia para todo aquello que es camino de vida diáfana, sublime, la antorcha que arde siempre con el fin de hacernos mejores y con ello más felices. ¡Quién no hace un alto en el camino, como lo hicieron los pastorcillos, y los mismos Reyes Magos!, en la fecha de Navidad. Dios nos brinda en esta fecha el CALIZ rebosante de todo lo que puede ser agradabilidad, y así es. ¿En qué hogar por humilde que sea, no se invoca al Niño Dios y la familia de Nazaret? ¿Quién no recuerda con ello a su prójimo —¡su más próximo!— en esta fecha de canoras sonatas y esquisitas reposterías? y entonces, parace que la familia se atrae más, y hasta de los más lejanos lugares vienen a reunirse con los suyos, o si no, las misivas y postales llueven en esta fecha memorable, todo ello forja ese gran lazo que en estos días de Navidad hacen fortalecer los corazones.

Que la Navidad reine en el espíritu de los hombres, pues así se recordará siempre al sumo HACEDOR, con todos sus dones de amor y caridad para quien le rodea.

Que la petición de este año de dureza por la guerra para muchos países y hambre sin par en otros, ante el PESEBRE DE BELEN, sea, que ilumine a los hombres, los corrija haciéndoles mejores, y para los más próximos a nosotros, ¡los pobres!, ¡los enfermos!, que con los medios al alcance de cada uno, se le lleve la alegría del NIÑO JESUS, con canciones joviales y amorosas, fuerza física, con manjares y acompañamientos; y este ramillete rebosante de dones de los deseos de Dios, harán sentirnos henchidos de satisfacción en ese lapso que se repite cada año, ¡La Navidad!

Así como la maleza sería más bella al ser poblada por arrogantes tulipanes de tallos severos y corolas radiantes, rosas y claveles de aroma inconfundible, jazmines y geranios de pétalos multicolores, así también transforme el hombre el árido ambiente del mundo, perversidad, miseria y falta de amor, en una senda cristalina de caridad y amor grande en todos los corazones, así, la FELIZ NAVIDAD será eterna en todos los tiempos.

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.

AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA



XIV Congreso
Nacional de Podología
Islas Canarias
LAS PALMAS DE GRAN CANARIA
8-9-10-11 OCTUBRE 1981

A MANERA DE CRONICA DESDE LA OTRA ORILLA

UN CONGRESO EN PLENO ATLANTICO

Por MIGUEL HERNANDEZ

Esto fue el XIV Congreso Nacional de Podología felizmente celebrado en las Islas Canarias los días 7 al 15 del pasado mes de octubre, con sede en las dos capitales de provincia del archipiélago, Las Palmas y Santa Cruz de Tenerife.

Durante esos días que dejaron en nosotros indelebles huellas de convivencia, compañerismo y amistad, que proporcionaron a más de doscientos compañeros de la España peninsular y a sus distinguidos acompañantes, este contacto con la Podología isleña y la ocasión de conocer este trozo de la patria separado y unido por el mar, fueron múltiples los actos científicos y sociales que tuvieron lugar.

Para los que no pudieron estar aquí con nosotros, compartiendo este encuentro memorable, queremos hacer hoy un breve resumen de lo que fue y cómo fue este Congreso, primero celebrado fuera del territorio peninsular.

Su inauguración tuvo lugar en el suntuoso marco de un teatro que lleva el nombre de un canario universal, gloria de las letras españolas, en el teatro «Pérez Galdós», y estuvo presidido por las primeras autoridades civiles y militares del archipiélago: Capitán General de la Región, Presidente de la Junta de Canarias, tral lección que muestra con todo género de Senador y Consejero de Sanidad de la Junta, Gobernador civil y un largo etcétera de autoridades y altos cargos de la Administración, que nos honraron con su presencia y nos distinguieron imprimiendo al acto el prestigio y la categoría social que nuestra profesión ha sabido conquistar con su esfuerzo, su constancia y su buen hacer.

Abierto el acto, por el Secretario General, nuestro incansable Francisco Morán, principal artífice de estas jornadas, y tras las palabras del Presidente Sr. García de Andrés, el Capitán General declara oficialmente abierto el XIV Congreso Nacional de Podología, previa una interesante y emotiva intervención del Presidente de Honor Ecxmo. Sr. D. Gregorio Toledo, que glosa la importancia de la profesión y el futuro que tiene reservado en las líneas maestras de la nueva Sanidad Española, acabando con un emocionado recuerdo para nuestro llorado Leonardo Escach, cuya trágica desaparición se palpa por primera vez en un Congreso y cuyo espíritu impregna plenamente el acto.

A continuación sube a la tribuna el profesor Dr. Ojeda Gil, de la Facultad de Medicina de

Barcelona, quien presentado por un compañero Podólogo, pronuncia la conferencia inaugural del Congreso, «Evolución del Pie». Magistral lección que muestra con todo género de detalles y aseveraciones científicas de gran altura, toda la evolución pédica desde los remotos orígenes del ser humano, hasta el hombre de nuestro tiempo. Múltiples diapositivas enriquecen esta interesante conferencia del prof. Ojeda, que es seguida por todos los asistentes con el más vivo interés y largamente aplaudida al final.

Seguidamente la Agrupación Folklórica «Los Gofiones» ofrece una maravillosa actuación del arte popular de esta tierra, donde voces y guitarras de encanto, se enseñorean de la sala en un alarde de expresividad del arte y el alma de las Islas. Su actuación merece el aplauso prolongado y el entusiasmo clamoroso que premia a estos artistas.

Interviene a continuación el Ballet Contemporáneo de Las Palmas, dirigido por el profesor Lorenzo Godoy, que con sus maravillosos números de danzas y las delicadas figuras de un ballet lleno de gracia y de estilo. confirma lo que previamente habíamos dicho al respecto, «que si nosotros cuidábamos y tratábamos los pies, ellos los movían como los ángeles». La sala emocionada se pone en pie y premio esta actuación con un aplauso interminable.

La Agrupación de Podólogos de España premia a ambos conjuntos con artísticas placas de agradecimiento y amistad.

Un Vino de Honor y un Festival Folklórico ofrecidos por el Excmo. Ayuntamiento de Las Palmas, pone fin a la mañana de este día inaugural que ya hace perfilar un Congreso prometedor y feliz.

La tarde de este mismo día es pródiga en interesantes intervenciones en las jornadas de trabajo que se celebran en el Salón Dorado del Hotel Cristina, situado en la internacionalmente famosa Playa de las Canteras, a la orilla misma de nuestro mar, junto a sus olas rumorosas.

Se inauguran estas sesiones con una proyección de la película «El Podólogo en España», en la voz en off de Leonardo Escach, que entusiasma y naturalmente emociona.

Siguen actuaciones magníficas de Calvo García, Mata Diego, Albalá Valle, Mayral Marques, Galardi Echegaray.

Los días 9 y 10 ocupan la tribuna de oradores, presentando sus trabajos, los compañeros Sala Pich, Sagüillo Núñez, Castell Nat, González Gómez y una figura de relieve científico y docente: el Profesor ADZET ADZET, de las Universidades de Lyon y Barcelona, que diserta magistralmente sobre el curtido de la piel con extractos vegetales. Le siguen en el uso de la palabra los compañeros Cabané Pesas, Alonso Guillamón, Araolaza Lahidalga, Vilató Ruiz, Aycart Vijuesca y Farreras Morcillo, el día 9, terminando la jornada de este día con un magnífico coloquio sobre los temas tratados, siendo moderadores los compañeros Olcina y Solé Cuch.

El día 10 a las 9.30 horas de la mañana, se procede a la clausura Oficial del Congreso, con diversas intervenciones y entrega de placas a los Sres. conferenciantes y diplomas a los asistentes.

A continuación tiene lugar la Conferencia Magistral de Clausura, ocupando la tribuna una ilustre personalidad científica y entrañable amigo nuestro: El prestigioso Traumatólogo de Las Palmas Dr. Medina Monzón, que disertó magistralmente sobre urgencias en Podología.

Puso broche final a este día la excursión al Sur de la Isla y el almuerzo-buffet en el Hotel Oasis de la playa de Maspalomas, con actuaciones folklóricas y la simpática y popular tómbola, motivo de anécdotas humorísticas y alegre pasatiempo, que hicieron cortas las horas pasadas en aquella inmensidad de arena, dunas y blanca espuma marina.

Y ya por último, el día 11, final del Congreso en Las Palmas, con Asamblea General de la Agrupación y Gran Cena de Gala y baile en los salones del Hotel Cristina.

Los días 12, 13, 14 y 15 transcurrieron en la paradisíaca Isla de Tenerife, donde se prodigaron los actos sociales en el marco maravilloso y cosmopolita de la Ciudad Turística por excelencia del archipiélago; el Puerto de la Cruz. Visitas al Jardín Botánico de la Orotava, de renombre universal, el Lago Martiánez, maravilla de las Islas, excursiones al Teide, centinela del archipiélago, actos y vinos de honor ofrecidos por diferentes Corporaciones y la belleza incomparable de la Isla mayor, presidiendo la alegría de los asistentes.

Y así fue nuestro Congreso. Un Congreso que pasa, pero que pasa dejando una estela de bellos recuerdos, de amistades sinceras, de paz, armonía y buena voluntad. No podíamos aspirar a más.

MIGUEL HERNANDEZ
Sta. Cruz de la Palma
Noviembre 1981

X CONGRESO INTERNACIONAL DE PODOLOGIA

Copenhague, 7 - 10 Mayo 1982

ITINERARIO «A»

Día 6. MADRID - COPENHAGUE: Salida de Madrid en avión de línea regular, clase turista, con destino Copenhague. Llegada y traslado al hotel. Alojamiento en el hotel.

Día 7 al 9. COPENHAGUE: Desayuno y alojamiento en el hotel. Días libres dedicados a la asistencia al X CONGRESO INTERNACIONAL DE PODOLOGIA.

Día 10. COPENHAGUE - MADRID: Desayuno en el hotel. Traslado al aeropuerto. Salida en avión de línea regular, clase turista, con destino Madrid.

PRECIOS:

Hotel Sheraton (categoría lujo): Precio por persona en habitación doble con baño 41.800 ptas.; Suplemento habitación individual 8.500 ptas.; Suplemento saliendo de Copenhague el día 11 de mayo 4.700 ptas.

Hotel 3 Falke (categoría primera): Precio por persona en habitación doble con baño 36.500 pesetas.; Suplemento habitación individual 6.200 ptas.; Suplemento saliendo de Copenhague el día 11 de mayo 3.400 ptas.

Hotel Triton (categoría turista): Precio por persona en habitación doble con baño 35.200 ptas. Suplemento habitación individual 3.900 ptas.; Suplemento saliendo Copenhague el día 11 de mayo 2.950 ptas.

ITINERARIO «B»

Día 1. MADRID - ESTOCOLMO: Salida de Madrid en avión de línea regular clase turista, con destino Estocolmo. Llegada y traslado al hotel. Alojamiento en el hotel.

Día 2. ESTOCOLMO: Desayuno y alojamiento en el hotel. Por la mañana visita de la ciudad.

Día 3. ESTOCOLMO: Desayuno y alojamiento en el hotel. Día libre.

Día 4. ESTOCOLMO-OSLO: Desayuno en el hotel. Traslado al aeropuerto. Salida de Estocolmo en avión de línea regular, clase turista, con destino Oslo. Llegada y traslado al hotel. Alojamiento en el hotel.

Día 5. OSLO: Desayuno y alojamiento en el hotel. Por la mañana visita de la ciudad.

Día 6. OSLO-COPENHAGUE. Desayuno en el hotel. Traslado al aeropuerto. Salida de Oslo en avión de línea regular, clase turista, con destino Copenhague. Llegada y traslado al hotel. Alojamiento en el hotel.

Días 7 al 9. COPENHAGUE: Desayuno y alojamiento en el hotel. Días libres dedicados a la asistencia al X CONGRESO INTERNACIONAL DE PODOLOGIA.

Día 10. COPENHAGUE-MADRID: Desayuno en el hotel. Traslado al aeropuerto. Salida de Copenhague en avión de línea regular clase turista con destino Madrid.

HOTELES PRIMERA CATEGORIA

Precio por persona en habitación doble con baño 70.500 ptas.; Suplemento habitación individual 14.500 ptas. Es posible ampliar un día más la estancia en Copenhague. El suplemento es de 3.400 ptas.

PROGRAMA DEL CONGRESO

Apertura del congreso: El viernes 7 de mayo a las 10 am. en el Falkoner Centret.

Programa científico: El programa científico consistirá en una serie de conferencias presentadas por colegas de diversas partes del mundo. Habrá interpretación simultánea al español, inglés, alemán, francés y danés para todas las conferencias.

PIEDRO

OFRECE AL PODOLOGO:

el calzado anatómico-fisiológico número uno de Europa

cuatro distintos anchos
cuatro tipos distintos de suela

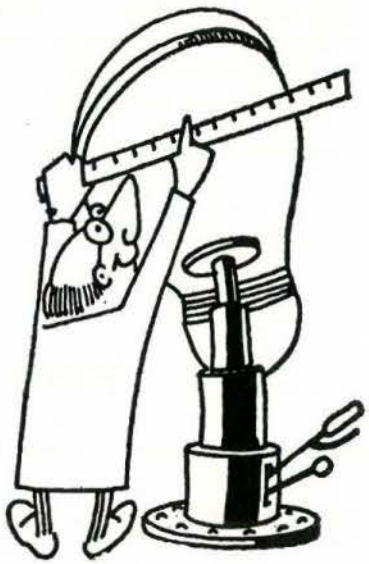
- **100 % cuero crupón marca-royal**
- **palmilla entresuela cuero y bloque de composición controlada**
- **íd., íd., íd. y crepé superior virgen**
- **100 % cuero crupón reforzado**

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:

Espacio para colocar plantillas
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, 87, 2.°
teléfono 93/239 53 06
Barcelona - 15
telegramas: KIRITA-Barcelona

CONFERENCIAS

Viernes, por la mañana: 1. El andar a lo largo de la vida y la investigación relacionada de interés para el podólogo. Dr. James E. Bates, D.P.M. (EE.UU.). 2. El pie doloroso. Podólogo Pierre Everaerts (Bélgica).

Viernes, por la tarde: 3. Impresión de molde con tres puntos. Podólogo T. Theodore Coates, M. Ch. S. Dip. F. E. (Inglaterra). 4. La técnica de la silicona. Podólogo Dagmar Rading (Suecia). 5. Panorama de la planta ortopédica. Podólogo M. Alain Miolane (Francia). 6. Tratamiento de Helomas de Variada Etiología con Pedilastik. Podólogo J. M. Bernadó i Bondia (España).

Sábado, por la mañana. 7. Análisis sensor computarizado de la función del pie «La Podiatría avanza a los años 80». Dr. Justin Wernick (EE. UU.). 8. El aparato de amortiguación y suspensión del pie. Profesor Jorgen Keller (Dinamarca). 9. 10. Examen prospectivo de los problemas de pie diabético. Podólogo Kirsten Larsen (Dinamarca).

Sábado, por la tarde: 11. Estudio descriptivo de los cuidados podiátricos en la Administración de Veteranos de Guerra de los Estados Unidos. Dr. Richard H. Baerg, D.P.M. (EE.UU.). 12. Señales diagnósticas del pie, interpretación del podólogo Birte Nielsen (Dinamarca).

Domingo, por la mañana: 13. Técnicas avanzadas de análisis de la marcha. Dr. Michael J. Burn, D.P.M. (EE.UU.). 14. Tratamiento de la uña encarnada acompañada de botriomicome. Podólogo G. Demoulin-Delhaye (Bélgica). 15. Destrucción parcial de la matriz de la uña. Podólogo E. Ivan Hunt, B. Sc. M. Ch. S. (Inglaterra). 16. Tratamiento de unguis incarnatus hallucis, con la ayuda de ortonyxi. Podólogos Jytte Bech y Jette Nielsen (Dinamarca).

Domingo, por la tarde: 17. Nuevos avances en el tratamiento de las Queratodermias. Podólogo E. Rodríguez Valverde (España).

PROGRAMA SOCIAL

El **jueves** 6 de mayo por la noche habrá una recepción informal en el Falkoner Centret.

El **viernes** 7 de mayo la noche es libre, los que deseen pueden visitar los jardines del Tivoli.

El **sábado** 8 de mayo, por la noche habrá un concierto en la Iglesia de Holmen, seguido por un banquete en «Den Gyldne Fortun». Se puede participar separadamente en estos eventos.

EXCURSIONES PARA PARTICIPANTES Y ACOMPAÑANTES

Excursión al norte de Zelandia: Lunes 10 de mayo, 9 am. - 4 pm. Por la ribera danesa a Louisiana, visita al Museo de Arte Moderno. La gira a Elsinore, con visita al castillo de Kronborg (capilla y sala de armas). Almuerzo en la antigua posada Esrom Kro. Finalmente visita a los jardines del castillo de Fredensborg, residecnia de verano de la Reina. Precio: cor. dan. 230,— inclusive almuerzo.

Visita a la Escuela de Podólogos de Copenhague: Lunes 10 de mayo. Si hay suficiente interés se organizará una visita a la Escuela de Podólogos. La hora exacta se indicará al momento de la inscripción final. Duración, aproximaadmente, 1 hora. Precio: Gratis.

PROGRAMA PARA ACOMPAÑANTES

A las personas acompañantes se les invita a tomar parte en el programa social del jueves 6 de mayo y del sábado 8 de mayo.

EXCURSIONES

Excursión Vikinga a Roskilde: Viernes 7 de mayo. 9 am. 4 pm. Excursión a Roskilde vía Ledoje. Visita a la Catedral con las tumbas reales. Visita al museo de los barcos Vikingos con naves que datan del año 1000 A.C. Habrá un film sobre las excavaciones arqueológicas. Almuerzo en la posada Svogerslev Kro. Regreso por el centro arqueológico de Lejre. Precio: Cor. dan. 230.— inclusive almuerzo.

Excursión de la ciudad: Sábado 8 de mayo, 1 pm. - 4 pm. Excursión a diversos puntos de interés, incluso la ciudad antigua, Christianshavn, Langelinie y la Pequeña Sirena. Visita al Castillo de Rosenborg con las joyas de la Corona. Precio: Cor. dan. 70.

Por favor indiquen las excursiones que deseen tomar, así como el número de personas que asistirán, en el formulario de inscripción. Todas las excursiones se inician y terminan en la Plaza del Ayuntamiento frente al Hotel Palace, excepto la visita a la Escuela de Podólogos que se inicia y termina en la misma Escuela, dirección: Blegdamsvej 60-62, 2100 Copenhague Ø.



Modelo 1.163



Modelo 1.112



Modelo 1.125
Ganador del OSCAR AL MEJOR DISEÑO DE ZAPATOS 1980 "ANATOMICO INFANTIL".



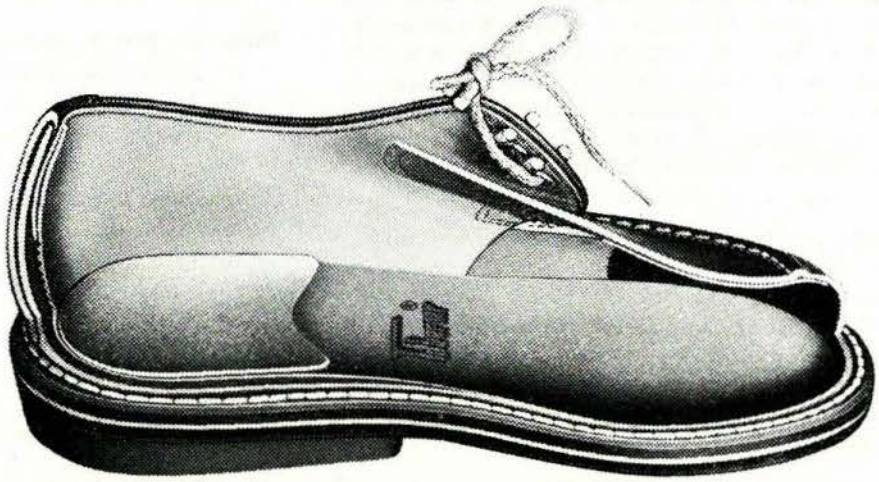
Modelo 1.093



Modelo 1.153

Con un zapato al "desnudo", no hay sorpresas.

¡UNA BUENA BASE FACILITA UN FIRME APOYO!



Taberner®

GAMA DE MODELOS

- *Zapatos (Blucher y mocasín)*
- *Botas - Bota sandalia*
- *Sandalias*
- *Mercedes*

SUELAS

- *Legítima Suela de Cuero*
- *Legítima Suela de Cuero fléxible*
- *Suela de goma fléxible*

HORMAS

PARA INCORPORAR PLANTILLAS:

- *Base planta con ancho normal*
- *Base planta más ancha*
- *Recta*

NORMALIZADAS:

- *Recta con capacidad normal*
- *Normal para pies sanos*



OSCAR 1975, 1976 y 1980 y MENCION DE HONOR 1979, AL MEJOR DISEÑO DE ZAPATOS.

GREGORIO TABERNER S.L.
Weyler, 53
Teléfono: (971) 66 01 56
LLUCMAJOR (Mallorca)

AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

XV Congreso Nacional de Podología - Castellón de la Plana

24 - 25 - 26 - 27 SEPTIEMBRE 1982

Querido amigo y compañero:

Tenemos la satisfacción de dirigirnos a ti, en esta 2.ª Circular, para informarte de todo lo concerniente a la Organización, fechas, actos y demás detalles del XV Congreso Nacional de Podología de Castellón de la Plana, que como ya sabes se va a celebrar durante los días 24, 25, 26 y 27 de septiembre del presente año, a cuyo fin te adjuntamos un «AVANCE DEL PROGRAMA».

El tema del Congreso será:

«LA PODOLOGIA ESCOLAR, LABORAL Y DEPORTIVA».

Por tanto podéis mandar vuestros trabajos, experiencias y comunicaciones al Tema del Congreso, debiendo indicar si vienen o no acompañados de películas de 8 mm., Super 8 mm. o 32 mm., así como también de diapositivas. La duración de las disertaciones será de 30 minutos, todo incluido. Los trabajos deberán ser mecanografiados, en hojas tamaño folio y a doble espacio. Al término de cada sesión habrá una mesa redonda sobre los temas tratados, con el fin de llegar a las conclusiones de los mismos, actuando a tal fin un moderador.

La FECHA TOPE DE INSCRIPCION al Congreso será el 1 de JUNIO, las que se reciban después de esa fecha sufrirán un aumento del 20 % sobre la Cuota de Inscripción.

Debido al corto espacio de tiempo de que dispone la Comisión Científica, encargada al efecto para la selección de los temas que reúnan un mínimo de calidad científico-profesional, se ha fijado como FECHA TOPE para la recepción de originales, el día 15 de JUNIO, «FECHA IMPRORROGABLE», debiendo significar por tanto, que las recibidas fuera de esta fecha no podrán ser admitidas.

Por la Comisión Organizadora, ha sido nombrada oficialmente la Agencia de Viajes Meliá, C/. Navarra, 48, Teléfono 964 - 21 59 88, CASTELLON DE LA PLANA, a la cual se ha confiado las inscripciones del Congreso y todo lo relativo a los viajes, reserva de Hoteles, visitas turísticas, excursiones post-Congreso, traslado en autocares, etc.

Se realizarán excursiones a los lugares más típicos de la provincia.

El aire de Castellón es montañero, aunque sea una de nuestras provincias marítimas de más largas, soleadas y finas playas, por eso su carácter participa de la austeridad de la sierra y de la serenidad del mar.

Castellón es artesana, por lo que visitarás la importante fábrica de cerámica de Villarreal, Porcelanosa. En Vall de Uxó admirarás la famosa Gruta de San José, cueva con bellas formaciones calizas y un lago interior navegable.

En el interior de la provincia la cultura se funde con los maravillosos paisajes y de ello podrás dar fe al visitar el exótico Museo de Arte Contemporáneo de Villafamés.

Podrás admirar en Morella, en plena Sierra del Maestrazgo, sus impresionantes Murallas, el Castillo, la Calle de Don Blasco de Alagón, con numerosísimas columnas del siglo XIV, y la iglesia arciprestal del siglo XIII, quizás el más importante templo gótico de la provincia, con las puertas de los Apóstoles y de las Vírgenes.

Degustarás el afamado Licor Carmelitano, hecho artesanalmente por los monjes carmelitas del Desierto de Las Palmas.

Visita a Peñíscola, bello recuerdo de un pasado guerrero, el más importante, sin duda, de los Castillos de esta provincia, refugio del Papa Benedicto XIII, «El Papa Luna». Levantado sobre una pequeña península rocosa. Habitada en principio por los iberos, fue tomada después sucesivamente por los fenicios, los griegos y los cartagineses, con Aníbal. Jaime de Aragón la conquistó a los moros en 1234 y la entregó a la Orden Templaria, que constru-

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 o 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.
276,— 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.
160,— Ptas.

INFAR NATTERMANN

Apartado 400 - Zaragoza Infanta Carlota, 84-88 Barcelona-29

yó el castillo al estilo aragonés. Las murallas de Peñíscola fueron construidas en la época de Felipe II.

Por último se están haciendo gestiones para que admires una importante colección particular de 10 cuadros de Zurbarán, que representan a santos fundadores de órdenes, y para que vivas unos momentos en el Ermitorio de la Magdalena, lo que los castellonenses conmemoran cada tercer domingo de Cuaresma, degustando el tradicional «figa y docet».

Castellón, prepara sus mejores galas para daros la bienvenida, por ello, esperamos tener el inmenso placer de contarte entre nosotros en tan memorables fechas, deseando de todo corazón no defraudar a quienes en nosotros han puesto toda su confianza. Recibe, querido amigo y compañero, el cordial saludo y el fuerte abrazo de...

Por la Comisión Organizadora

Fdo.: JOSE AGUILAR BELTRAN
Secretario General

AVANCE DEL PROGRAMA

Organizado por la Agrupación de Podólogos de España y en su nombre, por la Delegación Provincial de Castellón. Fecha 24, 25, 26 y 27 de septiembre 1982, en Castellón de la Plana, en la sede del Instituto Politécnico Nacional de Castellón. Sec. Gral. Asensi, 12, 4.º. Teléf. 22 58 81. Castellón de la Plana.

TEMA: LA PODOLOGIA ESCOLAR, LABORAL Y DEPORTIVA.

PROGRAMA

DIA 23, de las 16.00 a las 22.00 horas: Llegada a los respectivos Hoteles y entrega de la documentación. En cada Hotel estará instalada una Secretaría provisional en la que se entregará la documentación a los Congresistas que se alojen en el mismo Hotel. Para aquellos Congresistas que hayan hecho la reserva de Hoteles por su cuenta, estará abierta la Secretaría General en la sede del Congreso, Instituto Politécnico Nacional, Parque del Oeste, s/n durante el mismo horario.

DIA 24, En la sede del Congreso, de las 9.00 a las 10.00 horas: Continuación de la entrega de la documentación a los Sres. Congresistas.

10.30 horas: Inauguración de la Exposición Podológica, en la cual importantes firmas exhibirán los materiales y productos más modernos de aplicación para la especialidad. Los Stands, de gran interés para todos los podólogos, estarán atendidos por técnicos que facilitarán toda clase de información.

11.00 horas: Inauguración Oficial del Congreso con asistencia de las Primeras Autoridades. Conferencia Magistral.

12.30 horas: Recepción y Vino de Honor.

De las 16.00 a las 20.00 horas: Sesiones de trabajo y comunicaciones a cargo de los Sres. Podólogos. Mesa Redonda sobre los temas de la tarde.

DIA 25, De las 9.00 a las 12.00 horas: Sesiones de trabajo y comunicaciones a cargo de los Sres. Podólogos. Mesa Redonda sobre los temas de la mañana.

14 horas: Comida de Trabajo.

De las 16.00 a las 20.00 horas: Sesiones de trabajo y comunicaciones a cargo de los Sres. Podólogos. Mesa Redonda sobre los temas de la tarde.

DIA 26, 10.00 horas: Conclusiones del Congreso.

11.00 horas: Conferencia Magistral. Clausura Oficial del Congreso. Entrega de Diplomas.

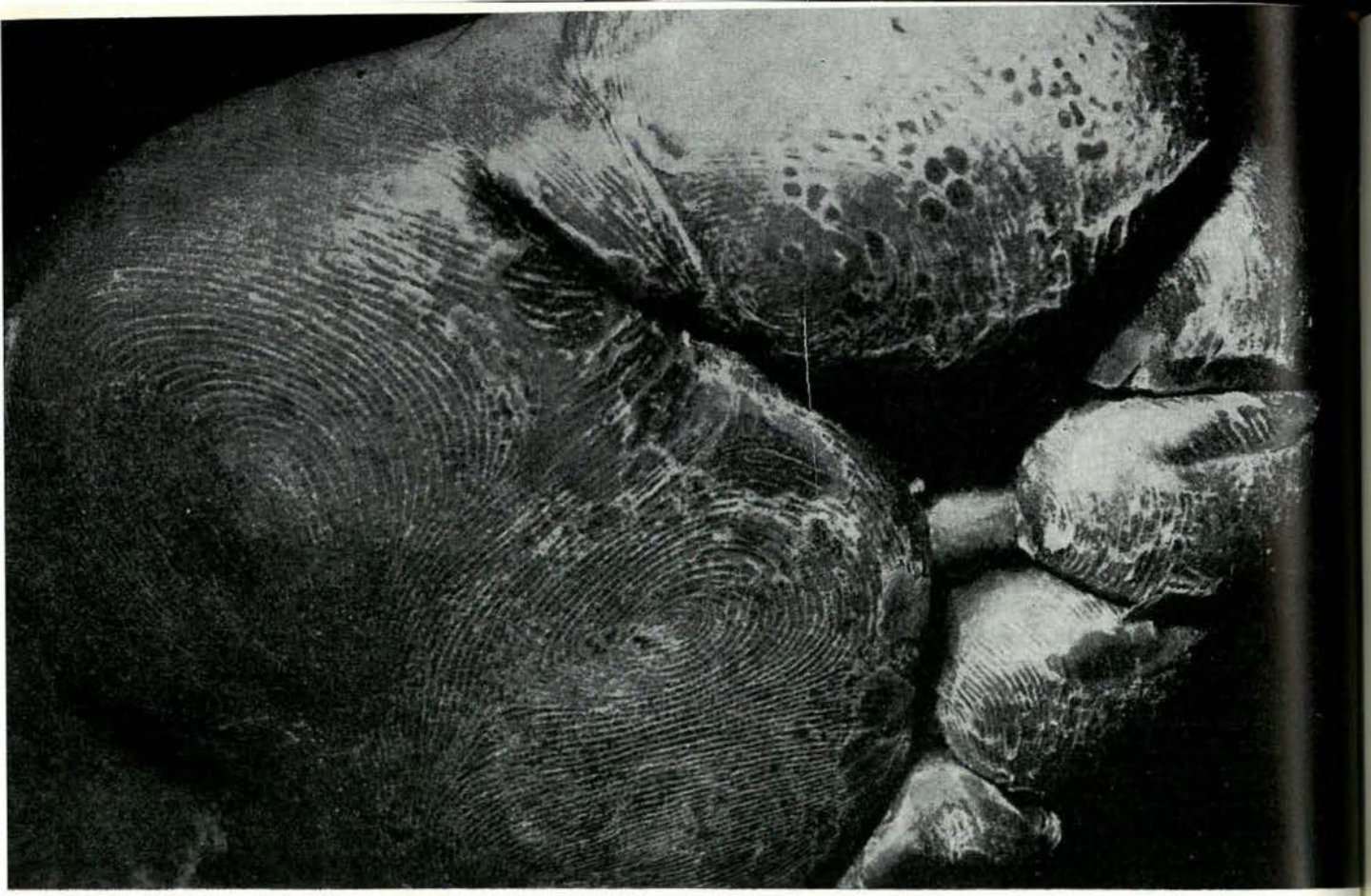
13.30 horas: Recepción y Vino de Honor.

16.00 horas: Asamblea General de la Agrupación de Podólogos de España.

22.00 horas: Gran Cena de Gala con Atracciones.

PROGRAMA PARA ACOMPAÑANTES

DIA 23. Llegada a los respectivos Hoteles. Alojamiento.



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.: 583 Ptas.
FUNGISDIN AEROSOL:
Frasco de 50 ml. P.V.P.: 307 Ptas.
FUNGISDIN GEL:
Tubo de 30 gr. P.V.P.: 335 Ptas.

Avda. Generalísimo Franco, 520
Barcelona-11

ISDIN

Técnica e investigación en dermatología

pharma consult

DIA 24, 10.30 horas: Asistencia a la Inauguración Oficial del Congreso.

12.30 horas: Recepción y Vino de Honor.

15 horas: Salida en Autopullman hacia Villarreal. Visita al Ayuntamiento. Visita a la Fábrica de Cerámica Porcelanosa. En Vall de Uxó visita a la famosa Gruta Navegable de San José. Regreso hacia las 20.30 horas.

DIA 25, 9.30 horas: Salida desde los distintos Hoteles hacia Villafamés. Visita del Museo de Arte Contemporáneo. San Mateo. Morella. Visita al Castillo, Murallas, Calle de D. Blasco de Alagón. Forcall. Almuerzo en ruta. Regreso a Castellón alrededor de las 20.00 horas.

DIA 26, 11 horas: Asistencia a la Clausura Oficial del Congreso.

13.30 horas: Recepción y Vino de Honor.

22.00 horas: Gran Cena de Gala con Atracciones.

Está previsto un desfile de Alta Peletería para día y hora aún no determinado, por el famoso Peletero «Amado».

PROGRAMA POST CONGRESO. Incluido en la Inscripción

10.30 horas: Probable visita a la colección privada de 10 cuadros de Zurbarán.

DIA 27, 11.00 horas: Acto tradicional en el Ermitorio de la Magdalena. Degustación de la típica «Figa y Doset».

12.00 horas: Visita a la fábrica de los Monjes Carmelitas, del Licor Carmelitano. Degustación.

15,30 horas: Salida en Autopullman desde los distintos Hoteles hacia Peñíscola, donde se efectuará un breve recorrido en barca alrededor del Castillo. Visita al Castillo. Cena. Después de la cena, traslado de nuevo a los Hoteles en Castellón.

DIA 28: Salida hacia sus puntos de partida.

CARTAS DE CONGRESISTAS

Agrupados	8.000
Agrupados sólo actos científicos	3.000
No Agrupados actos científ. y sociales	15.000
Acompañantes	6.500
Estudiantes actos científicos y sociales, tasa especial	5.500
Estudiantes sólo actos científicos	2.000
Sres. Expositores, tasa especial	6.000

El pago de la inscripción debe efectuarse en cheque nominativo, conformado por su banco y a nombre del XV Congreso Nacional de Podología, Castellón de la Plana, o a través de cualquier agencia de Viajes Meliá.

Por necesidades de Organización, la fecha tope de inscripción será el 1 de junio y la de envío de comunicaciones (por triplicado), el 15 de junio. Las inscripciones que se reciban después del mencionado 1 de junio sufrirán un aumento del 20 %.

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.

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

COMENTARIOS SOBRE LA EVOLUCION DEL PIE

Por JOSE OJEDA GIL
Profesor A. de Patología y Quirúrgica

CONFERENCIA MAGISTRAL PRONUNCIADA COMO APERTURA DEL XIV CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA de las Islas Canarias, octubre 1981

Quiero agradecer, a la Junta de la Agrupación de Podólogos de España, el haberme concedido el honor de dirigirles la palabra en su XIV Congreso Nacional de Podología y felicitar sinceramente a la Secretaría General por la ímproba labor realizada, posiblemente tan sólo conocidas por aquellas personas que han convivido con dicha Secretaría; labor que siempre deja su huella (por esto hablamos de podología), aunque esta sea, a veces, un «ulcus de stress», como en el caso de nuestro querido secretario general.

En estos momentos en que tengo que hablar sobre Podología, no puedo menos que recordar a nuestro gran pionero Escachs, que como todos ustedes saben, ocupa esta presidencia «In memorian», pero siempre presente en nuestro quehacer diario; yo, que he sido compañero y amigo, conocimos su gran ideal que llevó a cabo con su gran tesón y con la ayuda de todos los que comulgaban con sus ideas, pero si no hubiera sido su gran entrega (la de su propia vida), no habría sido posible ni la celebración de este Congreso ni la del primero. Todos estamos seguros y llevamos en nuestros corazones, que este tiene que ser el mejor Congreso de la Agrupación de Podólogos, «El congreso de Escachs». Su Congreso, es lo menos que podemos hacer por aquel que lo entregó todo para todos los compañeros de profesión.

Vamos a hablar de la evolución de los pies, pero primero lo haremos del hombre que estos pies sostienen. Este Homo Sapiens que como dice TEILLARD DE CHARDIN, no aparece por primera vez en las playas mediterráneas o en la meseta Euro-Asiática, sino en el interior de Africa.

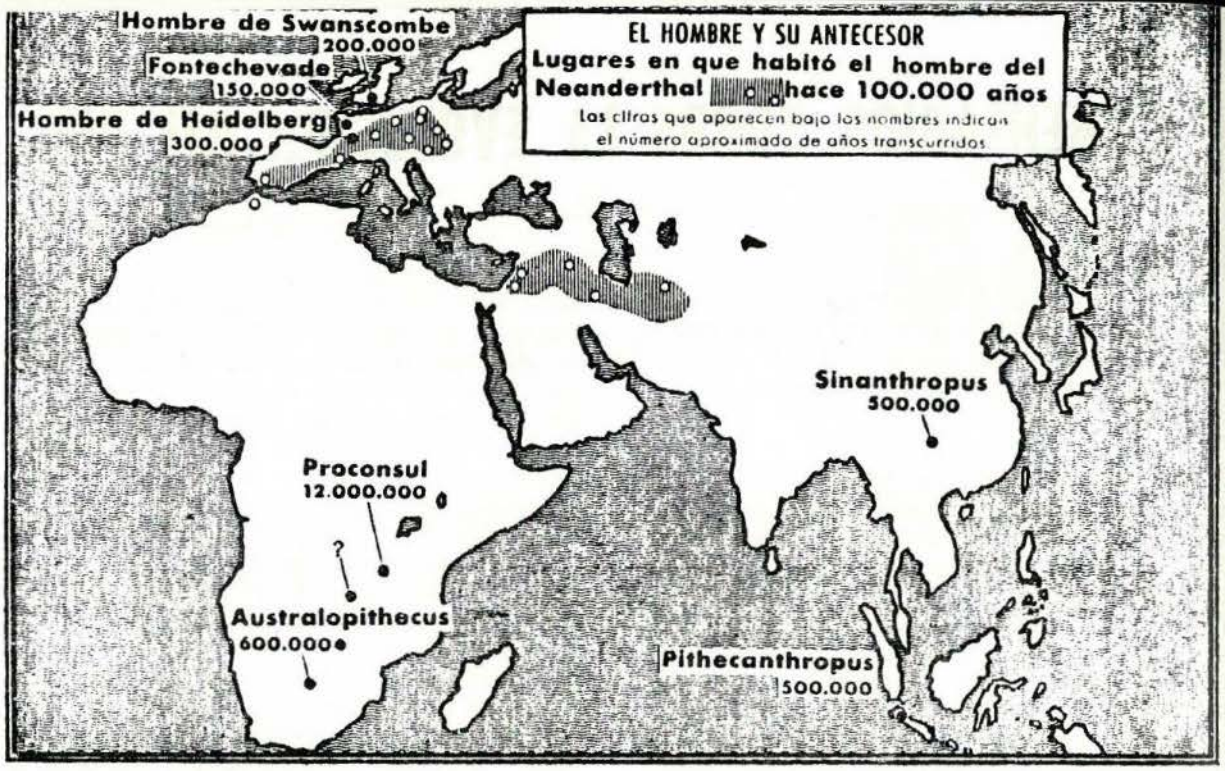
La especie evolucionará, gracias a esta evolución, el ser humano adquirió facultades y capacidad que le permitieron acomodarse a su medio ambiente, en lugar de verse sujetos a él. En un principio, hace 50 millones de años, existían animales trepadores como el lemu y el simio, que tenían cinco dedos con falanges movibles en cada extremidad y esto les permitía trepar por los árboles y columpiarse por las ramas; el pulgar de los mismos era tan móvil que les permitía coger los alimentos. Estas criaturas prosimianas, tenían los ojos a cada lado y es descendiente de ellos el tarsio, un simio existente en las Indias Orientales.

El evolucionismo biológico, que considera que el hombre procede de otras especies animales, siendo el factor más importante, para que se produzca este cambio, el factor tiempo.

Sería posible el tránsito, a través del tiempo, desde un equinodermo a un lagarto, a un reptil, luego a un mamífero inferior y que un mono fuese nuestro antepasado cercano; la Ciencia dice que esto se produce y multitud de sus más categorizadas ramas: la Paleontología (fósiles), la Genética (herencia), la Biología (distribución de los seres vivos), la Biometría (mediciones de partes de estos seres), etc... nos lo demuestran

Parecía que esta teoría contradijese algunos capítulos del Génesis, pero hoy día las tres grandes religiones monoteístas: Cristianos, Judíos y Mahometanos, consideran que el evolucionismo es un problema de la ciencia y que para nada les afecta.

Todo el mundo está pues de acuerdo en que la Evolución existe y a partir de este momento comienzan las disensiones, pues es la forma como se producen estos cambios en donde no hay conjunción de opiniones. Para algunos, el ambiente (clima, vegetación, etc.) es determinante, la especie biológica debe adaptarse a este medio, y si no lo consigue, perece; si por el contrario sobrevive, por la acción externa y sus reacciones internas, poco a poco va cambiando. Para otras, no ocurre así; la Naturaleza, decían los antiguos no da saltos, «Natura non facit saltus»; pero en la segunda mitad del Siglo XIX el botánico holandés HUGO DE VRIES conseguía obtener unas plantas con características que no aparecían en las plantas madres, y que habían surgido bruscamente. Para VRIES la Naturaleza daba saltos. Este fenómeno que se conoce como el nombre de mutación» sirve para explicarnos el paso rápido de una especie viva con determinadas



características, a otra con cualidades diferentes. En 1927 MULLER conseguía por medio de los Rayos X provocar mutaciones.

Admitamos que unos monos primitivos son nuestros antepasados. ¿Cómo eran estos antropoides?

Ya hemos dicho que dentro del grupo de los prosimios, el tarsio es el único existente y se puede considerar como el antepasado de los monos y de los hombres.

Después que aparecieron sobre la Tierra los monos, se diversificaron. Este acontecimiento tuvo lugar hace unos doce millones de años, y la mejor prueba de ello podemos encontrarla en el Africa Tropical y en la isla de Rusinga, en el ángulo noroeste del lago Victoria. Entre los monos fosilizados se encuentra el «proconsul» era todavía un mono. Era capaz de vivir en los árboles y de trasladarse de un lado a otro descolgándose de rama en rama, pero también podía erguirse y andar sobre dos pies. De esta especie surgieron dos ramas. Una siguió siendo el mono del bosque, cuyas extremidades y manos capaces de aferrarse a las ramas se desarrollaron más y más. La otra línea descendiente del «proconsul» dio lugar a la aparición del hombre, a través de criaturas parecidas al «apa» que se fueron acostumbrando a vivir en espacios más abiertos, a veces apartados de los bosques.

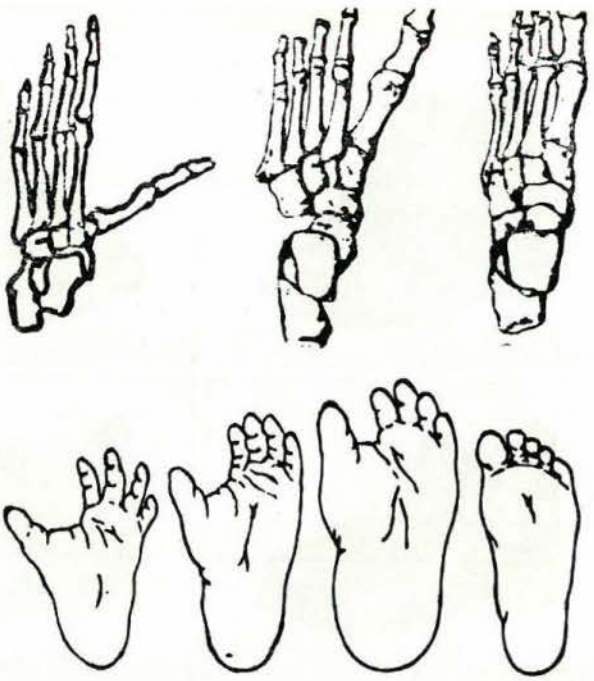
Aquellas criaturas que habitaban los espacios cubiertos de césped adquirieron la costumbre de andar sobre los pies. Eso les dejaba las manos libres para conducir a sus crías y coger alimentos. Este primitivo Hominidae era, con toda probabilidad, ya completamente diferente hace diez millones de años, de los monos o Pongidae. Lo que les diferenciaba era que el Hominidae andaba erecto. Los monos, como los orangutanes y los chimpancés caminaban a cuatro patas o en cuclillas. En algunas ocasiones utilizaban como pies las extremidades delanteras. Pero el tipo que había de evolucionar en el hombre cambió la estructura de su esqueleto mediante la modificación de la cavidad pélvica con lo que tuvo la posibilidad de andar erguido. Las «manos» posteriores se transformaron en pies, perdieron la facultad de aprenhender y se convirtieron en los pedestales sobre los cuales el hombre puede conservarse derecho. Además, la longitud de las piernas superó a la de los brazos. Las manos se conservaron igual que antes, con su poder para asir los objetos, y como no resultaban necesarias para caminar, se tornaron progresivamente más sensitivas y hábiles como órganos de manipulación.

Si retrocedemos millones de años —porque este fue un proceso lento— encontramos en el período plioceno, hace acaso un millón de años, un tipo de criatura más reconocible como «apa» que como hombre. Existió en el Africa Meridional y se la conoce con el nombre de Australophitecus. Eran pequeños, de menos de cuatro pies de altura y caminaban erguidos. Se han encontrado restos de estos

seres en Bechuanalandia y en el Transversal. Vivían en cuevas de piedra caliza y es probable que utilizaran el fuego. Parece ser que, a diferencia de los monos salvajes, eran carnívoros, porque en sus cuevas se encontraron fragmentos de huesos de animal, cáscaras de huevo, caparazones de crustáceos y huesos de patas de antílope. Estos huesos de antílope son interesantes porque se observa que fueron partidos para extraerles el tuétano.

Si se aceptan los argumentos de los hechos aparentes y se considera que Africa es la cuna, por lo menos, de los hominidae, las criaturas que fueron nuestros primeros padres o nuestros parientes cercanos, el hombre recorrió un largo camino desde sus orígenes. Y, naturalmente, ese largo camino le llevó también un largo tiempo. El Australopithecus, el «apa-hombre» del sur de Africa, existió hace un millón de años; quinientos mil años más tarde, el hombre de Pekín y el hombre de Java surgieron en el Asia lejana; en Europa encontramos el hombre de Swanscombe (hace doscientos mil años); el hombre de Fontechevade (hace doscientos mil años); y el hombre de Neanderthal (hace cien mil años). En esta escala de tiempo, los seres que van apareciendo para dar paso al «Homo» surgen con lapsos de cincuenta mil años *(ver mapa pág. 24)*.

En el transcurso de estos años las características fueron cambiando. Las criaturas que caminaban en cuclillas no volvieron a andar a cuatro patas ni siquiera con el andar torpe de los gorilas. Las piernas les habían crecido en proporción con sus brazos. Sus dientes dejaron de ser colmillos aptos para atacar o defenderse, y sólo servían para triturar y masticar. La mandíbula se había estrechado y cambiado su fisonomía. El hocico se transformó en nariz. El cráneo fue alargándose gradualmente por las sienes. El cerebro pasa a tener diez mil millones de células cerebrales con peso de tres libras y por el espacio que ocupa, tiene que replegarse sobre sí mismo, formando circunvoluciones y repliegues. Había perdido los últimos vestigios de rabo y se vio desprovisto de la mayor parte de su pelo, o por lo menos ya no lo tuvo nunca más en la forma de un animal. Entre todas las demás criaturas, ésta se encontró con que era la menos equipada para enfrentarse con los elementos. No tenía piel peluda, plumaje, caparazón, ni escamas. Lo único que recubría su carne era una piel pigmentada como protección contra los rayos solares. Eso indicaba que tenía que soportar sol y calor, y muy pronto lo encontramos luchando contra unas condiciones para las cuales la Naturaleza le había equipado deficientemente.



Mientras, qué ha sucedido con el pie; en la evolución del pie, primero es la morfológica y después la fisiológica. El pie humano es el único de la serie zoológica, que ha sufrido transformaciones, pues el hombre es él también el único que ha realizado su verticalización, los diferentes animales de la escala zoológica, vemos que no transforman ni sus aletas, ni sus patas en el topo, etc.

Este pie-mano trepador, plano, con su primer dedo en fuerte varus (desviado hacia adentro) al erguirse el hombre, bifurca su función. Lo que va a ser mano entrelazará armoniosamente sus funciones con el cerebro, se afina, descubre nuevos movimientos, gana elasticidad y como observak que para los movimientos delicados le sirve enormemente el mecanismo de oponer su dedo pulgar al resto de los dedos, refuerza esta acción que en menor grado ya poseía; el cerebro mima la mano, la estimula y la anima a descubrir nuevos y bellos horizontes, y así nacerá la confección de la herramienta. Sus pies, por el contrario, sometidos a la carga de todo el peso corporal, deben adaptarse por la fuerza (y aquí reside la rapidez de sus cambios), pero esta adaptación es precaria y muy fácilmente resulta desbordada con la consiguiente aparición de enfermedad biomecánica.

Los pies pasan a convertirse en meras columnas sustentadoras, ganan solidez, distribuyen la estructura interna de sus huesos de tal forma que se adapten a las presiones del peso del cuerpo formando composiciones arquitectónicas. El primer dedo se aproxima rápidamente al segundo; el talón en su choque con-



Mod. 101 "PRINCIPE"



Mod. 102 "SESAMO"



Mod. 103 "CHARLY"



Mod. 104 "FESTIVAL"



Mod. 105 "PITUSA"



Mod. 106 "SANDALIN"



Mod. 107 "BAMBY"

FIEL
calzado formativo

El calzado formativo "FIEL" ha sido diseñado bajo dirección médica para facilitar un desarrollo armónico y equilibrado del pié infantil en sus fases preandante y primeros pasos.

Es un calzado dotado de todos los requerimientos anatómicos, entre los que destacan la selección de materiales empleados en la piel, el forro y la suela, y todas las características que se destacan abajo.

Sujeción y consistencia en el talón.





Perfecto asiento del piso y tacón en un mismo plano.



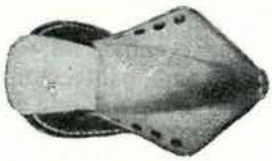
Amplia base de sustentación en tacón y piso dotado de parches de goma antideslizante.



Amplio alojamiento de dedos.

Flexibilidad a nivel del antepié.





Arco anatómico longitudinal que evita elongaciones ligamentosas.

Calzado Formativo **FIEL** - Aptdo. 176 - Tel. (965) 80 37 91 - **VILLENA** (Alicante)

tinuo contra el suelo se robustece extraordinariamente; los huesos metatarsianos que ya no tienen que aguantar el peso del cuerpo en las ramas de los árboles se atrofian y disminuyen de volumen, y, por último, aparece la bóveda plantar longitudinal. En esta escalofriante lucha contra el tiempo para adaptarse dos cosas se pierden: primero, al especializarse tanto el pie hacia la sustentación, pierde capacidad de adaptarse a situaciones nuevas y segundo los 26 huesos que forman el pie tienden a soldarse y desaparecer, excepto aquellas articulaciones necesarias al hombre civilizado para andar, es decir el tobillo y la base del primer dedo *(véase grabado de la página anterior).*

El pie es pionero en la Evolución del Hombre, y rápidamente adquiere las características que luego van a ser típicas del pie adulto. Así vemos que en los pies de hombres fósiles que se han encontrado tienen unos caracteres parecidos al moderno. El fosil de Olduvai Gorge 11.800.000, en la época terciaria, su configuración es prácticamente como la del hombre actual.

Cómo influye la civilización en la evolución: En su evolución y para alcanzar la configuración actual, el pie se ha visto sometido a la lucha contra la civilización y la sociedad de consumo, para adaptarse finalmente a la imposición del calzado, y las formas de éste, favorecen la conversión de mazacote de las articulaciones del pie quedando libres la de los dedos y de estos el que más el del primer dedo y tobillo. Pero las presiones laterales en el antepie coadyuvan en la producción del Hallux valgus, del quintusvarus y de los dedos en garra *(véase grabado de esta página).*

Estudios comparativos llevados a cabo por Buetas entre los individuos de los países civilizados e indios de Costa Rica que nunca habían llevado ninguna clase de calzado llega a las siguientes conclusiones:

«A la exploración física, en los niños que no han deambulado, no se encuentran diferencias apreciables, con los de los países civilizados, teniendo prácticamente la misma capacidad funcional.

En los adultos, clínicamente, se observa una piel curtida, sin pelos, con un desarrollo muscular bien marcado y gran riqueza de movimientos. No existen hiperqueratosis, sin embargo, la piel plantar es más dura que en el hombre civilizado.

Sus dedos, a partir del antepie, se expanden en un perfecto abanico divergente, colocándose el dedo grueso en un marcado varus. El varismo de este primer dedo es una característica de primitivismo de indudable utilidad funcional.

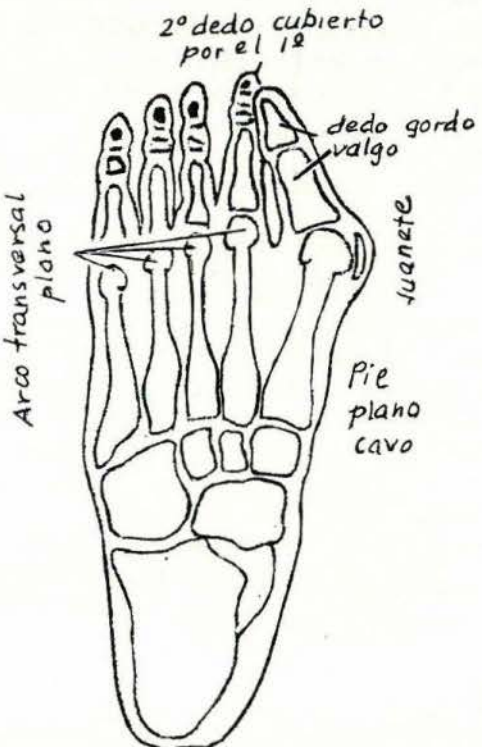
Nos recuerda el primer metatarsiano en varus de los monos.

La primera articulación metatarso-falángica, cuya tendencia a la rigidez comprobamos en nuestra práctica diaria, en pies patológicos y en pies normales, es completamente libre. Por el contrario, la excursión de la interfalángica de este primer segmento se encuentra con valores análogos a los de los civilizados.

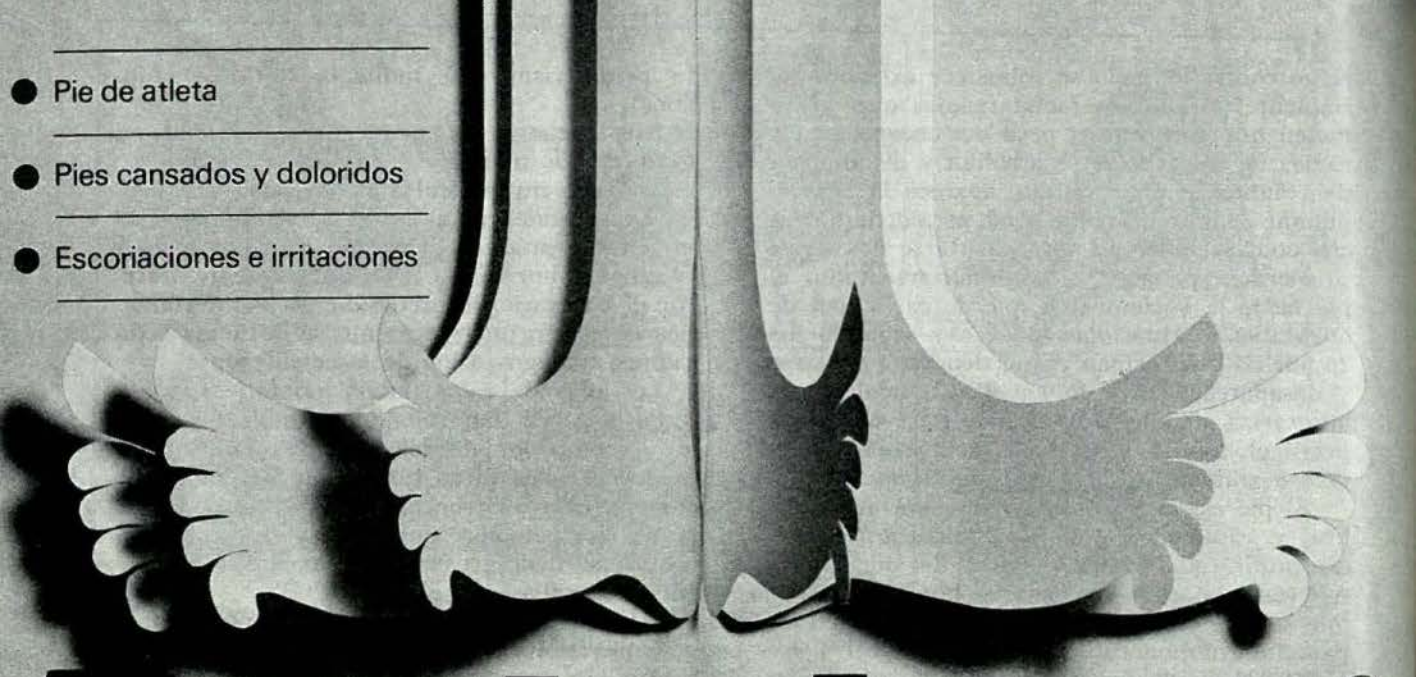
Los pies de estos indios, no tan especializados a servir tan sólo de columna sustentatoria, como los de los hombres del asfalto poseen algunas otras funciones. Así, suben fácilmente por el tronco de los árboles; es de notar, que personas ancianas conservan la oponencia del dedo grueso, hasta el punto de recoger piedrecillas con el pie.

¿Cómo irá evolucionando el pie?, y cómo podemos prever qué pueda llegar a ser en el futuro? La marcha actual en la evolución del pie es a transformarse en un pilón, de ahí la frecuencia de sindactilias o soldaduras de los dedos. En cuanto a la marcha inmediata, indudablemente va a ser un factor poco importante porque en el hombre por vez primera en la escala animal ha aparecido una característica tan importante, que todas las demás van a estar supeditadas a ella. Ha aparecido la inteligencia y el hombre al razonar puede variar el curso de su Evolución y no estar sometido a la naturaleza sino someterla a ella.

N.B. — Para la bibliografía consulten con el autor.



- 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. 109 Ptas.

MADAUS CERAFARM

MADAUS CERAFARM, S.A.

Micología en las dermatosis fitoparasitarias en Podología

Por ENRIQUE GONZALEZ GOMEZ
Profesor y Subdirector de la Escuela Oficial
de Podología de la Facultad de Medicina de Madrid

A petición de los señores congresistas, se publica la Conferencia MICOLOGIA EN LAS DERMATOSIS FITOPARASITARIAS EN PODOLOGIA, que por razones de organización hubo que reducir sobre la marcha, una vez aceptada por la Comisión Científica en toda la extensión, asignando para su lectura, el día 9 a las 12,30 horas, que por razones desconocidas se comenzó a las 13,30 horas, estando programado el Almuerzo-Buffet de trabajo, en el Hotel a las 14 horas, teniendo que abreviar en contenido y extensión.

Asimismo, debido a la excursión facultativa a la Isla de la Gomera para los congresistas y acompañantes, no pudiendo estar presente al realizar el viaje turístico programado.

Habida cuenta de estas anormalidades durante el XIV Congreso Nacional de Podología de las Islas Canarias, y deseando complacer las peticiones realizadas por los distinguidos colegas tengo el honor de publicar este modesto trabajo en la Revista Española de Podología.

INTRODUCCION

Los hongos son organismos pertenecientes al *reino vegetal*, encontrándose clasificados juntos con las *algas* y los *líquenes*.

La característica más significativa de los hongos es la de *carecer de clorofila* y otros *pigmentos fotosintéticos*, ya que los hongos son heterotróficos, necesitando como *fuentes de nutrición, compuestos orgánicos fabricados*. De ahí que se comporten como *saprofitos* cuando se nutren de *sustancias orgánicas* en descomposición, o como *parásitos*, cuando se asientan sobre *organismos vivos*, bien sean vegetales *epifíticos* o animal *epizoicos*.

Las particularidades biológicas, la estructura y nutrición de los hongos hacen su inclusión en el *reino vegetal*. Actualmente se está considerando la creación de un *nuevo reino*, el *REGNUN FUNGARUM*.

Los hongos ocupan en la naturaleza un importante lugar ecológico. Encontrándose en la *tierra, el suelo, el agua*, sobre *los restos orgánicos*, las *plantas o los animales*, como *saprofitos* o como *parásitos*, interviniendo en el *equilibrio* y *estabilidad* de la *biosfera*, o *produciendo enfermedades* en las *plantas o los animales*.

Los hongos pueden ser *unicelulares* (levaduriformes) o *multicelulares*, formados por *filamentos tubulares* lleno de citoplasma y numerosos núcleos (cenocíficos).

En su constitución carecen de *raíces, tallos u hojas* y de estructuras semejantes a los verdaderos *tejidos de plantas superiores*.

MICOLOGIA. — La micología, trata del estudio de las enfermedades ocasionadas por hongos, ocupándose de aquellas especies de hongos que, de alguna forma, afecta *directa o indirecta* al organismo humano, que es la parte que nos interesa a los PODOLOGOS, por producir trastornos más o menos significativos en los pies. Teniendo en cuenta el gran interés de la micología implicada en la patología humana, representando un capítulo digno de estudio en Podología. Los hongos influyen indirectamente en la vida del hombre, positiva o negativamente, hasta extremos insospechados. Los hongos intervienen en la destrucción de la *materia orgánica muerta*, en procesos de fermentación, ligados a la alimentación humana desde tiempos inmemoriables, como sucede en la producción de *vino, cerveza, pan, queso*, etc.; la producción de *antibióticos*. Por contrapartida, los hongos destruyen materiales de *interés económico, parasitan plantas y animales*, creando grandes problemas en la alimentación y salud. El hombre es el eslabón final que se ve afectado, favorablemente o desfavorablemente en el complicado mecanismo del equilibrio biológico.

Según VANBREUSEGHEM (1975), los hon-

gos pueden afectar al hombre por diversos mecanismos.

Entre los más importantes vamos a estudiar la micosis que constituye las verdaderas enfermedades por parasitación de los *tejidos superficiales o profundos*, como huésped el hongo. Necesitando para su estudio la MICROBIOLOGIA MEDICA y como agentes exclusivos los hongos productores de MICOSIS.

¡OJO! Alergias a los hongos: especialmente de tipo asmático por *inhalaciones de esporos*, de ciertas especies de hongos y sensibilización ulterior a los mismos de los bronquios y ciertas reacciones de las mucosas de las cavidades naturales, como son la *boca, nariz, oídos*, y con una frecuencia desorbitada, la conjuntiva de los ojos, provocando *conjuntivitis específicas*. ¡Cuidado! con el polvo y productos de desecho de las uñas y callos, que desprenden las fresas en los raspados, utilizados con el uso del motor en la *clínica podológica*. Es necesario realizar estudios exhaustivos sobre la seguridad e higiene del profesional de la PODOLOGIA.

ESTUDIOS DE LA MORFOLOGIA, ESTRUCTURA, ANATOMIA FUNGICA, REPRODUCCION, FISIOLOGIA Y CLASIFICACION DE LOS HONGOS. — Los conceptos generales que reflejan en este capítulo, es el estudio y reconocimiento básico para comprender la patología y medios terapéuticos aplicados en PODOLOGIA, que es la razón fundamental de la presente conferencia.

MORFOLOGIA

Los hongos microscópicos que interesan a la micología adoptan dos formas fundamentales: la forma de *levadura*, de forma *esférica u oval*, de dos a cuatro micras de diámetro; unicelular, constituida por una *pared celular*, una *membrana citoplásmica y un núcleo eucariota.*

Otra forma está constituida por finos tubos largos *flexuosos* o *sinuosos*, de luz continua *sifonados* o divididos en su interior por tabiques o septos tabicados con una forma filamentosa en su concepto general.

Existen hongos patógenos con peculiaridad de *dimorfismo*, es decir, en los tejidos del huésped se presentan unas formas de levadura en los medios de cultivo de *forma filamentosa.*

Sobre los grupos *morfológicos* especialmente deformados o de forma filamentosa, con modificación funcional, son caracteres importantes para la clasificación *taxonómica* de los hongos.

ESTRUCTURA

Los hongos levaduriformes como los filamentosos, son *eucariotas*, con cromosomas múltiples, con una *membrana nuclear* bien definida, *la mitocondrias y repticulo endoplásmico*, alojado en el citoplasma y circunscrito por una *membrana citoplásmica y pared celular.* La membrana celular forma una cápsula *polisacárida*, que se diferencia de la bacteriana, que contiene *esteroles.*

La quintinsintetasa, está ligada a la membrana celular y es inhibida selectivamente por el antibiótico POLIMIXINA D.

Las *encimas quitiniasas, glucanasa, mananasa*, que se encuentran en el jugo gástrico o digestivo del caracol, HELIX que digiere la pared fúngica. La lisis de esta pared da lugar a protoplastos.

ANATOMIA FUNGICA

Los hongos filamentosos se desarrollan en medios de cultivo que ponen en juego una serie de estructuras que conviene conocer.

Los filamentos tubulares que constituye el hongo, se denomina HIFA, que representa la unidad vegetativa y morfológica de los hongos filamentosos.

El conjunto de *Hifas* se entrecruzan y crecen formando una colonia que se conoce con el nombre de *micelio.* El conjunto de Hifas, penetra en el medio de cultivo o substrato nutritivo, llamado *micelio vegetativo*, que actúa como elemento de fijación y de absorción en la nutrición. Por el contrario, las *hifas* que emergen del medio libre, se denominan micelio aéreo o micelio reproductor, por tener la misión reproductora y de dispersión de la especie. Las características morfológicas y funcionales se estudian básicamente en la reproducción fúngica.

REPRODUCCION

Los hongos normalmente disponen de tres mecanismos; *ciclo asexuado, ciclo sexuado*, y *ciclo parasexuado.*

Ciclo asexuado; es el crecimiento de una nueva colonia a partir del *micelio primitivo o del talo inicial*, sin intervenciones del proceso de conjunción nuclear, ni reducciones cromáticas, constituye la reproducción asexuada.

Reproducción sexuada; la mayoría de los hongos patógenos carecen de reproducción sexuada conocida, lo que les ha valido tradicionalmente el nombre *deuteromicetos* o fungí imperfecti. Hoy se ha podido encontrar la forma sexuada perfecta de varios de estos hongos patógenos humanos, de ahí que interese co-

nocer esquemáticamente los mecanismos de producción sexuada de los hongos.

La reproducción sexuada es un proceso de *fusión nuclear, recombinación genética cromática.* Este proceso puede llevarse a cabo, mediante modalidades diversas. La reproducción sexual, es *prevalente* en ciertos hongos; en otros es circunstancial.

Esquemáticamente, un *núcleo haploide* de una *célula donadora* (macho), penetra en el *citoplasma* de una *célula receptora* (hembra); ambos núcleos se fusionan para formar una célula *diploide o zigoto;* por *división meiótica,* el núcleo diploide da lugar a cuatro *núcleos haploides.*

Ciclo parasexual. Se trata de un mecanismo en el que existe la fusión de *hifas* sin ulterior *fusión nuclear,* dando lugar a un *heterocarión* de núcleos haploides, que se estabilizará en éstas circunstancias. En raras ocasiones se producirá la conjugación de éstos núcleos, dando así lugar a un *núcleo diploide heterozigoto,* induciendo cambios genotípicos y fenotípicos que pueden tener significativo en la evolución de hongos asexuales.

Las esporas sexuales, tienen como significación biológica, la *recombinación genética,* lo que permite la aparición de mutantes que son seleccionadas por el medio, prevaleciendo aquellas que están mejor dotadas. Por el contrario, las *esporas asexuales,* dotadas de una mayor resistencia frente a los factores ambientales, tienen por misión el reproducir la especie y favorecer su distribución.

FISIOLOGIA DE LOS HONGOS. — Los hongos, como hemos señalado, *necesitan materia orgánica* para su nutrición, por lo que en los medios de cultivo deben disponer de al menos una fuente *de nitrógeno* (peptona) y un azúcar (fuente de carbono), que favorece el crecimiento. Los hongos filamentosos se desarrollan mejor *sobre un medio sólido,* como el *agar.* Un pH ligeramente ácido es preferible, numerosos hongos requieren vitaminas para su desarrollo.

El metabolismo es tan variado como el de las bacterias pudiendo *proliferar sobre los substratos* más insospechados. Siempre que contengan materia orgánica de cierta complejidad, aunque algunas especies utilizan el *amoníaco* y los *nitratos.* Son *heterotróficos,* aerobios *o anaerobios facultativos,* pero nunca *anaerobios obligados.*

Los hongos requieren para su desarrollo un cierto *grado de humedad ambiental* y de *temperatura,* cuyo mínimo eficaz es de 5 a 10° C.

Las *colonias fúngicas* pueden presentar dos tipos fundamentales; las colonias de *levaduras* son muy semejantes a las *colonias bacterianas,* las *colonias filamentosas* son de *crecimiento centrífugo,* normalmente de *aspecto afieltrado* o piloso *pigmentadas* o no, según las especies.

Clasificación de los hongos. — Los hongos se clasifican tradicionalmente en el reino vegetal, y dentro de la División Talofitas. En la actualidad parece constituirse la División Mycota, donde se incluirían los *hongos mucosos* (Myxomycetos) y los *hongos verdaderos* (Eumicetos. Los últimos estudian como nuevo reino el *REGNUM FUNGARUM.*

La división MYCOTA, señala cuatro clases como las más importantes en micología, que son:

Los *Phicomycetes* hongos filamentosos, sifonados, con reproducción sexual y asexual, *normalmente acuáticos.* Los géneros más representativos son Rhizopus, mucor, etc.

Los *Ascomyectes.* — Son hongos filamentosos septados (enascomyectidas) o unicelulares levaduriformes (endomicetidas) productores de *ascosporas* como medio de reproducción sexuada.

Los géneros más representativos son, Candida, Penicillium, Aspergillus, etc.

Los *Basidiomyectes.* — Hongos septados que se reproducen sexualmente por basidiosporas. En esta clase se encuentran las *setas* «royal y herrumbres».

Los *Deuteromycetes* o «Fungi imperfecti», son los más importantes en *micología médica.* Son filamentos septados. De algunos se conoce la forma perfecta, de otros no, conocido como «Fungi Imperfecti», por desconocer su forma perfecta o de reproducción sexuada. Entre los géneros más representativos tenemos al *microsporum, trichophyton,* etc.

EPIDEMIOLOGIA. ECOLOGICA

Los hongos causantes de micología normalmente se transmite de individuo enfermo a *sujeto sano susceptibles* o de animales *enfermos al hombre o al contrario.* La transmisión suele ser por *contagio directo.* En otros casos los hongos se adquieren a partir del *medio ambiente* donde se encuentran como *saprofíticos.*

De hecho la mayor parte de los hongos patógenos, son al mismo tiempo *saprofíticos.*

La patogenia de los hongos, está más en relación con el huésped que con el *propio agente etiológico.* De hecho existen muchos hongos en la superficie de nuestra piel o en nuestras cavidades y mucosas de las mismas, sin ocasionar daño comportándose como cual-

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





DE VENTA
EN FARMACIAS

CONSULTE A SU
PODOLOGO

Productos PEUSEK Av. Infanta Carlota, 19 21 Tel. (93) 239 83 34 - BARCELONA - 29

quier tipo de *parásito*. En circunstancias especiales, por alteración de las defensas, por cambios ecológicos, trastornos de la nutrición, etc., estos *hongos oportunistas*, se comportan como *patógenos*. Observación para tener en cuenta en la profilaxis en Podología.

Las alteraciones fisiológicas más favorables para el oportunismo fúngico, en el hombre, es la *diabetes, los tumores malignos, las leucemias, la administración de fármacos inmunosupresores, la administración prolongada de antibióticos de amplio espectro, enfermedades de la piel, alteraciones fisiológicas de la piel: Hiperhidrosis, Bromhidrosis, Anhidrosis, pedium*, etc. Favorecedores de la micosis en el hombre y en particular en las múltiples alteraciones pédicas, motivo de esta conferencia.

ESTUDIOS MICOTICOS

Estudiadas las generalidades de los hongos, estudiaremos en este capítulo la problemática *micótica en Polodogía* y su estímulo en este fascinante campo de investigación por parte del podólogo.

Los parásitos como se sabe, se *nutren de sustancias orgánicas vivas de los seres vivos. Son aerobios y se nutren por OSMOSIS. Su hábitat es el suelo, agua, hombre, animales y plantas.* Su distribución puede ser *cosmopolita o regional según su ecología.*

Las fuentes de infección están en relación con la etiopatogenia de las *micosis*, donde existen especies ANTROPOFILICAS que cumplen su ciclo vital en el hombre por el mismo agente; existen las especies ZOOFILICAS, donde el agente etiológico se encuentra en los animales domésticos y el contagio es del animal al hombre, es *microsporias y tricofitias*. Hay especies GEOFILICAS, donde el agente vive en la tierra y llega al organismo de diferentes modos, es *cándida albicans*.

Causas predisponentes. — La edad influye en algunas formas micóticas. En la juventud se observa el *pie de atleta* producido por el Trichophyton. El sexo predispone por igual en la mayoría de las *micosis superficiales*. La predisposición de la llamada ONIXIS CON PERIONIXIS, producida por *cándida albicans*, afecta mucho más a la mujer. La profesión; las personas que hacen faenas en el ambiente rural, son más propensas a contraer las *micosis de especie zoofílica*.

Condiciones higiénicas y sociales. — *La falta de higiene y el hacinamiento*, facilitan el contagio de las *micosis superficiales. El uso prolongado de grandes dosis de antibiótico* de *amplio espectro por vía oral o parenteral*, la *diabetes*, la *avitaminosis, el cáncer, la tuberculosis*, etc. predisponen a la infección por *cándidas albicans*.

Período de incubación de las micosis superficiales. — La incubación es de una semana, comenzando posteriormente aparecer las primeras manifestaciones de la enfermedad. El hongo se reproduce y crece en el interior de los espacios *intercelulares*, actuando *sobre el metabolismo* de las células del tejido afectado. Se propagan por vía *exógena, autoinoculación* o por *extensión periférica* de las *lesiones primitivas*. La obtención del material para su estudio de las *micosis superficiales*, se realiza de acuerdo al lugar donde se encuentra alojado el hongo. Si la lesión afecta a la piel, se realizará el raspado con un *bisturí estéril*, en cambio si se trata de pelo se depilará con una *pinza estéril*.

El material obtenido se colocará en un porta objeto y se *decolorará* con *solución* de *potasa* al 40 % (OHK), aclarándose posteriormente con agua, depositándose en el *cubre objeto* y se observará al microscopio. Permitiendo en gran número de casos, hacer el diagnóstico correcto.

CLASIFICACION DE LAS MICOSIS SUPERFICIALES. — Teniendo en cuenta el amplio campo de las micosis en general. Estudiaremos la localización *del parásito*, el *caso clínico* y el agente etiológico.

A los fines del *estudio de las micosis en las dermatosis fitoparasitarias en PODOLOGIA*, haremos mención a los agentes etiológicos de las *tricofitias* y *candidiasis*. Ya que, después del estudio general realizado de las características y fenómenos estructurales de los hongos, así como la forma y clase de parasitación, centro del mecanismo de reproducción y contaminación en la zoología general con la corespondiente repercusión en la patología del ser humano.

Estudiamos en la clasificación los agentes más frecuentes en la clínica podológica. Entre los más importantes tenemos los siguientes:

Los *tricofitos*, al igual que los *epidermofitos* y *microsporias*, son dermatofitos que se ven al microscopio óptico como un *micelio filamentoso ramificado*, tabicado y hialino con un diámetro de 4 a 6 micras, formando cadenetas de *artrosporos* para su localización exacta, se *realizará un cultivo*.

Los *Tricophytos* son los dermatofitos que atacan las uñas, produciendo las típicas onixis, sin perionixis y lesiones conocidas como *pie de atleta*.

Existen *trichophytos antropifiticos. Tenemos los tricophytos xchoenleimi, mentagrophytes, variedad vellosa, tricophytos tonsurans,*

violaceum y trichophytos rubrum. Su distribución puede ser *cosmopolita* o regional según su ecología. El cuerpo de estos vegetales está constituido por una o muchas células sin formar tejidos, se denominan THALLO. Es filamentoso en los hongos que se designan como EUMYCOTA del griego EU: que significa bueno, verdadero.

MICELIO sinónimo de THALLO, que se estudian en el conjunto y se usan indistintamente en EUMYCOTA.

El micelio o thallo puede ser de dos tipos: MICELIO VEGETATIVO: que tiene la función de nutrición y crecimiento del hongo.

MICELIO DE FRUCTIFICACION: Está encargado de las funciones de conservación y diseminación de la especie.

El estudio de las MICOSIS PROFUNDAS es de interés por su *gravedad orgánica* que a veces es de *difícil diagnóstico* por localizarse primariamente en la *dermis,* en el *tejido celular subcutáneo, los pulmones* y secundariamente en los *músculos, hueso y órganos internos,* con tendencia a *diseminación* por vías *linfática y sanguínea.* ¡Ojo! con los *diagnósticos* y *manipulaciones* que una simple lesión a simple vista, puede resultar fatal para nuestros pacientes, y por qué no para nosotros mismos, por la posible contaminación de enfermo a podólogo. Todas las medidas de seguridad, son pocas en el contacto en *enfermos micóticos.*

CLINICA PODOLOGICA

FORMAS MICOLOGICAS PEDIS

La frecuencia de *tinea pedis* es mucho mayor en los pueblos que usan calzado, dado que el *calor* y la *humedad de la planta del pie* parece que favorece el desarrollo de los hongos. Raramente las deformidades ortopédicas de los pies pueden producir *condiciones predisponentes* para la creación de la colonización fúngica.

Las *tiñas de los pies* son frecuentes, llamada *Tinea pedis.* Las especies infectantes habituales son el TRICHOPHYTON RUBRUM, el TRICHOPHYTON INTERDIGITALE y el EPIDERMOPHYTON FLOCCOSUM. Aunque el *Trichophyton interdigitale* es el más frecuente en la comunidad pédica el *Trichophyton rubrum* es el más común entre los enfermos.

Las tiñas del pie presentan tres formas clínicas, cualquiera de ellas con posible afectación de las uñas. La *tiña del dorso del pie* o *parte inferior de las piernas* que puede presentarse junto a la *tinea pedis,* las características clínicas de las infecciones micóticas en esta región, son parecidas a las de otras zonas.

La *tiña pedis intertriginosa.* Se caracteriza por la maceración y descamación frecuentemente a los *espacios tercero, cuarto y quinto* interdigitales, con su *curso clínico crónico,* con frecuencia la irritación se *exacerba en agua caliente* y la fisuración e *inflamación existente en la planta del pie* y en ocasiones se *propaga al dorso del pie.* Los agentes habituales son el *Trichophyton rubrum* y el *Trichophyton interdigitales,* en aislados casos son ocasionados por *Epidermophyton floccosum.*

La tinea pedis vesicular aguda. — En este caso *aparecen vesículas o pequeñas bullas en el empeine y en ocasiones en el talón o en la base del dedo gordo.* Las vesículas son inicialmente claras, haciéndose más tarde purulentas, dejando al secar un *collarete de escamas.* La piel adyacente *puede ser normal* o *mostrar descamaciones* e inflamaciones. Con alguna frecuencia *aparece descamación, fisuración y maceración concomitantes* de las *fosas interdigitales.* Este cuadro clínico está causado por el *Trichophyton interdigitales.* También puede producir la infección el *Epidermophyton Floccosum.*

La Tinea pedis hiperqueratósica escamosa. Es una forma crónica particular de la *tinea pedis,* causada generalmente por *Trichophyton rubrom.* Su localización se encuentra en el *pliegue interdigital,* pudiendo afectar la *planta,* los *talones y ambos lados de los dos pies.* La zona lesionada presenta un color rojo rosáceo, debido a una *inflamación ligera y presenta zonas escamosas y diseminadas.* Esta zona tiene el aspecto de haber sido rociada con polvo de talco. El grado de descamación y de hiperqueratosis, varía de un caso a otro, así como la extensión de la infección. En ocasiones comprende la planta, talón y lados del pie en forma y apariencia característica de «mocasín».

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL. — Teniendo en cuenta que los *cuadros clínicos* pueden confundirse con *otras enfermedades* o *alteraciones de la piel* con la *tinea pedis.* En caso de duda, es necesario el examen micológico de *frotis cutáneos* de gran interés, como consecuencia de continuar el tratamiento con las preparaciones tópicas o generales durante meses, especialmente en las *infecciones de las uñas.*

Candida albicaus. — Se caracteriza por los *pliegues cutáneos húmedos calientes,* pueden ser colonizados por *cándida albicans,* ocasionando infección del surco interdigital del pie con *maceración pruriginosa* que se asemeja a

una *tinea pedis*. En algunos casos pueden existir *vesículas o pústulos satélites*.

La maceración de la piel interdigital. — La piel húmeda, *despegada de las caras laterales del espacio interdigital*, no siempre está ocasionado por la *tinea pedis*. Frecuentemente es simplemente maceración por hiperhidrosis pedium o utilización de calzado de seguridad de goma.

El eritrasma interdigital. — Frecuentemente presentan *maceración y peladura*. El examen con *luz ultravioleta*, permitiendo descubrir la característica fluorescente rojo/coral.

El callo blando. — Estos cuadros se presentan en los espacios interdigitales, entre el tercero, cuarto y quinto dedo del pie. Pueden presentarse callosidades macerados y dolorosos. Generalmente descansan sobre una prominencia ósea de la cabeza de una de las falanges proximales. Es necesario en ocasiones realizar exámenes micológicos para excluir la tinea pedis.

El Eczema. — El eczema del pie en los espacios interdigitales, puede confundirse con tiñas, ya que frecuentemente existen vesiculaciones en el dedo gordo y el espacio interdigital medio, son los más frecuentes. Estas lesiones se extienden a las partes *adyacentes de los dedos y el dorso del pie*. Pudiendo confundirse con la tiña de la planta del pie, con el *pénfigo eczematoso*, en el cual es prominente la vesiculación, generalmente es bilateral. El eczema de la planta del pie tiene una etiología «constitucional», puede surgir como consecuencia de una sensibilidad alérgica de contacto a sustancias como el caucho, el cuero de la suela, el nylon, etc. del calzado.

Psoriasis. — En algunas ocasiones aparecen placas localizadas de psoriasis en *las plantas* o en la *superficie dorsal de los pies*. En general son evidentes lesiones de psoriasis en otras zonas corporales. La psoriasis pustular localizada en una condición extremadamente crónica de las *palmas de las manos o planta de los pies*, que aparecen característicamente en el talón o en el empeine. Brotes de pústulas estériles, que secan formando gruesas *escaras parduzcas*, se repiten dentro de un área localizada de descamación, muy frecuente bilateral.

DERMITIS BLASTOMICETICAS. — Es una lesión que falta en la capa córnea, con puntos de descamación con *paraqueratosis*, con cambio del epitelio más rápido que el normal, las *escamas conservan* el *núcleo* y no el *estrato granuloso en la epidermis*. El pasaje a la parte sana de la piel, se opera bruscamente o poco a poco. Se observa *acantosis, espongiosis, aumento parcial* irregular de las células de la capa de *Malpighio y papilomatosis*. En la dermis existen capilares dilatados rodeados de un infiltrado difuso constituido por *linfocitos* pequeñas células redondas y *algunos polinucleares*. En el borde de la lesión donde las *alteraciones histológicas* son más marcadas, se ven acumular alimentos brotantes y *sendomicelio*, que desde la capa córnea descienden, entre las células del *cuerpo mucoso del malpighio*.

INTERTRIGO BLASTOMICETICO DE LOS PEQUEÑOS PLIEGUES. — Estas consisten en una vesícula o un pequeño grupo de vesículas que ocupan el espacio interdigital.

Su contenido se reabsorbe y el tejido epidérmico se desprende si se separan los dedos y se observa el espacio interdigital en ese momento, se puede ver que la piel está a ese nivel *inflamada de color blanco azulado*, y los límites de la lesión no son nítidos. Tiempo después esa epidermis macerada se hunde y deja ver un fondo *rojo, húmedo y brillante*, como barnizado, *cubierto de una epidermis muy fina*, no *sangra*, ni rezuma líquido alguno, la lesión se extiende con el aspecto de un *arco gótico, abarcando igual superficie de las dos caras laterales de los dedos que están en contacto*. Los bordes están ahora bien limitados por un *collarcito epidérmico desprendido por el borde interno grueso y blanco*. En los pies todos los espacios interdigitales pueden estar atacados, por la extensión de las caras laterales de los dedos a excepción del primer dedo puede presentarse el «erosio interdigitalis».

La mayor humedad y el calor consecutivos a la menor movilidad, son las causas que rigen la mayor frecuencia del *intertrigo*. Su evolución es intermitente, con *recidivas estivales* y aparición de lesiones nuevas en otras regiones del cuerpo. Se tiende a hacerse *crónico en los diabéticos*. Su pronóstico es benigno. En general ceden rápidamente a un tratamiento local, unos quince días después de la curación clínica para evitar las recidivas.

El *intertrigo blastomicético* de los pequeños pliegues es producido, generalmente, por *cándidas albicaus* o por otra especie de este género.

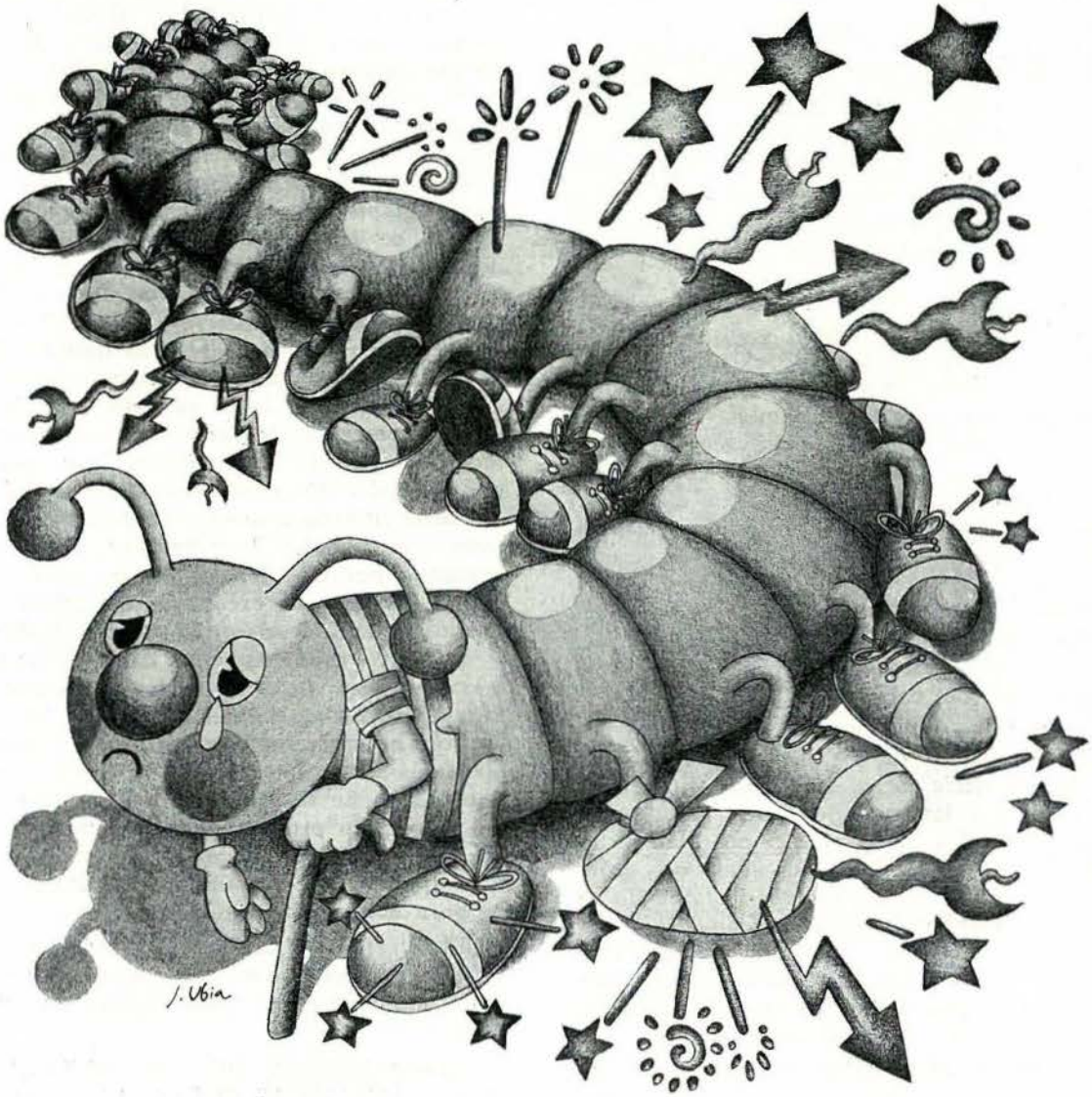
DIAGNOSTICOS DE LAS INFECCIONES BLASTOMICETICAS CUTANEAS. — El *intertrigo dermatofítico* de los pliegues tiene bordes netos, circulares o policíclicos, formados por *microvesículas* y la superficie es escamosa con tendencia a la curación central. Falta el *fondo rojo, erosivo del intertrigo blastomicético*, y el *collarcito epidérmico fino y despren-*

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.
Envases con 30 y 60 g de emulsión.

ALGESAL ACTIVADO

Composición
Salicilato de dietilamina, 10%;
Nopoxamina (homomirtenil-oxi-dietilaminoetano), 1%;
Excipiente, c.s.p. 100 g.

Presentación y P.V.P.
Envase con 50 g de pomada.

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 suave fricción hasta su completa

Efectos secundarios
Hasta el momento no se han observado.

Contraindicaciones
No se aplicará sobre heridas abiertas ni mucosas.

Incompatibilidades
Ninguna conocida.

KALIFARMA, S.A.

dido, en los bordes. Finalmente si con una pinza tratamos de desprenderlo, comprobamos que se obtiene un colgajito córneo que se prolonga más allá de los límites de la lesión, sobre la piel aparentemente sana.

Diagnóstico diferencial. — El *intertrigo estreptocócico*, es algo más húmedo, faltan en su contorno las *vesículas flojas desparramadas*, así como los pequeños islotes limitados por el collarcito epidérmico, que confluyen formando una red. El diagnóstico clínico ofrece tantas dificultades, que es necesario recurrir a los *exámenes microbiológicos.*

La erosión *interdigital blastomicética*, no ofrece dificultades diagnósticas en las manos. En los pies es más complicado. Se hace necesario recurrir a veces, al *examen micológico* para diferenciarlo del *intertrigo dermatofítico.*

La queratolisis sulcata de la planta del pie. — En la planta del pie de enfermos con tendencia a la *hiperhidrosis*, pueden aparecer *áreas circulares, coalescentes*, superficiales o *excavadas de queratolisis.* Prueba: Se mojan los pies, se acentúa el aspecto debido a la *infección superficial* de la queratina, por un *microorganismo filamentoso*, que se considera como una especie de CORYNEBACTERIUM.

En el estudio realizado comparativo del diagnóstico diferencial en podología de las alteraciones de micología y otras.

Comenzaremos el estudio y su interés en las ONICOMICOLOGIAS, habida cuenta de su frecuencia e importancia en podología.

ONICOMICOLOGIA. — Todas las alteraciones o infecciones producidas por los hongos. En las uñas producen las *onixis tricofíticas*, caracterizadas por comenzar en el borde libre de la uña, con ausencia de perionixis, observándose la aparición de manchas amarillentas, con *espesamiento del lecho ungueal.*

El diagnóstico micológico se realiza con el examen microscópico y los cultivos. En el *microscopio óptico* las colonias muestran abundantes *microconidias agrupadas* y macroconidias fusiformes de *10 a 50 micras de diámetro* y de *4 a 6 micras de ancho*, de membrana fina y lisa de extremo libre, redondeado, con *tres o cuatro tabiques transversales.*

ONIXIS TRICOFITICA. — Son muy frecuentes en el dedo gordo, asociándose generalmente a las *dermatofitias* de los pies, *intertrigiosas o plantar.* Se caracteriza porque comienza en el borde *libre de la uña, hiperqueratosis* del *lecho ungueal* con ausencia *de perionixis.*

La consistencia de la uña se encuentra alterada por la invasión parasitaria, presentando carcomido el borde libre en forma de *hojaldre.*

La hiperqueratosis subungueal comienza en el límite con el pulpejo del dedo, progresando hacia la *lúnula*, levantando la lámina *ungueal.* En algunos casos alcanza un grosor de 2 cm. Raspándose la uña se comprueba que la hiperqueratosis tiene una consistencia friable, desmenuzándose como el *cartón mojado*, dejando una galería cubierta a modo de techo y el resto de la uña forma un *muñoncito adherido* a la *matriz.* El lecho subungueal es grueso y la hiperqueratosis forma verdaderos listones longitudinales que *desaparecen al llegar al pulpejo.*

En algunas ocasiones existe descamación y rojez en el *pliegue periungueal.* El cuerpo de la uña se encuentra alterado anatómicamente, presentando cambios de coloración, de transparencia y de forma, tiene *un tinte blanco, grisáceo, pardo sucio, amarillento o amarillo azufre*, en forma de manchas únicas o múltiples e irregulares de límites, difuminado con *islotes anastomasados.* Estas manchas ocupan la cara profunda de la uña, *invadidas por el dermatofito.* No confundir con las manchas en los casos de *leuconiquias*, debido al parecer a la penetración de aire entre las células de la capa córnea. No olviden que la uña afectada por micosis sufre alteraciones en su transparencia, pierde brillo y se torna opaca.

La consistencia y la forma de la uña, presenta modificaciones variables, según los casos. En las uñas de los pies se observa con frecuencia un aumento considerable en su espesor, en forma convexa en sentido transversal y anteroposterior, ONICOGRIFOSIS TRICOFITICA, presentando en su superficie estrías longitudinales.

La flora *micológica de la uña;* se han encontrado los siguientes *tricofitos* después de los cultivos en el caso de la ONIXIS: *Schonleini, violaceum, Tonsurauns, del grupo hypseum y rubrum.*

La tinea unguium. — Es un proceso micótico muy lento, que se asienta en las uñas de los pies, siendo poco común en las uñas de las manos. La infección tiene lugar en el PRIMERO, SEGUNDO y TERCER dedo, excepcionalmente pueden estar afectados los diez dedos simultáneamente. La infección *dermatofítica* comienza en el borde *superior o inferior* de la uña hasta completar toda su superficie.

Clínicamente, la afección de las partes atacadas, engrosan considerablemente y aparece un *detrito* debajo de la uña, constituido por el *micelio fúngico* y las células de descamación. Recordamos que la infección *moniliásica co-*

mienza en los bordes periungueales que no produce detrito.

La lesión presenta *las papilas* muy largas, la *capa espinosa está espesada,* formando listones hipertróficos, que llegan al pulpejo. La zona hiperqueratósica es marcada.

El hongo vegeta en la capa córnea y en ocasiones se le ha visto en los estratos superficiales de la capa espinosa. Por la acción del dermatofito el *tejido córneo* de *neoformación* entre el lecho ungueal y el cuerpo de la uña, se encuentra apolillado.

DIAGNOSTICO DE LA ONIXIS TRICOFITICA. — No ofrece dificultad por regla general, ya que comienza en el *borde libre de la uña,* la *hiperqueratosis subungueal* y la *ausencia de perionisis,* la diferencia de la onixis blastomicética y piógena.

El tratamiento suele ser rebelde utilizando los antiparasitarios como terapéutica base, llegando al punto de tener que con frecuencia estirpar quirúrgicamente la uña.

ONIXIS BLASTOMICETICA. — Las uñas no escapan a la *infección blastomicética,* comenzando la enfermedad por el *pliegue periungueal.* Se aplica aquí lo que ya explicamos en otra ocasión anteriormente, la *candida Albicans* ama las mucosas y los pliegues cutáneos. Se ha observado que los enfermos de *infecciones blastomicéticas* de uñas, tienen las *manos frías* y las *extremidades de los dedos algo violáceos.* Los trastornos circulatorios de las extremidades en relación, posiblemente son alteraciones endocrinas, serían causas predisponentes que se suman a las precedentes.

ONIXIS BLASTOMICETICA CLASICA. — Comienza por una *inflamación del pliegue periungueal* que se presenta hinchado, en forma de *almohadilla o rodete,* tenso, rojo, violáceo y brillante. *Desaparece el pliegue normal de la piel y el tacto o a la presión provoca dolor.* En la presión se consigue obtener escasa cantidad de *pus blanquecino que sale por el surco periungueal.* Se encuentra desprendida de la uña, particularmente a nivel de la *lúnula* hasta el punto de permitir la *introducción de una gubia plana.* El cuerpo de la uña no tarda en presentarse alterado con surcos transversales, bien pronunciados.

Cuando la enfermedad está declarada, presenta una tabla externa y el borde libre de la uña está conservado. El cuerpo de la uña se presenta algo aumentado de espesor con surcos transversales y a veces con estrías longitudinales y los bordes laterales están pigmentados en *pardo verdoso y erosionado.*

En algunas ocasiones presenta una ulceración transversal, con pérdida de sustancia, en el extremo proximal de la uña, cerca de la lúnula, que deja al *descubierto el lecho subungueal y separa en dos porciones:* la distal de apariencia normal, pero desprendida, y la proximal, situada en un *plano inferior,* con *rodetes irregulares,* en la cual, alternan zonas engrosadas con otras adelgazadas. Formándose una especie de *absceso en la matriz ungueal* en el período de invasión de crecimiento de la uña en esa pérdida de sustancia, arrastrando la parte distal sana, desprendiéndose.

Indefinidamente, la ONIXIS BLASTOMICETICA, se hace crónica por la persistencia de las condiciones predisponentes.

ONIXIS TIPO TRICOFITOIDE. — Este tipo es una afección exclusiva de la *mujer adulta.* El comienzo de las lesiones en lugar de hacerse por *el pliegue periungueal y la matriz,* operándose a nivel del borde de la uña, sin traumatizarla. La uña enferma presenta una mancha amarillenta que ocupa su cara profunda, de *bordes nítidos,* conservando la lámina ungueal. La uña presenta dos *manchas en forma de triángulos* curvilíneos que se unen en el borde libre y ocupan gran parte de los bordes laterales, delimitando en su base de la lúnula está sana. Este caso de onicopatía, es más benigno que en el caso anterior, porque no existe afectada la *matriz ungueal,* ceden más rápidamente a la *terapéutica local.*

Diagnóstico diferencial. — La *ONIXIS blastomicética* clásica se diferencia de la *ONIXIS tricofítica,* porque en esta falta la *perionixis,* el borde de la úña está *carcomido* existe *hiperqueratosis subungueal,* espesamiento grande de la uña, con frecuencia se erosiona la *lámina ungueal externa.*

La *onixis piógena,* se acompaña también de perionixis, de supuración, el cuerpo de la uña está respetado. Con frecuencia existen *pequeños granulomas* en el pliegue *periungueal o abscesos planos en el lecho de la uña cerca del borde libre,* el pliegue periungueal no está desprendido de la uña.

El *tipo tricofitoide* de la *onixis blastomicética,* se diferencia de la ONIXITRICOFITICA por la ausencia de hiperqueratosis en el lecho subungueal de espesamiento del cuerpo de la uña, como en el caso de los *dermatofitos,* el diagnóstico micológico se hace mediante el *examen microscópico óptico y los cultivos.*

El *examen microscópico* se hace cuando tratándose de *piel y faneras,* obteniendo el ma-

terial de *raspado de las uñas*, escamas de la piel, aclarándolo con OHK al 40 %.

Los cultivos. — Se realiza en medio de SABOURAUD, colocando en éste las partículas muy pequeñas con un *asa de platino* previamente flameado y embadurnado en el *medio de cultivo.* El desarrollo del hongo se torna visible a las 48 horas de incubado a 37° C.

Los hongos del género candida no *forman ascosporos*, produciendo en cambio un *seudomicelio filamentoso con blastoartrosporos.*

Las colonias se presentan *pastosas, húmedas, brillantes, características de los hongos unicelulares.*

TRATAMIENTO GENERAL CONTRA LOS HONGOS

Los nuevos fármacos para la curación en dermatología de las infecciones por hongos. Estas drogas debido a su amplio espectro antimicótico eficaz en su actuación, representan un gigantesco paso.

A la vanguardia de los *verdaderos fungicidas*, aparecieron hace menos de veinte años la *nistatina*, la *griseofulvina* y la *anfotericina B.* Los primeros eficaces dentro de su gran fenómeno que es el campo patológico, representan más de cien familias que constituyen, los hongos en su estudio MICOLOGICO. Desgraciadamente dos primeros son específicos sólo para *uno o dos microorganismos* y el tercero que ostenta amplia especificidad y puede administrarse por *vía parenteral*, es muy tóxico. Actúa con niveles tan altos que lesiona las células de las glándulas mamarias, al mismo tiempo que los hongos, su verdadero blanco.

Por otra parte, los primeros agentes tópicos como la *yedoclorohidroxigina*, o el *elorquinaldol*, aunque más o menos eficaces, resultaban de *valor* limitado, debido a la tendencia a manchar y al excesivo costo.

El *Haloprogin*, el *miconazol* y el *clotrimazol*, tienen grandes ventajas sobre los antiguos medicamentos, que pueden administrarse sin esperar los resultados de los cultivos y la identificación *positiva* del organismo infectante. Recientemente mejoras en los vehículos de transporte de las drogas, han incrementado su *penetración y reducido la irritación.*

Los dermatofitos, hongos patógenos de la piel, aunque pueden invadir *células vivas* en enfermedades sistemáticas, como *diabetes, artritis reumatoidea* o *linfoma*, por lo general atacan sólo tejido muerto de la superficie corporal.

Las infecciones *micóticas cutáneas*, se describen con relación al área comprometida, con la especie causante ya que la diferenciación clínica sobre esta última fase es muy difícil. El *Trichophyton rubrum*, agente generador del *pie de atleta*, que también afecta *las uñas*, el *cuerpo* e inclusive *la cabeza* o el organismo entero a manera de infección generalizada.

Tres de los géneros más importantes en podología, *microsporum, trichophyton y epidermophyton*, algunos producen inflamación ligera.

Hasta la introducción de la *griseofulvina*, la depilación era el único recurso. La *nueva droga ahora*, capaz de atacar el hongo a través del riego sanguíneo, trajo la solución y se considera aún *el mejor agente* disponible en podología.

Las infecciones fungosas en general es el *trichophyton rubrum* y el *trichophyton mentagrophytes*, agentes conocidos como causante de *tinea pedis* o de *pie de atleta* y la *tinea unguiscun*, por la cual las uñas engrosan y deforman llegando incluso a destruirse, que llega a ser *epidémica entre la población* donde reina un *clima caluroso y húmedo.* Hasta la aparición de los nuevos *agentes tópicos*, era una de las infecciones más difíciles de tratar.

Al parecer uno de los problemas clínicos más rebeldes de tratar en los últimos años, es la *candidiasis*, infección causada por una *levadura*, la *candida albicans*, que afecta a la piel y uñas en gran variedad de formas. No hay que olvidar que cualquier ambiente húmedo invita a la *candida*, siendo el sudor excesivo un gran factor para su desarrollo. El lugar más frecuente es el *tercer espacio interdigital*, al igual que las uñas se presenta concomitantemente asociada por *Pseudomonas o Proteus.*

Gracias a las nuevas drogas el diagnóstico específico que en muchas ocasiones, por lo general es suficiente con la aplicación de estas drogas, para evitarse *el cultivo.* Pudiendo administrarse la terapia inmediata, con la seguridad de que resulta útil en casi todos los casos y sin peligro de complicaciones.

ANALISIS ESPECIFICO DE LAS TRES DROGAS. — El *haloproguin*, el *miconazol* y el *clotrimazol.*

El *haloproguin*, la primera de las nuevas drogas de crema o loción al 1 %, se *absorbe poco* por la piel y no tiene ni origina problemas serios de sensibilidad. Recomendándose para el TRICHOPHYTON RUBRUM, el TRICHOPYTON MENTAGROPHYTES, se comparte honores con el anterior como causantes frecuentes de infección de los pies. Recientemente se ha mostrado la eficacia contra la *candidiasis.*

El *miconazol.* — Este producto sigue en aparición al anterior, siendo caso único puesto que además de tener capacidad antimicótica, también ataca a las bacterias gramnegativa. Resultando un agente terapéutico muy seguro, sin efectos aparentes sobre las funciones *cardíacas, renal, hepática o de médula ósea.*

Se ha comprobado su utilidad frente a los *dermatófitos, tricófitos y epidermofíticos,* al parecer ataca al *microsporum.* Se conoce su utilidad para la candidiasis, donde lo mismo que en los casos anteriores se administra la droga en *forma oral, intravenosa y tópica,* para la mayoría de las micosis, atacando como hemos dicho antes a las bacterias gramnegativas. Este fármaco es ideal ante las infecciones mixtas.

El *clotrimazol.* — Este fármaco es el más reciente del grupo, estando bastante relacionado con el *miconazol* y sus propiedades terapéuticas, aunque no parece tenga actividad antibacteriana. Se recomienda contra la *cándida albicans,* junto con la T. Rubrum y Mentagrophytes, y E. Floccosun. Tiene una gran ventaja sobre el miconazol que se presenta en forma de solución y pomada.

Hay que tener en cuenta que los procesos inflamatorios ocasionados por los hongos en su mayor parte son eliminados por la respuesta orgánica.

Cuando aparece el *keriun,* puede ser necesario la adición de esteroides sisténicos para la disminución de la inflamación.

Como hemos indicado esta inflamación es tan intensa que destruye el hongo por sí misma. Algunos clínicos utilizan sólo esteroides, recomendándose la combinación con la *griseofulvina,* sin embargo dicha droga tiene contraindicaciones para pacientes que estén en tratamiento con barbitúricos o anticoagulantes.

Las uñas severamente infectadas y destruidas por el T. Rubrum, requiere grandes cantidades de griseofulvina. Ya que el medicamento es muy costoso y la duración es prolongada, se recomienda como sustituto el timol al 4 % con cloroformo para su aplicación en gotas en 3 o 4 veces por día. En las inflamaciones de las uñas existe un problema que es la difícil penetración de la droga en el lecho ungueal, ya que el paciente no utiliza la anfotericina B, siendo necesario para atacar los hongos de debajo de la uña utilizar el timol o el cloroformo.

La anfotericina B, ha sido durante mucho tiempo el único tratamiento eficaz contra la *candidiasis severa.* Pero su alta toxicidad hace reservarla para casos difíciles.

En resumen, ante la problemática clínica que se presenta en los tratamientos micóticos, hemos tratado de exponer en esta conferencia ideas generales de los últimos avances en el tratamiento, sin olvidar la terapia de los clásicos como es el *borato de sodio, ácido undecilénico, resorcina y los colorantes.*

La fucsina básica, el azul de metileno, violeta de genciana, verde de metilo, verde de malaquita, son los nombres de algunos de los colorantes.

El borato de sodio, se aplica en proporciones del 2 al 5 %, en baños tópicos glicerinados o pomadas. El clorato de potasio, el ácido benzoico, en las mismas proporciones al 2 %. El violeta de genciana y el verde de metilo al 2 % en solución acuosa o en alcohol al 15 %. El colodium salicilado al 1-15 % y el permanganato al 1-500 %. Este último es el más usado para el intertrigo; para las onisis blastomicéticas y para las onisis tricofíticas con buenos resultados.

Ante la problemática clínica y terapéutica en las micosis y teniendo en cuenta la gran variedad en sus formas clínicas, los avances en la micología y la farmacología, hacen muy fácil el trabajo de estudio e investigación en el campo podológico, que es el principal motivo de la presente conferencia, para estimular a todos los podólogos e invitar a que se incorporen al gran equipo clínico con sus observaciones y estudios realizados en Podología referente a la vida y exterminación de todos los agentes patógenos que atentan contra la salud del pie, buscando nuevos agentes tópicos para resolver los muchos casos resistentes en los tratamientos podológicos.

Si lo logramos, quedaremos todos satisfechos de la labor realizada y del éxito de este Magno Congreso Nacional de Podología como sería nuestro deseo.

ENRIQUE GONZALEZ GOMEZ

BIBLIOGRAFIA

Microbiología y parasitología. — Prof. Matilla, Ed. Amaro.

Atlas de Microbiología. — Lontie M. Valdepittes Medical 1977.

Miología de los Microorganismos. — Brock T. D. Ed. Omega 1973.

Microbiología Carpenter P. L. — Ed. Interamericana 1979.

Diagnóstico Diferencial de la Infeción Micótica del Laboratorio. — ICI FARMA.

Patología del Pie. — J. Lelievre - Toray-Masson.

Afecciones cutáneas de las extremidades inferiores. — Sanitz M. H. Dana AS, Toray 1974.

Podología. — Weinsten Frank. Edi. Salvat 1970.

Podología Médica Yale. — Ed. Jins 1979.

Trabajo de Micosis: Generalidades, por Alicia E. Corral, publicado en la revista Panamericana de Podología.

Nuevas armas contra los hongos. — Dr. Larry E. Archivo del Médico práctico.

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

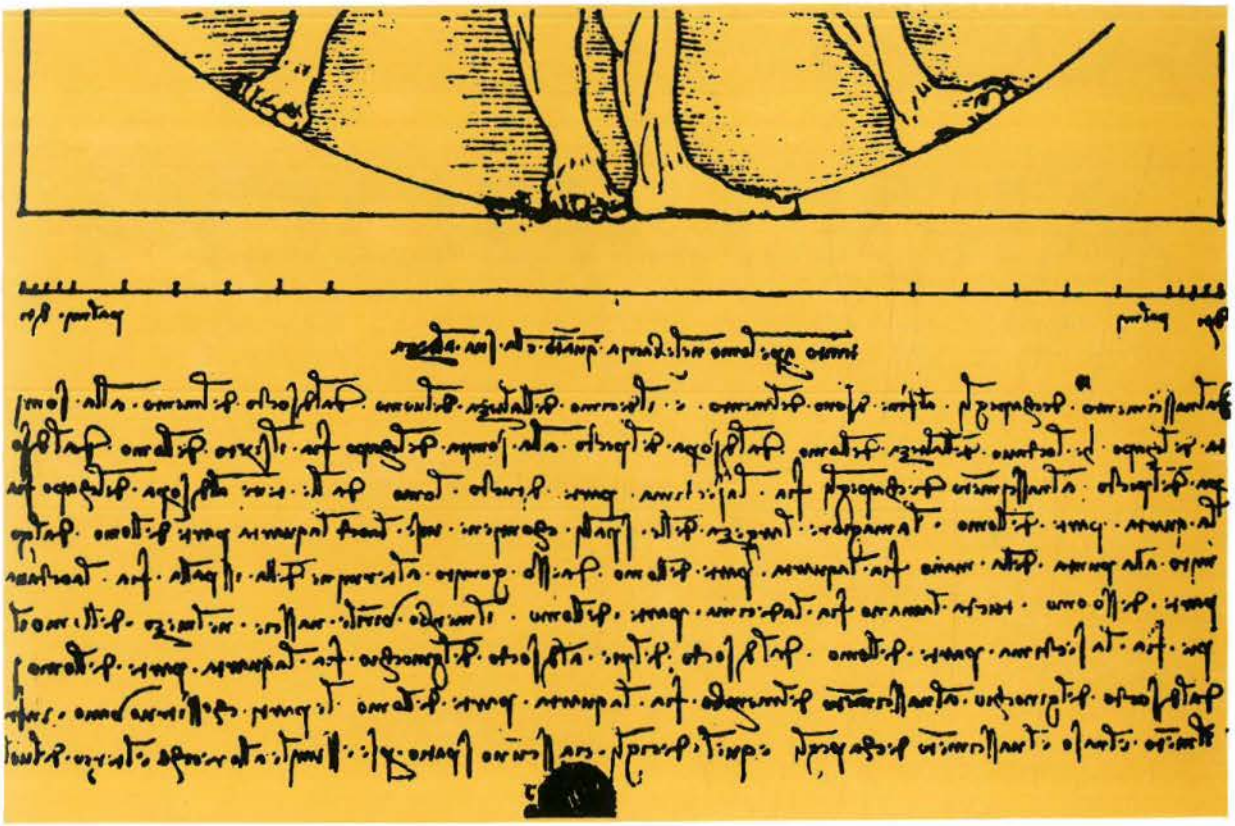
TUBITON
TUBIGRIP
TUBOS DE TUBIFOAM
TUBOPROT
TUBOCLIN
APLICADORES TUBITON, TUBOCLIN, etc.

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. ENERO-FEBRERO
nº 85 1982

REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

ORGANO DE LA AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

A.P.E.

Redacción:
Granada, 33, 5º, Madrid-7

Director:
Enrique González Gómez

Subdirector:
Pablo Vilató

Redactor Jefe Accidental:
Manuel Meneses Garde
Sorolla, 1
Móstoles (Madrid)

Administrador:
Francisco Alvarez Santos
Granada, 33, 5º, Madrid-7

Imprime:
PINAKOS, S. A.
Rienda, 11 - Fuenlabrada (Madrid)

Depósito Legal:
B-21972 - 1976
ISSN - 0210 - 1238

SUMARIO

3	Agrupación de Podólogos de España Junta de Gobierno
5	Editorial
6	Introducción informativa
11	Informe de la secretaría
12	Acta 12 diciembre 1981
15	Expediente de petición a la Real Academia de la Lengua
17	Gestión fiscal
18	Balance económico 1981
19	Estudio antropológico del pie humano



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. Enrique GONZALEZ GOMEZ	Madrid
Vice-Presidente 1º	D. Julio ALONSO GUILLAMON	Barcelona
Vice-Presidente 2º	D. Juan José ARAOLAZA	Guipuzcoa
Secretario General Accidental	D. José Luis VELASCO BARRIUSO	Madrid
Vice-Secretario	D. Francisco J. MORAN VENTURA	Las Palmas de Gran Canaria
Tesorero	D. Francisco ALVAREZ SANTOS	Madrid
Contador	D. Luis AYCART VIJUESCA	Madrid
Vocal 1º	D. Juan VIDAN TORRES	Santiago de Compostela
Vocal 2º	D. Manuel ALBALA VALLE	Cádiz
Vocal 3º	D. Manuel TERRON SANGUINO	Badajoz
Voval 4º	D. Francisco FERRAS MORCILLO	Barcelona
Voval 5º	D. Pedro Mª GALARDI ECHEGARAY	Bilbao
Vocal Nato	D. Joaquín SOLE CUCH	Barcelona
Voval Nato	D. Mariano RODRIGUEZ ESTEBAN	Madrid
Vocal asesor docencia	D. Francisco MAÑE DOMINGO	Barcelona
Vocal asesor docencia	D. A. CROS PALENCIA	Madrid
Vocal Revista	D. Manuel MENESES GARDE	Móstoles

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. Juan José Araolaza. Bidebarrieta, 4. EIBAR (Guipúzcoa).
D. José Valero Salas. ALBALATE DEL ARZOBISPO (Teruel).
D. Joaquín Solé Cuch. C. Príncipe de Viana. GRANOLLERS (Barcelona).

DELEGADOS PROVINCIALES

ALAVA: **D. Antonio E. NOGAL BENITO.**
ALBACETE: **D. José Luis JUAN NAVARRO.**
ALICANTE: **D. Juan José IBORRA NAVARRO.**
ALMERIA: **D. Esteban de HARO GRANADOS.**
ASTURIAS: **D. José Luis ALONSO ALVAREZ-MIERES.**
AVILA: **D. Antonio GARCIA MARTIN.**
BADAJOZ: **D. José VILLAFAINA DE LA CRUZ.**
BALEARES: **D. José CLAVEROL SERRA.**
BURGOS: **D. Luis MATA DIEGO.**
CACERES: **D. Carlos SAUGUINO NUÑEZ.**
CADIZ: **D. José Luis SALCINI GARCIA.**
CUENCA: **D. José Miguel GARCIA LOPEZ.**
LAS PALMAS DE GRAN CANARIA: **D. Francisco José MORAN VENTURA.**
SANTA CRUZ DE TENERIFE: **D. Armenio MENDEZ MARTIN.**
CASTELLON DE LA PLANA: **D. José AGUILAR BELTRAN.**
CIUDAD REAL: **D. Procopio MAYORGA MORENO.**
CORDOBA: **D. Máximo GONZALEZ JURADO.**
GERONA: **D. José María BOSCH DOMENECH.**
GRANADA: **D. Manuel RUIZ MORALES.**
GUADALAJARA: **D. Ricardo MANCILLA PIQUERAS.**
GUIPUZCOA: **D. Sebastián TENES ITURRIZA.**
HUELVA: **D. Jesús TOCINO VIZCAINO.**
HUESCA: **D. Julio BARA DEL MOLINO.**
JAEN: **D. Víctor NIETO MOLINA.**
LA CORUÑA: **D. Francisco de la CRUZ AGUSTI.**
LEON: **D. Luis PASCUAL SAN MIGUEL.**
LERIDA: **D. Alfredo PUCHOL RICART.**
LOGROÑO: **D. Vicente ALVAREZ PIPAON.**
MADRID: **D. Mariano RODRIGUEZ ESTEBAN.**
MALAGA: **D. Eugenio ROJAS AGUILAR.**
MURCIA: **D. José INIESTA GALLEGO.**
NAVARRA: **D. Javier SARASA MONEO.**
ORENSE: **D. Elisardo BRALO REGO.**
PALENCIA: **D. Angel CASADO SOLLA.**
SALAMANCA: **D. Antonio BASAS ENCINAS.**
SEGOVIA: **D. Francisco GARCIA RODRIGUEZ.**
SEVILLA: **D. Manuel CASTRO MARMOL.**
TARRAGONA: **Dª Concepción BAIGES CONSTANTI.**
TERUEL: **D. José VALERO SALAS.**
TOLEDO: **D. Angel SANCHEZ NAVARRO.**
VALENCIA: **D. Isaías del MORAL ROBERTO.**
VALLADOLID: **D. Alfonso Lorenzo DOMINGUEZ MILAN.**
VIZCAYA: **D. Agustín SORIA RODRIGUEZ.**
ZARAGOZA: **D. Julio BARA DEL MOLINO.**
ZAMORA: **D. Narciso MIGUEL DE BARRIOS.**

EDITORIAL

Personalmente me dirijo como Presidente, después de 180 días de gestión. Ya que no soy partidario de empezar a prometer sin poder ofrecer, teniendo en cuenta que es el principio demagógico que se utiliza con gran facilidad en la actualidad en todo campo; profesional, social, político, económico y por qué no, hasta en el psicológico.

Nadie parece convencerse, de que se necesita tiempo para el mantenimiento preciso y completo posible de los asuntos de la información, de los problemas existentes. Es absolutamente necesario conocer para informar en una buena convivencia y mejor gobierno de los hombres y sus profesionales. Ni las personas ni las profesiones pueden vivir "al día", cuando se promete como costumbre mecánica, nunca llega a su destino su realización, poniendo el porvenir en manos extrañas e inseguras que caerán en un callejón sin salida, condenando a una decadencia profesional. Reayivando los intereses creados de grupo con el estancamiento en el desarrollo y progreso en la profesión.

Tal y como prometimos, estamos y continuamos con el mismo espíritu emprendedor de siempre, posiblemente con más ganas, esperanza e ilusión, tras el éxito de nuestra profesión, ¿A qué es debido todo ésto?. Posiblemente a los grandes problemas, a los imponderables políticos y sociales del momento, y por qué no, a los errores cometidos o la falta de colaboración ¡Vaya Vd. a saber! La verdad es que seguimos poniendo sobre el tapete todas las gestiones y temas profesionales de candente actualidad.

Esperamos que nuestra aportación informativa constituya una fuente de utilidad para toda la gran familia podológica, objetivo tradicional de nuestra Revista, como medio de comunicación entre la Agrupación de Podólogos de España y sus agrupados.

Desde aquí, queremos hacer un llamamiento a nuestro lectores para que sepan perdonar la demora de está publicación, que por razones administrativas había sido sancionada por los Organismos correspondientes, causa de su retraso. En fin, todo está solucionado, solamente deseamos comunicar que todas las sugerencias, aportaciones y críticas que recibamos, encontrará siempre eco en nuestra redacción, y cumplirán con la sagrada misión de corregir los errores para perfeccionar nuestra técnica en el futuro, en la difícil tarea de informar.

COMENTARIO BREVE A LA INFORMACION SIN ESPEJISMOS.

En todo medio de comunicación, concurren una serie de circunstancias que hacen, la mayoría de las veces, muy difícil y complicado el desarrollo del mismo. Desde que se tiene la idea hasta que ésta se realiza, existen un círculo de dificultades que es necesario ir venciendo con tenacidad, voluntad y un incontenible deseo de ver cumplida la misión e ilusión. Esto es lo que esperamos de nuestra información, a la que dedicamos una gran parte de nuestro esfuerzo, importantísimo acicate para continuar en esta labor informativa que realizaréis vosotros con vuestras ideas, colaboración, experiencias, manifestaciones, críticas que van a enriquecer el contenido de nuestro informativo en la Revista.

INTRODUCCION INFORMATIVA

Tengo el honor de dirigirme para ofrecerme incondicionalmente y exponer los OBJETIVOS GENERALES DE ESTA PRESIDENCIA, a corto y medio plazo: y de paso INFORMAR de la *gestión realizada* en los 120 días de la PRESIDENCIA DE LA AGRUPACION.

PRIMERO

Lograr una gestión de valores profesionales, capacitados progresivamente en la Podología, para que la sociedad de hoy, se tome la opción del futuro, con criterios firmes y seguros, desde una proyección de responsabilidad, honradez y dignidad. Consiguiendo un clima que posibilite el diálogo en los problemas y situaciones concretas, teniendo en cuenta los intereses profesionales.

Hay que madurar el proyecto que deseamos desarrollar, con exigencia personal y disponibilidad desinteresada, como corresponde a la alta misión y responsabilidad que exige la gestión en defensa de los intereses de la Podología española.

Animar y potenciar todo lo que se refiere a la vivencia y convivencia personal y colectiva. Intentando conseguir una capacidad de comprensión entre la familia podológica.

Entre las metas importantes se debe procurar, claridad y precisión en el pensamiento, fomentando un *razonamiento riguroso y lógico,* paralelo a un desarrollo de la *creatividad* y *expresión.* Aprendiendo a estimar los valores positivos que desarrolle la capacidad *creadora y cultural* de la profesión.

La vida en comunidad impone siempre alguna limitación y deberes necesarios en una buena organización para una labor eficiente.

SEGUNDO

La presidencia mantendrá contacto con los asociados a través de *reuniones, jornadas, simposium, CONGRESOS, ASAMBLEAS GENERALES y visitas personales.*

Es de gran interés que las provincias, regiones o autonomías, tomen conciencia de su cometido y desarrollen ante las exigencias *sociales, científicas y profesionales* de la podología actual y de futuro. Tomando la responsabilidad de abrir cauces de participación, con el fin que todos los podólogos se sientan comprometidos en su propio acto del progreso, prestigio y garantía en el ejercicio de la profesión.

No hay que olvidar, que la libertad exige proporcionar oportunidades para expresar los puntos de vista y participación en la gestión, dentro de las aspiraciones e inquietudes, para convertir en realidad las ilusiones de todos, canalizando la participación por medio de las correspondientes reuniones a todos los niveles.

Se cumplirá escrupulosamente con el deber de la situación de independencia, que ha sido simpre mi norma, para servir a la podología.

El propósito de independencia, cuenta con una guía segura y suficiente, teniendo en cuenta los resultados del pasado, referente a la organización profesional y el ente representativo. Ya que se aprecia visiblemente los atropellos sociales, económicos y profesionales, con el aumento descarado del INTRUSISMO y consideraciones profesionales en los estamentos donde se ejerce la podología, bien sea estatales, paraestatales o privados. Ni que decir de la intervención en la confección de las TARIFAS MINIMAS Y LICENCIA FISCAL, siendo los únicos profesionales que tienen ejercicio LIBRE que no aparece, como tal, en el Real Decreto 830/81 de 27 de Marzo, apareciendo de una forma ofensiva y descriminada la palabra PEDICURIA, provisionalmennte solucionado dentro del epígrafe que nos corresponde por gestión y derecho.

TERCERO

Todos debemos cumplir con la Ley, a fin de que juntos podamos superar los obstáculos, injusticias y hasta las naturales discrepancias como personas civilizadas, con el objetivo superior que ilumine y ennoblezca la tarea de cada día, fijando con una claridad meridiana, los valores del ordenamiento CONSTITUCIONAL y demás leves, con criterio interpretativo; la objetividad e imparcialidad en las actuaciones. Insistiendo en el honor, la superación, el progreso y prestigio.

CUARTO

El respeto de los valores de igualdad de los derechos de actuación y cooperación con la juventud.

Se necesita, se exige, con ánimo en la gran tarea de construir en hermandad e ilusión, *una podología útil y democrática,* ciertamente *variada y prural*, pero armónica y unida por todos los podólogos miembros de nuestra sociedad.

Pido a todos los podólogos españoles, presentes y ausentes, que piensen en el próximo futuro, más que en el pasado, ya que la mañana de hoy no debe estar

marcada por ninguna discordia, sino por el inmenso alborozo que permita la recuperación del tiempo perdido con inteligencia, tenacidad y trabajo. Se necesita el relevo y portar la antorcha del tiempo, por parte de nuevas personas que se han mantenido al margen, con el más estricto respeto hacia los demás, incluyendo los que han llevado el peso de la responsabilidad, dentro de las muy veteranas Juntas directivas de la *Agrupación de Podólogos de España.*

QUINTO

Es indispensable crear la necesidad social, con las raíces laborales, que aseguren el futuro del ejercicio de la Podología y estimulen a la dedicación de las nuevas generaciones. Evitando la simultaneación y chapùza de la Podología. ¡Basta de titulitis! Y de los cuatro puntos para concursar en la Seguridad Social.

En una palabra; hay que crear puestos de trabajo para los podólogos, dentro del campo podológico.

Deseamos confeccionar un censo profesional, para tratar con la ADMINISTRACION, de la posible intervención en la futura reestructuración de la Sanidad, consiguiendo la parcela que corresponde al podólogo.

Asimismo, normalizar y modernizar los sistemas.

La base de actuación, estará en la contratación, concierto y convenio, con los organismos e instituciones estatales, paraestatales o privadas.

¿Cómo lo vamos a conseguir? Con el esfuerzo, la unión y el sentido de la responsabilidad de todos los miembros de la Junta de Gobierno, delegaciones, asociados, y los no asociados que tienen las mismas obligaciones y derechos que los demás profesionales. Sin olvidar la situación de seguridad como trabajadores AUTONOMOS, dentro del ejercicio de la podología, gestionando con la Administración, los trámites de reconocimiento como tales *profesionales autónomos* y que estimamos como indicamos posteriormente, su opinión y aportación en el proyecto a realizar.

Es necesario un giro de 180º en la actuación de la Asociación Española de Podólogos, con más participación e información en la MODIFICACION Y TRANSFORMACION DE LOS ESTATUTOS Y NOMBRE, dentro del sistema de libertad, que ampara la CONSTITUCION ESPAÑOLA y fines según la legislación vigente.

- Locales donde radique el Centro de recepción y lanzamiento de la ASOCIACION PROFESIONAL DE PODOLOGOS ESPAÑOLES.
- *Asesoría Jurídica* del órgano representativo.
- Dedicación de la *Junta de Gobierno*, siendo necesario que los miembros de la Ejecutiva estén en *contacto permanente. ASEGURANDOSE EL EXITO.* En evitación de posibles fallos sobre el desarrollo del Real Decreto 2966/80 y su planificación en el AREA de Estudios, etc.

SEXTO

La modificación ha sido inevitable y necesaria, ya que con los Estatutos de la Agrupación, no teníamos ninguna representación ni acción para actuar legalmente.

Hay que pensar en el trabajo de la Junta de Gobierno, que su actuación es obligada, centralizando toda documentación y demás elementos de programa de estudios. La Junta hoy más que nunca, tiene que estar unida y su trabajo debe ser compartido por igual en el mismo puesto de trabajo. Evitando el sistema empleado, que cada miembro reside en sitios distintos, con funciones distintas y con trabajo desigual y falto de coordinación. El futuro a corto plazo se podrá realizar con la aportación espontánea y real, sin temores a perder nada.

Existen grandes peligros que puedan crear problemas, sino actuamos rápida y contundentemente.

ORGANO REPRESENTATIVO

Introducción en los FINES. La representación de los intereses profesionales. *Creación del Colegio Profesional,* como meta ideal para el progreso podológico.

Estructuración de la profesión. Estudio analítico de los *recursos y necesidades* que conducen a las bases de conocimiento de la *situación real de la profesión* y el *futuro de la reestructuración,* como carrera universitaria e independiente de la PODOLOGIA.

Acción colectiva en la gestión con la *Administración* y *diferentes organismos nacionales e internacionales.* Una vez realizada la declaración de principios dentro de la cobertura de las lagunas existentes en la representación, gestión, realización en la formación de los profesionales de la podología.

Es necesario crear un programa de reciclaje en las relaciones *órgano representativo, centros docentes y órganos de la Administración del Estado.* A través de los correspondientes *Ministerios de Educación y Ciencia, de Sanidad, etc.,* para la PLANIFICACION DE ESTUDIOS, CENTROS DOCENTES (Formación profesional) Desarrollo del REAL DECRETO 2966/80 del 12 de Diciembre, B.O.E. del 12.1.81, que es donde se encuentra el éxito de nuestra profesión. *Educación podológica y su divulgación e información, y relaciones públicas.*

Creación de los *órganos docentes* de las Escuelas Universitarias de Podología, los correspondientes *Departamentos* de *Datos e Investigación del pie, elaborando la memoria de trabajo de los grupos o grupo para su publicación.*

Es necesario poner en marcha las JORNADAS PODOLOGICAS en las diferentes provincias o regiones, donde se estudie las necesidades técnicas y científicas, para después presentar las correspondientes PONENCIAS en los CONGRESOS NACIONALES,

que creo se deben realizar cada dos años, cuando se tenga el material necesario de donde saldrán unas CONCLUSIONES FINALES para su publicación.

Se crea una *Asesoría Jurídica* y un Departamento de *Recopilación y fotocopia* para su archivo legislativo, de todo lo publicado que afecte a la PODOLOGIA. *Conseguir colección legislativa de los Boletines Oficiales del Estado,* con *interpretación jurídica para su posterior información.*

ORGANIGRAMA DE ACCION

ORGANO REPRESENTATIVO
- Planificación de estudios.
- Estructuración de la profesión.
- Centros Docentes.
- Educación podológica y su divulgación.
- Información y Relaciones Públicas.
- Atribuciones profesionales.

ORGANO REPRESENTATIVO Y CENTROS DOCENTES

Estudio de Especialidades podológicas y CONVALIDACIONES.

ESTUDIO DEL PROGRAMA

Comisiones de estudio vinculadas con la Junta de Gobierno de la Asociación Española de Podólogos.

SITUACION ACTUAL Y REAL DE LA PODOLOGIA

Infraestructura profesional
- Social
- Psicológica
- Política

Legislación
- Estudios actuales
- Estudios futuros — Descripciones de funciones y Areas.

Pauta a seguir en la política de participación - LOCAL, REGIONAL (Conserjería) y ESTADO, Organismos Oficiales y sus correspondientes Ministerios.

Relación y enlace con Organismos Oficiales.
- Relaciones con los diferentes Centros vinculantes a la Sanidad española.
- Seguridad Social.
- Ministerio de Educación y Ciencia.
- Ministerios de Sanidad y Consumo.
- Ministerio de Cultura.
- Ministerio de Defensa.

ACCION A CORTO PLAZO

Enlace permanente para consulta.
- Colegio (Ente representativo).
- Docente (Escuelas - Ministerio de Educación y Ciencia.

Relaciones Internacionales.
- O.M.S.
- O.I.T.
- UNESCO
- M.C.E.
- F.I.P.
- C.M.P. (De nueva creación).

OBJETIVOS

RELACIONES PUBLICAS.
- Comunicación con la opinión pública canalizando las mismas pará su estudio.

CREACION DEL DEPARTAMENTO
- Revista y publicaciones.
- Congresos y jornadas.

ORGANIZACION REPRESENTATIVA y sus relaciones.
- Delegaciones *provinciales o regionales.*
- Extranjero.
- Organizar mesas redondas.
- Medios de comunicación social.

JUNTA DE GOBIERNO
- Conocimiento de los objetivos.
- Conocimiento de las cualidades humanas.
- Reuniones periódicas de análisis de las actuaciones de los miembros colegiados.
- Organizar contactos con las fuerzas políticas y participación en negociaciones.
- Organizar viajes de Estudios y Congresos.
- Deontología y Etica profesional.

GRUPOS DE TRABAJO
- Estudio e investigación del pie.
- Educación podológica y su divulgación.
- Preparación de jornadas y Congresos.

VINCULACION A LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS

Esta Asociación también se dedicará a fines *asistenciales, educativos, culturales, cooperativa y cualquiera otros fines profesionales.*

FINES:

A) **Asistenciales.**–Gestionar y montar centros podológicos de ámbito nacional, regional y provincial.

B) **Educativos.**–Fomentar una eficaz *educación podológica* de *ámbito nacional, regional y provincial. Con campañas de divulgación en las Escuelas, empresas, ambientes deportivos, cuerpos armados, hogar, etc.*

C) **Culturales.**–Promover y organizar, coloquios, conferencias, simposium. congresos, etc., de ámbito nacional, regional y provincial.

D) **Cooperativa.**–Para que los Podólogos, con objetivo de procurar ventajas económicas a los asociados. Estas pueden ser de tres clases: De *consumo,* en que se persigue la supresión de los intermediarios, comprando directamente al por mayor los productos, materiales, instrumental y mobiliario podológico. *De crédito mutuo,* constituyendo una caja común, que por medio de préstamos atienda a las necesidades de sus asociados y en particular a los Podólogos que se establecen por primera vez después de haber cursado las disciplinas académicas en las Escuelas Oficiales de Podología. *De producción* en la que se tienda a suprimir el patrón o intermediario, creando medios apropiados para que los asociados capitalicen, con ayuda de su trabajo y producción por si mismo. Logrando trabajo para todos los asociados y personas que por necesidad y vinculación con los asociados, encuentren un medio de seguir perteneciendo y dependiendo de la gran familia podológica en beneficio de la misma. Desterrando totalmente la especulación, fomentando la protècción de los nuestros.

E) **Cualesquiera otros fines profesionales.**

1º–Garantizar al Estado, provincia y municipio, la asistencia podológica, con los más modernos medios técnicos y científicos en favor de los cuidados y profilaxis de los pies. Consiguiendo con ello, que la podología sea patrimonio de todos.

2º–Promocionar el intercambio internacional de la Podología y del Podólogo.

3º–Estudiar y promocionar, seguros colectivos de vida, accidentes, responsabilidad civil, profesional, etc.

Al lograr una *protección de la comunidad,* de la *sociedad y de sus asociados,* lograremos los beneficios de la presente legislación, y normas complementarias de Asociaciones y demás legislaciones vigentes. Logrando declarar a la Sociedad, constituida con la finalidad de llevar a efecto mediante mutua cooperación de todos sus fines. Declarar de *utilidad pública.* Pendiente de estudio; Derecho Civil y Mercantil.

F) Tramitar importaciones de instrumental, aparatos y material en general para el podólogo.

LA ASOCIACION PIENSA EN EL FUTURO DE SUS ASOCIADOS

Una necesidad que no espera. "Sentirse seguro es vivir"

Teniendo en cuenta que la Podología como todas las profesiones liberales están basadas en el ejercicio de la misma, y por tanto, el profesional es empresario de sí mismo, y como tal, debe atender a todos sus seguros sociales y riesgos de la vida moderna, con las consecuencias que trae consigo para los tuyos. Debe ser por tanto, previsor y estudiar el futuro más detenidamente, pensando en la vejez en el mejor de los casos. No olvidar la responsabilidad que contraemos con los nuestros cuando más nos necesitan y por destinos de la vida desaparecemos en plena juventud de forma inesperada. Piensa y no te dejes sorprender con lo inevitable. "Que la vida no es eterna", que los tuyos te necesitan más que nunca, cuando te marches o te quedes imposibilitado para tu misión.

El lema de "Misión cumplida", embellece mucho más cuando dejamos asegurado el porvenir de los nuestros.

Recuerda que los países más adelantados y con recursos económicos mayores que el nuestro desde hace muchos años, utilizan la previsión para su futuro.

No regates esfuerzos en el presente, que mañana pueden sentirse perjudicados los tuyos, consiguiendo el ingreso como AUTONOMO Y LA POSIBLE SEGURIDAD DE UNA PREVISION. Se puede solucionar el problema del ejercicio libre de la profesión.

Como creo que el tema es importante para los PODOLOGOS, lo hago extensible a todos para que ésta ENCUESTA sea positiva, previa información personal que se aporte.

En espera de vuestras alentadoras y sabias opiniones.

ESCRITO DIRIGIDO A TODOS LOS DELEGADOS, COMO CONSECUENCIA DE LA ENTREVISTA CON EL EXCMO. SR. MINISTRO DE SANIDAD. EN ESPERA DE SU CUMPLIMIENTO

Estimado amigo y compañero:

Ante la necesidad de crear un Censo Nacional, regional y provincial de podólogos, agrupados o sin agrupar, y que en varias ocasiones se ha intentado confeccionar, hasta el momento sin conseguirlo, ruego realices un esfuerzo. Hábida cuenta de los contactos realizados con las Autoridades Sanitarias correspondientes, para su estudio y aplicación en los diferentes cuerpos sanitarios.

Asímismo, es conveniente confeccionar un estudio ESTADISTICO en la provincia, lo más amplio posible, de todo tipo de casos-patológicos en el pie, así como su incidencia por edades, sexo, etc., dentro de la zona de actuación profesional.

Estos trabajos y otros de las diferentes provincias todos unidos, nos servirán para tener una visión real de la situación de la podología en España y poder en el próximo XV Congreso Nacional de Podología a celebrar en Castellón, apoyar la necesidad social para la creación de puestos de trabajo, necesarios e interesantes por sus raices laborales. Teniendo la oportunidad de aumentar el caudal de conocimiento para futuros Congresos Nacionales e Internacionales, así como su publicación en revistas especializadas de Podología.

No olvides que el equipo de colaboradores es muy importante, y el material fotográfico imprescindible para exponer los casos mas importantes y significativos y tener en detalle la evolución de cada caso.

Aunque es innecesario, me permito recordarte, que para el estudio de los niños entre 4 y 15 años, los colegios son una fuente inagotable. Para las personas de 20 años en adelante, cuarteles, clubs, clínicas, residencias sanitarias, empresas, etc. Para las personas de la tercera edad, las residencias, asilos, etc.

Deseandote mucha suerte para la realización de éste trabajo, por su importancia para el futuro de la podología. Al ser posible, enviar el material a ésta Presidencia, un mes antes de la fecha del Congreso de Castellón.

Aprovecho la oportunidad para desearte felices fiestas y un venturoso año 1982. Y sin otro particular por el momento en espera de tu siempre buena labor como profesional y delegado de Podología, se despide atentamente.

INFORME ELABORADO POR LA SECRETARIA GENERAL ACCIDENTAL SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DE LA MISMA

Al ponernos en contacto con todos nuestros asociados por mediación de éstas líneas, queremos en primer lugar dejar constancia de nuestra gratitud a todos aquellos delegados que de una manera incondicional, han colaborado con nosotros en cuantas cosas se les ha pedido, tales como: confección y remisión de censos, aclaración de datos (domicilios y número de asociados, etc. etc.) y en definitiva, de todo aquello que hemos necesitado.

Justo es decir también, que reiteradas veces hemos sido desoidos por otra serie de delegados, cuya actitud pasiva ha dificultado y dificulta en sumo grado, la marcha administrativa de ésta Secretaría. Circunstancia ésta que hará fácilmente comprensible para todos vosotros, los problemas diarios de ésta Secretaría, a la hora de revisar ficheros (confeccionar uno nuevo), revisar libros, registro de socios, actualizándolo y poniéndolo al día, y revisión general de toda la documentación correspondiente a la Agrupación.

Si a todo ello unimos el papeleo, visitas y demás gestiones que ha traído como consecuencia la puesta en marcha de nuestra nueva Asociación, resulta evidente que nuestras relaciones administrativas con los asociados se han visto dificultadas por cuanto antecede, no logrando un perfecto y deseado entendimiento con los mismos.

Por todo ello, rogamos nos disculpen de aquellas anomalías que hayan observado referente a provisión de nueva documentación, remisión de revistas, y de otro tipo de documentación por vosotros solicitada.

Cuanto antecede, aconseja a la Junta Directiva el proceder a una reestructuración del colectivo asociado y a la adjudicación de nuevos números de asociados y en lo posible, tratar de respetar la antigüedad de los mismos.

A la vista de la documentación existente en ésta Secretaría, tenemos serias dudas de que todos los asociados estén en posesión del correspondiente título que faculta para el ejercicio de la profesión, razón ésta por la que ésta Secretaría General solicita la colaboración de todos los delegados, rogando de éstos, que al solicitar nuevas altas, remitan con las fotografías y restante documentación, "fotocopia del título profesional o resguardo de haberlo solicitado".

Tan pronto como sea posible, se hará llegar a cada asociado, su nuevo carnet y número de afiliado.

Muy atentamente.

Fdo. J. Luis Velasco Barriuso
SECRETARIO GENERAL

D. JOSE LUIS VELASCO BARRIUSO, SECRETARIO ACCIDENTAL DE LA AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA.

CERTIFICO QUE:

En Madrid, siendo las 16,30 h. del día 12 de diciembre de 1981 la Junta directiva de la Agrupación de Podólogos de España y los Delegados Territoriales y Provinciales que a continuación se citan, se reunieron en Asamblea en el hotel Convención a fin de tratar los asuntos contenidos en el correspondiente orden del día conforme seguidamente se expresa.

D. Francisco J. Moran Ventura asiste en representación de las provincias Gran Canaria y Tenerife y D. Juan J. Araolaza representa a la asociación Vasco-Navarra.

Junta Directiva

Presidente Nacional.– D. E. Enrique Gonzalez Gómez.– Madrid.
Vicepresidente 1°.– D. Julio Alonso Guillamón.– Barcelona.
Vicepresidente 2°.– D. Juan José Araolaza Lahidalga.– Guipúzcoa.
Secretario General.– D. José Antonio Calvo García. Zaragoza.
Secretario adjunto.– D. Francisco J. Moran Ventura.– Las Palmas.
Tesorero.– D. Francisco Alvarez Santos. Madrid.
Contador.– D. Luis Aycart Vijuesa.– Madrid.
Vocal primero.– D. Juan Vidan Torres.– S. de Compostela.
Vocal segundo.– D. Manuel Albala Valle.– Cádiz.
Vocal tercero.– D. Francisco Farrerra Morcillo.– Barcelona.

Delegados Territoriales

D. Isaias del Moral Roberto.– Valencia.
D. Joaquin Sole Cuch.– Cataluña.

Delegados Provinciales

D. Antonio Nogal Benito.– Alava.
D. Luis Juan Navarro.– Albacete.
D. Juan José Iborra Navarro.– Alicante.
D. José Luis Alonso Alvarez.– Oviedo.
D. José Villafaina de la Cruz.– Badajoz.
D. Pedro Galardí Echegaray.– Vizcaya.
D. Luis Mata Diego.– Burgos.
D. Carlos Saguillo Núñez.– Cáceres.
D. José Luis Miralles Fabrega.– Ciudad Real.
D. Manuel Ruiz Morales.– Granada.
D. Victor Nieto Molina.– Jaén.
D. Francisco de la Cruz Agustí.– La Coruña.
D. Luis Pascua San Miguel.– León.
D. Eugenio Rojas.– Málaga.
D. Mariano Rodriguez Esteban.– Madrid.
D. Elisardo Bralo Rego.– Orense.
D. Angel Casado Solla.– Palencia.
D. Juan J. Brines.– Palma de Mallorca.
D. Javier Sarasa.– Pamplona.
D. Antonio Basas Encina.– Salamanca.
D. Francisco García Rodriguez.– Segovia.
D. Alfonso Dominguez Millan.– Valladolid.
D. Julio Vara del Molina.– Zaragoza.
y otros.

Agrupados

D. Ramón Isidoro.– Alicante.
D. Evaristo Rodriguez.– Barcelona.
D. José Luis Velasco Barriuso.– Madrid.

1°.– **Informe del desarrollo del Real Decreto 2966/80.**

El Sr. Presidente hace uso de la palabra para exponer que en los momentos actuales es preciso dar un giro de 180 grados a las actividades de la Agrupación al objeto de conseguir, con la dinámica precisa, los fines que se pretenden en orden a la integración de los estudios de Podología con plena eficacia en su desarrollo al igual que los ya establecidos para las Escuelas Universitarias en total funcionamiento, todo ello en base a lo señalado en el R. Decreto 2966/1980.

Por algunos asistentes se manifiesta que no se ha dado cuenta del estado actual de las gestiones y el Sr. Presidente responde que se ha llevado con la cautela debida y si no se ha divulgado profusamente es porque se tiene conocimiento cierto de que al saberse en determinados estamentos la situación de los trámites iniciados ha determinado concretas intervenciones para que aquellos no llegaran a buen fin. No obstante, continúa, ha de quedar constancia de que se ha presentado en el Ministerio una propuesta sobre Planes de estudio de las Escuelas Universitarias de Podología, la cual se encuentra en una comisión de Rectores Doctores en Medicina para su exámen previo antes de pasar a la Junta de Rectores. Asimismo existe otro estudio entregado en el Ministerio relativo a la crea-

ción, funcionamiento y Profesorado de dichas Escuelas que sae haya en estudio. Sin perjuicio de lo anterior, se presentó en el Ministerio de Educación y Ciencia una propuesta sobre homologación y convalidación de los actuales diplomas de Podólogos y una proposición de integrar definitivamente estos Centros en la Universidad.

Sin embargo todos estos asuntos requieren la asistencia de un Letrado para que las gestiones queden encauzadas debidamente y en tal sentido así se ha requerido el asesoramiento preciso con la debida contratación.

2°.– Informe de la transformación de la Agrupación de Podólogos de España por Asociación Profesional de Podólogos de España.

El Sr. Presidente se dirige a los asambleístas para exponerle que se traen a esta reunión los estatutos por los que habrá de regirse la futura asociación respecto a lo cual ya se pronunció la Asamblea General el día 8 de abril de 1978 en la celebrada el 2 de mayo de 1981 y en la de 11 de octubre de igual año en las Palmas de Gran Canaria con ocasión del XIV Congreso Nacional de Podología en cuyas reuniones se aprobó por unanimidad transformar la agrupación en asociación profesional así como los Estatutos de esta. Se distribuyen ejemplares entre los asistentes y algunos manifiestan que debieron repartirse con anterioridad. El Sr. Araolaza, de Guipúzcoa, se refiere a que si bien es cierto que en la sesión del 8 de abril de 1978 se aprobó lo expuesto por el Sr. Presidente, existió un defecto formal al no conocerse hasta entonces el respectivo contenido. El Asesor Jurídico, Sr. Vázquez, hace constar que según acta que tiene a la vista, tanto la transformación de la Agrupación como los estatutos de la nueva entidad se aprobaron por unanimidad en el mismo acto sin que aparezca ningún voto particular al respecto y que precisamente se atendió una sugerencia del interpelante respecto al art. 17 como consta en dicha acta. Se delibera brevemente y a continuación el Asesor Jurídico procede a la lectura y comentario de los Estatutos en cuestión, haciendo constar que son los mismos sancionados en la precitada reunión del 8 de abril de 1978, con correcciones de estilo y la necesaria acomodación a la Ley 19/1977 de 1 de abril, lo que ha determinado que igual contenido se ajuste a 44 artículos al sustituirse por apartados lo que antes aparecía como artículos independientes.

Se aprueba por todos los asistentes los estatutos tal como figura en el anejo a este acta, donde ya se recogen La Asociaciones o Agrupaciones Territoriales. No obstante, el Presidente de la Asociación Catalana condiciona la conformidad a lo que determinen los podólogos de su circunscripción.

Se aprueba proceder al depósito del Acta constitutiva y Estatutos en la Oficina Pública correspondiente, dando cumplimiento a lo establecido en la Ley 19/1977, de primero de abril, sobre regulación del Derecho de Asociación a los efectos de adquirir la personalidad jurídica y plena capacidad de obrar, previstas en la referida Ley.

Se faculta al Presidente de la Agrupación de Podólogos de España D. Enrique González Gómez, para que intervenga con legitimación suficiente, en todos cuantos trámites sean necesarios, para llevar a cabo el depósito de estatutos y gestiones para su aprobación, así como respecto a los demás actos complementarios que pudieran derivarse de dichos trámites.

3°.– Sede de la Asociación y local para las funciones específicas y archivo de documentación. Programa de Trabajo para la Junta Directiva.

Se refiere, el Sr. González Gómez, a la necesidad de trasladar el domicilio de la Agrupación a Madrid ante las gestiones que deben realizarse para la rápida aprobación de los estatutos y el seguimiento de los asuntos recogidos en el punto primero de este acta. Se propone, y así se aprueba, domiciliar la Agrupación en el Paseo de las Delicias núm. 108 de Madrid. Sede de la actual Delegación Provincial.

Seguidamente da cuenta de la dimisión presentada por el Secretario, D. José Antonio Calvo García, en razón a su estado de salud que le impide continuar en tal cargo, y destaca la importante labor desarrollada por aquel en el ejercicio de su función con notables frases de elogío. La Asamblea entiende que ante tal situación y teniendo presente que el Secretario adjunto reside en Canarias se nombre Secretario Accidental a D. José Velasco Barriuso agrupado con residencia en Madrid.

4°.– Informe de Tesorería.

El Tesorero D. Francisco Alvarez Santos, expone la situación financiera de la agrupación y se refiere al sistema en recaudación de cuotas que no se encuentra actualmente regularizado por lo que se enviarán las normas precisas para de este modo conseguir los obligados recursos, sin perjuicio de arbitrarse en las respectivas Delegacioes la forma en que a través de bancos o cajas de ahorro se liquiden en cada caso.

5°.– Estudio del programa del XV Congreso Nacional de Podología.

El Delegado de Castellón, en cuya capital se celebrará el Congreso, hace saber que el contenido del mismo tendrá como tema fundamental la Podología escolar, laboral y deportiva, y en este sentido se enviará una circular en el mes de diciembre a todos los agrupados. Su desarrollo tendrá lugar los días 24, 25 y 27 de septiembre de 1982 y en el mismo se pronunciarán dos conferencias magistrales. Se aprueba la síntesis del programa y se sugiere al Delegado el envío de

un avance del presupuesto al Tesorero de la Agrupación.

6º.– **Estudio para celebrar las Asambleas locales de información y elección de Delegados Locales y Regionales.**

En cada demarcación territorial habrán de celebrarse unas jornadas de trabajo con carácter informativo para dar cuenta de las gestiones a que se hace mención en el punto 1º, así como del contenido del proyecto de Estatutos de la futura Asociación y, de otra parte, mentalizar sobre las elecciones que en caso de aprobarse los referidos Estatutos habrán de celebrarse como en los mismos se indica.

7º.– **Ruegos y preguntas.**

Por algunos asambleístas se sugiere la conveniencia de recoger una definición del término "Podología", pero se entiende que no es preciso dada la certera expresión que aparece en el Diccionario de la Real Academia de la Lengua.

Se solicita información respecto a la clasificación de la licencia fiscal, pues no aparece con la denominación de Podólogo en la correspondiente tabla. El Asesor Jurídico expone que, de momento, habrá de satisfacerse la relativa al Ayudante Técnico Sanitario, sin perjuicio de que dada la especialidad del Podólogo y el nivel académico de sus estudios pueda instarse personalmente por quien quiera la inclusión con epígrafe propio. La Agrupación, al no tener carácter profesional, no está legitimada para solicitar oficialmente la incorporación referida.

El Sr. Vara del Molino pregunta si en el supuesto de organizarse cursillos en Zaragoza puede contar con una cantidad a cargo de la Agrupación. Queda pendiente esta cuestión hasta tanto se estudien las propuestas de cursillos que puedan plantearse para el año próximo y se determine la conveniencia de hacer una votación provincial o territorial.

Por último, se da a conocer el próximo envío del boletín de inscripción para el Congreso internacional a fin de que lo diligencien quienes deseen acudir.

Y no habiendo mas asuntos a tratar se levanta la sesión, aprobándose la presente acta por los asistentes, de todo lo cual como Secretario Accidental certifico.

EXPEDIENTE Y ESCRITO DE PETICION AL EXCMO. SR. SECRETARIO DE LA REAL ACADEMIA DE LA LENGUA ESPAÑOLA.

El podólogo es un profesional titulado que cura los pies con una definición académica altamente positiva, pero los diccionarios de hace *medio siglo,* no le incluían en sus páginas, y sólo como nomenclatura usual, la bien conocida de *callista, cirujano-callista o pedicuro.* Haciendose necesario el reconocimiento ineludible del PODOLOGO y PODOLOGIA; dada su concreta y reconocida profesionalidad y su prestigio social inherente a su trabajo, está ya bien definido en el DICCIONARIO DE LA REAL ACADEMIA DE LA LENGUA.

En escrito dirigido a V.E. con fecha 10 de abril de 1975 y posteriormente con fecha 29 de Marzo de 1976 por la Asociación de Alumnos y Exalumnos de la Escuela Oficial de Podología de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense, según art. 5º de los Estatutos de la Asociación, aprobado por la Superioridad Académica y teniendo en cuenta el Decreto del Ministerio de Educación y Ciencia 727/1962 de 29 de Marzo (B.O.E. de 13 de Abril de 1962), por el que se establece y regula la Especialidad de PODOLOGIA, a petición de la referida Asociación y alumnado en general de éste Centro, ésta Dirección consciente de la necesidad del reconocimiento por parte de la Real Academia de la Lengua del nombre de PODOLOGO y PODOLOGIA, es por lo que tiene el gusto de informar:

Actualmente imparten sus enseñanzas dos Escuelas en Madrid y Barcelona, en sus correspondientes Facultades de Medicina en ambas capitales, con dos cursos académicos completos, sin dispensa de escolaridad, siendo el primer curso SELECTIVO, sin que hasta el momento, haya sido oficialmente reconocido por la Real Academia de la Lengua Española, aunque creemos que en su día se informó favorablemente al Ministerio de Educación y Ciencia, antes de someterse a su aprobación el referido DECRETO en Consejo de Ministros y firmado por la más Alta Magistratura del Estado. Transcurrido el tiempo y en vista de no haber sido determinado nada al respecto para su publicación en el Diccionario correspondiente, creando con ello confusiones con las antiguas denominaciones de PEDICURO Y CIRUJANO CALLISTA, que pertenecen por completo al pasado de la profesión, con los problemas propios para los alumnos y profesionales de la Podología en España.

Por todo lo expuesto, ésta Dirección con el mayor respecto, solicita de V.E., se estudie y se incluya en la próxima edición del mencionado Diccionario y otras publicaciones de ése Alto Organismo de la Real Academia de la Lengua Española, y que a éste efecto pudiera corresponder las denominaciones de "PODOLOGIA" como denominación de la Especialidad, y de "PODOLOGO", para los profesionales que ejercen la misma, cuyo campo profesional (de conformidad con el Decreto de referencia), abarca *"el tratamiento de las afecciones y deformaciones de los pies",* por entender ésta Dirección, que la titulación y denominación, tiene que ir vinculada a un reconocimiento oficial de la lengua española.

En espera del recto proceder de V.E. con su alto concepto de justicia y amor a nuestra lengua, comprenda los problemas que tienen los alumnos y profesionales de la Especialidad de Podología en España.

Deseando sea concedida nuestra petición para subsanar los referidos problemas en el presente y futuro, que no dicen nada en favor de nuestro rico idioma.

Con fecha 10.4.73, 29.3.76 y 9.2.77, la Asociación de Alumnos de la Escuela Oficial de Podología de la Facultad de Medicina de Madrid, así como la Dirección del Centro Docente, han recurrido en súplica para que se incluyan las palabras de "PODOLOGIA" y "PODOLOGO" con su justa terminología en el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española.

Se argumenta tal petición en base a la legislación vigente y en el uso habitual de dichas palabras para designar a la profesión y actividad profesional de los mismos.

El auge actual demostrado y previos los correspondientes estudios e informe, la especialidad de Podología, se convierte en profesión con los planes de estudios como Carrera Universitaria, según el Real Decreto 2966/80 de 12 de Diciembre.

LOS NOMBRES DE PODOLOGO Y PODOLOGIA, RECONOCIDOS POR LA REAL ACADEMIA DE LA LENGUA

ENMIENDAS Y ADICIONES A LOS DICCIONARIOS DE LA ACADEMIA; APROBADAS POR LA CORPORACION.– (Febrero a Abril de 1977).

La enorme lucha del Podólogo en busca de una profesión definida y con entidad propia, empieza a cristalizar, además de por la Aprobación del Real Decreto 2966/1980, por la consecución tras larga lucha del reconocimiento de los nombres de *PODOLOGO Y PODOLOGIA, lucha de la que ha sido protagonista el autor; subdirector de la Escuela Oficial de Podólogos de Madrid. Como testimonio de ello, transcribimos fotocopia de las enmiendas y adiciones a los Diccionarios de la Real Academia de la Lengua.*

PODOLOGIA. (Del gr. poús, podós, pie, y logía).

F. Med. *Rama de la actividad médica que tiene por objeto el tratamiento de las afecciones y deformidades de los pies, cuando dicho tratamiento no rebasa los límites de la cirugía menor.*

PODOLOGO, *GA. m. y f. Med. El que, autorizado por la posesión del título oficial correspondiente, practica la podología".*

Exito conseguido con el reconocimiento en el vocablo por la máxima Autoridad lingüista de nuestro idioma oficial, base de toda gestión en el futuro de la PODOLOGIA ESPAÑOLA.

GESTION FISCAL

El Ministerio de Hacienda, publica el REAL DECRETO 830/1981 de 27 de Marzo, por el que se aprueba la Instrucción y nuevas tarifas de la LICENCIA FISCAL DE ACTIVIDADES PROFESIONALES Y DE ARTISTAS.

Que el Real Decreto 830/1981 de 27 de Marzo, donde con gran sorpresa para los *podólogos españoles,* no aparecen en epígrafe alguno. Y en su caso, en el epígrafe 078, existe el nombre de PEDICURO, nombre que pertenece al pasado de los *podólogos*. Y en la actualidad induce a errores graves para los pacientes y descriminados profesionales de la PODOLOGIA, como especialidad de los Ayudantes Técnicos Sanitarios, que crea y regula el DECRETO 727/62 de 27 de Marzo, y últimamente el REAL DECRETO 2966/80 de 12 de Diciembre, que determina que sus estudios se convertirán en CARRERA UNIVERSITARIA e independiente de los A.T.S., así como la terminología de la Real Academia Española, referente a la PODOLOGIA y PODOLOGO, aprobadas por la Corporación e incorporado al Diccionario de la Academia febrero-abril de 1977.

Hábida cuenta que otras profesiones en las mismas condiciones tienen su epígrafe correspondiente, como sucede con los Fisioterapeutas, Matronas y los propios Ayudantes Técnicos Sanitarios, en los epígrafes 073-072 y 071, del mencionado Real Decreto 830/81.

Ante los fenómenos que presenta para los podólogos de España, que legalmente ejercen su profesión, *no encuentren subgrupo* para darse de alta en la LICENCIA FISCAL correspondiente, creando la indignación propia de unos profesionales que piensan que involuntariamente se les niega el derecho Constitucional de igualdad, que determina el *artículo catorce.*

Por todo lo expuesto a V.E., dada la necesidad de que los podólogos cumplan con sus obligaciones fiscales:

Que sean admitidos en el *subgrupos y epígrafe correspondiente* a los Fisioterapeutas, Matronas, anulando el nombre de PEDICURO, por no existir profesionales titulados. Ya que la antigüa legislación concedía a los Practicantes en Medicina y Cirugía y A.T.S. la nomenclatura de PEDICURO o CIRUJANO CALLISTA, que según Decretos 727/62 y 864/70 de 12 de Marzo y ORDEN MINISTERIAL de 24 de Febrero de 1973, que fijaban los plazos pasa solicitar el Diploma de Podólogo, como derecho adquirido de los profesionales que ejercían la Pedicuría o Cirujano Callista. Momento de la promulgación del referido Decreto 727/62, otorgándose los correspondientes DIPLOMAS DE PODOLOGOS.

INFORME FISCAL.–

Tento el gusto de comunicar, que se está estudiando jurídicamente el asunto, al parecer no tiene complicaciones legales, por estimar que cada actividad profesional va a tener su propia *licencia fiscal,* como se especificia en a respuesta a la consulta formulada, admitiendo el nombre de PODOLOGO que es lo fundamental. En la actualidad se puede dar de alta cada interesado como PODOLOGO O AYUDANTE TECNICO SANITARIO, hasta que se realicen las correspondientes correcciones. En el caso de ejercer las dos modalidades de trabajo, es conveniente que al realizar la solicitud se haga como Ayudante Técnico Sanitario o Podólogo, por cubrir la totalidad de la *Licencia Fiscal PROFESIONAL.* Ante la petición realizada al Excmo. Sr. Ministro de Hacienda el día 15 de Enero pasado y dada la gravedad del *asunto fiscal* en la que los podólogos de España ejercen legalmente su profesión, no puedan darse de alta en la referida LICENCIA FISCAL, al no encontrar el subgrupo y epígrafe correspondiente a su profesión y en evitación de responsabilidades que puedan surgir al efecto, nos dirigimos al Ilmo. Sr. Director General de Tributos con fecha 13 de Febrero, para que tome en consideración nuestra situación fiscal, en evitación de sanciones. Solicitando las órdenes oportunas para que los podólogos españoles, cumplan con sus obligaciones fiscales y se encuentren en situación legal dentro de su ejercicio profesional.

La Asociación de Ortopédicos Españoles, en su circular 4/81 de 25 de Noviembre de 1981, Asunto Fiscal, que dice: "Ruego tomen nota de la ampliación del Epígrafe Fiscal que a continuación te indico, cuya publicación en el B.O.E. núm. 274 del 16 de Noviembre, página 26, 783, nos llegó recientemente.

Dicho epígrafe es el 452,03, y dice: "Fabricación de calzado ortopédico". Ampliación de dicho Epígrafe. NOTA: *"Fabricación, venta y ajuste de ortesis y prótesis, pudiendo aplicar al paciente las mismas".* Sin comentarios.

Epígrafe 073 TECNICOS ORTOPEDICOS entre otros.

ORTOPEDIAS.–

Dos motivos alegan los ortopédicos para defender su postura; una es la antigüedad en la interpretación de las prescripciones médicas sobre Ortopédia y otras es el Decreto 389 de 1966 (B.O.E, 21 de Febrero). Tal Decreto en su artículo primero dice: "Es Técnico Ortopédico quien al frente de un establecimiento de Ortopedia o como colaborador del mismo, desarrolla una actividad profesional dirigida a interpretar y realizar las prescripciones del médico, en el campo de la ortopedia proyectando y dirigiendo la construcción de aparatos ortopédicos y prótesis por los operarios que la lleven a cabo y auxiliando al paciente para la mejor utilización de aquellos".

Con esto queda demostrado que el técnico ortopédico es un industrial que confecciona prótesis o que tiene una tienda y comercia con aparatos ortopédicos estandarizados.

En ningún caso puede realizar una exploración o diagnosticar a un paciente, pues no tiene titulación que lo faculte.

Prueba de ello, es que están encuadrados en el "Gremio de Confección y venta de material ortopédico, sanitario o similares".

EXTRACTO DEL BALANCE DEL EJERCICIO ECONOMICO 1.981

(Cerrado al 31 de Diciembre)

INGRESOS		
REMANENTE 1981		1.514.156
CUOTAS DE AGRUPADOS		2.500.356
PUBLICIDAD EN LA REVISTA		198.820
SUPERAVIT CONGRESO CANARIAS		45.192,50
		4.258.524,50
GASTOS		
GASTOS FINANCIEROS		13.694
GASTOS VIAJES		399.219
GASTOS ALOJ. Y COMIDAS		36.258
GASTOS REVISTA		456.994
GASTOS ADMINISTRACION Y MAT. OFICINA		335.967
GASTOS TELEFONO		61.582
GASTOS SERVICIO ASESORAMIENTO		30.000
GASTOS ARRENDAMIENTO		37.500
GASTOS GTO. REPRESENTACION		412.949
GASTOS VARIOS		86.168
GASTOS SECRETARIA (ZARAGOZA)		167.434
GASTOS REUNIONES		542.599
		2.580.364
TOTAL INGRESOS	4.258.524,50	
TOTAL GASTOS	2.580.364	
SUPERAVIT CORRESPONDIENTE AL EJERCICIO ECONOMICO DE 1981		1.678.160,50

PRESIDENTE:



TESORERO NACIONAL:



ESTUDIO ANTROPOLOGICO DEL PIE HUMANO

Cuando se notificó el presente concurso patrocinado por la casa de productos podológicos "LUGA", pensé presentar un estudio relacionado con el pie que siempre me ha interesado: LOS ORIGENES DEL PIE y sus consecuencias en el ser humano.

No ha sido tarea facil el poder confeccionar el presente trabajo, que no pretende DESCUBRIR nada nuevo, pero sí aportar una serie de datos que yo considero interesantes e importantes para todos los compañeros PODOLOGOS con afán investigador.

No obstante, quiero advertir que, para poder comprender en cierta medida el contenido de este trabajo, he tenido que recurrir mayormente a textos y fuentes de contenido evolucionista, ya que sería absurdo pretender estudiar el origen del pie como ente propio, cuando éste vá ligado a una evolución animal propia de todo el conjunto en sí: EL HOMBRE.

He querido aclarar este punto, para que en el desarrollo del presente trabajo, no se piense que me aparto del tema principal: EL PIE, sino que necesariamente tengo que exponer temas que aunque aparentemente no presenten relación alguna, van intimamente ligados a él.

Espero que esta recopilación de datos y esquemas enriquezca los conocimientos que sobre el pie humano tanto interesan a nuestra profesión: PODOLOGIA.

DE LA BACTERIA AL HOMBRE

La hipótesis actual más aceptada de la creación de nuestro planeta, es la de que probablemente fue un conglomerado gaseoso que luego se condensó y solidificó, lo que formó lo que hoy es: LA TIERRA.

Se cree que la síntesis del H. y el O. produciría H_2O, donde se acumularían materias orgánicas (conociendose esto como "CALDO PRIMITIVO") y DE DONDE NACERIA LA PRIMERA CELULA.

Es ahí, y solo ahí donde realmente comienza la gran aventura de la EVOLUCION ANIMAL hasta su culminación en el HOMBRE.

Como nació la primera célula, es motivo de diferentes hipótesis y controversias, y no es mi intención exponerlas aquí, por lo que pasaré por alto dicha cuestión.

La antigüedad de la Tierrra, se cifra en 5.000 ó 6.000 millones de años, los cuales están divididos geologicamente en cinco etapas de duración variables y decreciente, cada una de las cuales corresponde a una fase precisa de la evolución del globo.

Un primer periodo muy largo llamado PRECAMBRICO, seguido de ERAS cada vez más cortas desde la era Primaria a la Cuaternaria: la nuestra.

Cada era comprende a su vez unos "SUB-PERIODOS" que reciben nombres referentes a acontecimientos geológicos a escala reducida.

Así (por ejemplo), hacia mediados de la ERA Primaria se sitúa el "CARBONIFERO", llamado así en razón de las extensas capas de carbón que se formaron, entonces desde lo que hoy es Inglaterra hasta la Rusia actual, pasando por las cuencas carboníferas de Francia, Bélgica, Alemania y EUROPA CENTRAL.

Estas etapas geológicas fueron determinantes para la evolución de la fauna y de la flora.

Los principales capítulos de la HISTORIA DE LA TIERRA –las eras, periodos y épocas– estuvieron protagonizados durante decenas e incluso centenares de millones de años por grupos característicos de animales y plantas.

En un momento dado, después de eras de evolución ordenada y exito biológico, muchos de los grupos se extinguieron bruscamente.

La causa de estas extinciones masivas es todavía muy dudosa y constituye uno de los problemas fundamentales de la historia de la evolución.

A los episodios culminantes de desaparición y sustitución de biotas sucesivas en el registro de estratos fósiles, se les dió el nombre de revoluciones, termino introducido por Georges Cuvier, el gran naturalista francés de finales del siglo XVIII y principios del XIX.

Al observar que estos episodios generalmente correspondían a discontinuidades, esto es, huecos en los estratos debidos a la erosión, Cuvier los atribuyó a repentinas y violentas catástrofes.

A grandes rasgos, voy a intentar exponer las fases capitales del futuro de las especies: Paso de los seres monocelulares a los pluricelulares, aparición de los vertebrados, de los mamíferos, (entre éstos los primates) y finalmente el hombre.

La vida no ha dejado de transformarse en el transcurso del tiempo, y es de suponer que este movimiento se ha desarrollado en el sentido de un perfeccionamiento, de un progreso cuyo resultado actual es el ser humano.

UNA LENTA APARICION

Hace dos mil millones y medio de años, los primeros organismos que existieron sobre la TIERRA, fueron PROTOZOARIOS, tales como las bacterias y las microscópicas algas azules, muchas de cuyas especies viven todavía en nuestros días. Se trataba pues de vegetales.

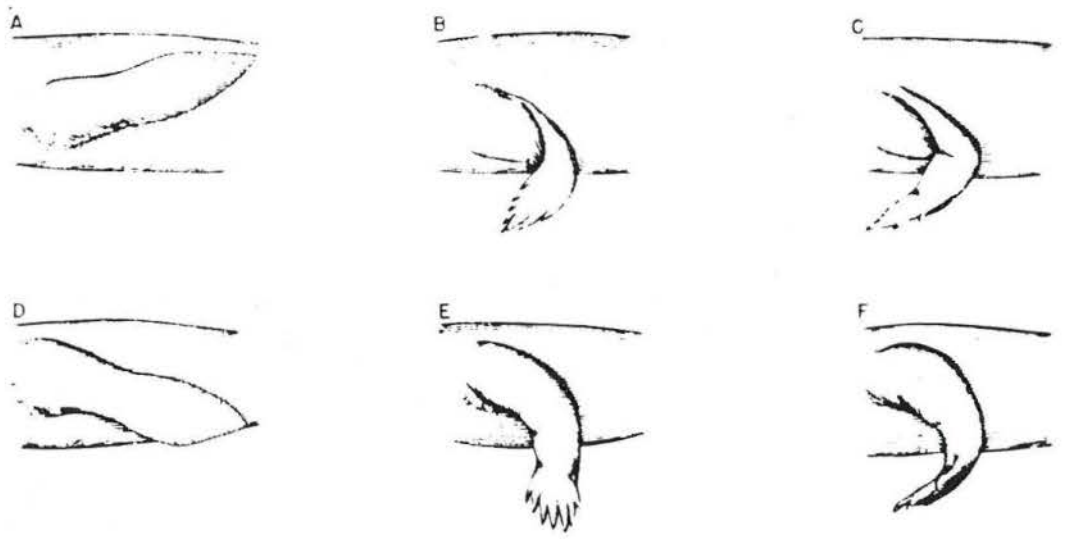
Hay que esperar otros mil millones de años, esto es en la aurora del PRECAMBRICO TERMINAL ó LIPALIENSE, en donde la vida empieza a configurarse, siempre al abrigo del agua, porque todavía no hay O. protector en la atmósfera, donde aparecen los primeros organismos pluricelulares: son los espongiarios, celentéreos como la medusa, hongos acuáticos, gusanos, etc., todo un conjunto de formas que podrían denominarse "viscosos" y "larvarias".

La ERA PRIMARIA que comenzó hace 600 millones de años, señaló un paso decisivo: la aparición de un vertebrado.

La fecha de nacimiento se sitúa en el Ordoviciense hace 500 millones de años. Se trata evidentemente de un pez de la familia de los ciclóstomos, algunas de cuyas especies diferentes de su antepasado viven todavía.

A finales del SILURICO, casi a comienzos del DEVONICO (400 millones de años), señala un hecho capital en la historia del planeta; Motivo: Se terminó la oxigenación de la atmósfera y con ella la desaparición del último obstáculo que se oponía al desarrollo de la vida al aire libre. En efecto, algunos peces, los dipneustos se ven dotados de pulmones que les permite vivir a la vez dentro y fuera del medio acuatico. Otras especies, los "crosopterigios", presentan la notable particularidad de estar provistos de diminutas patas. Aparece aquí el primer signo de locomoción, aunque esta especie, no es de ninguna rama que se acerque al hombre.

La adaptación a la locomoción durante la transición de pez y anfibio, viene dada por el cambio de posición de los miembros pareados:



Esquemas que muestran el cambio de posición en los miembros pareados durante la transición de pez y anfibio. De *A* a *C*, miembro torácico; de *D* a *F*, miembro pélvico: *A, D,* posición en el pez; *B, E,* fase transitoria; *C, F,* posición en el anfibio (véase el texto).

Es el CELACANTO, el cual forma parte de esa familia singular, una de cuyas ramas nos dará origen a los primeros anfibios (ó batracios), mientras que otra nos conducirá a los reptíles.

Corresponderá al CARBONIFERO y a toda la parte final de la ERA PRIMARIA, multiplicar las familias de reptíles.

Y nos encontramos ya en la Aurora de la Secundaria, donde el clima es ahora cálido y seco, pero todavía no ha nacido el primer mamífero.

La ERA SECUNDARIA que no abarca más que 160 millones de años, es considerada como la ERA de los monstruos, y es la que más se asemeja a la imagen clásica de los tiempos pasados. Aunque algunos filmes, generalmente producidos por Hollywood nos han presentado al HOMBRE DE LAS CAVERNAS luchando con algunos de esos monstruos, nada más falso, ya que más de 70 millones de años separan a los reptíles gigantes de la aparición de los primeros hombres.

En el periodo JURASICO, que se sitúa en medio de la Era Secundaria, encontramos el primer MAMIFERO auténtico. Se trata del MONGANUCODON ya desaparecido. No mayor que un ratón, este animal presenta numerosas características reptilíneas. ¿Puede pensarse de ahí que somos nosotros descendientes lejanos de los reptíles?.– No hay nada que autorice a afirmarlo, ya que el Morganucodon puede muy bien proceder de una rama cuyo rastro se ha perdido y que derivaría de unos abuelos, a partir de los cuales habrían evolucionado por separado los reptiles y los mamíferos.

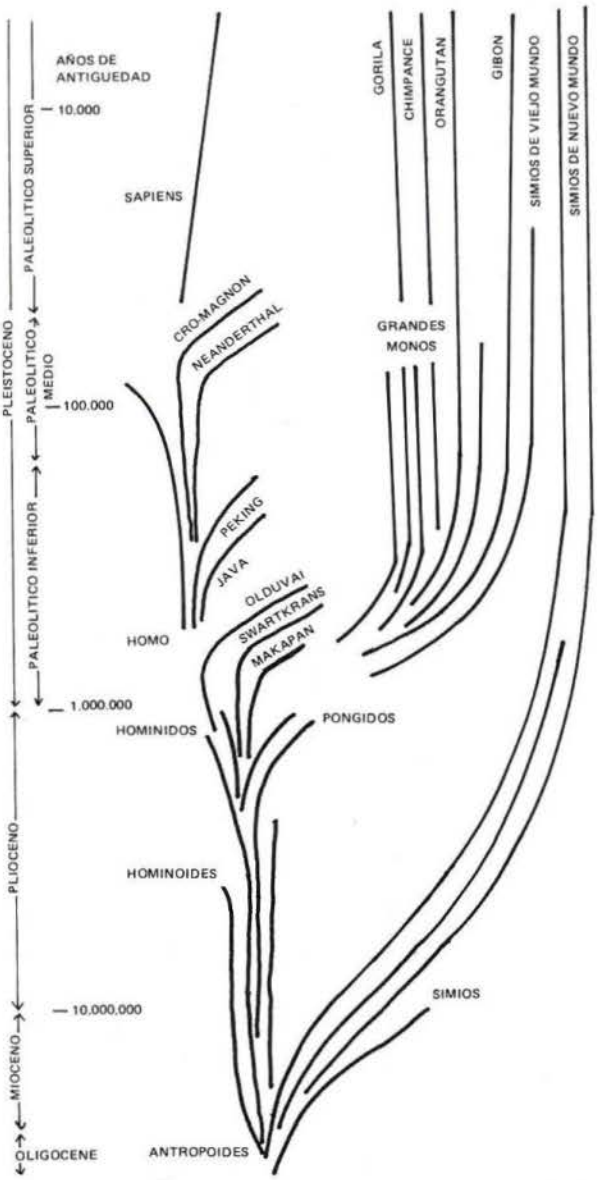
Y llegamos a la ERA TERCIARIA, que como sabemos se divide en dos grandes periodos: el Paleoceno y el Neoceno.

El Paleoceno verá el nacimiento de la mayoría de los grandes ordenes de mamíferos, desde los roedores hasta los cetáceos del tipo de la ballena.

A excepción de animales como el erizo o la liebre, que han adquirido ya su morfología definitiva, la mayoría de las especies presentan características muy primitivas.

Estamos asistiendo a una fase crucial de la evolución: la aparición de todas las grandes familias, que ya no dejarán de proliferar y de evolucionar, mientras que los peces y reptíles ya no experimentarán cambios notables. Y sobre todo desde comienzos del Paleoceno, asistimos al nacimiento de un orden de mamíferos que nos afecta directamente: *LOS·PRIMATES.* No son todavía simios, es decir monos, sino solo lemuridos arcaicos, algunas de cuyas especies viven todavía, especialmente en Madagascar, en donde parecen haber sido preservadas en razón de la insularidad.

El primerisimo representante de los PRIMATES, el TARSIANO, ha llegado hasta nosotros al abrigo de las grandes selvas que cubren algunas de las islas de la SONDA, (Java, Bali, etc.).

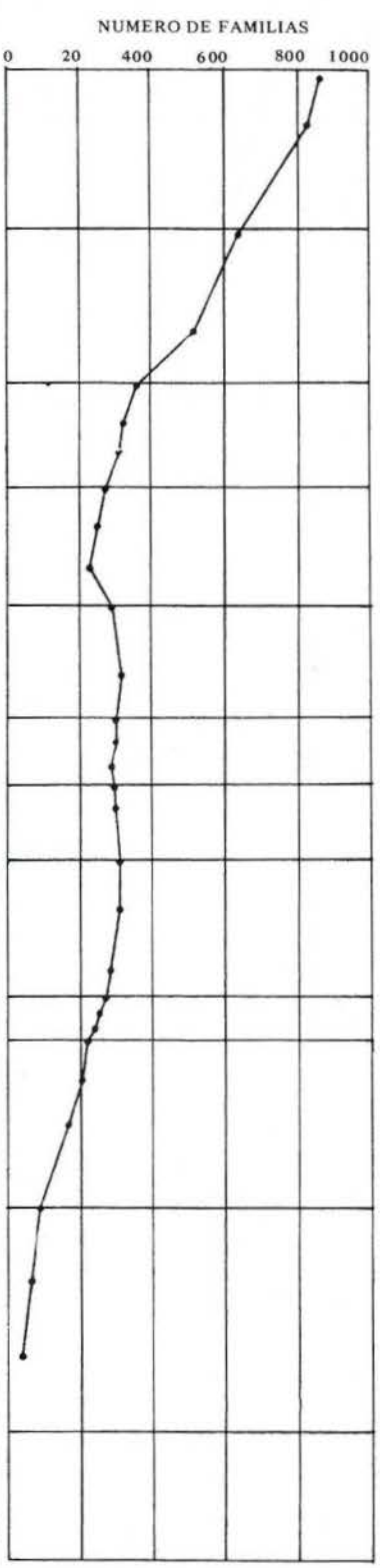


LINEAS DE DESCENDENCIA que conducen hasta el hombre y sus parientes vivos más próximos. La superfamilia de los hominoides se separó de la línea de los antropóides en el Mioceno, hace unos 20 millones de años. De la línea de los hominoides provienen los homínidos que manejaban utensilios al principio del Pleistoceno. El género *Homo* apareció durante el primer interglacial: la especie *Homo sapiens* hizo su aparición hace unos 50.000 años.

Este animal presenta algunos caracteres especializados, tales como el alargamiento de la región del tobillo, que es una adaptación para saltar. De ahí su nombre de TARSIANO. Observamos como lentamente se vá conformando lo que al final será nuestro medio de locomoción: el pie.

La orden de PRIMATES, dieron varios subordenes ó cepas de las cuales la que más nos afecta es la SUBORDENCATARRHINI, de la cual es la familia de los SIMIOS, que son los monos ANTROPOIDES y la familia de los HOMINIDOS. Cito expresamente estas

ERA	SISTEMA Y PERIODO	SERIE Y EPOCA	CARACTERISTICAS PARTICULARES	AÑOS ANTES DEL MOMENTO ACTUAL
CENOZOICO	CUATERNARIO	RECIENTE	Hombre moderno	11 MIL
		PLEISTOCENO		5 Y 3 MILLONES
	TERCIARIO	PLIOCENO	Grandes carnívoros	13 ± 1 MILLONES
		MIOCENO		25 ± 1 MILLONES
		OLIGOCENO	Grandes mamíferos corredores	36 ± 2 MILLONES
		FOCENO	Muchos tipos moder. mamíf.	58 ± 2 MILLONES
		PALFOCENO	Primeros mamíferos placentarios	63 ± 2 MILLONES
MESOZOICO	CRETACICO		Primeras plantas con flores: apogeo de los dinosaurios y los ammonites seguido por su extinción.	135 ± 5 MILLONES
	JURASICO		Primeros mamíferos y aves; abundantes dinosaurios y ammonites.	180 ± 5 MILLONES
	TRIASICO		Primeros dinosaurios. Abundantes cicadineas y coniferas.	230 ± 10 MILLONES
PALEOZOICO	PERMICO		Extinción de muchas clases de animales marinos incluidos los trilobites. Glaciación a bajas latitudes.	280 ± 10 MILLONES
	CARBONIFERO	PENSYLVENIANO	Grandes bosques carboniferos, coniferas. Primeros reptiles.	310 ± 10 MILLONES
		MISSISSIPPIANO	Abundantes tiburones y anfibios Grandes y numerosos árboles escamosos y helechosos con semillas.	345 ± 10 MILLONES
	DEVONICO		Primeros anfibios y ammonites. Abundantes peces.	405 ± 10 MILLONES
	SILURICO		Primeras plantas y animales terrestres.	425 ± 10 MILLONES
	ORDOVICIENSE		Primeros peces; dominio de los invertebrados.	500 ± 10 MILLONES
	CAMBRICO		Primer registro abundante de vida marina. Dominio de los trilobites seguido por la extinción de unos dos tercios de las familias.	600 ± 10 MILLONES
	PRECAMBRICO		Fósiles muy escasos, consistentes en plantas acuáticas primitivas. Evidencias de glaciación. Las algas más antiguas que se conocen, con una edad de más de 2600 millones de años.	



LAS ERAS GEOLOGICAS se pueden fechar mediante la comparación de las cantidades de elementos radiactivos que quedan en las muestras de rocas obtenidas en diferentes niveles estratigráficos. La curva expansiva de la derecha indica el aumento de familias importantes de animales fósiles a lo largo del tiempo geológico. El fuerte declive después del Pérmico refleja la más dramática de varias extinciones masivas.

dos familias, ya que anatomicamente es el punto de partida del pie humano.

En cierto momento de la evolución, la super-familia de los HOMINOIDES se separó de la línea de los ANTROPIDES. Esto ocurría en el MIOCENO, hace 20 millones de años.

De la línea de los HOMINOIDES, provienen los HOMINIDOS, que a su vez se separaron de los PONGIDOS, creando las líneas de descendencia que conducirán hacia el HOMO SAPIENS.

Solo se conoce a los HOMINIDOS primitivos a través de varios cráneos y un gran número de dientes y quijadas; del resto del esqueleto solo se han conservado fragmentos.

Existieron dos tipos de homínidos, uno anterior, más pequeño, que podía pesar de 22 a 27 kg. y uno posterior y más grande que pesaba por lo menos el doble. Los fósiles hallados de estos homínidos demuestran que hasta el más grande y reciente de ellos, solo podía matar animales más pequeños que él y debía ser fundamentalmente vegetariano (arborícola).

DESARROLLO DE LA ESTRUCTURA GENERAL Y EVOLUCION DEL PIE. (FAMILIA – HOMINIDOS)

Se cree que el GRADO DE ESPECIALIZACION DE NUESTRO PIE, es muy viejo, y que apareció junto con la postura bípeda mucho antes de la aparición del hombre, sujeta no obstante a determinados condicionamientos.

El pie humano ha evolucionado muy poco en relación al resto de nuestro organismo, y su evolución, aunque lenta continúa todavía.

Bipedos terrestres. Los HOMINIDOS mantenían una actitud vertical perfecta.

Los miembros inferiores, netamente más largos que los superiores, soportan todo el peso del cuerpo, estando a su vez adaptados a la sustentación, mientras que los superiores son prensiles.

La posición erecta condicionó el pie a una forma y estructura de gran especialización.

EL PIE

Ha perdido todo papel prensil, ó solo tiene una función insignificante.

Presenta tres signos fundamentales:

1°) El acortamiento del primer dedo con respecto a los demás con desaparición del movimiento de oposición.

2°) La reducción de los cuatro dedos laterales.

3°) El desarrollo de una doble boveda plantar.

La boveda transversal ya existía en los simios, pero la boveda longitudinal solo se encuentra en el hombre señal de una evolución particular en él. En relación con ellos, el talón presenta una fuerte inclinación hacia atrás. El esqueleto del pie está estrechamente adaptado a su papel de sustentación.

Una disposición fundamental es el "alargamiento del TARSO", que alcanza casi la mitad de la longitud del pie (54 por ciento). El esqueleto de los dedos (del segundo al quinto), sufre un acortamiento considerable, sobre todo las tres falanges, que pueden tener formas atípicas; del 30 al 80 por ciento de los casos, siguiendo los grupos, la tercera falange del quinto dedo desaparece por soldadura con la segunda. El esqueleto del dedo gordo del pie solo guarda su volumen relativo, pero la unión de este dedo a los otros, determina varios cambios estructurales: El cuello del ASTRAGALO, cuya dirección es función de la separación del dedo gordo, no hace más con el eje del pie, que un ángulo de 17 a 24 grados contra 30-40 grados del de los simios.

La articulación que une el primer metatarsiano a la primera cuña, se hace frecuentemente por dos superficies planas (ARTRODIA), en lugar de superficies en silla. No es en esta articulación donde se suceden los movimientos de aducción-abducción del dedo gordo, pero sí entre el metatarsiano y la primera falange.

El dedo gordo es mucho más voluminoso que los otros, dirigiendose hacia delante.

En el hombre empieza en la primera falange, mientras que en los simios comienza su parte libre en el primer metatarsiano. No existe un movimiento de oposición neto, y aunque pueda hablarse un movimiento de aducción-abducción para coger objetos, el dedo gordo no sale del mismo plano que los otros cuatro.

Actualmente existen personas que por haber perdido accidentalmente sus extremidades superiores, efectúan trabajos con los pies, tales como dibujar, etc. lo cual nos demuestra que ciertos músculos adquieren una especialización elevada para un trabajo concreto, que en otros grupos (simios), está ya desarrollada, y que en muchos miembros de nuestra especie está infimamente desarrollada, pero no anulada.

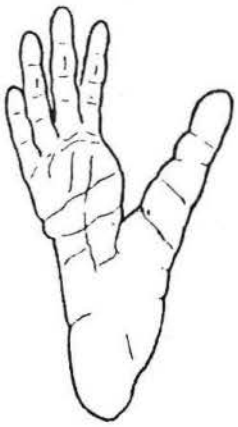
La reducción de los dedos segundo al quinto, es muy marcada. El orden de largo decreciente es: 1-2-3-4-5. Son los dedos laterales los que se reducen y no el gordo el que se alarga.

Correlativamente a su reducción, los dedos cuarto y quinto laterales, se repliegan sobre sí mismos, y solo tocan el suelo por la tercera falange.

Esta disposición NO es debida, como una gran mayoría de colegas suponen, a llevar calzado, sino que es parte integrante de la especialización de nuestro pie, ya que existen pueblos primitivos que caminan con



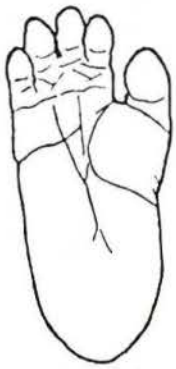
Macaco



Gibán



Chimpancé

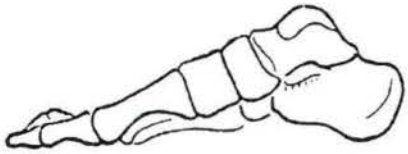


Gorila de las montañas

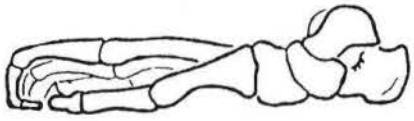


Hombre

Pies de monos y del hombre vistos por su cara plantar (los cuatro primeros según SCHULTZ; el último según G. OLIVIER). El tarso representa un 40 por ciento de la longitud total del órgano en el pie de los monos y el 54 por ciento en el del hombre.



Hombre



Chimpancé

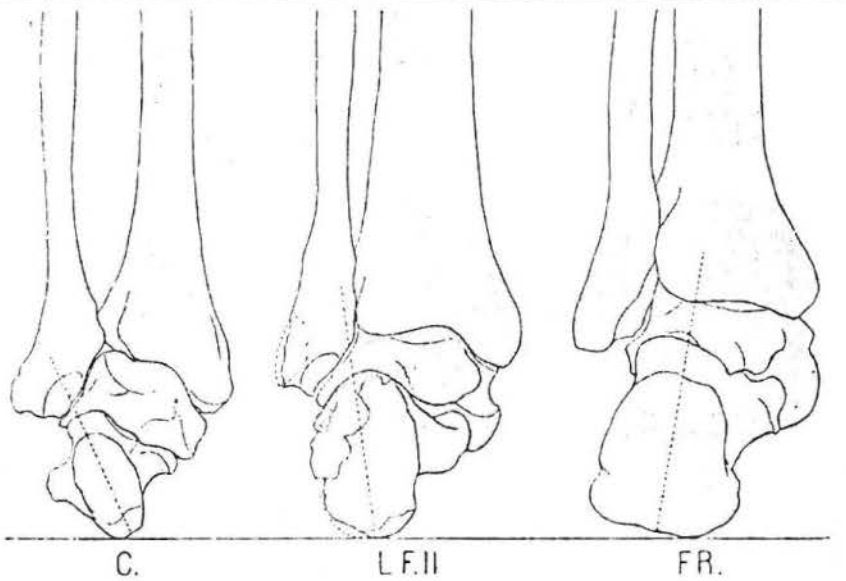
Pies derechos del hombre y del chimpancé en vista lateral interna para mostrar la bóveda plantar del primero. Obsérvese que en el segundo, el dedo gordo es más corto que los otros dedos (adaptación a la trepa) (según ELFTAMM y MAUTER).

los pies desnudos, encontrandose en ellos la misma disposición.

La bóveda plantar está incurvada en dos direcciones: de adelante hacia atrás (longitudinal), y de dentro hacia afuera (transversal).

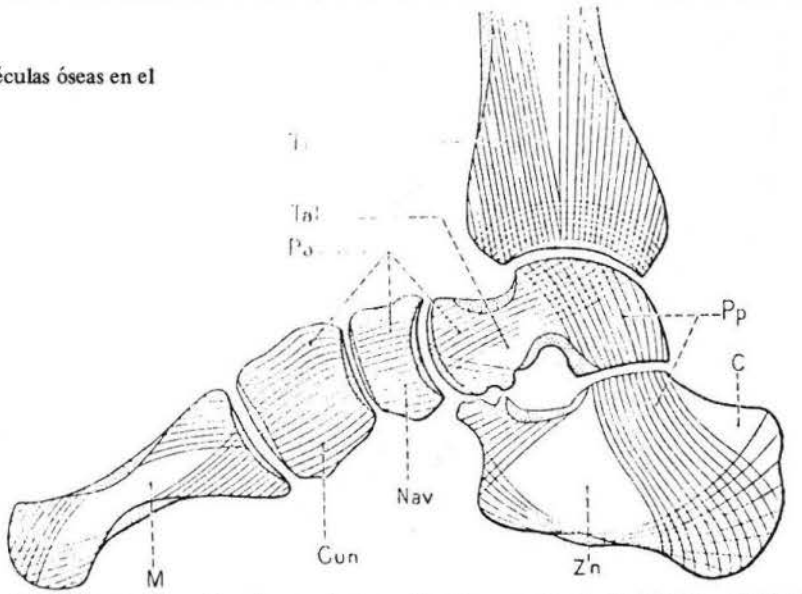
El pie reposa sobre el talón y la cabeza del primer y quinto metatarsiano.

Atado a los cuatro metatarsianos por un ligamento intermetatarsiano profundo, el primer metatarsiano del hombre ha perdido toda independencia del movimiento. Como en los Primates superiores, el eje longitudinal del pie para entre el primer y segundo dedos, y hay torsión transversal de la boveda metatarsiana con descenso del primer metatarsiano. Pero la formación de la boveda longitudinal, arrastra diversas modificaciones. El calcáneo es hipertrófico, sobre todo al nivel de la gran tuberosidad que se alarga en un verdadero talón, al mismo tiempo que su eje toma una dirección vertical. Es sobre él, muchas más veces que sobre el tarso anterior, que lleva en la bipedestación el



Vista Posterior de la parte inferior del pie derecho de:
CHIMPACE MUJER Neandertal HOMBRE

Dirección de las trabéculas óseas en el pie humano.



Pa: Pilar anterior,– Pp: Pilar posterior,– Zn: Zona neutra sin trabéculas,– C: Calcáneo,– Cun: Primer cuneiforme,– M: Primer metatarsiano,– Nav: Escafoides,– Tal: Astrágalo,– Ti: Tibia.

peso del cuerpo. El "sustentaculum tali" disminuye de volumen y se eleva, dando a la articulación tibiotarsiana una orientación netamente transversal. La pierna toma así uan dirección vertical, y no más oblicua en alto y afuera. Los metatarsianos y las falangres se vuelven rectilíneos. La orientación de los tramos en el interior del hueso, se reintegra con la mecánica nueva de la bóveda. Los tramos que corresponden a la dirección de las líneas de fuerza desarrolladas por el peso del cuerpo, forman una larga arcada (bóveda) antero-posterior, donde el pilar posterior se encaja al talón, y el anterior se expande en las cabezas de los cinco metarsianos; el vértice de la bóveda corresponde al cuello del astrágalo. Otros tramos están relacionados con presiones secundarias.

Se ha discutido mucho para saber si el pie humano guardará los trazos de una *antigua adaptación arborícola.* Ciertos hechos como el *alargamiento del tarso*, y el tipo en ARTRODIA de la primera articulación cuneo-metatarsiana, tipo que se dá ya de manifiesto en un feto de cinco meses (LEBONCQ), parecerían indicar que la *especialización* de *nuestro pie* es *muy vieja.* SCHULTZ ha enseñado que esta primera articulación presenta en ciertos casos, una forma en silla, y otras características marcan un parecido incontestable con el tipo general de los Catarinianos (arborícolas): la torsión transversal de la bóveda con descenso del primer metatarsiano, en particular, sería en relación con una (o)-) posición primitiva del dedo gordo del pie.

El estudio del pie de los recién nacidos habla en el mismo sentido. En ellos, en efecto, la bóveda longitudinal está muy poco marcada y no se desarrolla bien hasta después del nacimiento, el pie está curvado hacia dentro como en los monos; el ángulo de separación de la cabeza del astrágalo, es mucho más elevada que en el adulto. Se ha visto por otro lado, que el eje del pie, en el feto, pasa por el segundo o incluso tercer dedo. Todos estos hechos y otros varios, dependen a favor de una adaptación arborícola primitiva.

MUSCULATURA

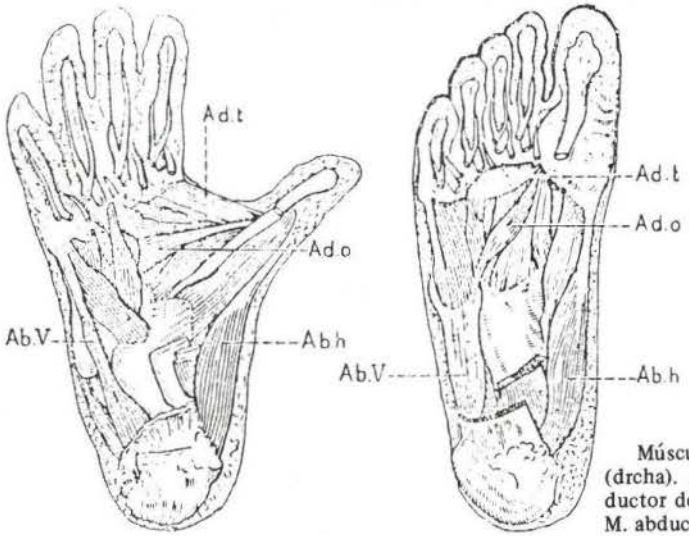
Dos grupos de disposiciones indican parte de la musculatura en el Hombre.

El músculo extensor del *quinto dedo desaparece.* En cambio otro se desarrolla: es el *peroneo* anterior, en el 75-100 por ciento de los casos según las razas.

Los músculos interoseos del pie, se dirigen hasta el segundo metatarsiano y no más allá del tercer metatarsiano. Existen otras modificaciones. El gran recto del abdomen se alarga y alcanza la quinta costilla.

Delante de él y en la región subpubiana, el pequeño músculo piramidal está presente ahora en el 82 por ciento de los casos. El dorso epitroclear, normal en los ANTROPOMORFOS, casi nunca existe en el hombre. El pequeño palmar es inconstante, sobre todo en los blancos, que falta del 15 por ciento al 20 por ciento de los casos.

Todos estos cambios han sido interpretados de varias maneras. Algunos autores han declarado que nuestra musculatura presentaba cierto parecido con los primates, de caracteres primitivos: Muchos de los dispositivos más ancestrales desaparecidos en los primates, se han conservado en el hombre. El examen de los hechos lo confirma. La musculatura humana ofrece un gran número de puntos comunes con la de los Antropomorfos, muchas estructuras que parecen específicas del hombre ya se han indicado en los monos; así el desarrollo del músculo piramidal de abdomen y del peroneo anterior, la aparición del dorso epitroclear y del pequeño psoas etc., se observa en los antropomorfos. En algunos casos el palmar peque-



Músculos de la fascia plantar de: Gorila (izqda). Hombre (drcha). Ab.h: M. abductor del dedo gordo,– Ab.v: M. abductor del quinto dedo,– Ad.o: M. abductor oblicuo,– Ad.t: M. abductor transverso del dedo gordo.

ño por ejemplo. La evolución se encuentra más en ellos. La existencia en los antropomorfos y los homínidos de un mismo tipo de base, no es dudoso. Una prueba particularmente demostrativa, está cubierta por la musculatura propia del pie.

En los cinomorfos, los músculos interoseos están orientados hacia el tercer dedo; en el hombre están orientados hacia el segundo. En los antropomorfos, la disposición típica es la de los cinomorfos, pero en el caso del hombre, se observa ocasionalmente en el gibón y el chimpancé, y ambos se acercan al gorila.

Por otro lado, en todos los simios el músculo abductor del halux, que forma una larga masa que se extiende hasta el borde externo del pie. En el hombre ya que el movimiento de abducción del halux está extraordinariamente reducido, el músculo está todavía más desarrollado y su fascia transversal nace también como en los simios. Lejos de existir un tipo primitivo, la musculatura del pie humano lleva así tal como se ha dicho la marca de una evolución de la que depende un pie trepador no muy diferente de los antropomorfos actuales.

Vemos pues así, que nuestro pie conformó una estructura y especialización hacia la marcha y bipedestación abandonando ciertos caracteres adaptativos arborícolas.

Pero nuestro pie actual, no es un simple capricho de la evolución, sino que adquirió sus características especiales por algunos motivos fundamentales que cabría preguntarse, como por ejemplo, ¿Porqué se levantaron sobre las piernas traseras?.

Enseguida surge la conclusión de que fue porque bajaron de los arboles, planteandose la incógnita de ¿Porqué bajaron de los arboles?.

Sherwood Washburn, de la Universidad de California, ha resumido recientemente un punto de vista moderno que sustentan numerosos científicos. A su juicio, había una gran extensión de bosques tropicales que se extendían por casi toda Europa, Asia y una buena parte de Africa. Los protoantropoides avanzados, poblaban los bosques (pertenecientes probablemente a varias especies); cuando alguno de ellos bajaban seguramente al suelo, cuando se presentaba la oportunidad de comer.

Si se entiende que millones de antropoides repitieron billones de veces estas "decisiones" de bajar al suelo, en miles de lugares distintos, se comienza a tener una mejor idea del proceso, que fue gradual, tanto que resulta imperceptible, salvo en largo tiempo. La oportunidad y la aptitud iban juntas; ninguna decisión aislada de un solo antropoide o grupos de ellos, tenía significado alguno, pero en lugares que ofrecían una vida mejor en el suelo para los antropoides cada vez más capaces de explotarlo, y donde esta situación prevaleció siglo tras siglo. Los que mejor se adaptaron (junto con la selección) natural, para comer y vivir en el suelo, fueron los que pasaban la mayor parte del tiempo en él, y cuyos descendientes se adaptaron todavía mejor, y así sucesivamente.

A ésto, siguió la posición erguida y el empleo de utiles con un mayor crecimiento del cerebro. Casi siempre se ha sostenido que la posición erguida vino primero, dejando las manos libres para la utilización de utensilios.

Washburn sugiere lo contrario: el uso de los útiles precedió al caminar sobre dos pies: más aún, condujo a eso.

Efectivamente, hoy parece ser que los primeros homínidos (criaturas capaces de correr sobre dos piernas, pero incapaces aún de caminar), habían aprendido ya a fabricar y utilizar herramientas. Se deduce que la estructura del hombre actual debe ser el resultado del cambio, que siguiendo los terminos de la selección natural, se produjo a causa del modo de vida que el empleo de utensiolios hizo posible.

En resumen, los antropoides poseían el equipo físico y un cerebro incipiente para usar las manos en formas nuevas y útiles.

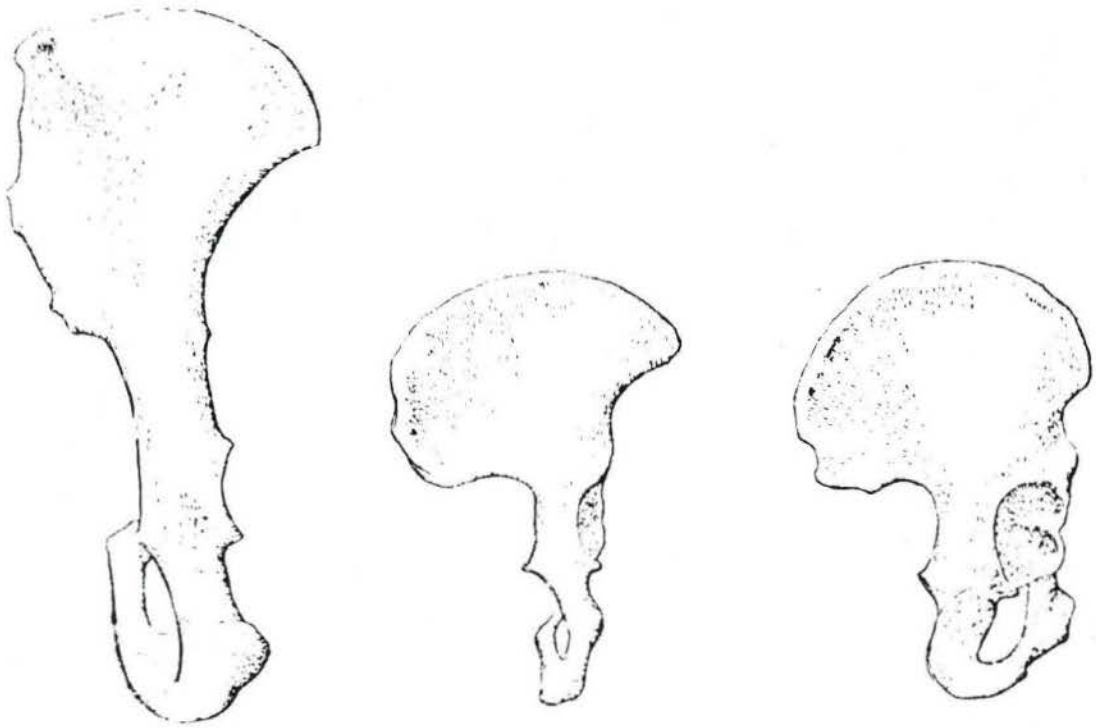
En esta fase ya no se puede separar la importancia que tuvo el bipedismo en la evolución del hombre, asociado al desarrollo del cerebro y el empleo de útiles. De desarrollarse uno, el otro evoluciona con más rapidez, y éste estimula a su vez a que el primero se desarrolle más. A esto, los científicos le llaman "retroacción", y pudo haber producido un ser tan especializado como el Australopithecus, a partir de los antropoides que le precedieron y se lanzaron al suelo.

El hombre apareció, pues, cuando algunas poblaciones de monos, hace alrededor de un millón de años, comenzaron el modo de vida bipeda de manejo de utensilios.

El RAMAPITHECUS, el primate homínido más antiguo hallado hasta hoy, y del cual apareció probablemente la primera forma de Australopithecus, (primer homínido a ciencia cierta) caminaban de manera semi-erguida, vivían en el suelo y usaban piedras para defenderse. Pero para caminar erguido, tenían que producirse importantes transformaciones selectivas en muchas partes del cuerpo, entre ellas el PIE y la pelvis.

Ya hemos seguido el desarrollo anatómico del pie. En línea ascendente, la pelvis jugó un papel importante en la bipedestación, anatomicamente hablando. Hoy sabemos que modificaciones importantes en la pelvis, repercuten directamente en el pie. Los restos que nos han llegado de la pelvis de ambos homínidos, muestran perfectamente que estos animales eran semibípedos. Digo semi-bípedos, ya que la pelvis estaba estructurada de la siguiente forma:

Comparando la pelvis del mono, el homínido primitivo y el hombre, puede verse que la parte superior de la pelvis es mucho más ancha y corte en el hombre



HUESOS DE LA CADERA de un mono *(izquierda)*, un homínido *(centro)* y un hombre *(derecha)* reflejan las diferencias existentes entre el cuadrúpedo y el bípedo. La parte superior de la pelvis humana es más ancha y más corta que la de los monos. La parte inferior de la pelvis del homínido recuerda a la del mono, mientras que la parte superior recuerda a la del hombre.

que en el mono, y que la pelvis de este homínido se ajusta mucho, aunque no exactamente a la del hombre actual.

La parte superior alargada de la pelvis del mono, es característica de la mayoría de los mamíferos, y es precisamente este hueso corto y ancho en el hombre, el que hace posible el tipo humano de locomoción bípeda.

Si bien la pelvis de estos homínidos es similar a la del mono en su parte inferior, se aproxima a la del hombre actual, justamente en aquellos aspectos que distinguen a éste de los demás animales.

Queda así confirmada por las pruebas fósiles, la tésis actualmente aceptada de que la carrera bípeda, posible gracias a los cambios en la pelvis superior, se dió antes que la marcha eficiente sobre los dos pies. Esta última fue posible por los cambios habidos en la pelvis inferior.

CONCLUSION

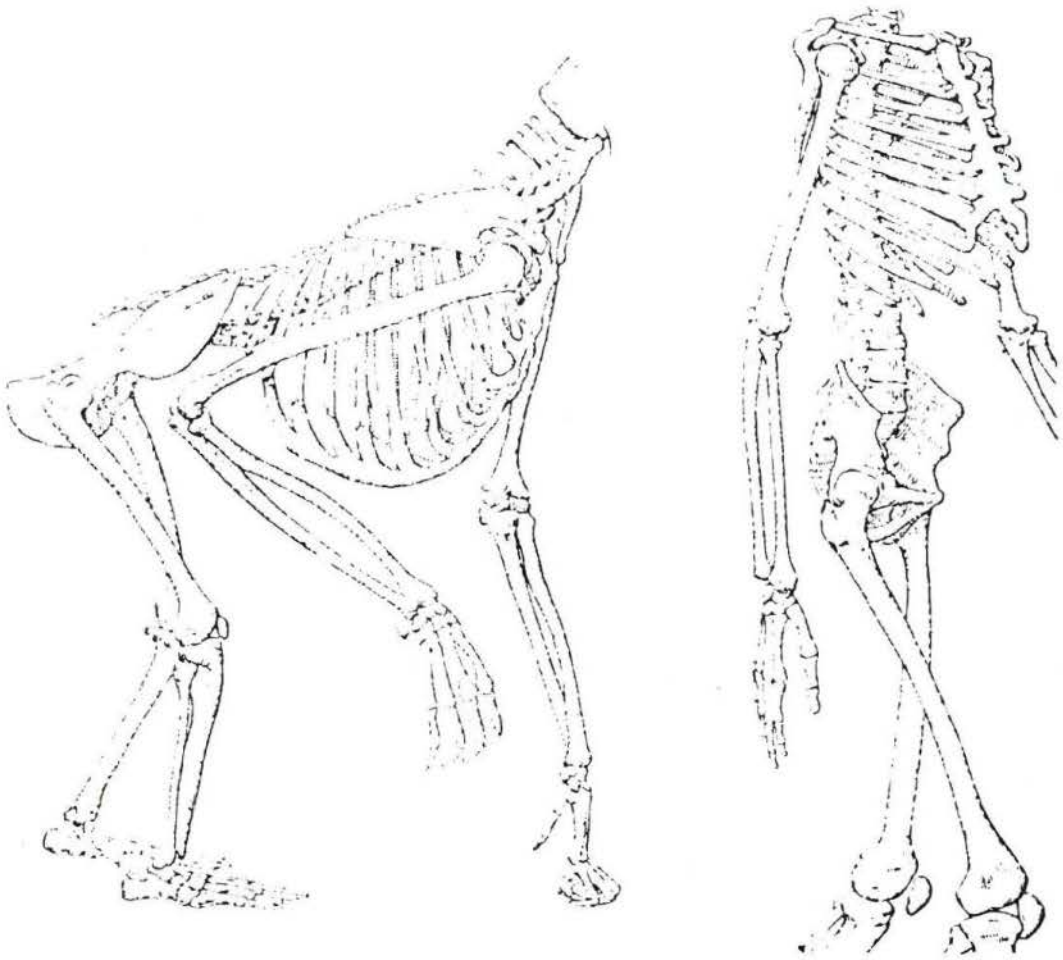
Hemos visto como a lo largo de toda su historia el pie ha sufrido una serie de transformaciones que le condujeron de sus formas arborícolas a las actuales estructuras que conocemos.

Pero es lógico pensar, que si la evolución le ha conformado una serie de caracteres, éstos estarán definitivamente fijados, ó si algunos de ellos son susceptibles de acentuarse aún más por prolongación de la tendencia evolutiva.

La falta de oposición del dedo gordo y su alineamiento con los demás dedos, son evidentemente caracteres fijados y no se vé claramente como podrían acentuarse más. Por lo contrario, la tendencia a la reducción de los dedos del pie aparte del dedo gordo, podría proseguir y manifestarse por una coalescencia más frecuente de las falanges del quinto dedo, y una constancia mayor de la formula digital, 1⟩2⟩3⟩4⟩5, ya que a menudó se constata todavía que el segundo dedo del pie, es igual ó más largo que el dedo gordo, (siendo esto normal en las esculturas de la antigüedad).

Según Howells, el hombre del futuro no tendrá más de cuatro dedos en el pie.

La proporciones del pie humano, son igualmente muy notables. Mientras que por una parte la pierna



POSTURAS DEL GORILA Y DEL HOMBRE *(izquierda y derecha, respectivamente)* comparando el tamaño, forma y orientación de la pelvis. La pelvis larga y recta del mono ofrece apoyo para la marcha, mientras que la pelvis ancha y corta del hombre toma una forma curva en su parte posterior, soportanto la columna vertebral y el torso en la posición bípeda.

se ha alargado, por otra la longitud del pie no ha variado; tanto en así, que el pie humano es relativamente corto, (he aquí otra adaptación más a la locomoción que a la estación). Esta brevedad del pie, se acompaña de una mayor anchura relativa, que afecta electivamente el metatarse y los dedos. Estas proporciones, no deberán modificarse, ya que lo que se conoce del pie de los Neandertalenses, demuestra que este pie estaba dentro del marco de las variaciones actuales.

Fue realmente con el hombre de Neandertal donde culminó la adaptación de nuestro pie. En una huella del pie de éste, vaciada de la arcilla húmeda de una cueva italiana, puede apreciarse la constitución de la bóveda longitudinal, que es en realidad el aspecto más importante de nuestro pie no estando siguiera esbozada en los antropoides.

A pesar de todo, resulta difícil decir si los hombres fósiles tenían una bóveda plantar menos acusada que la nuestra.





HOMBRE DE HEIDELBERG

Reconstruido de un hueso de quijada que se aceptó como muy humano.



HOMBRE DE NEBRASKA

Se construyó "científicamente" de un diente que más tarde resultó ser el de un cerdo extinto.



EL HOMBRE DE PILTDOWN

La quijada de que se partió para reconstruirlo resultó ser la de un gorila moderno.



EL HOMBRE DE PEKIN

Tiene 500.000 años. Las evidencias han desaparecido.



HOMBRE DE NEANDERTHAL

En un Congreso Internacional de Zoología (1958), el Dr. A. J. E. Cave dijo que al examinar el famoso esqueleto del Neanderthal hallado en Francia hace unos 50 años, este resultó ser de un anciano artrítico.



EL NUEVO HOMBRE DE GUINEA

Descubierto en 1970. Apareció en una región al norte de Australia.



EL HOMBRE DE CRO-MAGNON

Es uno de los primeros y el más legítimo de los fósiles. Pero por lo menos es igual en su físico y en capacidad cerebral al Hombre Moderno. Entonces ¿qué?



EL HOMBRE MODERNO

Este genio cree que desciende del mono.

El único elemento de que se dispone, es el hecho según el cual ciertas poblaciones actuales tienen el pie más plano que el de los blancos. Todo ocurre, como si tal vez, bajo las influencias sociales, esta característica humana se acentuase más en ciertos grupos humanos.

Sin embargo, si hay evolución en el pie, ésta debería manifestarse principalmente en ciertas poblaciones, y traducirse por la pérdida del pie plano normal de los melanodermos. No obstante existe una diferencia notable: la bóveda plantar acompaña indiscutiblemente la estación erecta, pero sus variaciones no presentan en absoluto ninguna ventaja selectiva.

Nuestro pie corto y combado, no corresponde a una adaptación mecánica, ya que existen poblaciones culturalmente primitivas que proporcionan andadores, corredores y saltadores excelentes, a despecho de su pie plano.

A la vista de estos hechos, se traduce acaso, que la acentuación de la bóveda plantar en los blancos, corresponde más a su genero de vida (sedentariedad, CALZADO) con mayor rigor que una evolución perfectiva.

Vemos pues, y nuestra profesión lo observa día a día en sus consultas, como influye en el pie nuestro método inadecuado de vida, junto con el uso del calzado antifisiológico que "imponen" nuestras modas.

Aceptada ya la evolución de nuestro pie como un hecho evidente, hemos de pensar que por todo lo antes expuesto, de que ésta no se ha detenido aún, y que al abrigo de multiples influencias, no ya unicamente los biológicos habituales, sino que dos datos más se añaden a ello para complicarlo:

"El factor social", este nuevo medio ambiente que se ha creado el hombre, y que se opone actualmente a la eliminación de lo nefasto, y la "acción del hombre sobre el hombre", de ahora en adelante puede preverse un proceso de "imitación-selección dirigida", un quebrantamiento de nuestro patrimonio genético normal, que no solamente influirá en nuestro pie, sino en toda nuestra estructura general.

Finalmente añadiré, que a pesar de que los primeros signos de locomoción sobre lo que futuramente sería nuestro pie, aparecieron hace veinticinco millones de años podríamos decir que:

por presentar una serie de particularidades notables: "EL PIE ES UNA DE LAS CARACTERISTICAS MAS HERMOSAS DEL CUERPO HUMANO".

NOEL ALBERT.

BIBLIOGRAFIA

- EL HOMBRE Y LA EVOLUCION
  –GEORGES OLIVIER–
  Ed. LABOR.S.A. BARCELONA.

- LA EVOLUCION ANIMAL
  –ALFRED S. ROMER–
  Ed. DESTINO. BARCELONA. 1971.

- EL HOMBRE PREHISTORICO
  –F. CLARK HOWELL–
  COLECCION DE LA NATURALEZA. 1965-70.

- BIOLOGIA Y CULTURA
  –JOSEPH G. JORGENSEN–
  SELECCIONES DE SCIENTIFIC-AMERICAN
  EDICIONES BLUME. MADRID.

- EL MONO DESNUDO
  –DESMOND MORRIS–
  Ed. PLAZA & JANES. S.A.

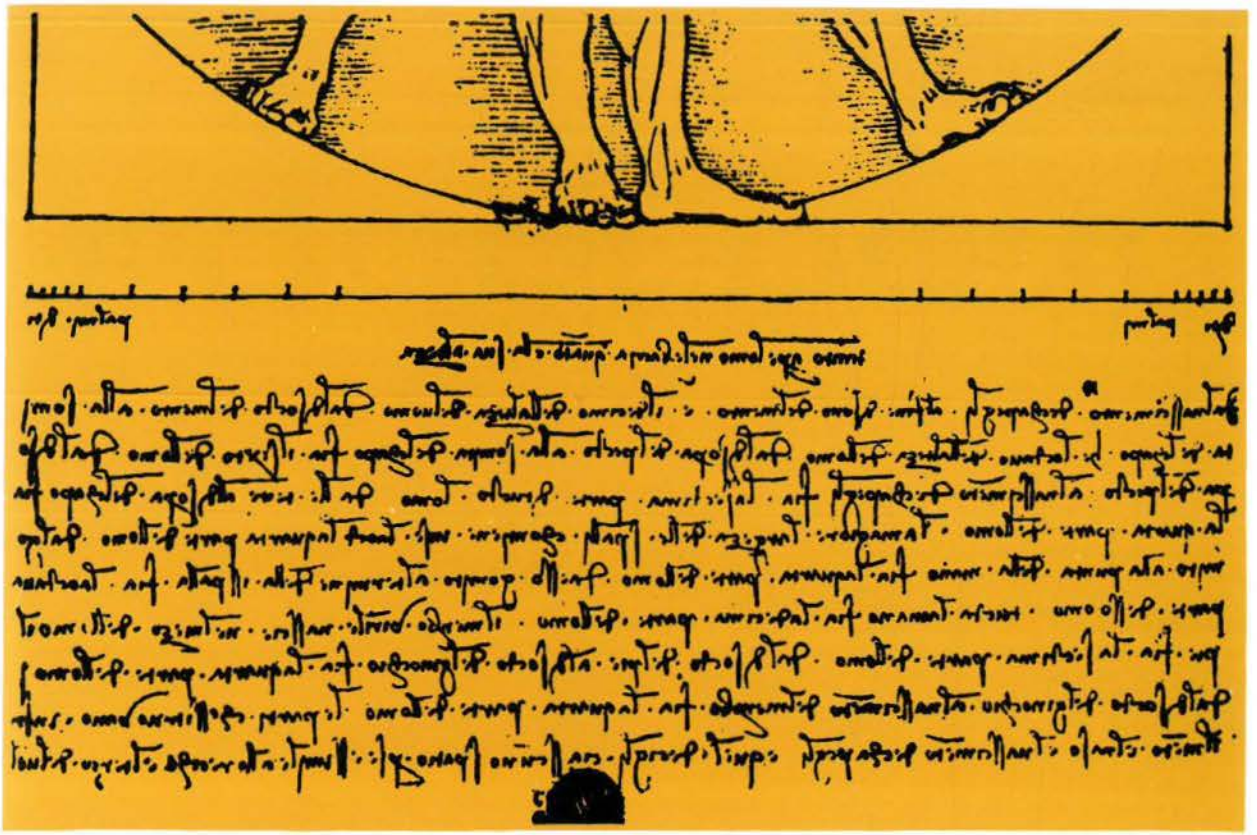
- EL HOMBRE FOSIL
  –MICHAEL H. DAY–
  Ed. BRUGUERA. 1971.

- TRATADO DE ZOOLOGIA
  Colección – P.P. GRASSE.

- ANATOMIA COMPARADA-VERTEBRADOS
  –A. S. ROMER–
  Ed. INTERAMERICANA.

- TIEMPO Y ANATOMIA FUNCIONAL DEL DESARROLLO
  –L. GUBERN SALISACHS–
  ANALES DE MEDICINA. Sección Especialidades (1971).





REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

A. P. E. MARZO-ABRIL
n: 86 1982

REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

ORGANO DE LA AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

A.P.E.

Redacción:
Granada, 33, 5º, Madrid-7

Director:
Enrique González Gómez

Subdirector:
Pablo Vilató

Redactor Jefe Accidental:
Manuel Meneses Garde
Sorolla, 1
Móstoles (Madrid)

Administrador:
Francisco Alvarez Santos
Granada, 33, 5º, Madrid-7

Imprime:
PINAKOS, S. A.
Rienda, 11 - Fuenlabrada (Madrid)

Depósito Legal:
B-21972 - 1976
ISSN - 0210 - 1238

SUMARIO

3	**Agrupación de Podólogos de España** Junta de Gobierno
5	**Editorial**
7	**Por fin ¡La Asociación Española de Podólogos¡**
8	**Gestión Fiscal**
9	**Autonomías**
10	**Intrusismo**
15	**Asuntos Internacionales**
16	**Estatutos de la F.I.P.**
23	**Informe Asesoría Jurídica**
27	**Interpretación quirúrgica en el tratamiento de las onicocriptosis**



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. Enrique GONZALEZ GOMEZ	Madrid
Vice-Presidente 1º	D. Julio ALONSO GUILLAMON	Barcelona
Vice-Presidente 2º	D. Juan José ARAOLAZA	Guipuzcoa
Secretario General Accidental	D. José Luis VELASCO BARRIUSO	Madrid
Vice-Secretario	D. Francisco J. MORAN VENTURA	Las Palmas de Gran Canaria
Tesorero	D. Francisco ALVAREZ SANTOS	Madrid
Contador	D. Luis AYCART VIJUESCA	Madrid
Vocal 1º	D. Juan VIDAN TORRES	Santiago de Compostela
Vocal 2º	D. Manuel ALBALA VALLE	Cádiz
Vocal 3º	D. Manuel TERRON SANGUINO	Badajoz
Voval 4º	D. Francisco FERRAS MORCILLO	Barcelona
Voval 5º	D. Pedro Mª GALARDI ECHEGARAY	Bilbao
Vocal Nato	D. Joaquín SOLE CUCH	Barcelona
Voval Nato	D. Mariano RODRIGUEZ ESTEBAN	Madrid
Vocal asesor docencia	D. Francisco MAÑE DOMINGO	Barcelona
Vocal asesor docencia	D. A. CROS PALENCIA	Madrid
Vocal Revista	D. Manuel MENESES GARDE	Móstoles

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. Juan José Araolaza. Bidebarrieta, 4. EIBAR (Guipúzcoa).
D. José Valero Salas. ALBALATE DEL ARZOBISPO (Teruel).
D. Joaquín Solé Cuch. C. Príncipe de Viana. GRANOLLERS (Barcelona).

DELEGADOS PROVINCIALES

ALAVA: **D. Antonio E. NOGAL BENITO.**
ALBACETE: **D. José Luis JUAN NAVARRO.**
ALICANTE: **D. Juan José IBORRA NAVARRO.**
ALMERIA: **D. Esteban de HARO GRANADOS.**
ASTURIAS: **D. José Luis ALONSO ALVAREZ-MIERES.**
AVILA: **D. Antonio GARCIA MARTIN.**
BADAJOZ: **D. José VILLAFAINA DE LA CRUZ.**
BALEARES: **D. José CLAVEROL SERRA.**
BURGOS: **D. Luis MATA DIEGO.**
CACERES: **D. Carlos SAUGUINO NUÑEZ.**
CADIZ: **D. José Luis SALCINI GARCIA.**
CUENCA: **D. José Miguel GARCIA LOPEZ.**
LAS PALMAS DE GRAN CANARIA: **D. Francisco José MORAN VENTURA.**
SANTA CRUZ DE TENERIFE: **D. Armenio MENDEZ MARTIN.**
CASTELLON DE LA PLANA: **D. José AGUILAR BELTRAN.**
CIUDAD REAL: **D. Procopio MAYORGA MORENO.**
CORDOBA: **D. Máximo GONZALEZ JURADO.**
GERONA: **D. José María BOSCH DOMENECH.**
GRANADA: **D. Manuel RUIZ MORALES.**
GUADALAJARA: **D. Ricardo MANCILLA PIQUERAS.**
GUIPUZCOA: **D. Sebastián TENES ITURRIZA.**
HUELVA: **D. Jesús TOCINO VIZCAINO.**
HUESCA: **D. Julio BARA DEL MOLINO.**
JAEN: **D. Víctor NIETO MOLINA.**
LA CORUÑA: **D. Francisco de la CRUZ AGUSTI.**
LEON: **D. Luis PASCUAL SAN MIGUEL.**
LERIDA: **D. Alfredo PUCHOL RICART.**
LOGROÑO: **D. Vicente ALVAREZ PIPAON.**
MADRID: **D. Mariano RODRIGUEZ ESTEBAN.**
MALAGA: **D. Eugenio ROJAS AGUILAR.**
MURCIA: **D. José INIESTA GALLEGO.**
NAVARRA: **D. Javier SARASA MONEO.**
ORENSE: **D. Elisardo BRALO REGO.**
PALENCIA: **D. Angel CASADO SOLLA.**
SALAMANCA: **D. Antonio BASAS ENCINAS.**
SEGOVIA: **D. Francisco GARCIA RODRIGUEZ.**
SEVILLA: **D. Manuel CASTRO MARMOL.**
TARRAGONA: **Dª Concepción BAIGES CONSTANTI.**
TERUEL: **D. José VALERO SALAS.**
TOLEDO: **D. Angel SANCHEZ NAVARRO.**
VALENCIA: **D. Isaías del MORAL ROBERTO.**
VALLADOLID: **D. Alfonso Lorenzo DOMINGUEZ MILAN.**
VIZCAYA: **D. Agustín SORIA RODRIGUEZ.**
ZARAGOZA: **D. Julio BARA DEL MOLINO.**
ZAMORA: **D. Narciso MIGUEL DE BARRIOS.**

EDITORIAL

LA OBSESION POR SUS PROPIOS DERECHOS HACE OLVIDAR DE CUMPLIR SUS DEBERES

El profesional que está obsesionado por sus propios derechos, se hace de tal manera parcial e inconsciente, que disminuye su capacidad para advertir los derechos de los demás y, mucho menos, sus propios deberes.

¡Cuantas personas de ésta clase nos encontramos en todas partes y en todos los niveles profesionales y sociales! Una clase integrada por miembros de esta cualidad, se destruye así mísmo, ya que ésta forma de pensar y sentir es un obstáculo insuperable para el espíritu de clase, que nos exige cada día más benevolencia y el servicio recíproco. Cuando uno sólo de sus miembros se comporta parcialmente, se nos forma un tumor molesto y peligroso para el equilibrio y la buena salud de la clase, que tanto, significa para nuestra profesión.

No, hay que olvidar, que la sociedad está al parecer envuelta en una especie de psicósis colectiva, repleta de egosimos, rencillas, envidias y tiranías. ¡Porque no! Posiblemente este monstruo sea debido a la rapidez de evolución y limitada capacidad al desarrollo del ser humano, como consecuencia de la infección esacervante, neutralizadora de las virtudes y energías positivas que contribuyen al crecimiento y a la continua renovación y progreso, socio-profesional.

Los signos positivos, se encuentran en el raciocinio de nuestros propios deberes, evitando la sinrazón aquejada por los intereses particulares, olvidandose de los demás. Es preciso revisar nuestras vidas y por supuesto, nuestra conciencia, para ver si están en función del egoismo, vanidades insaciables que nos comprometen a una solución de continuidad en nuestra convivencia y progreso, del bien comunitario se desprende el amor verdadero por la clase, expresándose como una necesidad comunitaria profesional, en el ámbito laboral y colegial.

Reconocer los derechos de los demás, es caer en la cuenta de los propios deberes. Sólo así podremos contribuir a impulsar la prosperidad y crear un clima de respeto en nuestra vida profesional, que pueda servir de ejemplo para otras profesiones, por lo que tiene de sacerdotal.

Comparte con los tuyos lo que es tuyo, para que se convierta en siembra de los campos fértiles de los demás.

Aleja las formas de virar, siente en tu persona la admiración de los demás.

No critiques, como criticón los defectos de los demás, corrígelos, como si dependiera de tí su educación. Piensa en los que te están observando que van hacer uso de tus interperencias y desprecio hacia los demás por lo negativo que representa. Será muy corto el espacio del éxito provisional con arreglo a la inmensidad de toda clase profesional que vas a olvidar.

Se ha destacado siempre la importancia que tiene la sociedad, por lo que de cultura, sabiduría y utilidad tiene para una sociedad libre y evolutiva, su ideal se deriva del derecho, inalienable de la persona humana y en salud, centrándose modelo de socialización, al cual, nos debemos con el alto concepto de la responsabilidad y del deber.

La sanidad es algo, que debe expedir su beneficio hacia todos los seres humanos. El hombre en lo que respecta a la salud, tiene unos derechos que se le tienen que conceder. En los que destaca la comprensión, la misión y el deber cumplido. La clase profesional, no debe tener errores, que manifiesta un desequilibrio profesional, por cambio de pareceres apetencias a los cargos, aunque éstos séan de Presidente, de limpia vías de aviones. Piensa en tú propio espejo en el que se tienen que mirar los demás.

De la violencia de las zancadillas, se deriva la lesión ¿cuantas vaces esta lesión es colectiva? muchas, muchísimas, por su repercusión en esa clase profesional que todos estamos obligados a defender. Y digo obligados para evitar traumas, frustaciones y obsesión de los derechos.

La protesta sistemática, es una de las hijas feas de la pereza, y que suelen tener como nodriza a la envidia.

POR FIN ¡LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS! ENTE REPRESENTATIVO DE LA PODOLOGIA Y DEL PODOLOGO. PARA LA DEFENSA DE LOS INTERESES PROFESIONALES ¡LOS PODOLOGOS ESPAÑOLES YA TIENEN UN INSTRUMENTO VALIDO, LEGAL Y REPRESENTATIVO

Después de cuatro largos años, logramos convertir en realidad los deseos de la Asamblea General del 8 de Abril de 1978 y 15 de Octubre de 1978; 2 de Mayo de 1981 y 11 de Octubre de 1981. Y por último, la Asamblea extraordinaria de Junta de Gobierno, delegados territoriales y provinciales del día 12 de Diciembre de 1981, consiguiendo la aprobación de la **Asociación Española de Podólogos**, con fines específicos en la representación de los intereses profesionales del podólogo y la podología.

La redacción de sus Estatutos, obedece tal, señala la Ley 19/1977 de 1º de Abril, que regula las Asociaciones Profesionales. Ya que la Agrupación de Podólogos de España, estaba sometida a la Ley de 24 de Diciembre de 1964 y lo establecido en el Decreto de 20 de Mayo de 1965, de caracter científico, técnico y recreativo, con fines mas reducidos que la Ley de Asociaciones Profesionales. Motivos por los cuales se ha transformado la Agrupación de Podólogos de España, en Asociación Española de Podólogos. Hábida cuenta, que profesionales ajenos a la podología, en su día, utilizaron dicha denominación, que nos corresponde única y exclusivamente a los podólogos. Un hecho objetivo para el futuro de la PODOLOGIA, evitando confusionismos y apropiación indebida de nuestra nomenclatura.

MINISTERIO DE TRABAJO

INSTITUTO DE MEDIACION, ARBITRAJE Y CONCILIACION

SERVICIO DE DEPOSITO DE ESTATUTOS ACTAS DE ELECCIONES, CONVENIOS Y ACUERDOS COLECTIVOS

MINISTERIO DE TRABAJO INSTITUTO DE MEDIACION, ARBITRAJE Y CONCILIACION REGISTRO GENERAL 19 ABR. 1982 SALIDA 1563

Ref. ES/mr

Me complace adjuntarle certificación acreditativa del transcurso del plazo de 20 días desde que la Organización Profesional

ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS,

depositó sus Estatutos en este Servicio, sin que resulte acreditado el haberse instado declaración de no ser los mismos conformes a derecho.

Lo que se hace constar a los efectos previstos en el artículo 3.º de la Ley 19/1977, de 1.º de abril, sobre adquisición de personalidad jurídica y plena capacidad de obrar.

Madrid, 15 de Abril de 198 2

EL JEFE DEL SERVICIO

SR. PRESIDENTE DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS.
Paseo de las Delicias nº 106.
MADRID

MINISTERIO DE TRABAJO, SANIDAD Y SEGURIDAD SOCIAL
INSTITUTO DE MEDIACION, ARBITRAJE Y CONCILIACION

DEPOSITO núm. 2.603

ES/mr

D. EMILIO DOMINGUEZ ANGULO, JEFE DE LA SECCION DE DEPOSITOS DE ESTATUTOS Y ACTAS DE ELECCIONES, DEL INSTITUTO DE MEDIACION, ARBITRAJE Y CONCILACION,

CERTIFICO:

1.º Que con fecha diecinueve de marzo de mil novecientos ochenta y dos, a las trece horas, fueron depositados en este Servicio, al amparo de la Ley 19/1977, de 1 de abril, y Decreto 873/77, de 22 del mismo mes, el Acta de Constitución y los Estatutos de la Organización Profesional denominada:

ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS.

2.º Que dentro de los plazos previstos en el artículo 3.º de la Ley y 4.º del Decreto citados, no se han presentado alegaciones por los posibles interesados.

3.º Que de los antecedentes obrantes en este Servicio no resulta acreditado el haberse instado declaración ante la autoridad judicial competente de no ser conformes a derecho los estatutos presentados.

Confrontado.

Y para que conste a los efectos previstos en el artículo 3.º de la Ley 19/1977, de 1 de abril, sobre adquisición de personalidad jurídica y plena capacidad de obrar, expido el presente, con el V.º B.º del Jefe del Servicio, en Madrid, a quince de abril de mil novecientos ochenta y dos

V.º B.º
EL JEFE DEL SERVICIO,

Urbano Martín Alonso

AUTONOMIAS

MINISTERIO DE TRABAJO
Y SEGURIDAD SOCIAL
Instituto de Mediación
Arbitraje y Conciliación

Servicio de Depósito de Estatutos,
y Actas de Elecciones, Convenios,
y Acuerdos Colectivos.

MINISTERIO DE TRABAJO
INSTITUTO DE MEDIACION, ARBITRAJE
Y CONCILIACION
REGISTRO GENERAL
2 JUN. 1982
SALIDA 5436

MS/mr

Cúmplame significarle, en relación con su escrito del pasado 29 de abril, en el que interesaba determinados datos sobre la ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS, que este Servicio no puede proporcionar información sobre el contenido de los expedientes depositados en sus archivos.

No obstante lo indicado, y de conformidad con lo establecido en el artº. 5º. del Decreto 873/77, de 22 de Abril, podrá examinar el expediente citado así como solicitar libramiento de los extremos que del mismo estime oportunos, previa demostración de su carácter de interesado, en cumplimiento de lo establecido en el artº. 23. de la Ley de Procedimiento Administrativo.

Dios guarde a Vd.

1 de Junio de 1.982
EL SECRETARIO GENERAL.

SR. Don ELEUTERIO ENRIQUE GONZALEZ GOMEZ.
ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS.
C/ Embajadores, 163.- MADRID-5.

ASOCIACION ESPAÑOLA
DE PODOLOGOS
PRESIDENCIA

MINISTERIO DE TRABAJO
INSTITUTO DE MEDIACION, ARBITRAJE
Y CONCILIACION
REGISTRO GENERAL
ENTRADA 5308

Embajadores, 163
Teléfono 474 56 35
Madrid-5

Ilmo. Sr.

ELEUTERIO ENRIQUE GONZALEZ GOMEZ, mayor de edad, con domicilio en Madrid, calle de Embajadores núm. 163, D.N.I. nº 1.683.289, Presidente de la Asociación Española de Podólogos.

Ante la necesidad de estudiar las Asociaciones dentro de los sistemas autonómicos de las diferentes autonomías o asociaciones de caracter regional o provincial, solicitadas al amparo de la Ley 19/1977 de 1 de Abril y Real Decreto 873/77 de 22 del mismo mes, que hayan presentado el Acta de Constitución y los Estatutos de las Organizaciones Profesionales denominadas según su inscripción en la Sección de Depósitos de Estatutos y Acta de Elección, del Instituto de Mediación, Arbitraje y Conciliación que V.I. es Jefe.

Solicitamos de V.I., tenga a bien dar las órdenes oportunas para que a ésta Asociación Española de Podólogos, de caracter nacional, le sea facilitada las diferentes Actas y Estatutos de todas las Asociaciones de caracter podológico que obren en poder de ese Departamento. Con motivo de estudiar - la posibilidad de crear una nueva Federación de caracter nacional en representación de los intereses de los podólogos de España.

Con gracias anticipadas a V.I. por todo lo que realice en favor de ésta Asociación Española de Podólogos.

Madrid, veintinueve de Abril de mil novecientos - ochenta y dos.

EL PRESIDENTE.

ILMO. SR. Jefe de la Sección de Depósitos de Estatutos y ACTAS de Elecciónes, del Instituto de Mediación, Arbitraje y Conciliación. MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL.
MADRID

GESTION FISCAL

MINISTERIO DE HACIENDA

DIRECCION GENERAL
DE
TRIBUTOS

Obra en esta Dirección General escrito de esa Agrupación de 13 de febrero ppdº., en el que se interesa se modifique la clasificación dada a los Podólogos españoles en las Tarifas de Licencia Fiscal de Actividades Profesionales y de Artistas, aprobadas por Real Decreto - 830/1981, de 27 de marzo, ya que no se identifican con la denominación de Pedicuros que figura en el epígrafe 077, totalmente anticuada, dado que hoy día esta profesión de Podólogo, por Real Decreto 2.966/80, de 12 de diciembre, exige estudios a nivel de Carrera Universitaria, dejando de ser una especialidad de los A.T.S.

Dado que la inclusión en las Tarifas del nuevo epígrafe específico requerirá su aprobación por Real Decreto y por consiguiente una tramitación que lleva cierto tiempo, para dar solución al problema hoy — día planteado, se deberá clasificar a los podólogos dado su nivel de formación en el epígrafe 069, "Otros profesionales de la Medicina, Veterinaria, Farmacia y similares", con carácter provisional.

Dios guarde a Vd. muchos años.

Madrid, 16 de abril de 1982.

EL JEFE DEL SERVICIO DE
TRIBUTOS LOCALES,

MINISTERIO DE HACIENDA
REGISTRO GENERAL T
19 ABR. 1982
SALIDA 152/87

Sr. D. Eleuterio-Enrique González Gómez.- Presidente de la Agrupación de Podólogos de España.- Paseo de las Delicias, 108, 1º.- M A D R I D-7.

INTRUSISMO

ASUNTO ORDENANZA DE TRABAJO EN PELUQUERIAS, INSTITUTOS DE BELLEZA, GIMNASIO Y SIMILARES. ORDEN DEL MINISTERIO DE TRABAJO DE 28 DE FEBRERO DE 1974, EN EL QUE SE TRATA DE LA "PEDICURIA"

SE INFORMA A LOS SEÑORES ASOCIADOS PARA SU CONOCIMIENTO Y EFECTOS OPORTUNOS:

1. Con motivo de las Ordenanzas de Trabajo en Peluquerías, Institutos de Belleza, Gimnasio y similares, por O.M. Ministerio de Trabajo 28.2.1974, publicado en B.O.E. nº 63 del 14.3.1974, en el cual trata en sus artículos correspondientes de profesiones, que nos corresponde por derecho como es la Pedicuría y Masajista.

   Teniendo en cuenta el perjuicio que supone para nuestra profesión en toda su magnitud y después de múltiples consultas con el Consejo Nacional de aquella época, ante la postura negativa del mismo, se toma la iniciativa por el entonces Delegado Nacional de Podología D. Enrique González Gómez, que en nombre propio entabla recurso Contencioso-Administrativo contra la citada O.M., que de acuerdo con las gestiones realizadas como colegiado del Ilustre Colegio de Ayudantes Técnicos Sanitarios de Madrid, para que el mismo recurra por ésta vía contra la citada O.M., hábida cuenta, que para que prospere dicho recurso, debido a que fué desestimado por el Tribunal Supremo, bajo el número 405345 de fecha 25.2.75, interpuesto por una compañera nuestra, se necesitaba el apoyo de la representación oficial de la clase profesional, según consta en los recursos 405360 y 40044.

   Como consecuencia del largo proceso jurídico, se comunica por parte, adjuntándole el correspondiente FALLO por parte del Sr. Letrado Serrano Coca, la buena noticia de haber ganado el Recurso Contencioso-Administrativo, contra la Ordenanza de Peluquerías, Gimnasio, Saunas, etc., la cual es declarada NULA y sin efecto, comunicándose que con esta fecha y por mediación del Procurador Sr. Garrastazu, ha enviado copia al Ilmo. Colegio de Practicantes y A.T.S., para que adopte los acuerdos oportunos sobre el particular y proceda en consecuencia, ya que infringían las normas vigentes sobre funciones y cometidos de éstos profesionales de Titulación Universitaria Media, que obligó a interponer el oportuno Recurso Contencioso Administrativo ante la correspondiente Sala del Tribunal, dictándose en fecha 3.XI.77, la correspondiente SENTENCIA por la que se estima el Recurso y por ser disconforme en derecho las Ordenes Ministeriales citadas, así como la Ordenanza Laboral, aprobadas por los mismos, dispuso en su FALLO su ANULACION.

   Todo lo cual, ponemos en vuestro conocimiento para que tomeis conciencia del gran interés que tiene la aplicación de la Política de Derecho en nuestra vida profesional.

   Ante la gravedad y confusionismo que supone en las Ordenanzas de Trabajo en Peluquerías, la actividad de Pedicuría, por estimar que lesiona los intereses profesionales y el buen prestigio de los antecesores profesionales, antigüos PEDICURARO y pedicuría en general, por entender que entra en el campo de INTRUSISMO PROFESIONAL, elevamos las siguientes conclusiones legales a las Autoridades correspondientes.

ESCRITOS DIRIGIDOS AL MINISTERIO DE LA PRESIDENCIA, MINISTERIO DE TRABAJO Y SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO. ASI COMO LA MOCION PRESENTADA EN EL ILUSTRE COLEGIO DE A.T.S. Y DIPLOMADOS EN ENFERMERIA DE MADRID, EN LA ASAMBLEA DE PODOLOGOS CELEBRADA EN LOS LOCALES DEL MISMO EL DIA 1-IV-82. PARA CURSAR AL MINISTERIO DE TRABAJO.

ELEUTERIO ENRIQUE GONZALEZ GOMEZ, mayor de edad, casado con domicilio en Madrid, calle de Embajadores núm. 163, en su condición de PRESIDENTE DE LA AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA, formula el presente escrito en solicitud de que se determino lo procedente para evitar el confusionismo que se presenta en cuanto a la corrección del campo profesional del "Pedicuro" según la normativa vigente y, a éste respecto:

EXPONE:

Primero: Los Estatutos de las Profesiones Auxiliares Sanitarias y de los Colegios Oficiales de Auxiliares Sanitarios, de 26 de noviembre de 1945, señalan en su artículo septimo.– que:

"El título de Practicante habilita para realizar con la indicación o vigilancia las siguientes funciones:

1°.– Para el ejercicio de las operaciones comprendidas bajo el nombre de Cirugía Menor.

2°.– Para el cargo de ayudante en las grandes operaciones que ejecuten los médicos y en las distintas especialidades.

3°.– Para las curas de los operados.

4°.– Para la aplicación de medicinas y tratamientos curativos a los enfermos con arreglo a las prescripciones del médico.

5°.– Para la aplicación de inyecciones.

6°.– Para la asistencia a partos normales, en poblaciones menores de 10.000 almas, siempre que no ejerza legalmente en la misma localidad matronas tituladas y sin perjuicio de los derechos ya adquiridos.

7°.–Para la vacunación preventiva.

8°.–Para el **ejercicio de la profesión de pedicuro o cirujano callista** y masajista terapéutico.

Su artículo 8° establece:

"La carrera de Practicante se cursará en las Facultades de Medicina con arreglo al plan de estudios aprobado por el Ministerio de Educación Nacional".

Segundo: El Decreto 2319 de 1960 del 17 de noviembre, del entonces Ministerio de la Gobernación, establece las funciones profesionales de los Ayudantes Técnicos Sanitarios. Practicantes, Matronas y Enfermeras, y en su artículo primero señala que:

"Los Ayudantes Técnicos Sanitarios, así como los Auxiliares Sanitarios con título de Practicante, Matrona o Enfermera, obtenidos con arreglo a la legislación anterior, al Decreto de 4 de diciembre de 1953, podrán ejercer sus funciones tanto en centros oficiales, Instituciones sanitarias, sanatorios y clínicas públicas o privadas, como en trabajo profesional libre, siempre que su actuación se realice bajo la dirección o indicación de un médico y que se hayen inscritos en los correspondientes Colegios Oficiales".

A continuación el artículo segundo recoge las funciones de los A.T.S. y el tercero preceptúa:

"Los practicantes tendrán las mismas funciones de los Ayudantes Técnicos Sanitarios a todos los efectos profesionales, sin pérdida de ninguna de las que especialmente se fijaron en el artículo 7° de los Estatutos de las Profesiones Auxiliares Sanitarias, aprobados por Orden del Ministerio de la Gobernación del 26 de noviembre de 1945".

Tercero.– Posteriormente el día 29 de marzo de 1962, se dicta el Decreto 727/62, de acuerdo con el artículo sexto del Decreto de 4 de diciembre de 1953, crea la Especialidad de Podología para los Ayudantes Técnicos Sanitarios (Art. primero), determinando el campo profesional del podólogo como aquel que:

"Abarca el tratamiento de las afecciones y deformidades de los pies, tradicionalmente ejercidos por los cirujanos callistas, y comprende las materias definidas en el artículo segundo, limitándose en su actuación terapéutica exclusivamente a las manipulaciones que pertenecen a la cirugía menor".

Seguidamente, en su artículo segundo, requiere estar en posesión del título de Practicante o de Ayudante Técnico Sanitario para cursar las enseñanzas especializadas, cuya duración será de dos cursos académicos a impartir y superar en la Facultad de Medicina. (Articulo quinto).

Pero este proceso no concluye y el Real Decreto 2.966/1980 del 12 de diciembre (B.O.E. 19 de enero de 1981) sienta ya, que los estudios de Podología se desarrollarán a traves de las Escuelas Universitarias respectivas, dando las normas para la transformación

de aquellas en las actuales escuelas Oficiales de Podología.

Cuarto.– Durante éste periodo, el 24 de mayo de 1963, el Ministerio de Educación dicta la Orden de igual fecha (B.O.E., 26.6.63), en la que se preceptúa que los Practicantes y Ayudantes Técnicos Sanitarios se considerarán, a todos los efectos, como Técnicos de Grado Medio.

Quinto.– Por Orden del 28 de febrero de 1974 se aprueba la Ordenanza de Trabajo en Peluquerías, Institutos de Belleza, Gimnasios y similares, donde en su anejo 1, al definir los servicios, dice:

"Manicura, Pedicura y Depiladora.– Es la persona que se dedica a limpiar, recortar y pintar las uñas de las manos y de los pies; aplicar un disolvente para quitar el esmalte viejo; recortar y limar las uñas para darle la forma deseada; ablandar las cutículas con agua tibia y cremas para luego empujarlas hasta el fondo; recortar las cutículas; limar los bordes de las uñas y aplicar el esmalte con un pequeño pincel; asi como depilar con aplicación de un tratamiento de cera o de otro modo".

Sexto.– Interpuesto el correspondiente recurso contencioso-administrativo, la Audiencia Nacional, en Sentencia dictada el día 3 de noviembre de 1977, se pronuncia en el siguiente sentido:

"CONSIDERANDO: Que, en las definiciones de los puestos de trabajo afectado por la Ordenanza, que se recogen en el anexo núm. 1, se advierte con toda claridad que las o los Masajistas, tienen un cometido básicamente terapeútico, e incluso que deben, a las veces, seguir las instrucciones del médico sin que aquellas profesionales tengan ocupación en las peluquerías, sino en los restantes establecimientos afectados por la Ordenanza. Por lo cual, es claro que las funciones asignadas en ésta norma, requieren la titulación media y diplomas regulados por los Decretos de 26 de julio de 1957 y 24 de mayo de 1963 y 18 de marzo de 1964, titulación que se alude indebidamente en la Ordenanza, al clasificar a los masajistas, tanto en el artículo 12 como en el Anexo citado, como simples profesionales no titulados, con lo que se aprecia en ella, la grave infracción, no ya, de desconocer normas vigentes de rango superior, sino de alterar esencialmente el contenido de una profesión regulada por disposiciones absolutamente obligatorias, en tanto en cuanto se han dictado para cubrir intereses generales, mas amplios incluso que los estrictamente profesionales, y que, desde luego, han de prevalecer sobre la disciplina de un sector laboral. Y esta infracción, en virtud de lo dispuesto en el artículo 47/2, de la Ley de Procedimiento Administrativo en relación con los 23 y 28, de la de Régimen Jurídico de la Administración del Estado, determina la nulidad de pleno derecho de la Ordenanza, con el efecto previsto en el artículo 121. Una de la primera de las Leyes citadas, en relación con la infracción citada, única que se aprecia en ella, ya que está claro que las funciones asignadas a los Pedicuros –aparte la confusión a que pueda inducir la nomenclatura– nada tiene que ver con las asignadas a los Podólogos en el Decreto de 29 de marzo de 1962.

FALLAMOS:

Que anulamos, por ser disconforme a Derecho las Ordenes Ministeriales antes citadas, así como la Ordenanza por ellas aprobada.– Sin expresa imposición de costas".

En ejecución de tal sentencia, se dicta la Orden del 16 de julio de 1979 y en su consecuencia: 1º desaparece la categoría de "Masajista" 2º queda incluído entre los Titulados de grado medio el Diplomado en Fisioterapia y 3º, se suplirme la categoría de masajista en los Institutos de Belleza, establecimientos de sauna y gimnasia. Resulta, por lo tanto, mantenida la categoría de "Pedicura" en los mismos términos con que aparecía definida en la Ordenanza y dentro del conjunto "Manicura, Pedicura y Masajista".

Septimo.– Entre las enmiendas y adiciones al Diccionario común sancionadas por la Real Academia de la Lengua de febrero a abril de 1977, figuran las voces "Podología y Podólogo". La primera como la "rama de la actividad médica que tiene por objeto el tratamiento de las afecciones y deformidades de los pies, cuando dicho tratamiento no rebase los límites de la cirugía menor". La segunda, la de Podólogo, se establece para "el que autorizado por la posición del título oficial correspondiente, practica la podología".

El mismo Diccionario cita el pedicuro como equivalente a callista y a éste último lo define como la persona que se dedica a cortar, extirpar y curar callos, uñeros y otras dolencias de los pies.

A la vista del anterior relato histórico, deben hacerse las siguientes consideraciones.

I

El Decreto 2319/1960, del 17 de noviembre mantiene para los practicantes ademas de las menciones recogidas en su artículo segundo, las que detallan los Estatutos de las Profesiones Sanitarias aprobado por Orden del 26 de noviembre de 1945, entre las que se encuentran las del ejercicio de la **profesión de Pedicuro o Cirujano-Callista** y también el Masajista Terapéutico, y como tales Practicantes habran de poseer el título o diploma correspondiente según el Plan de estudios que se desarrolla en las Facultades de Medicina (Art. octavo de los Estatutos).

Sientan, de éste modo, ambas disposiciones, por

los correspondientes reenvíos, que los Ayudantes Técnicos Sanitarios y los Practicantes están facultados para ejercer la profesión de pedicuro o cirujano callista, pues el artículo segundo del Decreto 2319/1960 en su párrafo F; aclara: que los A.T.S. "desempeñarán todos los cargos y puestos para los que en la actualidad se exijen los títulos de Practicante o Enfermera, con la sola distinción que en cada caso corresponda a los ayudantes masculinos o a los femeninos".

Aparece, en definitiva, un estado sustitutorio en cuanto a la Titulación Académica, imprescindible ante la nueva normativa docente, que con sus distintas denominaciones va surgiendo en el transcurso del tiempo, y de la que se infiere como los practicantes obedecen a unos estudios extinguidos pero a unos profesionales vigentes, activos, cuyos niveles es de Grado Medio, según reza la Orden de 24 de mayo de 1963, al igual que el de los A.T.S. y Matronas.

II

No determina en el indicado punto el desarrollo respectivo, pues el Decreto de 29 de marzo de 1962, crea la especialización de Podólogo, que podrán alcanzar los que estén en posesión del título de Practicante o de Ayudante Técnico Sanitario, durante dos cursos académicos y que "abarca el tratamiento de las afecciones y deformidades de los pies, tradicionalmente ejercidas por los cirujanos callistas...". Y así tenemos que al mantener la equivalencia entre pedicuros y cirujanos callistas los Estatutos de 1945 y ratificarla el Decreto 2319/1960 del 17 de noviembre, cuando aclara vigentes las funciones recogidas en aquél, no se conculcan los derechos reconocidos a quienes ejerzan como profesionales de ésta rama (pedicuro o cirujano callista), y los cuales podrán continuar en su función cuando sean Practicantes o Ayudantes Técnicos Sanitarios, pero a partir de entonces la especialidad será de Podólogo y solo el correspondiente diploma estará habilitado para tratar las afecciones y deformidades de los pies, que antes correspondían y que también pueden corresponder ahora como se ha dicho, a los cirujanos callistas o pedicuros.

Pero de ésta posición, se considera ya como superior a la del Practicante y a la de A.T.S., se pasa por el Real Decreto 2966/1980 a configurar éstas enseñanzas como incluídas en el nivel superior de la docencia, al integrarlas dentro de la Educación Universitaria, con absoluta independencia, cuyos estudios se impartirán durante tres años en las Escuelas Universitarias de Podología, para todos quienes acrediten haber superado el Bachillerato Unificado Polivalente y la Ordenación Pre-Universitaria, pero –sin perjuicio de las convalidaciones que se autoricen– desvinculando de su hasta entonces único núcleo escolar (A.T.S. o Practicante).

III

Ante tales situaciones y si bien es cierto, como recoge la Sentencia del 3 de noviembre de 1977, que las funciones asignadas a las Pedicuras en la Ordenanza del 28 de febrero de 1974 nada tiene que ver con las adscritas a los Podólogos en el Decreto de 29 de marzo de 1962, no lo es menos, como apunta dicha sentencia, la confusión a que puede inducir la nomenclatura.

Pero además no se trata solo de evitar tal confusión, sino de que las denominaciones se conserven con la correspondencia que hasta el 28 de febrero de 1974 han mantenido en relación con las funciones respectivas y que así aparece tanto en los Estatutos de 1945, como, en el Decreto 2319/1960 del 17 de noviembre –con la remisión que aquel hace– y en el Diccionario de la Real Academia de la Lengua. En las dos primeras disposiciones, como ya se dijo, el Pedicuro es un titulado (Practicante o A.T.S.) y según Diccionario es quien se dedica a cortar o extirpar y curar callos, uñeros y otras dolencias de los pies, significación que resulta muy diferente al concepto dado por la Ordenanza de 1974 y que inevitablemente viene a consolidar la usurpación del término que se hace por ésta última norma, con desconocimiento de situaciones de Derecho y de hecho claramente manifestado.

Y abundando en éste criterio, la Orden de 31 de julio de 1962 (B.O.E. de 28 de agosto), que aprueban los programas de "Podología", en su penúltimo párrafo expone, para aclarar aún más lo dicho si es posible, "que una parte de la especialidad, la denominada **pedicuría**, que comprende las afecciones del pie y de sua anejos, que solo necesitan medicación tópica o pequeñas intervenciones de cirugía menor, así como el tratamiento de deformidades reductibles, mediante fisioterapia y aparatos ortopédicos, es de competencia del Ayudante Técnico Podólogo".

Y pese a ello, y como un solo oficio, la tan repetida Ordenanza, recoge a la denominada "Manicura, Pedicura y Depiladora", lo que conlleva a que éstas tres actividades se desempeñen por la misma persona. Pero esto no impide sino en contrario, acentúa, el efecto negativo para que el auténtico profesional a quien se conoce como Pedicuro, se encuentre aún mas subestimado al incorporarse como integrante de un conjunto de actuaciones que lleva a efecto una polivalente empleada sin título alguno, cuando la legislación vigente lo requiere para a quien lo clasifica con tal nombre o el de cirujano callista que se dedica a la concreta función que reglamente aquella.

Esta tesis, no puede calificarse de aventurera o baladí y es la explicación que debe darse a lo referido, pues en texto del artículo tercero 1, del Código Civil "las normas se interpretarán según el sentido propio de sus palabras, en relación con el contexto, los antecedentes históricos y legislativos y la realidad social

del tiempo en que han de ser aplicadas, atendiendo fundamentalmente al espíritu y finalidad de aquellas" y el conjunto de dichos elementos recogidos en éste escrito, no permiten llegar a la conclusión de que sea correcta lo que al respecto vierte la Ordenanza, cuando, "sensu contrario", al así hacerlo, traduce lo antes legislado por normas de rango superior, en conceptos opuestos, o al menos diferente, con palabras de igual voz.

Parece deducirse que todo ello se ha debido a un error u omisión de datos, cuya corrección puede llevarse a efecto al amparo del artículo 111 de la Ley de Procedimiento Administrativos.

No resulta fácil buscar y encontrar un término, una expresión que pueda corregir la aludida antinomia, pero precisamente, por la polifacética función asignada a ésta profesional, podría señalarse la de "**Pedimanicura y Depiladora**", binomio del que no se deduciría confusionismos y, en cualquier forma el intrusismo al que de algún modo, conducir el mantenimiento del actual estado de cosas.

Así pues, y en atención a lo dicho,

SUPLICA A V.E. tenga a bien corregir los vocablos que figuran en la Ordenanza de Trabajo en Peluquería, Institutos de Belleza, Gimnasios y similares aprobada por Orden del 28 de febrero de 1974, y en el sentido siguiente:

Artículo 12-C)-5 y D)-1 sustituir la expresión Manicura, Pedicura y Depiladora por "Pedimanicura y Depiladora".

Artículo 20 - 2).C). Segundo párrafo.– Sustituir "Manicura y Pedicura" por "Pedimanicura".

Anexo I - II. Profesionales - C) En Institutos de Belleza Apartado penúltimo. Cambiar los términos "Manicura, Pedicura y Depiladora" por "Pedimanicura y depiladora".

Anexo I - II. Profesionales - D). Sustituir "En Salones de Manicura, Pedicura y Depilación" por "En salones de Pedimanicura y Depilación".

Id. id. primer párrafo, cambiar "Manicura, Pedicura y Depiladora" por "Pedimanicura y Depiladora".

Id. id. segundo párrafo, Sustituir "... a las órdenes de una Manicura, Pedicura y Depiladora" por "... a las órdenes de una Pedimanicura y Depiladora".

Madrid, 16 de Abril de 1982

EL PRESIDENTE

EXCMO. SR. MINISTRO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL. MADRID.

ILUSTRE COLEGIO OFICIAL
DE AYUDANTES TECNICOS SANITARIOS
Y DIPLOMADOS EN ENFERMERIA
Conde de Romanones, 10
Teléfonos 228 05 14 - 230 84 70
M A D R I D - 1 2

Excmo. Sr.:

Para su conocimiento y efectos oportunos, adjunto se remite fotocopia de la moción presentada en este Colegio Oficial por los profesionales podólogos, en asamblea celebrada el 1/4/82.

Madrid, 19 de Abril de 1982.

EL SECRETARIO.

Victor Barranco.

V.º B.º
EL PRESIDENTE

Fdo.– Adolfo Casajus.

Excmo. Sr. Ministro de Trabajo y Seguridad Social.

Ilmo. Sr.

ELEUTERIO ENRIQUE GONZALEZ GOMEZ, mayor de edad, casado, con domicilio en Madrid calle de Embajadroes 163, en su condición de PRESIDENTE DE LA AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA.

EXPONE: que el día 17 del mes de Abril, se ha presentado en el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social el escrito cuya copia se acompaña, en el que se interesa –en razón a lo contenido en el mismo– se cambie la denominación de "Manicura, Pedicura y Depiladora" que aparece en la Ordenanza de 28 de febrero de 1974, por la de "Pedimanicura y Depiladora".

Los motivos que aconsejan al alterar dicha denominación, se detallan, como queda dicho, en el expresado escrito. Sin enbargo, dado que las disposiciones en que se apoya la correspondiente petición, han sido

dictadas por el Ministerio de la Gobernación que entonces tenía a su cargo la concerniente a los Practicantes y Ayudantes Técnicos Sanitarios, ahora adscrito a ése Departamento.

SUPLICO a V.I. tenga a bien mantener los correspondientes contactos con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social a fin de que se proceda a la rectificación pretendida, conforme es de justicia.

Madrid, 17 de Abril de 1982

EL PRESIDENTE

ILMO. SR. SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y CONSUMO. DEL MINISTERIO DE SANIDAD.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

Subsecretaría para la Sanidad

Se ha recibido oficio de V.S. de 17 del actual en el que solicita que se mantengan los correspondientes contactos con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social a fin de que se proceda a la rectificación de una denominación que aparece en la Ordenanza de 28 de Febrero de 1974, de "Manicura, Pedicura y Depiladora" por la de "Pedimanicura y Depiladora".

Esta Subsecretaría toma nota del contenido del referido escrito de súplica y de su Anexo correspondiente y procederá al estudio del mismo al objeto de considerar si ha lugar a la actuación recogida en los mismos, habida cuenta de que corresponde al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social la elaboración de las Ordenanzas laborales correspondientes.

Dios guarde a V.S.

Madrid, 22 de Abril de 1982.

EL SUBSECRETARIO PARA LA SANIDAD

Luis Valenciano Clavel.

Sr. D. Eleuterio Enrique González Gómez.– Presidente de la Agrupación de Podólogos de España. C/ de Embajadores, núm. 163. MADRID.

ASUNTOS INTERNACIONALES FEDERACION INTERNACIONAL DE PODOLOGIA

INFORME SOBRE LA FEDERACION INTERNACIONAL DE PODOLOGIA

Al plantearse con frecuencia el tema de nuestra participación como miembro activo en la vida internacional dentro del campo podológico.

Con fecha 12 de febrero de 1980, al amparo de la Ley de Asociaciones de 24 de diciembre de 1964; el Decreto de 20 de mayo de 1965; Orden de 25 de junio del mismo año; Ley de Procedimiento Administrativo de 17 de julio de 1958 y la Orden de 26 de Septiembre de 1977, previo informe del Ministerio de Sanidad y del Ministerio de Asuntos Exteriores. Se ha legalizado en España la Federación Internacional de Podología (F.I.P.), en la que está incluída la Agrupación de Podólogos de España, como miembros activos en la misma. Existiendo el problema del Mercado Común, y su posible ingreso a corto plazo de España.

Hay que meditar muy seriamente sobre lo que debe ser una estrategia inmediata de nuestro país en el campo internacional de la Podología, al encontrarse los paises miembros de la F.I.P. a **un nivel profesional y académico muy bajo y desigual**. Estamos absolutamente convencidos, que es necesario un estudio exhaustivo. Teniendo en cuenta que los **podólogos españoles** vamos a perder con el **libre ejercicio profesional** con los miembros del Mercado Común. Ya que la preparación técnica y científica que tiene el Podólogo en España, así como las atribuciones profesionales no la poseen los demás podólogos de Europa. Este fénómeno supone un gran peligro en el intercambio profesional con los paises miembros europeos del Mercado Común. Hábida cuenta, que el rango académico de éstos profesionales, es de Auxiliar; catalogándose en la mayoría como PROFESIONES ARTESANAS O DE FORMACION PROFESIONAL, parecido a la formación del AUXILIAR DE CLINICA, MANICURAS, ESTETICISTAS Y PELUQUERIAS. ¡Eso es la Pedicuría o Podología en Europa!. Ojo, con el espejismo de los nombres extranjeros en España que hacen impacto, y los españoles colectivamente, no tienen nada que hacer en el extranjero, por la tradición egoista y complejos de éstos paises. Hay que meditar, meditar. No hay que olvidar, que hasta el año 1980, no se ha legalizado la Federación Internacional de Podología, que durante casi veinte años ha caminado de forma extraoficial al no estar registrada en ningún organismo oficial de alguno de los paises miembros. Existiendo una Confederación Mundial de Podología que desapareció por encanto, como sucedió con los paises Sudamericanos.

Pertenecer a la Federación cuesta anualmente más de 200.000 Pts., hasta la presente, poco se ha logrado en lo que se refiere al nivel de estudios y atribuciones.

Estatutos de la F.I.P.

MINISTERIO DEL INTERIOR
DIRECCION GENERAL DE POLITICA INTERIOR
CS/CC/ASOCIACIONES

Con fecha 12-2-80 se ha dictado por este Ministerio la siguiente Resolución:

Visto el expediente sobre solicitud de inscripción en España de la FEDERACION INTERNACIONAL DE PODOLOGOS (FIP), de Barcelona; y

RESULTANDO: Que las Entidades que se relacionan a continuación:

ZENTRALVERBAND DER FUSSPFLECER DEUTSCHLANDS E.V., de Alemania.

VERBAND OSTERREICHISCHER FUSSPFLEGER SITZ SALZBURG, de Austria.

ASSOCIATION BELGE DES PODOLOGUES A.D.P., de Bélgica.

CHAMBRE BELGE DES PEDICURES MEDICAUX, de Bélgica.

AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA, de España, núm. nal. 4.681 y prov. 140.

FEDERATION NATIONALE DES PODOLOGUES, de Francia.

NEDERLANDSCH GENOOTSCHAP TOT BEBORBERING DER PODOLOGIE, de Holanda.

HOLLANDS VERBOND VAN CHIROPODISTEN de Holanda.

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR VOETVERZORGING, de Holanda.

SOCIETY OF CHIROPODISTS, de Inglaterra.

ASSOCIAZIONE NAZIONALE ITALIANA PEDICURE-PODOLOGY, de Italia.

CONSEIL DE L'UNION DES ASSOCIATIONS ROMANDES DE PEDICURES, de Suiza.

SCHEIZERISCHER PEDICURE-BERVAND, de Suiza.

acordaron en la reunión celebrada en Barcelona (España) el día dos de Junio de 1979 constituir la Federación Internacional de Podólogos (FIP), fijando su sede en la ciudad de Barcelona, calle Diputación núm. 118, pral, segundo.

RESULTANDO: Que la Agrupación de Podólogos de España (Zaragoza) tiene legalmente reconocida en España su personalidad jurídica.

RESULTANDO: Que según el art. segundo de los Estatutos son sus fines: "1.– Asegurar la representación internacional de los podólogos y la protección interprofesional y la evolución de la Podología. 2.– Recoger toda la información y conocimientos que provengan de los paises miembros, en el terreno de los tratamientos de pies, con el fin de dar oportuna comunicación de ello, para su información, a las Asociaciones miembros. 3.– Como fin principal, el reconocimiento por los gobiernos respectivos de la profesión de Podólogo, tanto a nivel profesional como en los tratamientos de los pies".

RESULTANDO: Que la Federación carece de patrimonio fundacional, el límite máximo del presupuesto anual se fija en un millón de ptas, y tiene previsto como ámbito de actuación el correspondiente a los países cuyas asociaciones se integran en la Federación Internacional de Podólogos.

RESULTANDO: Que en las actuaciones consta el informe favorable del Gobierno Civil de Barcelona, del Ministerio de Sanidad y del Ministerio de Asuntos Exteriores.

VISTOS: La Ley de Asociaciones de 24 de Diciembre de 1964; el Decreto de 20 de Mayo de 1965; la Orden de 25 de Junio del mismo año, la Ley de Procedimiento Administrativo de 17 de Julio de 1958 y la Orden de 26 de Septiembre de 1977.

CONSIDERANDO: Que con arreglo al artículo tercero, párrafo quinto, de la Ley de Asociaciones, este Ministerio es competente para resolver sobre la procedencia de la inscripción solicitada.

CONSIDERANDO: Que los fines que persigue y los medios que utiliza esta asociación son lícitos y se ajustan al ordenamiento jurídico.

CONSIDERANDO: Que la asociación tiene carácter y estructura organizativa civil y sus fines y medios están señalados con claridad en los Estatutos, no incurriendose en transgresión al ordenamiento constitucional.

Esta Dirección General por delegación del Excmo. Sr. Ministro, resuelve inscribir a la FEDERACION INTERNACIONAL DE PODOLOGOS, de Barcelona y visar sus Estatutos reconociendo su personalidad jurídica en el ámbito territorial de soberanía nacional y sin prejuzgar la actividad que desarrolle en otros paí-

Lo que con devolución de un ejemplar de los Estatutos devidamente visados, tralsao a Vd. para su conocimiento.

Dios guarde a Vd.

Madrid,

EL JEFE DEL SERVICIO

Sr. D. Leonardo Escachs Clariana. c/ Consejo de Ciento, 255, primero, puerta primera BARCELONA.

CAPITULO PRELIMINAR

ARTICULO 1°.–

Con el nombre de Federación Internacional de Podólogos, se crea una Asociación de carácter civil sin ánimo de lucro, cuyos fines y objetivos se determinan en el artículo tercero y cuarto de los estatutos. Esta Asociación tendrá, con arreglo a las Leyes, personalidad jurídica propia, y gozará de capacidad de obrar plena.

ARTICULO 2°.–

La actuación de la Federación Internacional de Podólogos, se ajustará a los presentes estatutos a lo dispuesto en la Ley de Asociaciones de 24 de Diciembre de 1964 y normas complementarias de la misma, quedando excluída de la Ley de primero de Abril de 1977, de Asociaciones Profesionales.

CAPITULO PRIMERO
OBJETO SOCIAL Y FINES ESPECIFICOS DE LA ASOCIACION

ARTICULO 3°.–

Son fines de esta Asociación, el fomento de todo lo relacionado con la Podología, en sus aspectos técnico, cultural, científico y de investigación.

ARTICULO 4°.–

Para la consecución de sus fines, la Asociación realizará las siguientes actividades:

a) Fomentar la difusión y orientación de la Podología.

b) Establecer contacto con otras asociaciones con fines análogos.

c) Organizar Congresos, Convenciones, etc.

d) Cultivar y mantener constante relación entre los miembros de la Asociación para la superación técnico-científica de los mismos.

e) Estimular la divulgación de la Podología a través de publicaciones, libros, revistas, etc.

f) La promoción de investigaciónes y trabajos personales de los asociados relacionados con la Podología, cuya aplicación de métodos, sistemas o adelantos redunde en beneficio de la Sociedad.

CAPITULO SEGUNDO
DEL DOMICILIO DE LA ASOCIACION

ARTICULO 5°.–

Esta Asociación tendrá su domicilio social en la calle **Diputación núm. 118, principal segundo, puerta segunda, de Barcelona,** pudiéndose establecer delegaciones de la Asociación por acuerdo de la Asamblea General, en localidades en que se desarrolle su actividad.

CAPITULO TERCERO
DEL AMBITO TERRITORIAL DE ACCION PREVISTO PARA LA ASOCIACION

ARTICULO 6°.–

El ámbito territorial de acción previsto para la Asociación es el correspondiente a los paises cuyas asociaciones se integran en el F.I.P.

CAPITULO CUARTO
ORGANOS DIRECTIVOS

ARTICULO 7°.–

La Asociación será regida por:

– 1°) La Asamblea General.
– 2°) La Junta Directiva.

ASAMBLEA GENERAL

ARTICULO 8°.–

El Organo supremo de la Asociación, será la Asamblea General, integrada por dos Delegados de cada

Asociación de la F.I.P. la cual se reunirá necesariamente en sesión ordinaria una vez al año, al menos, pudiendo reunirse en forma extraordinaria en los casos previstos en los artículos siguientes.

SESION ORDINARIA

ARTICULO 9º.–

Se celebrará debidamente convocada antes del 31 de Marzo de cada año.

En la misma se tratará, fundamentalmente, de los siguientes temas:

a) Aprobación de las cuentas del ejercicio anterior.

b) Aprobación del presupuesto para el ejercicio que comience.

c) Revisión de la cuota anual de los asociados, si se estima pertinente.

d) Exposición de las actividades desarrolladas en el ejercicio que determinen y proposición de las que pretendan realizarse en el nuevo.

SESION EXTRAORDINARIA

ARTICULO 10º.–

Podrá ser convocada por el Presidente o por quien desempeñe sus funciones, por la Junta Directiva, o a instancia razonada de un mínimo del 25 por ciento de los Asociados, dirigiéndose ésta al Presidente.

Corresponde a la Asamblea convocada con carácter extraordinario:

1. Disposición y enajenación de bienes.
2. Nombramientos de Juntas Directivas.
3. Nombramientos de administradores o representantes.
4. Acuerdos para admitir la integración de nuevas Asociaciones de Podólogos.
5. Modificaciones estatutarias.
6. Disolución de la Asociación.
7. Expulsión de miembros.
8. Decidir sobre otros asuntos que hayan sido propuestos razonadamente.

CONVOCATORIA Y CONSTITUCION

ARTICULO 11º.–

La Asamblea General será convocada, en todo caso, por el Presidente de la Junta Directiva, tanto en sesión ordinaria como extraordinaria. En la convocatoria se consignará necesariamente el temario a tratar y el orden en que han de ser examinados los distintos asuntos propuestos.

La Asamblea General, tanto ordinaria como extraordinaria, quedará válidamente constituída, en primera convocatoria, cuando concurran a ella, presentes o representados, la mayoría de los asociados, y, en segunda convocatoria, cualquiera que sea el número de Asociados concurrentes.

Entre la convocatoria y el día señalado para la celebración de la Asamblea General en primera convocatoria, habrán de mediar, al menos, quince días, pudiendo, así mismo, hacerse constar la fecha, en la que, si procediese, se reunirá la Asamblea General en segunda convocatoria sin que entre una y otra reunión pueda mediar un plazo inferior a una hora.

En el supuesto de que no se hubiera previsto en el anuncio la fecha de la segunda convocatoria, deberá ésta ser hecho con ocho días de antelación a la fecha de la reunión.

ADOPCION DE ACUERDO

ARTICULO 12º.–

Los acuerdos de la Asamblea General serán adoptados de conformidad con los siguientes principios:

a) Por mayoría simple de los asistentes a la misma, una vez válidamente constituída, según el artículo anterior, y

b) Por mayoría de las dos terceras partes de los Asociados presentes o representados, en los casos en que necesariamente debe reunirse la Asamblea en sesión extraordinaria, y que determina el artículo 10 de estos estatutos.

c) Cuando se trate de la expulsión de miembros se estará a lo señalado en el artículo 29.

El número de votos para cada Delegado de Asociación miembro queda establecido de la siguiente forma:

1. Asociaciones hasta 500 miembros, 1 voto por cada Delegado.
2. Asociaciones de 501 a 1.500 miembros, 2 votos por cada Delegado.
3. Asociaciones de más de 1.500 miembros, 3 votos por cada Delegado.

COMUNICACION DE LAS REUNIONES

ARTICULO 13º.–

Deberá comunircarse al Gobierno Civil de Barcelona, con setenta y dos horas de antelación, la fecha y hora en que hayan de celebrarse las sesiones de la Asamblea General, tanto ordinaria como extraordinaria, con expresión del orden del día, según art. 14-2º del Decreto 1440/65 de 20 de Mayo, o se procederá con arreglo a lo que dispongan las Leyes y Decretos en cada momento vigentes.

JUNTA DIRECTIVA

ARTICULO 14º.–

La Junta Directiva es el órgano ejecutivo, rector de la Asociación, debiendo rendir cuentas de su actuación ante la Asamblea General, bien en sesión ordinaria, bien en sesión extraordinaria cuando lo solicite, en este último caso un mínimo del 25 por ciento de los asociados, en propuesta razonada dirigida al Presidente.

COMPOSICION

ARTICULO 15º.–

La Junta Directiva estará integrada por:

1. El Presidente.
2. El Vicepresidente.
3. El Secretario.
4. El Tesorero.
5. Dos Vocales.

ELECCION

ARTICULO 16º.–

Primero.– La elección para designar los distintos cargos de la Junta Directiva, se realizará en Asamblea General y en sesión extraordinaria.

Segundo.– La duración del mandato de los cargos directivos será de dos años, pudiendo ser reelegidos sin limitación alguna.

Tercero.– Los miembros de la Junta Directiva desempeñarán su cargo con carácter absolutamente gratuíto.

FUNCIONES DE LA JUNTA DIRECTIVA

ARTICULO 17º.–

Corresponde a la Junta Directiva:

a) Representar a la Asociación.

b) Cumplir y hacer cumplir las normas estatutarias.

c) Redactar la Memoria anual.

d) Confeccionar y presentar a éxamen y aprobación de la Asamblea General, en su caso, el balance y presupuesto anual de ingresos y gastos.

c) Ejecutar los acuerdos de la Asamblea General.

f) Administrar los fondos y patrimonoio de la Asociación con el debido celo.

g) Proponer la baja del asociado que no cumpla con sus obligaciones.

h) Desarrollar cuantas actividades y gestiones tiendan o contribuyan al cumplimiento de los fines de esta Asociación.

i) Presentación de presuntos nuevos asociados a la Asamblea General para su admisión.

FUNCIONES DEL PRESIDENTE

ARTICULO 18º.–

Corresponden al Presidente:

a) Representar con plenos poderes a la Asociación en Juicio y fuera de él.

b) Convocar y presidir las reuniones de la Asamblea General y de la Junta Directiva.

c) Fijar el orden del día.

d) Ordenar los pagos que sean procedentes.

e) Firmar con el tesorero los cheques recibidos y otros documentos análogos.

f) Autorizar con su Vº Bº las actas levantadas por el Secretario y las certificaciones expedidas por la Junta Directiva.

g) Actuar de moderador en Asamblea General o reuniones de la Junta Directiva.

h) Ostentar el voto de calidad, para decidir con el mismo, en caso de que se produjese empate en las votaciones celebradas para resolver asuntos examinados por la Junta Directiva, válidamente, constituída en sesión.

FUNCIONES DEL SECRETARIO

ARTICULO 19º.–

Corresponden al Secretario:

a) Actuar como tal en las reuniones, tanto de la Junta Directiva como de la Asamblea General, levantando las actas oportunas.

b). Asistir al Presidente para redactar el orden del día y cursar las convocatorias.

c) Llevar los libros ficheros a que hacer referencia el artículo siguiente.

d) Redactar la Memoria anual.

e) Custodiar el archivo de la Asociación.

FUNCIONES DEL TESORERO

ARTICULO 20º.–

Corresponden al Tesorero:

1. Custodiar los fondos de la Asociación, respondiendo de las cantidades de que se haya hecho cargo, conservando en caja aquellas que la Junta Directiva estime oportunas para el desenvolvimiento normal de la Asociación, ingresando las demás en Entidades bancarias o de ahorro y crédito en cuenta corriente abierta a nombre de la Asociación, de la que no se podrán extraer fondos salvo por cheques, talones o transferencias autorizadas por el Presidente o quien haga sus veces y el Tesorero, quienes firmarán los documentos correspondientes.

2. Hacerse cargo de las cantidades que ingrese la Asociación, archivando los libramientos que se hagan efectivos, con sus justificantes.

3. Llevar la hoja de cuentas corrientes con la Entidad bancaria o de ahorro respectiva.

4. Satisfacer los libramientos expedidos con el Vº Bº del Presidente.

5. Entregar, dentro de los cinco primeros días de cada més al Presidente un extracto de pagos e ingresos habidos en el més anterior.

6. Intervenir en todas las operaciones contables de la Asociación revisando e informando en todas las cuentas rendidas.

ARTICULO 21º.–

Los vocales colaborarán con los demás miembros de la Junta Directiva en las tareas necesarias para el mejor desenvolvimiento de la Entidad, pudiendo sustituir al Vicepresidente, Secretario y Tesorero.

REUNIONES DE LA JUNTA DIRECTIVA

ARTICULO 22º.–

La Junta Directiva podrá reunirse cuantas veces fuera necesario y así lo estime oportuno, y, en cualquier caso, cuando sea convocada por el Presidente o Vicepresidente en funciones de Presidente o por solicitud al Presidente de forma razonada por tres al menos, de sus miembros, siendo necesario en todo caso fijar el orden del día en la convocatoria. Estando obligados los miembros a asistir a ella y determinando su cese o relevo la inasistencia a más de dos Juntas.

CONSTITUCION VALIDA

ARTICULO 23º.–

Para que la Junta Directiva quede válidamente constituída en sesión, se requiere la asistencia, al menos, de tres de sus miembros, en primera convocatoria, el Presidente o Vicepresidente entre ellos. De no llegarse a ese número de asistentes, se reunirá la Junta en segunda convocatoria, media hora después, siendo válidos los acuerdos adoptados en ella siempre que asistan a la misma trés, al menos dos de sus miembros y entre ellos figure el Presidente, el Vicepresidente o el Secretario.

ADOPCION DE ACUERDOS

ARTICULO 24º.–

La Junta Directiva, válidamente constituída, adaptará sus acuerdos con mayoría simple de los asistentes.

En caso de empate a votos decidirá el voto de calidad del Presidente, o del Vicepresidente en ausencia del anterior o, en su defecto, el Secretario.

IMPUGNACION DE LOS ACUERDOS Y ACTUACIONES

ARTICULO 25º.–

Los asociados podrán impugnar los acuerdos y actuaciones de la Asamblea que sean contrarios a los Estatutos, dentro del plazo de 40 días a partir de la fecha de su adopción, instando su anulación o suspen-

sión preventiva, en su caso, o acumulando ambas pretensiones por los trámites establecidos por la Ley de Enjuiciamiento Civil, sin perjuicio de los demás dispuesto a estos efectos en los artículos 6-6º de la Ley 1964 y 12 del Decreto de 1965, así como los concordantes con ellos.

CAPITULO QUINTO
DE LOS ASOCIADOS
ADMISION

ARTICULO 26º.–

Para ingresar en la Federación Internacional de Podólogos que se constituye, con el carácter de asociados de pleno derecho, se considera requisito indispensable ser una Asociación legalmente reconocida que se identifique con los fines de ésta asociación, y el pago de la cuota de ingreso que esté estipulada.

ARTICULO 27º.–

El ingreso se efectuará mediante solicitud escrita del miembro aspirante con justificación de las circunstancias señaladas en el artículo anterior, dirigida a la Junta Directiva que la examinará y decidirá sobre su presentación a la Asamblea General, exigiendo, en su caso, el ingreso de la cuota de entrada.

ARTICULO 28º.–

La condición de asociado no es transferible por ningún concepto.

BAJA

ARTICULO 29º.–

La cualidad de socio se perderá:

a) Por voluntad de la asociación miembro manifestada por escrito, con anterioridad al 30 de Septiembre del correspondiente año.

b) Automáticamente, por no abonar las cuotas correspondientes a dos años consecutivos.

c) Por incumplimiento de los Estatutos, de los acuerdos adoptados por las personas y organismos a quienes les está encomendado el gobierno de la Entidad siempre que la Asamblea General así lo decida por mayoría de las trés cuartas partes de los Delegados presentes o representados.

DERECHOS

ARTICULO 30º.–

Son derechos de los asociados:

1. Tomar parte con voz y voto en las reuniones de la Asamblea General.

2. Poder ser elegidos para los cargos de la Junta Directiva.

3. Solicitar de la Junta Directiva cuantas aclaraciones e informes estimen convenientes sobre el estado de administración y contabilidad de la Asociación, mediante instancia razonada y suscrita por una tercera parte de los asociados o directamente por cualquiera de ellas en las reuniones de la Asamblea General.

4. Disfrutar del local y bienes de la Asociación, exigiendo la adecuada conservación de las mismas.

5. Ser beneficiario de cuantas actividades se desarrollen para el cumplimiento de los fines dela Asociación.

6. Ser informado de cuantos progresos se realicen en el terreno científico en el ámbito de la Podología.

DEBERES

ARTICULO 31º.–

Es obligación de los Asociados:

1. Cumplir los estatutos y observar las decisiones que aprueben la Asamblea General.

2. Satisfacer aquellas cuotas o pagos que figuren en los estatutos así como las que puedan ser fijadas ulteriomente por la Asamblea General.

3. Aceptar y desempeñar con el mayor celo y diligencia posible los cargos asociativos.

4. Observar buena conducta en su calidad de asociado.

5. Abstenerse de actividades perjudiciales para la Asociación, dentro o fuera de ella, o que de alguna forma obstaculicen el cumplimiento de los fines que les son propios.

6. Asistir a los actos asociativos para los que sean convocados.

CAPITULO SEXTO
PATRIMONIO FUNDACIONAL

ARTICULO 32º.–

A) La Asociación carece de patrimonio fundacional.

b) La Asociación se constituye con un patrimonio fundacional de (.....) pesetas, procedentes de las aportaciones de los Fundadores.

d) El límite máximo del presupuesto anual es de un millón de pesetas, salvo acuerdo de modificación en la Asamblea General.

CAPITULO SEPTIMO
RECURSOS ECONOMICOS

ARTICULO 33º.–

Los recursos económicos de la Asociación serán los siguientes:

a) Las cuotas, tanto ordinarias como extraordinarias que establezcan la Asamblea General, o, en caso de urgencia, la Junta Directiva, la que deberá dar cuenta a la Asamblea General en la primera sesión que se celebre.

b) Las donaciones, subvenciones, herencias y legados que reciba.

c) El producto de sus bienes patrimoniales.

CAPITULO OCTAVO
DISOLUCION

ARTICULO 34º.–

La Asociación se disolverá por acuerdo de la Asamblea General Extraordinaria, en la forma establecida en estos Estatutos por las causas determinadas en el artículo 39 del Código Civil y por sentencia judicial.

. En caso de disolución de la Entidad, la Junta Directiva se constituirá en comisión liquidadora, la cual, una vez realizados los derechos y obligaciones pendientes, destinará el remanente del patrimonio social a centros benéficos que posean un departamento de Podología.

* * *

INFORME DE LA ASESORIA JURIDICA SOBRE EL REGIMEN DE LA FEDERACION INTERNACIONAL DE PODOLOGOS

La Federación Internacional de Podólogos, al igual que la Agrupación de Podólogos de España, está sometida a la Ley de 24 de Diciembre de 1964 y a lo establecido en el Decreto de 20 de Mayo de 1965.

En tal sentido **preceptivamente se han de cumplir** las siguientes obligaciones:

Primero.– Llevar un fichero y libro de registro de los nombres, apellidos, profesión y domicilio de los asociados.

Segundo.– Llevar un libro registro de socios y los libros de actas, y de contabilidad de la Asociación, que han de diligenciarse en el Gobierno Civil de la provincia, donde se halle domiciliada la Asociación.

Tercero.– Consignar en el libro de actas, las reuniones de los órganos colegiados (asamblea general, junta de gobierno, etc.) **con expresión de la fecha, asistentes a las mismas, asuntos tratados y acuerdos adoptados. Estas actas serán suscritas por las personas que determinen los Estatutos y, en cualquier, caso, por el Presidente y el Secretario.**

Cuarto.– Comunicar al Gobierno Civil de la provincia, donde se haya domiciliado la Asociación, la fecha de celebración de las reuniones y el orden del día con 72 horas de antelación.

Quinto.– Remitir a la citada autoridad, los escritos que proceda, haciendo expresión de los acuerdos adoptados.

Sexto.– Seguir los libros de contabilidad, anotando en los mismos, los ingresos y gastos que se produzcan.

Séptimo.– Formalizar anualmente en el mes de enero, un estado de cuentas de sus ingresos y gastos, que pondrán de manifiesto a todos los asociados, enviando una copia del mismo al Gobierno Civil, dentro de los 5 días siguientes a su formalización.

Octavo.– Consignar en todas las publicaciones, publicidad, **impresos, manifiestos y demás documentos circulares de propaganda, divulgación y comunicación, al pie de los mismos, los nombres y apellidos del Presidente y el Secretario del órgano emisor del documento.**

El cumplimiento de lo antes recogido, debe observarse rigurosamente y además, habrá de comunicarse al Gobierno Civil los acuerdos que se adopten y determinen una modificación de los Estatutos de la entidad.

Como queda dicho, la Federación ha de observar y cumplir las exigencias en cuestión.

En lo que respecta al lugar de las reuniones de la Federación, no se aprecia ningún impedimento para celebrarlas fuera de España. Si bien es cierto, que la disposición adicional segunda de la Ley 24 de diciembre de 1964, establece que las "Asociaciones no podrán formar parte de Agrupaciones o entidades de caracter internacional", no lo es menos que el expediente del Ministerio del interior sobre la Federación Internacional, recoge en eu primer resultado, a la Agrupación de Podólogos de España, con lo que aparece legalizada su integración, y de otra parte, el artículo sexto de los Estatutos de la Federación, establece que el ámbito territorial de acción previsto para aquella, es el correspondiente a los paises cuyas asociaciones se integran en la misma.

De ello se infiere, que las reuniones pueden tener su desarrollo en cualquiera de los paises, es decir, en Alemania, Austria, Bélgica, España, Francia, Holanda, Inglaterra o Suiza, **pero no en otros.** De cualquier modo y dado que el domicilio se encuentra en España, **calle de la Diputación 118 de Barcelona,** todo lo concerniente a las notificaciones al Gobierno Civil, debe cumplirse en sus propios términos, aunque las reuniones se celebren fuera de España.

Domicilio Social: Calle Coso, 77 - ZARAGOZA (España).

Presidencia: Sr. EMONET. PARIS (Francia).

Secretaría: 70, rue St. Didier - 75116 París.

Tesorería: M.S. ANFRAY - S.P.V. ZURICH (Suiza).

Sede Administrativa: F.I.P. 163 rue St. Honoré - 75001 París.

Aparte de lo expuesto, la Federación tiene su domicilio en Barcelona, Sede Social en Zaragoza, pero la Secretaría está en otra ciudad y en país diferente la Presidencia y la Tesorería en país diferente. No es recomendable que esto suceda así, por el control de todas las actividades que difícilmente pueda alcanzarse con ésta dispersación y sus dificultades en el cumplimiento de las funciones que para la Junta Directiva se describen en el art. 17, especialmente en lo que inciden en su apartado c). Redactar la Memoria actual e) Ejecutar los acuerdos de la Asamblea General y f) Administrar los fondos y patrimonio de la Asociación con el debido celo. Pero ésto no quiere decir que necesariamente, aunque sería lo correcto, la **Junta Directiva tenga que reunirse en España sino que puede**

actuar en otro país, ya que se sospecha que con dos convocatorias al año, se liquidarán todos los temas.

Otro punto es el relativo al actual domicilio en Barcelona de la Federación, esto plantea algún problema, pues según leo, los restantes miembros de la Federación, obedecen a **entidades nacionales salvo la de Inglaterra**, que conforme al expediente, no se refiere a la totalidad de la Nación.

Referente a la C.L.P.C.E. y E.F.T.A., al ser una Asociación Científica y Técnica, es admitida eceptuando la profesional, que corresponde a la Ley 19/1977 de primero de Abril de Asociaciones Profesionales. No es probable su inclusión en la Federación Internacional de Podología.

La redacción actual de los mencionados Estatutos, obedece tal como se expresa en su art. segundo, a los principios señalados en la Ley de 24 de diciembre de 1964, y queda excluída de la Ley 19/1977 de primero de Abril, que regula las Asociaciones Profesionales y conforme a la cual se han redactado los Estatutos de la proyectada Asociación Española de Podólogos.

La Federación Internacional de Podólogos, es de caracter científico y técnico, realmente lo que se quiere, es continuar en dicha situación o por el contrario encauzarla en la normativa de las Asociaciones Profesionales. Y sobre éste punto, habrá de decidirse lo que proceda para adoptar los consecuentes criterios.

Al margen de lo dicho, cabe hacer un análisis sobre los artículos del Estatuto actual, según se expone a continuación:

La redacción del art. tercero, da un **caracter fundamentalmente científico y técnico a la Federación, que a nuestro juicio debe de mantenerse**, por su ámbito internacional, ya que de momento, y hasta que España entre en el Mercado Común, no parece deducirse situaciones que puedan afectar a la movilidad de los correspondientes afectados, es decir, **las posibilidades de ejercer en paises distintos con las mismas facultades de quienes se encuentran en su correspondiente nación.** Esto, además, tendría su correspondencia con los convenios de los respectivos Ministerios de Educación o Enseñanza.

Aunque es tema que, como queda dicho, tiene una notación exclusivamente profesional, **no sería un disparate el abordarlo en el próximo Congreso por medio de una ponencia.**

OBSERVACION DEL ESTATUTO DE LA FEDERACION INTERNACIONAL DE PODOLOGOS

Primero.– Los Estatutos se refieren exclusivamente a las formalidades que deben observarse en el régimen de las sesiones o las funciones de los órganos colegiados, a los requisitos para la validez de los acuerdos, a la adquisición y pérdida de la condición de socios, a su patrimonio, etc.

Pero fuera de éste contenido, **puramente formal**, adelece de lo que debiera ser sustancial, en orden a las reuniones.

Estas sesiones ordinarias a que se refiere el art. noveno, deben presentar una relación con los fines o actividades recogidas en el art. cuarto, especialmente en sus apartados a), d), e) y f).

Solo en el art. 9-d), se hace una somera mención para exponer las actividades desarrolladas en el ejercicio que termina y proposición de los que pretendan realizarse en el mismo, pero a nuestro juicio, esto no basta.

En estas sesiones ordinarias, no solamente debe exponerse la actividad desarrollada por la propia Federación Internacional que sospechamos consistirá en lo que ha sucedido durante el año anterior y se remitirá a la reunión que tuvo lugar entonces. Queda muy limitado lo que pueda exponerse al respecto. **¿O es que también se da cuenta de lo que cada Agrupación ha hecho en su País por cada una de la entidades?**. Si es así, se observa como en Bélgica existen dos Agrupaciones, en Holanda y en Suiza otras dos. Se entiende que partiendo de la base de que la Federación tiene un caracter técnico-científico, **deberían nombrarse unas ponencias sobre temas específicos para que cada año presentaran para su estudio y debate en la reunión ordinaria y después hacer las pertinentes recomendaciones a los países integrados en la Federación.** Este es un criterio que se sigue en todas las conferencias internacionales y que ha dado unos buenos resultados.

A título de ejemplo, puede hacerse el siguiente apunte: **¿Los podólogos de todos los paises federados ostenta título de escuela universitaria?, si no es así, sería un excelente tema para una ponencia en tal sentido y dar las soluciones para que se consiga alcanzar éste objetivo. De ahí para alante, todo cuanto afecte, repito, a los aspectos técnicos y científicos de la podología.**

Esto claro está, **requiere un minucioso estudio y la correspondiente comunicación previa a las entidades federales, mediante el envio de dicha ponencia**, y que de éste modo puedan preparar aquello que al respecto estimen necesario modificar, alterar o complementar. Dedicándose al estudio específico de un tema: las **conclusiones que se adopten podrían servir como ponencia en la inmediata reunión internacional.** Si esta tiene lugar con posterioridad a aquella y da tiempo a preparar la documentación que debe remitirse a los federados.

A los efectos indicados, sería conveniente añadir al art. noveno un apartado e) con la siguiente redacción: "Señalar el tema técnico o científico que con caracter fundamental será objeto de estudio y discusión en la siguiente Asamblea General, fijando cual de las enti-

dades federadas habrá de presentar la respectiva ponencia". "La Junta Directiva cursará anualmente las recomendaciones a las entidades federadas, según las conclusiones que se acuerden. Estas recomendaciones recogerán las determinaciones a que se haya llegado respecto al tema técnico o científico debatido".

OBSERVACIONES SOBRE LOS DIRECTIVOS DE LA FEDERACION INTERNACIONAL DE PODOLOGOS

Primero.– Según el art. octavo de los Estatutos, la Asamblea General estará integrada por dos Delegados de cada Asociación de las detalladas en la Resolución Ministerial. Como son trece las Asociaciones, aparece claro que formarán parte de aquella veintiseis miembros. Se supone que para ello tendrán la correspondiente acreditación de la entidad donde se encuentran asociados.

Segundo.– La Junta Directiva, estará integrada por seis miembros: el Presidente, el Vicepresidente, el Secretario, el Tesorero y dos Vocales (artículo 15), cuyos cargos tendrán una vigencia de dos años, pudiendo ser reelegidos sin limitación alguna (art. 16).

Pero ésta elección se lleva a término en Asamblea General extraordinaria por mayoría de los dos tercios de los asociados presentes o representados, lo que en el caso de asistir veintiseis Delegados o de estar representados algunos de ellos, se cubrirá el porcentaje con diecisiete personas que votarán a favor de su candidato y tendrían validez los acuerdos adoptados.

Sin embargo, este principio puede sufrir en cuanto a los votos, alteraciones pintorescas, pues ante el número de votos que se señalan para cada Delegado, de asistir los dos previstos en el art. octavo, y hacer uso de su derecho, en el caso de ser éstos pertenecientes a una entidad de quinientos miembros y no acudir más que un Delegado de otra Asociación de quinientos uno a mil quinientos, se equipararían como empate las votaciones. Esta fórmula aplicada en otros supuestos, daría unas consecuencias muy variables, que sólo se corregirían con la presencia o representación de todos los Asambleistas.

Se desconoce como hasta la fecha se han llevado a término los nombramientos, pero según los Estatutos es evidente que cada dos años deberá celebrarse Asamblea extraordinaria para la elección de la Junta Directiva, y si así no se ha hecho, habrá de plantearse en la próxima reunión.

Tercero.– En lo que afecta al art. noveno, incorporar un apartado e) con la redacción siguiente:

"Art. noveno-e). Señalar el tema técnico-científico sobre Podología, cuyo tratamiento y deliberación será objeto de la próxima reunión de la Asamblea General y determinar la entidad que haya de formular la respectiva ponencia".

Cuarto.– El art. 16 en su párrafo tercero, señala que los miembros de la Junta Directiva, desempeñarán su cargo con caracter absolutamente gratuito.

La interpretación que ha de darse a tal precepto, conduce a que lo realmente grautito sea el cargo, el ejercicio de la función, la cual no tendrá retribución alguna. Pero esto no puede impedir, lógicamente, que los gasots de viaje y alojamiento con motivo de las reuniones, asi como otros de representación, que en el mejor de los supuestos alcanzarían sólo al Presidente, no puedan hacerse efectivos con cargo al presupuesto que regula el art. 33, cuya cuantía no puede superar el millón de pesetas.

Es imprescindible éste párrafo para efectos Estatutarios y obligaciones de la Tesorería. La fijación de las indemnizaciones o gastas de representación. Hábida cuenta de su **justificación económica** en los estados contables.

Ahora bien, queda por determinar quienes son aquellos que han de disfrutar de tales beneficios o, mejor dicho, compensaciones. A mi entender serán todos los miembros de la Junta Directiva, cuando se desplacen desde el lugar de su residencia habitual a la población donde hayan de celebrarse las reuniones de la Junta Directiva o de la Asamblea General. El Presidente tendrá, además, unos limitados gastos de representación a señalar en el presupuesto y por el importe que se acuerde.

Esta interpretación no puede hacerse extensiva a aquellos viajes y a los consecuentes gastos de alojamiento que puedan derivarse de la asistencia a las reuniones de la Asamblea General que tengan que realizar los Delegados de cada una de las entidades Federadas, los cuales se harán efectivos por éstas últimas siempre y cuando, claro ésta, no sean miembros de la Junta Directiva.

Artículo 16.– A su actual redacción habrá de incorporarse un número cuarto en el que se exprese:

"4º).– El Vicepresidente sustituirá al Presidente en sus ausencias de cualquier naturaleza y tendrá entonces, los mismos derechos y obligaciones que aquél".

Y un número quinto donde se diga:

"5º).– Para la elección de los miembros de la Junta Directiva, cada entidad federada, con dos meses de antelación a la fecha en que se celebre la Asamblea General, propondrá a quien considere procedente de entre los pertenecientes a la propia Asociación o a otra cualquiera de las integradas. La propuesta de candidatos será unipersonal para cada uno de los cargos y se enviará al Presidente, el cual, a los quince días como máximo de haberlas recibido, las remitirá a todas las Asociaciones con indicación de los nombre de los candidatos para cada cargo, la entidad que los propone y la fecha en que haya de reunirse la Asamblea General a fin de celebrar las elecciones".

"Conforme a lo dispuesto en el art. 10.2 de los presentes Estatutos y según el "quorum" requerido

en el art. 12.b), se llevarán a término las votaciones, proclamándose a continuación los elegidos".

"En el supuesto de empate para alguno o algunos de los cargos, se repetirán las votaciones hasta dilucidar quien o quienes resulten elegidos".

REGIMEN ELECTORAL

La apertura del periodo electoral para cubrir la vacante o vacantes, se iniciará dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que aquellas se prodigaran. a) La vacante o vacantes que deban cubrirse. b) El día para la celebración de la selecciones, que tendrá lugar en un plazo no superior a los tres meses, a contar del acuerdo de apertura del periodo electoral. c) El sitio o local en que se celebre, deberán depositar el voto secreto en la Asamblea extraordinaria establecida para tal efecto. La fecha límite para la presentación de la candidatura, será de 45 días a partir de la apertura del periodo electoral.

Los miembros de la Junta a que se refiere este artículo, serán elegidos por votación secreta. Realizado el escrutinio tanto de los votos depositados por los presentes o por asignación de algunas de las delegaciones, se procederá a proclamar los elegidos por el mayor número de votos y en caso de empate, se llevará a efecto la segunda votación de asistentes y de no derimirse, se procederá a la suerte de empatados.

Seguidamente de celebradas las elecciones y realizada la proclamación de los miembros de la Junta Directiva, éstos tomarán posesión de sus cargos.

REGIMEN ELECTORAL

Conclusiones.–

En lo que respecta a las votaciones para elegir la Junta Directiva, basta con cumplir lo establecido en el art. 16, conforme a las particularidades del art. 12.

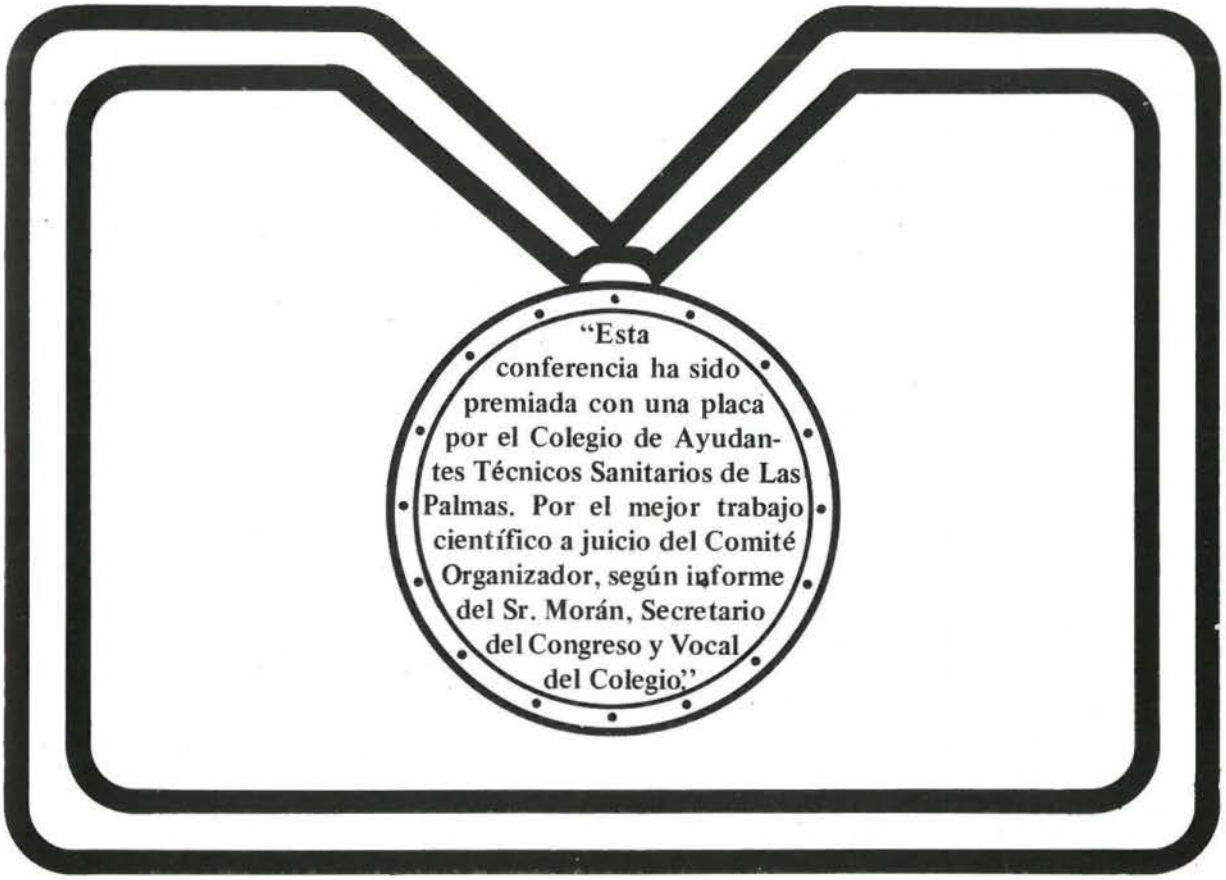
En tal sentido, quedan, quizás algunos puntos por concretar, y estos no son otros que los referentes a la proclamación de candidatos, lo que supone decir, en los propios Estatutos, como se presentan los aspirantes para cada uno de los puestos de la Junta Directiva. Siguiendo un régimen con apoyatura en otros supuestos análogos, resultaría aconsejable, que por las entidades Federadas, se propusieran los candidatos a los cargos en cuestión, al menos con dos meses de antelación a la fecha en que preceptivamente, según los Estatutos, haya de renovarse la Junta Directiva. Conforme las previsiones contenidas en las citadas normas, cabe que cada una de las entidades Federadas, proponga para los distintos cargos a quienes o quien les plazca, lo que significa que en un régimen democrático tan a la moda, traiga causa de lo que haya de resolverse mediante votación en la respectiva sesión.

En lo que afecta a las funciones de Vicepresidente, queda claro que éstas son las mismas del Presidente, cuando éste último se encuentre ausente en un concreto y determinado momento.

Todo ello conduce a que, si así se estima ante una próxima reunión de la Asamblea General, bien se denomine Congreso o de otra forma, se adopten los pertinentes acuerdos que en éste caso supondrían lo siguiente:

Según la anterior comunicación y en la misma línea, se ofrece como necesario hacer las siguientes reformas al Estatuto:

"Las conclusiones que se adopten en la reunión donde se trate el tema a debatir, se concretarán en las recomendaciones que deban circularse a las entidades federadas".



INTERPRETACION QUIRURGICA EN EL TRATAMIENTO DE LAS ONICOCRIPTOSIS

por J. ALONSO GUILLAMON
Podólogo

Antes de iniciar esta charla podológica, que me brinda la Organización del XIV Congreso Nacional de Podología, en el maravilloso marco Canario, quisiera expresar el reconocimiento más sincero y afectuoso a todas aquellas personas que de una forma u otra, han sido benefactores de nuestra profesión. Pero... hoy, de una manera muy singular a D. Leonardo Escachs que con su muerte rápida e inesperada cesaron todos sus impulsos, llenos de vitalidad, dedicados en la conducción de los designios de nuestra clase profesional.

Aquella ilusión, aquella lucha, aquella agudeza y brillantez de su pensamiento, con visión de presente y futuro permanecerá por mucho tiempo en la memoría de nosotros, con la seguridad de que su recuerdo, nos ayudará a conseguir la firmeza, aquella que él tenía, para que todos juntos logremos el asentamiento y desarrollo pleno de nuestra especialidad y poder comentar a las nuevas generaciones podológicas que su futuro se lo deben a muchas personas, pero de una manera muy especial, a las virtudes, donación y entrega de D. Leonardo Escachs Clariana.

El tratamiento de las Onicocriptosis es el tema que voy a intentar hablaros. Tema ungueal archi-conocido, por toda esta gran familia podológica, pero voy a

procurar desglosarlo, bajo un triángulo cuyo vértices podrían ser de: Objetividad, práctica y estadística.

Vamos a comentar que los procesos ungueales, suelen ser los trastornos más frecuentes dentro de la Patología del pie y podríamos decir que entre la patología ungueal. La onicocriptosis, la uña incarnada, uñero y onixis, son las que inciden con mayor asiduidad.

Por lo general éste problema no reviste una mayor importancia, sin embargo vemos que cuando el paciente no está orientado convenientemente la frecuencia de los fracasos aumenta considerablemente, al no existir una interpretación adecuada en la forma de ser tratados.

Mi impresión es que nuestros éxitos en las cuantiosas curaciones que frecuentemente todos realizamos, se amparan en el conocimiento de las estructuras que forma parte de todo el aparato ungueal, como también a la interpretación quirúrgica adecuada, según los factores predisponentes de la lesión y el estado patológico del proceso. Incorporando a éste apartado, un considerable número de lesiones que podríamos denominar como yatrógenas, al ser condicionadas por tratamientos quirúrgicos inadecuados sufridos con anterioridad.

Por lo general, aún hoy en día, se viene practicando en nuestro País y nos consta que también en otros Europeos, la avulsión completa de la uña u onicoexéresis, en aquellos casos en que ésta se incrusta en la carne; comportando ésta técnica en considerable número de recidivas.

En un estudio estadístico realizado en un Centro Hospitalario de Barcelona, se pudieron recoger 500 casos. Todos ellos tratados con la simple ablación de la uña, y se pudo comprobar que un 55 por ciento de los casos aproximadamente, se resolvieron satisfactoriamente.

Suponemos que de éste porcentaje alto de recidivas (35 por ciento), eran motivados por anomalías de la configuración ungueal, muchos de ellos de ámbito familiar o bien por alteraciones posturales del dedo o por procesos antiguos y reiterativos.

Algunos de los casos recidivantes, fueron intervenidos nuevamente con la Técnica de Winograd, es decir la resección es cuña del canal, matriz y lecho subungueal, del lado correspondiente; encontrándonos con la sorpresa de que en un 5 por ciento aproximadamente se presentaban a los 3, 4 ó 5 meses después de la operación, con onicomas, fístulas o islotes de neoformaciones ungueales, que acarreaban problemas mecánicos y dolorosos con el roce del calzado.

En los pacientes que presentaban estás complicaciones se realizaba por lo general, la resección total de la uña, eliminando la matriz y los canales laterales, respetando todo el lecho subungueal. Aún así, en muy pocos casos, hubo que realizar la Técnica de Symes, que consiste en la amputación parcial de la falange, para poder solucionar el problema que era debido a la reiteración de la presencia de esquirlas, que motivaban dolores con facilidad.

Gracias a la variedad de Técnicas quirúrgicas altamente especializadas, que hoy día disponemos para el tratamiento de las Onicocriptosis y sus complicaciones, he realizado una interpretación en el tratamiento que se debe emplear según cada caso, valorando una serie de factores como són: Estado patológico en que se encuentra el proceso, su antigüedad, la edad del paciente y sus condiciones generales.

Para su exposición lo he desglosado en los diferentes apartados:

a) ONICOCRIPTOSIS INICIALES.
b) ONICOCRIPTOSIS CON TEJIDO DE GRANULACION.
c) ONICOCRIPTOSIS CON HIPERTROFIA DE RODETES.
d) ONICOCRIPTOSIS CON ALTERACION DE LA CONFIGURACION UNGUEAL O UÑAS ENCORVADAS.
e) ONICOCRIPTOSIS CON UNA DISTROFICAS.
f) PARONIQUIAS.
g) ONICOCRIPTOSIS EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS.
h) ONICOCRIPTOSIS EN DIABETICOS.
i) ONICOCRIPTOSIS EN ISQUEMICOS.
j) ALTERACIONES POSQUIRURGICAS.

ONICOCRIPTOSIS INICIALES.– Quisiera referirme a aquellos procesos que presentan una discreta penetración de la uña en partes blandas o que el proceso es muy inicial, sin antecedentes ni alteraciones de la forma de la uña o sea, uñas de apariencia normal.

Por lo general corresponden estos casos: Al corte indebido de las uñas, a la presión del calzado o a la hiperhidrosis.

El tratamiento empleado suele ser incruento. Dada la riqueza de actuaciones variables de que disponemos y empleamos para llegar a su curación, sólo voy a referirme a aquella que utilizo con mayor frecuencia.

Despegamos y cortamos cuidadosamente el fragmento ungueal que se halla introducido en el interior de la carne, (sin el empleo de anestesía local) mediante el bisturí y aplicamos sobre el canal afecto "Nitrato de Plata" para intentar endurecer el canal, de sucesivos ataques y para eliminar, si existen pequeñas densidades de tejido de granulación. A continuación aplicamos pomadas antibióticas y enzimáticas, concluyendo con un pequeño vendaje. Aconsejamos evitar la presión del calzado (como también el de la media o calcetín). En su domicilio deberán efectuar curas sucesivas, mediante pedilubios de "Clorina" y pomada, hasta lograr su total curación.

Una vez lograda su total cicatrización, más o menos transcurrido un mes, solicitamos al paciente el control del desarrollo de la uña.

Existen canales que en la parte distal se hallan cerrados y que impiden el crecimiento normal de la

uña, incrustándose facilmente en la carne. Generalmente, todos aconsejamos en estos casos, cortar las uñas periodicamente de forma redondeada, para evitar que lleguen al final del trayecto.

Como anteriormente he comentado son muchísimos los procedimientos eficaces para resolver estos problemas iniciales de onicocriptosis y que quisiera escaparme en su explicación para no rebasar entre otras cosas los propósitos de este trabajo.

ONICOCRIPTOSIS CON TEJIDO DE GRANULACION.– Cuando el proceso ungueal es más o menos piogénico y presenta inflamación aguda con tejido de granulación en el canal, sin antecendentes anteriores y con una placa ungueal aparentemente normal, consideramos mejor facilitar el drenaje de este cuello de botella que normalmente se forma. En estos casos realizamos la misma operación que el caso anterior pero de forma más amplia y con ayuda de anestesia local adecuada; que si tenemos en cuenta las consideraciones generales al realizar la técnica, hace casi insensible la operación.

Eliminamos 1/8 parte de uña aproximadamente, de forma longuitudinal legrando a continuación toda la superficie del canal (de 10 a 15 veces) con la cucharilla de volkmann, para arrastrar todo el tejido de granulación y facilitar el drenaje de la cavidad. Esta maniobra sangra con facilidad y solemos emplear el "Nitrato de Plata", para cohibir la hemorragía y cauterizar la superficie del canal. Aplicamos a continuación pomada antibiótica encimática localmente y dejamos un pequeño drenaje de gasa en su interior que mantenemos durante 2 días. Posteriormente pediluvios con Clorina u otro antiséptico local y la pomada antibiótica.

Suele curarse a los 15 días, después de los cuales hacemos controles periódicos para visualizar el desarrollo de la nueva uña. Por regla general, son pocos los casos que recidivan y que requieren otro tipo de técnica más drástica.

ONICOCRIPTOSIS CON HIPERTROFIA DE RODETES.– Si existe una hipertrofía crónica del rodete o labio ungueal, generalmente motivado por otros procesos inflamatorios anteriores, consideramos que la técnica quirúrgica más indicada es la de Escachs; que consiste, como es sabido, en la amputación del rodete, dejando curar la herida por granulación. Esta intervención dá magnificos resultados y con la particularidad de que se puede emplear en los procesos con infección piogénica secundaria, ya que al quedar una superficie cruente considerable, ésta no se puede abscesar. La uña queda con la amplitud normal y uno de sus inconvenientes suele ser la prolongación en su cicatrización total, que puede oscilar entre el mes y medio y los dos meses.

En algunas ocasiones hemos empleado la técnica de Duvries, siempre y cuando hayamos eliminado con anterioridad la infección, para evitar complicaciones quirúrgicas.

La técnica consiste en eliminar el tejido hipertrófico y el de suturar a través del dorso de la uña y por debajo de la misma el borde de la herida.

En éstos casos de onicocriptosis con hipertrofia, no será aconsejable utilizar la técnica del Fenol, que si bien puede resolver el problema mecánico de la introducción de la uña, no se podrá lograr la morfología más o menos normalizada del dedo.

ONICOCRIPTOSIS POR ALTERACION DE LA CONFIGURACION UNGUEAL O UÑAS ENCURVADAS.– En éste capítulo destaca principalmente la incurvación del cuerpo de la uña, que pude adquirir diferentes formas (muchas de ellas, acompañadas de hipertrofía de la lámina ungueal).

Vemos que los pacientes con ésta afección, destacan como causas principales la predisposición familiar, no siendo dificil comprobar como ha habido familiares directos que han sufrido el mismo problema con anterioridad. También se aprecia por alteraciones del trofismo ungueal, bien por lesiones locales, como las Micosis, o sistémicas como la deficiencia irrigatoria de la zona o bien por las lesiones traumáticas. Un autor Francés considera que la motivación de que una uña normal se vaya incurvando, es debido a una retracción de los ligamentos que sostienen la uña en su inserción proximal en las tuberosidades de la falange.

Algunos procesos van acompañados con infecciones piogénicas, en cambio otros penetran en el interior de los surcos, formando una gran cavidad.

En éstos casos, si el tratamiento paliativo no logra conseguir la ausencia del dolor por espacios de tiempo aceptable, hay que recurrir a la cirugía que por regla general, va a ir dirigida a estrechar el cuerpo de la uña.

Inicialmente usábamos la técnica de Winograd, pero que fuimos arrinconándola por la Técnica de Fros, a medida que nos íbamos familiarizando con ésta, ya que nos permitia un mayor campo de visibilidad sobre los elementos generadores ungueales y con la particularidad de que los bordes de la herida quedaban con una menor tensión y facilitaba su cicatrización.

Desde hace 5 años, estamos empleando la Técnica del Fenol, que si bien tiene el inconveniente de que tarda, algo más, en cicatrizar, nos dá resultados altamente positivos. Siendo una técnica fácil de realizar, planteando pocas dificultades al paciente y pudiendo reanudar su vida normal con un calzado adecuado.

Todas éstas técnicas se deben practicar previa eliminación del proceso infeccioso, ya que existe el riesgo de producirse un absceso o panadizo y el subsiguiente retardo en la cicatrización.

En cambio, en éstas alteraciones ungueales, no estará indicado la Técnica de Escachs, ni la de Duvries, ya que al no afectar estas técnicas la integri-

dad de la uña, si no sobre las partes blandas, cabe la posibilidad de una recidiva, que será siempre más probable cuando más cerrada esté la lamina ungueal.

(En la proyección tenemos un caso recidivado, operado recientemente por un cirujano y que al persistir la amplitud de la uña, ha permanecido el mismo problema inicial).

ONICOCRIPTOSIS CON UÑAS DISTROFICAS.– Posiblemente una de las alteraciones que mayormente suele presentar las uñas distróficas son las Onicomicosis, aunque también pueden incidir lesiones sistémicas y traumáticas. Las primeras suelen condicionar un mayor número de onicocriptosis en el desarrollo del proceso.

Por otra parte tenemos pacientes con uñas distróficas, despegadas de su lecho, por diferentes alteraciones patológicas, algunas de ellas tumorales como exóstosis, fibromas, angiomas, etc. y que no van acompañadas de onicocriptosis y que al ser tratadas mediante la ablación de la uña, para solventar el problema desencadenante, condicionan al crecer la nueva uña problemas de enclavamiento en los espacios periungueales.

Todos estos casos con uñas distróficas que van acompañados de onicocriptosis, la interpretación quirúrgica vendrá dada según las características que presente la uña. Pensando no solamente en resolver el problema mecánico si no que en muchas ocasiones obliga a la supresión definitiva de la uña con todos sus elementos, para evitar las láminas ungueales pequeñas anormales y pocos estéticas, que a la larga también pueden dar problemas en su crecimiento.

Hoy en día empleamos en la mayoría de estos casos, la Técnica del Fenol.

PARONIQUIAS.– Vamos a referirnos a ellas, dada la similitud de la infección con que suele acompañarse las onicocriptosis, aunque reconocemos que en la mayoría de los casos, la uña no participa como elemento causal. Tan solo podemos encontrar algunos casos en infecciones postraumáticas.

Las paroniquias suelen ser más frecuentes en diabéticos y en los pacientes que sufren lesiones micóticas. En general solemos tratar estos casos, desbridando la zona abscesada, (sin anestesía) practicando la onicoexéresis parcial o total según el grado de adhesión del cuerpo de la uña.

En los casos que conozcamos que puedan existir infecciones mixtas o sea la presencia de Estafilococos o Estreptococos con la presencia de Micetos, habrá que administrar topicamente sustancias fungistáticas para ayudar a la cicatrización.

Recuerdo un caso, que después de realizar la ablación de la uña, por una paroniquia postraumática, se retrasaba considerablemente el período de curación de la herida. Considerando que pudiera ser por trastornos metabólicos se le practicó la prueba analíptica de la Glucemia, con resultados negativos; igualmente negativa, resultó la exploración circulatoria. Al cabo de 10 días y gracias a la aplicación tópica de fungicidas, se curó totalmente el proceso.

ONICOCRIPTOSIS EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS.– No suelen ser muy frecuentes las onicocriptosis en niños muy pequeños. Cuando éstos aparecen acostumbran a tener antecedentes familiares.

A mi entender, en estos niños debemos emplear el tratamiento paliativo para suprimir las molestias durante el máximo de tiempo posible, quizás el motivo principal de este tratamiento sea debido a la dificultad de emplear sustancias anestésicas locales en éstas edades, por los efectos tóxicos que podrían producirse.

Cuando el tratamiento conservador obligara a repetirse muy periodicamente o fracasase, obligaría a utilizar el tratamiento quirúrgico, que se realizaría mediante anestesía general, con ayuda del médico anestesista y en un Centro Hospitalario.

Son tres, los casos de niños menores de 2 años, (uno de 9 meses, otro de 12 y el tercero de 15 meses) que he realizado la intervención quirúrgica con anestesía general y en Clínicas privadas. En los tres casos realizamos la amputación del rodete hipertrofiado.

ONICOCRIPTOSIS EN DIABETICOS.– Como anteriormente hemos comentado, la incidencia de las paroniquias, es mucho mayor en las diabetes que en aquellas que no sufran alteraciones metabólicas, si bien, en condiciones normales estos pacientes no manifestan ninguna alteración del trofismo de las uñas.

Generalmente la diabetes va acompañada de lesiones arterioescleróticas, con deficit de irrigación sanguínea en las extremidades y parece ser universal encontrar cierta anormalidad en el trofismo ungueal.

Aparte de las Paroniquias, suele ser normal encontrar en éstos enfermos problemas de onicocriptosis; especialmente en edad avanzada con dificultad en el campo visual y obesos, dificultando por consiguiente los movimientos facilitando la posibilidad de heridas y cortes indebidos de uñas. Por tal motivo no es raro encontrar pacientes que retardan la periocidad de la maniobra, condicionando las uñas largas que motivan erosiones en los dedos vecinales.

Los pacientes diabéticos que vienen por primera vez en la consulta con onicocriptosis, realizamos el tratamiento paliativo y lo derivamos al Facultativo correspondiente, con una nota de nuestra actuación. En cambio, en los pacientes diabéticos habituales y que presentan en alguna circunstancia esta alteración, solemos controlar nosotros el caso, siempre y cuando nos manifiesten una terapia adecuada de su enfermedad (ayudándonos siempre con la administración de antibióticos por vía general, circunstancia que no solemos emplear en la mayoría de los casos).

Si el proceso suele ser muy reiterativo, fracasando

los tratamientos conservadores, recurrimos al tratamiento quirúrgico. Previamente derivamos al paciente al especialista, para que analice las condiciones físicas del mismo.

La técnica normalmente empleada suele ser conservadora, eliminando el fragmento ungueal y legrando la superficie cruenta y dejando un drenaje en la herida. (Esta operación la efectuamos con anestesía local)

En el caso de que las uñas sean en teja, aconsejamos la técnica del Fenol.

ONICOCRIPTOSIS EN ISQUEMICOS.– Verdaderamente estos casos suelen preocuparme mucho más que las lesiones diabéticas. Revistiendo una verdadera gravedad las lesiones neurológicas isquémicas y diabéticas.

En la mayoría de los casos corresponden a enfermos ancianos que presentan arterioasclerosis obliterante con pulsos muy débiles o ausentes en las extremidades inferiores y que relacionan el dolor agudo de la isquemía con una posible incrustación de la uña. Es frecuente apreciar láminas ungueales destruidas en gran parte, con ulceraciones en su lecho.

Nuestra actitud ante estos pacientes, suele ser muy pobre y conservadora. Aplicamos antisépticos locales y los derivamos al especialista correspondientes, para que valore las posibilidades quirúrgicas encaminadas a facilitar una mayor irrigación sanguínea bien por simpatectomía, Bey Pass, etc.

En ocasiones hemos recibido pacientes derivados del médico, para que mejoremos las condiciones ungueales, pués ha considerado que las molestias o dolores que aquejan al paciente están motivados por la incrustación de la uña, cuando en realidad están relacionados con la misma isquemía.

Tengo presente dos casos, uno de ellos remitido por un Facultativo para realizar la ablación de la uña (la del segundo dedo), pués presentaba dolores muy agudos a la presión del calzado. Verdaderamente el paciente presentaba una Gangrena Seca por arterioesclerosis obliterante y que obligó a repetidas amputaciones.

El otro, menos trágico, pero más espectacular y que fue publicado en la Revista de Podología. En síntesis se trataba de un Señor de 42 años de edad que notaba que se le clavaba la uña del primer dedo del pie derecho. Le supuraba y manifestaba un dolor tan vivo a la presión del zapato y en la cama que le impedía conciliar el sueño.

Al mes del inicio del proceso se le trató en un Centro Hospitalario, mediante onicoexéresis de la uña. En el posoperatorio no presentaba mejoría sustancial y dada la insistencia del dolor practicaron radiografías para comprobar la posible existencia de lesiones osteoarticulares. Se creyó pués, que el proceso podría ser micótico y fue tratado con Fungicidad locales y generales, sin resultados positivos.

A los seis meses del proceso y viendo la evolución desfaborable, recurre en nuestra consulta, apreciándose supuración ungueal en el ángulo de Renaut en una uña distrófica, pigmentada y con dolor muy selectivo a la presión digital. Se recorta la uña, que estaba en parte despegada y se aprecia una úlcera tórpida subungueal del tamaño de un garbanzo. Comprobamos rapidamente los pulsos y se valoran discretamente más débiles en relación a la otra extremidad e igualmente la temperatura. La oscilometría es normal a nivel de muslo y practicamente negativa a nivel de pierna.

Fue remitido al Angiólogo que confirmado un Síndrome de Buerguer se le practicó una Simpatectomía de lado afecto. Desapareciendo por completo las molestias del primer dedo y ya en la primera noche después de la operación.

Al mes y medio reanudó su trabajo habitual con el lecho subungueal totalmente cicatrizado.

ALTERACIONES POSQUIRURGICAS.– Lo más frecuente en estas alteraciones son las recidivas agravadas por el trauma quirúrgico y que suelen presentarse por regla general a los pocos meses de la operación.

La interpretación quirúrgica, vendrá dada según el estado patológico en que se encuentre el aparato ungueal. Escogiéndose algunas de las técnicas anteriormente mencionadas.

Hemos tratado algunos pacientes que presentaban trayectos fistulosos con comunicación exterior, motivados por infecciones que invaden las falanges distales de los dedos, presentando además exóstosis en las mismas. Nuestra actuación en éstos casos es emplear la Técnica de Frost, que permite una gran visibilidad de la zona, permitiéndonos realizar además el legrado adecuado.

Otra alteración mucho más frecuente, suele ser la presencia de islotes neoformativos ungueales o esquirlas, que tratamos con la extirpación amplia en bloque y legrado de la superficie cruenta. O realizando la Técnica de Frost.

No utilizamos la Técnica del Fenol, pués al quedar la superficie ósea sin protección, podrían surgir complicaciones osteíticas.

Igualmente, creo que es digno de mencionar que no empleamos el bisturí eléctrico ni similares en el tratamiento quirúrgico de cualquier tipo de ONICOCRIPTOSIS o en sus complicaciones, por el riesgo que supone estar actuando sobre una superficie con poco tejido blando.

Al realizar este trabajo, he tenido como objetivo desglosar con un lenguaje práctico, posibilidades de tratamientos en las ONICOCRIPTOSIS. No sé si he logrado plasmarlo con la suficiente habilidad y com-

prensión; pero lo que no cabe duda es que lo he realizado con todo el cariño y entusiasmo que se merece nuestra PROFESION Y TODOS VOSOTROS.

Muchas gracias

BIBLIOGRAFIA

Alonso J.: Algunas técnicas quirúrgicas en las onicocriptosis y uñas en Rev. Española de Podología núm. 43.

Alonso J.: El fenol en las onicopatias. Rev. Española de Podología núm. 53.

Escachs L.: Extirpación de la matriz ungueal. Rev. Nacional de Podología núm. 2.

Greene A.A.: A modification of de phenol alcohol technique for teenail. Chronical Pod., 13: 20-23, 1964.

Kleinan, M.A.: Some observations concerning the phenol alcohol nail tuch. Footprints. Fla.Pod.Ass., 4: 1, 1958.

Nyman S.P.: The phenil lechel technique for teenail excisien. J. Nat. Ass. Chir., 5: 2, 1956.

Suppan, R.J., and Ritchlin, I.D.: A non debilitating surgical procedure ingrewn teenail. J. Am. Pediatry Ass., 52: 900-902, 1962.

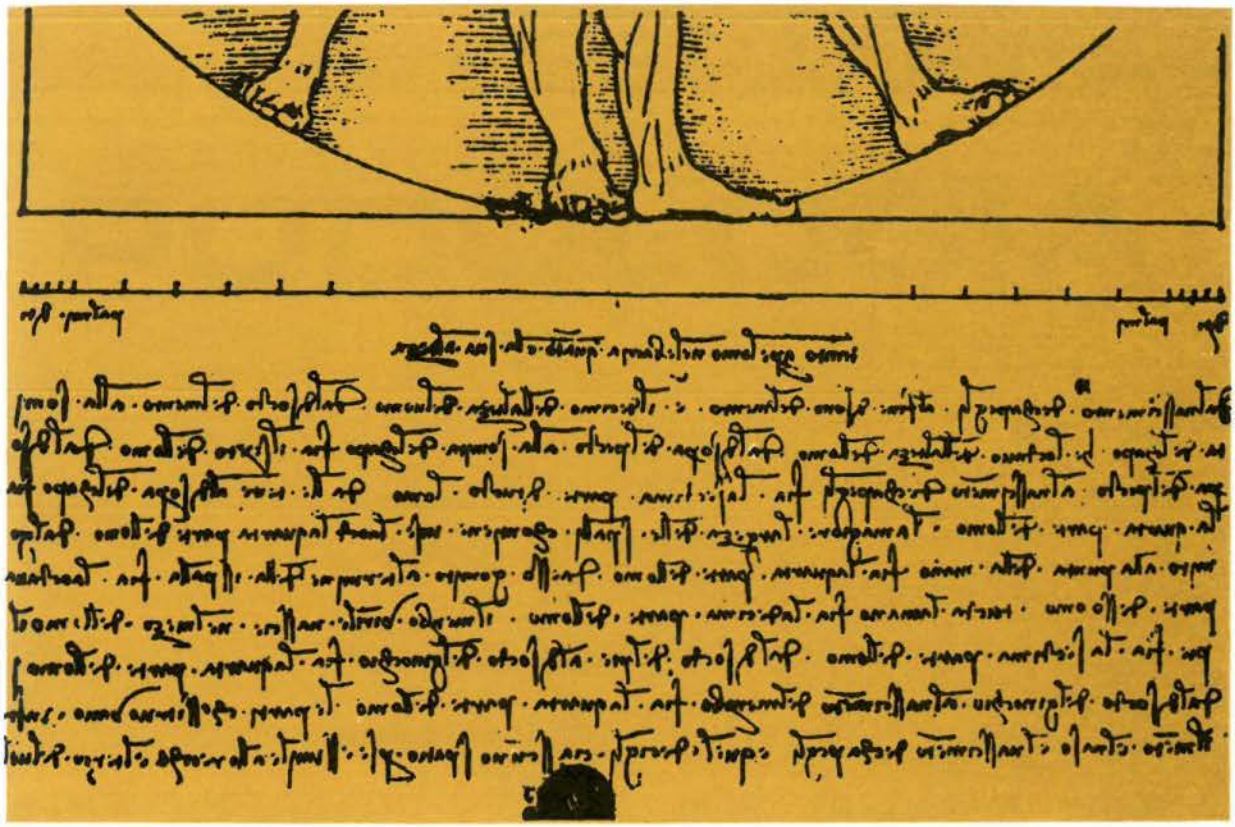
Synes: Amputación parcial falange distal para el tratamiento de las uñas tróficas. Pólología Frank Weinstein. Pág. 152.

Viladet A.: Patología del antepie Pag. 246.

Weinstein F.: Practice of Podología 1970.

Winogred. A.M.: Modification in technique of operation for ingrown tocno. J. Am. Med. Ass. 92, 229, 1929.





REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

A. P. E. MAYO-JUNIO
nº 87 1982

REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

ORGANO DE LA AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

A.P.E.

Redacción:
Granada, 33, 5º, Madrid-7

Director:
Enrique González Gómez

Subdirector:
Pablo Vilató

Redactor Jefe Accidental:
Manuel Meneses Garde
Sorolla, 1
Móstoles (Madrid)

Administrador:
Francisco Alvarez Santos
Granada, 33, 5º, Madrid-7

Imprime:
PINAKOS, S. A.
Rienda, 11 - Fuenlabrada (Madrid)

Depósito Legal:
B-21972 - 1976
ISSN - 0210 - 1238

SUMARIO

3 **Agrupación de Podólogos de España**
Junta de Gobierno

5 **Editorial**

7 **Autonomías**

11 **Gestiones y Recursos**

24 **Información internacional**

27 **Avulsión parcial de la uña y matriztomía por fresado**

31 **Divagaciones sobre conflictos deontológicos**


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. Enrique GONZALEZ GOMEZ	Madrid
Vice-Presidente 1º	D. Julio ALONSO GUILLAMON	Barcelona
Vice-Presidente 2º	D. Juan José ARAOLAZA	Guipuzcoa
Secretario General Accidental	D. José Luis VELASCO BARRIUSO	Madrid
Vice-Secretario	D. Francisco J. MORAN VENTURA	Las Palmas de Gran Canaria
Tesorero	D. Francisco ALVAREZ SANTOS	Madrid
Contador	D. Luis AYCART VIJUESCA	Madrid
Vocal 1º	D. Juan VIDAN TORRES	Santiago de Compostela
Vocal 2º	D. Manuel ALBALA VALLE	Cádiz
Vocal 3º	D. Manuel TERRON SANGUINO	Badajoz
Vocal 4º	D. Francisco FERRAS MORCILLO	Barcelona
Vocal 5º	D. Pedro Mª GALARDI ECHEGARAY	Bilbao
Vocal Nato	D. Joaquín SOLE CUCH	Barcelona
Vocal Nato	D. Mariano RODRIGUEZ ESTEBAN	Madrid
Vocal asesor docencia	D. Francisco MAÑE DOMINGO	Barcelona
Vocal asesor docencia	D. A. CROS PALENCIA	Madrid
Vocal Revista	D. Manuel MENESES GARDE	Móstoles

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. Juan José Araolaza. Bidebarrieta, 4. EIBAR (Guipúzcoa).
D. José Valero Salas. ALBALATE DEL ARZOBISPO (Teruel).
D. Joaquín Solé Cuch. C. Príncipe de Viana. GRANOLLERS (Barcelona).

DELEGADOS PROVINCIALES

ALAVA: **D. Antonio E. NOGAL BENITO.**
ALBACETE: **D. José Luis JUAN NAVARRO.**
ALICANTE: **D. Juan José IBORRA NAVARRO.**
ALMERIA: **D. Esteban de HARO GRANADOS.**
ASTURIAS: **D. José Luis ALONSO ALVAREZ-MIERES.**
AVILA: **D. Antonio GARCIA MARTIN.**
BADAJOZ: **D. José VILLAFAINA DE LA CRUZ.**
BALEARES: **D. José CLAVEROL SERRA.**
BURGOS: **D. Luis MATA DIEGO.**
CACERES: **D. Carlos SAUGUINO NUÑEZ.**
CADIZ: **D. José Luis SALCINI GARCIA.**
CUENCA: **D. José Miguel GARCIA LOPEZ.**
LAS PALMAS DE GRAN CANARIA: **D. Francisco José MORAN VENTURA.**
SANTA CRUZ DE TENERIFE: **D. Armenio MENDEZ MARTIN.**
CASTELLON DE LA PLANA: **D. José AGUILAR BELTRAN.**
CIUDAD REAL: **D. Procopio MAYORGA MORENO.**
CORDOBA: **D. Máximo GONZALEZ JURADO.**
GERONA: **D. José María BOSCH DOMENECH.**
GRANADA: **D. Manuel RUIZ MORALES.**
GUADALAJARA: **D. Ricardo MANCILLA PIQUERAS.**
GUIPUZCOA: **D. Sebastián TENES ITURRIZA.**
HUELVA: **D. Jesús TOCINO VIZCAINO.**
HUESCA: **D. Julio BARA DEL MOLINO.**
JAEN: **D. Víctor NIETO MOLINA.**
LA CORUÑA: **D. Francisco de la CRUZ AGUSTI.**
LEON: **D. Luis PASCUA SAN MIGUEL.**
LERIDA: **D. Alfredo PUCHOL RICART.**
LOGROÑO: **D. Vicente ALVAREZ PIPAON.**
MADRID: **D. Mariano RODRIGUEZ ESTEBAN.**
MALAGA: **D. Eugenio ROJAS AGUILAR.**
MURCIA: **D. José INIESTA GALLEGO.**
NAVARRA: **D. Javier SARASA MONEO.**
ORENSE: **D. Elisardo BRALO REGO.**
PALENCIA: **D. Angel CASADO SOLLA.**
SALAMANCA: **D. Antonio BASAS ENCINAS.**
SEGOVIA: **D. Francisco GARCIA RODRIGUEZ.**
SEVILLA: **D. Manuel CASTRO MARMOL.**
TARRAGONA: **Dª Concepción BAIGES CONSTANTI.**
TERUEL: **D. José VALERO SALAS.**
TOLEDO: **D. Angel SANCHEZ NAVARRO.**
VALENCIA: **D. Isaías del MORAL ROBERTO.**
VALLADOLID: **D. Alfonso Lorenzo DOMINGUEZ MILAN.**
VIZCAYA: **D. Agustín SORIA RODRIGUEZ.**
ZARAGOZA: **D. Julio BARA DEL MOLINO.**
ZAMORA: **D. Narciso MIGUEL DE BARRIOS.**

EDITORIAL

EL FUTURO DE LOS PODOLOGOS COMO TECNICOS DE SALUD PUBLICA

No creemos que sean necesarios los razonamientos para hacer comprender que la más difícil situación de un hombre, es aquella en la que depende la vida o la muerte de un semejante. Tal es el caso de todos los profesionales de la medicina, ciencia inexacta, sin más brújula que su situación y propios conocimientos en muchos casos. En la que los PODOLOGOS desempeñamos un papel importante en la sanidad, en la que cualquier negligencia o descuido y su margen de error, produce la muerte. El és el único luchador que conoce de antemano su derrota inevitable. Por esos su actitud simboliza la más patética y hermosa rebeldía del hombre frente a la atroz dictadura de la Naturaleza.

Creemos que esta profesión está reservada a unos pocos elegidos. No importa que en ella prosperen ciertas bastardías e intrusismo o presiones. Los parásitos crecen y se desarrollan en todas partes y las flaquezas humanas son, quizá, imprescindibles para contornear las mejores virtudes. No es inevitable un héroe sin miedo, porque es el miedo quien lo crea. Y si fuésemos perfectos, dejaríamos de ser humanos, que es la más alta cualidad. Por eso, en el Podólogo, se impone por encima de la ciencia, la vocación irresistible y una extraordinaria capacidad para el amor y el sacrificio.

Por tanto, si nuestras inquietudes para conseguir el triunfo y la sobrestimación de nuestra función profesional, nos mueve a gestionar la ampliación de estudios y nos encuentra dispuestos a llevar a cabo cualquier sacrificio necesario para lograr esa superación, justo es que pensemos en los resultados. Mayor campo de acción para nuestro ejercicio, que nos acarreará automáticamente una mejora de nuestra situación profesional y social.

Por otra parte, "la necesidad de crear una ORGANIZACION INTERNACIONAL DE TECNICOS DE SALUD PUBLICA", que cree esa inquietud científica, regulando y homologando los estudios de todos los profesionales de los diferentes países del mundo.

Resumiendo. NUESTRO MAÑANA se presenta diáfano y esperanzador para aquellos profesionales que, con amplio sentido de su responsabilidad y vocación, procuren, merced a una sólida base científica y un ferviente deseo de mitigar las dolencias de sus semejantes, y alcanzar el nivel necesario para ocupar plenamente en la sociedad, el lugar que corresponde al TECNICO DE SALUD PUBLICA.

Para formar la CONFEDERACION MUNDIAL DE TECNICOS DE SALUD PUPLICA.

1º—A fin de evitar que pudieran prevalecer criterios no concordantes con los dominantes en otros sectores profesionales y aceptados por las Organizaciones Internacionales, me permito sugerir la conveniencia de que la Confederación Mundial que se proyecta se denominase simplemente "Técnicos", ya que para nuestra satisfacción, expertos de la O.M.S., nos hayan concedido esta calificación.

Pero yo me pregunto: ¿y los médicos, farmacéuticos y veterinarios no pensarán que los "Técnicos son ellos y puedan existir dificultades para el ingreso en el alto Organismo Mundial (OMS)?.

2º—El nombre debe ser genérico para todos los miembros de la citada CONFEDERACION. Y he llegado a la conclusión que la palabra médico, es más que por derecho por tradición, ya que esta palabra deriva del latín médicus, perteneciente a la medicina o concerniente a esta ciencia. Persona legalmente autorizada para ejercer la medicina. Estudiando éste las dolencias de sus semejantes, estar al nivel necesario para ocupar plenamente en la sociedad, el lugar que corresponde al TECNICO DE SALUD PUBLICA. Estudiando punto por punto, todos los problemas que puedan beneficiar para unificar nuestra profesión e ingresar en la Organización Mundial de la Salud, por ser ésta nuestra principal meta.

3º—Según los informes de los expertos de la O.M.S. a la propuesta de la primera ponencia titulada "Unificación Mundial del nombre de los titulados en PODOLOGIA", se deben adoptar decisiones en firme, con respecto a una denominación profesional, común de orden mundial, y se nos agruparía bajo el nombre de "Técnicos de Salud Pública". Por tanto, a esta calificación de los expertos de la O.M.S., no se debe poner reparos; Pero sí, debemos de tener en cuenta, que los Técnicos Superiores de dicha Organización son: los médicos, farmaceúticos y veterinarios. Habida cuenta que la sanidad, no la practican sólo los técnicos superiores, sino también los Técnicos de GRADO MEDIO COMO AUTENTICOS TECNICOS. Formando equipo para conseguir el más alto vuelo de bienestar físico y moral del hombre y el perfeccionamiento orgánico y social del individuo, de la raza, de la familia, del pueblo, y de la nación con los demás profesionales de la familia sanitaria.

Se merece esta ciencia y cuantos con ella colaboran, la mayor atención por los Poderes Públicos, para comprender y resolver los múltiples problemas que tienen la Pología y el Podólogo.

AUTONOMIAS

ASOCIACION ESPAÑOLA
DE PODOLOGOS
PRESIDENCIA

MINISTERIO DE TRABAJO
INSTITUTO DE MEDIACION, ARBITRAJE Y CONCILIACION
REGISTRO GENERAL
15 JUN 1982
ENTRADA 7340

Embajadores, 163
Teléfono 474 56 35
Madrid-5

Ilmo. Sr.

Con fecha 29 de Abril, nos interesábamos en el Servicio de Depósitos de Estatutos, Acta de Elecciones, Convenio y Acuerdo Colectivo, para que nos proporcionasen la debida información que consta en su archivo, con referencia a las demás Asociaciones provinciales o regionales,de Podología, para transformar la actual Asociación Española de - Podólogos, en Federación Española de Podólogos.

Hábida cuenta al interés manifestado en la Asamblea celebrada el día 12 de Diciembre de 1.981, batificada en la Asamblea del día 5 del presente mes de Junio en ésta capital,

Rogando tengan a bien, por ser el sentir de los profesionales y la legislación vigente, teniendo en cuenta las autonomías existentes en nuestro pais, sea facilitado el - libramiento solicitado con la fecha mencionada, ya que las atribuciones de ésta Presidencia, están acordadas al respecto según certificación que se acompaña.

Gracia que espero alcanzar del recto proceder y espíritu de justicia de V.I.

Dios guarde a V.I. muchos años.
Madrid, 9 de Junio de 1.982
EL PRESIDENTE.

ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS - MADRID -

ILMO. SR. SECRETARIO GENERAL DEL INSTITUTO DE MEDIACION, ARBITRAJE Y CONCILIACION. MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL MADRID

ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS
SECRETARIA GENERAL

Paseo de los Olmos, 109
Teléfono 474 55 47
MADRID 5

D. JOSE LUIS VELASCO BARRIUSO, Secretario General de la ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS.

C E R T I F I C A:

Que en la reunión celebrada el día 12 de Diciembre de 1.981, se acordó la tranaformación de la Agrupación de Podólogos de España, por la ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS, así como sus Estatutos de caracter nacional, facultaddo a D. Enrique González Gómez, Presidente de dicha Asociación, para que realice los trámites legales correspondientes, en el Departamento del Instituto de Mediación, Arbitraje y Conciliación del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, para que en su día, la Asociación Española de Podólogos, pase a ser, Federación Española de Podólogos. Teniendo en cuenta las autonomías - existentes en nuestro pais.

Y para que así conste, firmo la presente en Madrid, a once de Junio de mil novecientos ochenta y dos.

EL SECRETARIO GENERAL

Vº Bº
EL PRESIDENTE

ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS - MADRID -

MINISTERIO DE TRABAJO
Y SEGURIDAD SOCIAL
SUBSECRETARIA DE EMPLEO
Y R. LABORALES
INSTITUTO DE MEDIACION
ARBITRAJE Y CONCILIACION

Servicio de Depósito de Estatutos, Actas de Elecciones, Convenios y Acuerdos Colectivos

ED/ta. Sección n. 1

MINISTERIO DE TRABAJO
INSTITUTO DE MEDIACION, ARBITRAJE Y CONCILIACION
REGISTRO GENERAL
SALIDA

Correspondiendo a lo interesado en su escrito del 9 de los corrientes, con entrada en este Instituto, el pasado día 15, cúmpleme indicarle que consultados nuestros archivos, vemos en los mismos, el depósito de la documentación correspondiente a las Organizaciones Profesionales de Podólogod siguientes:

- ASOCIACION CATALANA DE PODOLOGOS, domiciliada en la calle Córcega nº 505, de Barcelona y la
- ASOCIACION CASTELLANO-LEONESA DE PODOLOGOS, con domicilio en la Avda. del Cid nº 46, 1º D, de Burgos.

Las Organizaciones Profesionales citadas, como se podrá observar por su denominación, poseen ambas ámbito regional.

Por lo que respecta a Asociaciones de dicho / caracter, de ámbito provincial, consultados así mismo nuestros archivos, no vemos en los mismos la existencia de ninguna.

Madrid, 17 de Junio de 1982
EL SECRETARIO GENERAL

SR. PRESIDENTE DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS.- Embajadores, 163
MADRID-5

INFORME
ASOCIACIONES Y AUTONOMIAS

Para constituir la FEDERACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS, se necesita los siguientes requisitos:

Primero.–Constituir las correspondientes Asociaciones regionales o autonómicas, al amparo de la Ley 19/77 del 1 de Abril y Real Decreto 873/77 de 22 de Abril, sobre regulación del Derecho de Asociación, a los efectos de adquirir la personalidad jurídica y plena capacidad de obrar en los fines de representación legal de los intereses de los profesionales de la podología en cada región o autonomía.

Segundo.–Reunidos en Asamblea, los profesionales de la Podología de cada región o autonomía, se confeccionarán y aprobarán los ESTATUTOS que van a regir en las mismas, para su cumplimiento y efecto. Se levantará un ACTA DE CONSTITUCION que firmarán los miembros que constituyen la Junta Gestora provisional, hasta la aprobación de los mismos y elección de los miembros que realizarán por votación, previa convocatoria antes de los **seis meses** de su aprobación.

Tercero.–Confeccionados y aprobados los ESTATUTOS, se redactará el ACTA DE CONSTITUCION, se presentarán en la Delegación correspondiente del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Subsecretaría de Empleo y Relaciones Laborales, INSTITUTO DE MEDIACION ARBITRAJE Y CONCILIACION, Servicio de Depósito y Estatuto, Actas de Elecciones, Convenios y Acuerdos Colectivos, según determina la legislación vigente, anteriormente mencionada visto el expediente y Estatutos que se ajustan a la Ley 19/77 y Real Decreto 873/77.

Cuarto.–A los **veinte días** hábiles, a contar del día de su presentación y una vez publicado en el Boletín Oficial del Estado y transcurrido el tiempo, sin que existan impedimentos de duplicidad o legales, se extiende el correspondiente CERTIFICADO a efectos previstos en el Art. 3º de la Ley 19/77 de 1 de Abril, sobre la adquisición de personalidad jurídica y plena capacidad de obrar, como tal Asociación.

Quinto.–Constituidas todas las Asociaciones profesionales de las Regiones o Autonomías, se confeccionarán los ESTATUTOS que van a regir en la FEDERACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS, y en Asamblea General de cada región o autonomía se aprobarán los mismos, levantando el ACTA correspondiente y nombrando los representantes legales para la gestión final.

Sexto.–Aprobado los ESTATUTOS DE LA FEDERACION, se reunirán en Asamblea General los representantes de cada región o autonomía, para levantar Acta de constitución y presentación de los ESTATUTOS en el departamento correspondiente en el Ministerio deTrabajo y Seguridad Social.

Se creará una Junta de Gobierno provisional hasta las elecciones convocadas al efecto antes de los **seis meses**, donde podrán presentar a los diferentes cargos, los miembros de la Junta de Gobierno de las Asociaciones o miembros elegidos al efecto por los Asociados de la región o autonomía.

Los Estatutos de la Asociación Española de Podólogos, establece en su Artículo 28 de la Junta General, apartado, 6, dice: "Acordar la federación, con otras Asociaciones o entidades, tanto nacionales como extranjeras".

Observación: Es lógico que cada Asociación esté regulada por la misma Ley y con los mismos FINES. Habida cuenta que la Ley de 24 de Diciembre de 1964, y lo establecido en el Decreto de 20 de mayo de 1965, es de carácter científico, técnico y recreativo, con fines más reducidos que la Ley de Asociaciones Profesionales, motivos por los cuales es necesario transformar las asociaciones, creadas al amparo de ésta Ley.

Observaciones Estatutarias.

Artículo 20. **Organos colegiados.**–Apartado 2, dice "No obstante cuando la naturaleza de los asuntos a tratar en una determinada reunión, así lo exija, el presidente podrá convocar a la respectiva sesión a los **Delegados provinciales** y **territoriales**, los cuales tendrán voz y voto en la resolución de los respectivos asuntos".

Artículo 21. Apartado 9, de los ESTATUTOS, dice: "Mantener las correspondientes relaciones con los Delegados que han de existir en cada una de las provincias y en caso de crearse con los Delegados territoriales. Estas Delegaciones, dada su naturaleza, carecerán de **personalidad jurídica** propia e independiente de la Asociación".

Apartado 10.–Nombrar las Comisiones asesoras o de trabajo que procedan, previa audiencia de los Delegados.

Artículo 22. Apartado 3. Determinar la creación de las **Delegaciones territoriales**.

LOS PODOLOGOS PIENSAN EN SU FUTURO PERSONAL Y ESTUDIAN LA POSIBILIDAD DE INGRESAR EN EL REGIMEN AUTONOMICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL POR EL EJERCICIO LIBRE DE LA PROFESION.

Al existir profesiones con ejercicio libre dentro del campo de la PODOLOGIA, sin tener cobertura para su asistencia sanitaria en la Seguridad Social y otras prestaciones, la Asociación Española de Podólogos, solicita acogerse al Régimen Especial de la Seguridad Social de los trabajadores por cuenta propia o autónomos en aplicación a la legislación vigente: Ley General de Seguridad Social. Texto Refundido de 30 de Mayo de 1974. Decreto 2530/70 de 20 de Agosto (B.O.E. 15.9.70), que crea el régimen especial de los trabajadores por cuenta propia o autónomo.

LA ORDEN MINISTERIAL de 24 de Septiembre 1970; desarrolla el Decreto 2530/70 de 20 de Agosto, sobre el referido régimen especial de los trabajadores autónomos. **Modificado por el Real Decreto 2504/80 de 24 de Octubre.** Teniendo en cuenta la ORDEN MINISTERIAL de 18 de Enero; que desarrolla algunos aspectos relativos a incompatibilidades con el régimen general.

LA ORDEN MINISTERIAL de 12 de Enero de 1971, ORDEN MINISTERIAL de 18 de Septiembre 1972; Decreto 806/73, de 12 de Abril 1973 y ORDEN MINISTERIAL de 1974; Decreto 1118/75, de 2 de Mayo y otros de reciente publicación, que incluyen a determinados colectivos en el régimen especial de los trabajadores por cuenta propia.

La base de la solicitud al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, sobre la inclusión de los Podólogos con **ejercicio libre** en el régimen de AUTONOMOS.

La sociedad se siente responsable del bienestar colectivo e individual, referente a los seguros sociales, subsidios de paro, seguro de enfermedad, de accidentes, de vejez, etc.

Los recursos de una sociedad cuajada de soportes materiales que sirven de sostén al hombre moderno y objetivo, formalmente tutelador, que el mismo ha creado.

La Seguridad Social.– Extiende a los trabajadores por **cuenta propia o autónomos**, según el **ordenamiento jurídico** del sistema general de la Seguridad Social. Al amparo de la norma especial de asistencia y prestaciones.

La Asociación Española de Podólogos, creada el día 15 de Abril de 1982, al amparo de la Ley 19 del 77 y de los artículos tercero y cuarto del Decreto 873/77, recogiendo las peticiones y aspiraciones de sus asociados, se solicita acogerse al **Regimen Especial** de la Seguridad Social de los trabajadores por cuenta propia o autónomos, en aplicación del Real Decreto 250/80 (B.O.E. del 18.10.80). Esperemos conseguirlo. Tan pronto se obtengan los resultados positivos, se comunicará la normativa para su solicitud personal con toda URGENCIA.

gestiones y recursos

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
Subsecretaría para la Sanidad

Se ha recibido oficio de V.S. de 17 del actual en le que solicita que se mantengan los correspondientes contactos con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social a fin de que se proceda a la rectificación de una denominación que aparece en la Ordenanza de 28 de Febrero de 1974, de "Manicura, Pedicura y Depiladora" por la de "Pedimanicura y Depiladora".

Esta Subsecretaría toma nota del contenido del referido escrito de súplica y de su Anexo correspondiente y procederá al estudio del mismo al objeto de considerar si hay lugar a la actuación recogida en los mismos, habida cuenta de que corresponde al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social la elaboración de las Ordenanzas laborales correspondientes.

Dios guarde a V. S.
Madrid, 22 de Abril de 1982.

EL SUBSECRETARIO
PARA LA SANIDAD.

Luis Valenciano Clavel

Sr. D. Eleuterio Enrique González Gómez.–Presidente de la Agrupación de Podólogos de España. C/. de Embajadores, 163 MADRID

PRESIDENCIA DEL GOBIERNO

SECRETARIA GENERAL TECNICA

Subdirector General de
Asuntos Internos

MR/as.

Acuso recibo a su escrito de fecha 14 de abril pasado, en el que solicita se adopten medidas para concretar las competencias de los pedicuros, y le comunico que se ha dado traslado del mismo, para su estudio, al Ministerio de Sanidad y Consumo.

Madrid, 7 de Mayo de 1982

EL SUBDIRECTOR GENERAL

Miguel Riera Busquets.

Sr. D. Eleuterio Enrique González Gómez.
Presidente de la Agrupación de Podólogos de España.
C/. Embajadores, 163. MADRID

MINISTERIO DE TRABAJO
Y SEGURIDAD SOCIAL

DIRECCION GENERAL DE TRABAJO

SUBSECRETARIA DE EMPLEO Y RELACIONES LABORALES
MSC/MNM. Expte. 823/82 **PELUQUERIAS**
Secc. 3.3.6.

En contestación a su escrito de fecha 16 de abril de 1982, por el que solicita determinadas modificaciones de la Ordenanza de Trabajo de Peluquerias de señoras y caballeros, Institutos de belleza, Salones de manicura y pedicura, Establecimientos de baños, Saunas, Gimnasios y similares, en el sentido de sustituir en algunos artículos de la misma los términos "manicura y pedicura" por "pedimanicura", el criterio mantenido por esta Dirección General, que se le comunica a título meramente informativo, es el siguiente:

La disposición final tercera, en su número uno, del Estatuto de los Trabajadores, Ley 8/1980 de 10 de marzo, dispone expresamente la derogación de la Ley de 16 de octubre de 1942, sobre reglamentaciones de trabajo u ordenanzas laborales, por lo que, a tenor de tal disposición, este Centro Directivo carece de facultades y competencia para modificar o corregir el contenido de reglamentaciones de trabajo u ordenanzas laborales.

Madrid, 10 de Mayo de 1982

EL DIRECTOR GENERAL

D. Eleuterio Enrique González Gómez.
Presidente de la Agrupación de Podólogos de España.
C/. Embajadores, 163. MADRID

LA VOCAL 3ª DEL ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE AYUDANTES TECNICOS SANITARIOS DE LA PROVINCIA DE MADRID
SALUDA

A Don José Luis Moreno de la Fuente, Delegado de Podología de este Colegio y adjunto le remite fotocopia de escrito de la Subsecretaría de Empleo y Relaciones Laborales, referente a modificaciones solicitadas en la Ordenanza de Trabajo de Peluquerías de Señoras y Caballeros, Institutos de Belleza, Salones de Manicura y Pedicura, Establecimientos de Baños, Saunas, Gimnasios y Similares.

HENAR SASTRE

Aprovecha gustoso esta ocasión para expresarle el testimonio de su consideración más distinguida.

Madrid, 9 de Junio de 1982

MINISTERIO DE TRABAJO SANIDAD
Y SEGURIDAD SOCIAL

DIRECCION GENERAL DE TRABAJO

SUBSECRETARIA DE EMPLEO Y RELACIONES LABORALES
MSC/MNM. Secc. 3.3.6. Expte. 1.045/82
PELUQUERIAS

En contestación a su escrito de fecha 19 de de abril de 1982, con entrada en registro general el 18 de mayo de 1982, y por el que solicita determinadas modificaciones de la Ordenanza de Trabajo de Peluquerias de Señoras y Caballeros, Institutos de Belleza, Salones de Manicura y Pedicura, Establecimientos de Baños, Saunas, Gimnasios y Similares, aprobada por Orden de 28 de febrero de 1974, en el sentido de sustituir en algunos artículos de la misma los términos "Manicura y Pedicura" por "Pedimanicura", el criterio mantenido por esta Dirección General, que se le comunica a título meramente informativo, es el siguiente:

La disposición final tercera, número uno, del Estatuto de los Trabajadores, Ley 8/1980, de 10 de marzo, dispone expresamente la derogación de la Ley de 16 de Octubre de 1942, sobre Reglamentaciones de Trabajo u Ordenanzas Laborales, por lo que a tenor de tal disposición, este Centro Directivo carece de facultades y competencias para modificar o corregir el contenido de Reglamentaciones de Trabajo u Ordenanzas Laborales.

Madrid, 25 de Mayo de 1982

EL DIRECTOR GENERAL

Ilustre Colegio Oficial de Ayudantes Técnicos Sanitarios y Diplomados de Enfermería.
C/. Conde de Romanones, 10. MADRID-12

ELEUTERIO ENRIQUE GONZALEZ GOMEZ, mayor de edad, con domicilio en Madrid, calle de Embajadores 163, en su condición de PRESIDENTE DE LA ASOCIACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA.

EXPONE: se han recibido de los Ministerio de Sanidad y Consumo y de Trabajo y Seguridad Social los oficios cuyas copias se acompañan.

En contestación al del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Dirección General de Trabajo, se envió al mismo, por el que suscribe, el escrito del que se adjunta una fotocopia.

En mi instancia de 14 de abril de 1982, solicitaba se resolviera por ese Departamento sobre el interesado, dado que la Ordenanza Laboral se dictó por el entonces Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y las disposiciones que fundamentan mis pretensiones nacieron del desaparecido Ministerio de la Gobernación cuyas funciones, en lo que afecta al caso debatido, corresponden ahora al Ministerio de Sanidad y Consumo.

Ante el contenido de los oficios recibidos de los Ministerios citados y sin perjuicio de las atribuciones del Departamento de Trabajo y Seguridad Social según se razona en mi contestación del 28 de mayo, se manifiesta una normativa encontrada sobre un mismo personal y en definitiva que las disposiciones que entonces se dictaron por el Ministerio de la Gobernación, las cuales comportan una declaración de funciones para quienes ostentaban el respectivo título, se han visto en cierto modo conculcadas por la precitada Ordenanza Laboral al determinar unas denominaciones ya señaladas para otros profesionales, y en este sentido me ratifico en la pretensión de que sea ese Ministerio de la Presidencia quien resuelva lo que en justicia proceda y así se ha pedido.

Madrid, a 28 de Mayo de 1982

Excmo. Sr. Ministro de la Presidencia del Gobierno.

ELEUTERIO ENRIQUE GONZALEZ GOMEZ, mayor de edad, con domicilio en Madrid, calle de Embajadores 163, en su condición de PRESIDENTE DE LA ASOCIACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA.

EXPONE: que ha recibido su escrito del día 10 de los corrientes en el que se manifiesta que ese Centro Directivo carece de competencia para modificar o corregir el contenido de reglamentaciones de Trabajo y ordenanzas laborales, al determinarse en la Ley 8/1980, de 10 de marzo, la derogación de la Ley de 16 de octubre de 1942. De este modo no se entra en el fondo de la petición formulada el 16 de abril de 1982 sobre sustitución de los términos "manicura y pedicura" –que aparecen en la Ordenanza de Trabajo de Peluquerias de Señoras, Institutos de Belleza, etc.– por la voz "pedimanicura".

No obstante se entiende que la situación actual no impide resolver sobre lo pretendido por las siguientes razones:

Primera.–La derogación de la Ley de 16 de octubre de 1942 afecta, evidentemente, al texto total de esta disposición que señalaba las Bases de las Reglamentaciones de Trabajo.

Segunda.–Tal derogación no impide que a partir del mes de marzo de 1980 no puedan establecerse Ordenanzas laborales pues ello significaría un vacio legal que en modo alguno puede producirse. En este sentido basta observar como el Real Decreto núm. 487/1980, de 18 de febrero, en su Sección 4ª, artículo 20.1 señala que "la Dirección General de Trabajo tendrá encomendada la ordenación y desarrollo de las acciones en materia de relaciones laborales individuales y colectivas...." y esta redacción determina una evidente competencia en la cuestión planteada.

Pero, por si no resultara claramente determinada, el artículo 21.1 puntualiza que "La Subdirección Ge-

neral de Relaciones Laborales tendrá a su cargo el estudio, elaboración e interpretación de las normas reglamentarias de Trabajo..." y de este modo se incide en la competencia específica sobre el asunto objeto de mi anterior petición.

Tercera.—El Real Decreto núm. 325/81 de 6 de marzo que reestructura determinados órganos de la Administración y crea el Ministerio de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social mantiene, según su artículo octavo, "todos los organos y entidades...." de los Ministerios que por dicha disposición se suprimen, es decir, los de Trabajo y Sanidad y Seguridad Social, sin que se reformen atribuciones.

Cuarta.—El Real Decreto núm. 2823/81 de 27 de noviembre de 1981 que, de nuevo, ofrece otra reestructuración determina la creación del actual Ministerio de Trabajo y Seguridad Social pero tampoco presenta alteración alguna pues "dependerán del mismo los Organos y Entidades integrados en el Departamento, salvo los que por este Real Decreto se transfieren al Ministerio de Sanidad y Consumo".

Quinta.—Al establecerse la estructura orgánica del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social por Real Decreto de 12 de febrero de 1982 se mantiene la Dirección General de Trabajo (Artículo tercero 7) y quedan derogadas cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan a lo en él dispuesto. Pero no son contrarios al mismo los artículos 20 y 21 del Real Decreto de 18 de febrero de 1982 y por lo tanto estos han de considerarse vigentes.

Corrobora esta tesis y sin entrar sobre la determinación de convenios colectivos, que no hace al caso, el que por Orden de 19 de enero de 1982 se haya modificado la Ordenanza Laboral del personal de Establecimientos Sanitarios de hospitalización, consulta y asistencia y laboratorios de análisis clínicos aprobada nada menos que el 25 de noviembre de 1976, alterando aspectos sustanciales de la misma. Si así se ha hecho en ese caso, en razón a todo lo antes expuesto no se alcanza como no va a ser posible la modificación propuesta cuando solo supone la sustitución de un vocablo apoyada en las normas que en mi escrito de 16 de abril de 1982 se citan y que han sido dictadas por la propia Administración.

Por todo ello

SUPLICO: se acceda a las pretensiones figuradas en precitada petición de 16 de abril de 1982.

Madrid, a 28 de Mayo de 1982.

Ilmo. Sr. Director General de Trabajo.— Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

MINISTERIO DE TRABAJO
Y SEGURIDAD SOCIAL

DIRECCION GENERAL DE TRABAJO

SUBSECRETARIA DE EMPLEO Y RELACIONES LABORALES
MSC/MNM. Secc. 3.3.6. Expte.: 823/82
PELUQUERIAS

En contestación a su escrito de fecha 28 de mayo de 1982, con entrada en este Ministerio con fecha 4 de junio de 1982, por el que insiste en su solicitud de determinadas modificaciones de la Ordenanza de Trabajo de Peluquerias de Señoras y Caballeros, Institutos de Belleza, Salones de Manicura y Pedicura, Establecimientos de Baños, Saunas, Gimnasios y similares, el criterio mantenido por esta Dirección General, que se le comunica a título meramente informativo, es el siguiente:

El Real Decreto núm. 487/1980, de 18 de febrero, que cita en su escrito, en cuanto a competencia sobre la cuestión planteada, es anterior al Estatuto de los Trabajadores, el cual, además, como norma legal de superior rango, dispone expresamente, la derogación de la Ley de 16 de octubre de 1942 sobre las Reglamentaciones de Trabajo u Ordenanzas Laborales, por lo que, insistimos, este Centro directivo carece de facultades y competencia para proceder a las modificaciones solicitadas en su referido escrito.

En cuanto a la manifestación que hace en cuanto a haberse modificado la Ordenanza Laboral del personal de establecimientos sanitarios de hospitalización, asistencia, consulta y laboratorios de análisis clínicos, según Orden de 19 de enero de 1982 de este Ministerio, tal modificación se hizo en cumplimiento de una sentencia del Tribunal Supremo de fecha 21 de septiembre de 1981.

Madrid, 11 de junio de 1982

EL DIRECTOR GENERAL

Sr. D. Eleuterio Enrique González Gómez.
Presidente de la Agrupación de Podólogos de España.
C/. Embajadores, 163. MADRID

CONVOCATORIA

APLICADA A LA FARMACIA

PRIMER CURSO DE ORTOPEDIA

Organizado por el Departamento de Fisiología Animal de la Facultad de Farmacia de la Universidad Complutense de Madrid, con la colaboración del Servicio de Cirugía Ortopédica de la Fundación "Jiménez Díaz" de Madrid, la Facultad de Farmacia de la Universidad de París y el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España.

OBJETO DEL CURSO

El curso tiene por objeto el perfeccionamiento en la formación de los profesionales farmacéuticos, para el ejercicio de la Ortopedia en las Oficinas de Farmacia.

ORGANIZACION DEL CURSO

Número de plazas disponibles: 40

Tendrá una duración de tres semanas, desde el lunes 17 de Abril al viernes 5 de Mayo de 1978. La jornada de trabajo será de 8 horas, a excepción de los lunes, que comenzará a las 15 horas y los viernes se acabará a las 13 horas.

CONDICIONES DE LOS CURSILLOS

Ser Doctor a Licenciado en Farmacia por algunas de las Universidades Españolas.

Se tendrá en cuenta la vinculación actual y potencial del farmacéutico con la Ortopedia.

SELECCION

La Comisión correspondiente, hará entre los solicitantes, una adecuada selección, en la que se tendrá en cuenta, aparte del Curriculum Vitae, la citada vinculación con la Ortopedia, así como la representación en el curso, de las diferentes áreas geográficas de nuestro país.

En el supuesto que el número de solicitantes sea mayor que el de plazas disponibles, se asignará plaza para los sucesivos cursos previstos.

El resultado de la selección, se comunicará a cada uno de los candidatos, en un plazo de 15 días, y estos formalizarán su inscripción abonando entonces la cantidad total de 30.000 ptas. en concepto de matrícula, tecnología y clases prácticas.

INSCRIPCIONES

Se solicitará por escrito, antes del día **15 de Marzo de 1978**, a la siguiente dirección:

Dra. Emilia Muñoz Martínez.
Curso de Ortopedia aplicada a la Farmacia.
Departamento de Fisiología Animal.
Facultad de Farmacia.
Ciudad Universitaria. Madrid-3.
Telf. 243.19.37.

Se adjuntará la siguiente información:

– Curriculum Vitae.

– Certificado o documento expedido por el Colegio que garantice su titulación académica.

– Informe personal sobre su vinculación a la Ortopedia, emitido por el Colegio correspondiente.

– Fotocopia del recibo de Hacienda en que conste el epígrafe correspondiente que le ampara la actividad ortopédica en su Farmacia.

DIRECTOR DEL CURSO:

Prof. Dr. D. Gregorio Varela Mosquera.

Departamento de Fisiología Animal de la Facultad de Farmacia

Doctores: Andujar Arias, Fernández Estévez, Clínica de la Fe. Valencia.

de la Higuera González, Martínez Osorio, Muñoz Calvo, Muñoz Martínez, Navarro Martos, Navarro Ruiz, Prieto Mallo y Unzaga Marco.

Clases teóricas

Recuerdo general del funcionamiento del cuerpo humano.

La integración: Sistema neuro-endocrino.

Osteología: Recuerdo General. Columna Vertebral. Extremidades. Fisiología del Hueso.

Bioquímica del Hueso.

Miología: Recuerdo General.

Miología: Tronco, Extremidades y Fisiología del Músculo.

Bioquímica del músculo.

Artrología: Morfología y Fisiología.

Regulación de la postura y del movimiento.

Clases prácticas

Morfología: Huesos, Músculos y Coordinación de la integración del movimiento.

Tecnología ortopédica: Miembros inferiores, Tronco y Prótesis.

Calzado ortopédico.

Organización práctica de una Sección de Ortopedia en la Oficina de Farmacia I y II.

Servicio de Cirugía Ortopédica de la Fundación "Jiménez Díaz" de Madrid

- Dr. Ferrer Torrelles.
- Dra. Ceballos.
- Dr. Castillo Benítez.
- Dr. Fernández Paredes.

Programa

Definición y extensión de la Ortopedia. Conceptos actuales sobre técnicas y tratamientos ortopédicos.

Exploración del aparato locomotor. Valoración del movimiento articular. Terminología ortopédica.

Principios generales y técnicas específicas de los tratamientos ortopédicos.

La confección de aparatos ortopédicos. Principios fundamentales. Materiales. Clasificación de los aparatos ortopédicos.

Malformaciones congénitas del aparato musculo-esquelético. Conceptos generales.

Trastornos generalizados del hueso.

Procesos inflamatorios del sistema locomotor.

Procesos degenerativos de articulaciones y otras estructuras del aparato locomotor.

Procesos neuro-musculares. Parálisis cerebral, poliomielitis, esclerosis en placas, paraplegia, síndromes de comprensión radicular.

Trastornos de la epífisis y del crecimiento epifisario (necrosis-avascular del hueso, tibia vara, espondilolistesis).

La columna vertebral. Trastornos de desarrollo y alineación. Otros procesos de la columna vertebral.

Aparatos ortopédicos para tracción, inmovilización y corrección de la columna vertebral.

La articulación del hombro y codo. Trastornos más frecuentes. Técnicas ortopédicas.

La mano. Anatomía y función. Trastornos del desarrollo y traumatismos.

Aparatos ortopédicos para extremidades superiores.

La cadera. Anatomía y biomecánica. Trastornos más frecuentes. Tratamientos ortopédicos.

La extremidad inferior. Problemas de alineación y estabilidad. Problemas de su vascularización y circulación sanguínea.

La rodilla. Función. Trastornos principales. Tratamientos ortopédicos.

Anatomía y función del pie. Técnicas de exploración y terminología.

Procesos congénitos y traumáticos del pie. Tratamientos ortopédicos.

Aparatos ortopédicos para extremidad inferior.

Las amputaciones. Indicaciones, técnicas y principios ortopédicos.

Problemas relacionados con trastornos de la integridad de la pared abdominal. La hernia. Clasificación y clínica. Técnicas de tratamiento.

Tratamientos osteo-articulares. Clasificación y clínica.

Principios de tratamiento de las fracturas y traumatismos osteo-articulares.

Facultad de Farmacia de la Universidad de París. V^{e}

- Prof. Dr. Jacques Laroche.
- Prof. Dra. Christiane Laroche.

Programa

Algunos aspectos tecnológicos de la Ortopedia aplicada a la Farmacia.

PROBLEMATICA DE INVASION DE CAMPO PROFESIONAL QUE URGE DAR SOLUCION

RECURSO CONTRA EL PRIMER CURSO DE ORTOPEDIA:

El Departamento de Fisiología Animal de la Facultad de Farmacia de la Universidad Complutense de Madrid, con la colaboración del Servicio de Cirugía Ortopédica de la Fundación "Jiménez Díaz" de Madrid, la Faculdad de Farmacia de la Universidad de París y el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmaceúticos de España, convoca el PRIMER CURSO DE ORTOPEDIA para Licenciados y Doctores en Farmacia.

El curso, tiene por objeto, el perfeccionamiento en la formación de los profesionales farmacéuticos para el ejercicio de la ortopédia en las oficinas de farmacia, con un número de plazas disponibles de 40, que tendrá una duración de tres semanas, con una jornada de trabajo de ocho horas diarias.

Ante el problema lesivo que supone para la Podología y el Podólogo, dicho curso, la Asociación de Alumnos de la Escuela Oficial de Podología de la Facultad de Medicina de Madrid, con fecha 17.3.78, elevó un escrito al Magnífico y Excmo. Sr. Rector de la

Universidad Complutense de Madrid, mediante el cual protestaban enérgicamente por entender que el mencionado curso de ortopedia que se estaba impartiendo en la Faculdad de Farmacia, lesionaba los intereses de los alumnos de la Escuela y profesionales de la Podología, alegando las siguientes observaciones:
PRIMERO: La Asociación de Alumnos, constituída conforme lo dispuesto en el DECRETO 2248/1968 de 20 de Septiembre y aprobados sus Estatutos en virtud a lo dispuesto en la NORMA 2 de la Orden Ministerial de 9 de Noviembre de 1968, por la Autoridad Académica de la Universidad, con fecha 9 de Julio de 1970, donde se especifica, que la Asociación tendrá personalidad como tal desde el momento de su inscripción en el Registro de Asociaciones de Estudiantes. Y dentro de los fines se especifica la representación y defensa de los intereses profesionales y Universitarios de sus miembros asociados.

Al amparo del artículo 5., Apartado a) de los Estatutos. Deciden recurrir al recto proceder del Excmo. Sr. Rector de la Universidad, por estimar lesionados sus intereses como futuros profesionales de la PODOLOGIA, al organizar la Facultad de Farmacia, el primer curso de ORTOPEDIA para sus licenciados y doctores, según convocatoria que se adjunta. Donde se aprecia una extralimitación de funciones, dada la extensión y contenido de su PROGRAMA, dentro de un campo profesional ajeno a nuestro entender, ya que se imparten entre otras las siguientes enseñanzas: **Exploración del aparato locomotor, valoración del movimiento articular.– Principios generales y técnicas específicas de los tratamientos ortopédicos.– La confección de aparatos ortopédicos.– Técnicas de tratamiento.– Tratamiento osteoarticular.– Clasificación y clínica.– Principios de tratamiento de las fracturas y traumatismos osteo-articular.– Anatomía y función del pie.– Técnica de exploración y terminología.– Calzado ortopédico.–** etc.

Se pretende con esta formación, que el farmaceútico, con todo nuestros respetos, realice: **exploraciones, diagnóstico, pronóstico y tratamiento**, sin tener en cuenta que existen otros profesionales como el MEDICO, PODOLOGO Y TECNICO ORTOPEDICO, con misiones específicas dentro del campo de la Medicina y amparados por la Ley.

Se comprende la necesidad del recurso de la Asociación contra la convocatoria del PRIMER CURSO DE ORTOPEDIA ORGANIZADO POR LA FACULTAD DE FARMACIA EN LA CATEDRA DE FISIOLOGIA ANIMAL, y se hace imprescindible resaltar con el mayor respeto, en sus debidas proporciones, la dignidad de una profesión que entraña tan profundo interés para la conservación y defensa de la salud individual y colectiva de la humanidad, como es la medicina en toda su extensión. Haciéndose necesario, que cada profesional se dedique a los fines para los que fué creado. Dado que los principios básicos de la Universidad española, en su afán nobilísimo de adaptar a las exigencias científicas y socio-políticas del momento presente del país. Exigiendo en sus enseñanzas universitarias las normas legales para un mejor desarrollo profesional, en beneficio de unos principios materiales y morales, aplicados a la humanidad.

Por entender que existe incertidumbre en el futuro de los alumnos que están cursando sus estudios en las Escuelas de Podología existentes, al simultanearse las profesiones o introducirse un profesional en el campo del otro, ya sea médico, farmaceútico, veterinario, podólogo, matrona, fisioterapeuta. A.T.S., enfermera, auxiliar de clínica, técnico ortopédico, etc. alegando que si no se respetan las parcelas profesionales, dentro de la formación universitaria y profesional en sus diferentes grados o categorías, los resultados siempre serán altamente negativos.
SEGUNDO: Informamos que revisados los diferentes planes de estudio que se imparten en las Facultades de Farmacia, no encontramos las asignaturas base para que el farmaceútico pueda realizar exploraciones, diagnósticos y tratamiento a los enfermos que visiten las oficinas de Farmacia.

El Decreto Ordenador de la Facultad de Farmacia de 7 de Julio de 1944 (B.O.E. de 4 de Agosto) especifica una serie de misiones de competencia de los Licenciados y Doctores.

En el CAPITULO PRIMERO, **artículo quinto, apartado primero**, Dice: "Para el ejercicio de la **profesión farmaceútica** en la dispensación de medicamentos en las Farmacias Oficiales y particulares". El apartado segundo a). Para el ejercicio de las actividades científicas de análisis químico-biológicos de medicamentos, toxicología y forense, alimentación, etc. Para el ejercicio de las actividades, científicas de la fabricación industrial de medicamentos y de alimentación, etc. No encontrándose en las atribuciones profesionales, antecedente alguno que le permita recibir directamente al enfermo, para su estudio y tratamiento.

En la clasificación Internacional uniforme de ocupaciones de la Oficina Internacional del Trabajo, con sede en GINEBRA, en su apartado 0-67-10, hace referéncia al FARMACEUTICO. Dice: "Prepara y suministra medicamentos y otras preparaciones análogas, de acuerdo con las recetas médicas o fórmulas establecidas, o vigila su preparación; suministra productos médicos y quirúrgicos de acuerdo con las recetas; manipula los venenos y sustancias tóxicas que se emplean para fines médicos, domésticos u otros y los suministra de acuerdo con los reglamentos vigentes; efectúa análisis para determinar la naturaleza, pureza y eficacia de los medicamentos: vela por la buena conservación de los productos farmaceúticos; mantiene registro de las cetas despachadas y de las substancias tóxicas especiales suministradas.

Puede preparar y proporcionar, indicando el modo de empleo, ciertos productos, como medicamentos de uso veterinario, preparados químicos para uso agrícola y productos cosméticos y de tocador".

En presente ordenación internacional, seguimos sin encontrar antecedentes que faculte a los Sres. Farmacéuticos a **explorar, diagnosticar, tratar y confeccionar aparatos ortopédicos, en las Oficinas de Farmacia a los enfermos que asisten a las mismas.**

Como consecuencia de lo informado anteriormente, la salud pública, puede verse afectada en extremo, ya que la mayoría de las afecciones orgánicas, pueden degenerar en procesos patológicos de gran magnitud, al carecer de la preparación técnica científica suficiente para la aplicación de prótesis o aparatos ortopédicos, sin previa prescripción facultativa autorizada.

TERCERO: Teniendo en cuenta a nuestro entender, que las oficinas de Farmacia no están preparadas ni facultadas para **explorar, diagnosticar y tratar**, ya que para tales fines existen profesionales facultados por la Ley. Sin embargo los farmaceúticos tienen una preparación universitaria encaminada a unos fines concretos y útiles diferentes al "ejercicio de la ortopédia en las Farmacias".

CUARTO: Habida cuenta y referente al criterio de esta Asociación responsable de la conducta y buen funcionamiento en el orden académico del profesorado y alumnado, al amparo del DECRETO 727/62, por el cual se crea la ESPECIALIDAD DE PODOLOGIA, donde se especifica el campo de actuación profesional del Podólogo, que abarca el tratamiento de las afecciones de los pies, habilitando a los titulados a recibir directamente a los pacientes, con plena autonomía, estudiar y aplicar el tratamiento ortopédico y protésico del pié. Siendo estos profesionales los más afectados por la equivocada facilidad que se pretende dar a la aplicación de plantillas y otros medios protectores o correctores de transcendencia vital en los piés.

QUINTO: Recordamos que para la aplicación y confección de aparatos ortopédicos, existen profesionales denominados "TECNICOS ORTOPEDICOS" al amparo del DECRETO 389/66 del 10 de Febrero (B.O.E. 21.11.1966), que regula las **enseñanzas** y **atribuciones profesionales**, como auxiliares de la Medicina, interpretan las prescripciones, proyectan y dirijen la construcción de aparatos ortopédicos, según indicación facultativa.

SEXTO: La Ley de Educación de 4 de Agosto de 1970, especifica en su art. 54, apartado 2. "QUEDA PROHIBIDO A TODO CENTRO DOCENTE EL USO DE CUALQUIER DENOMINACION QUE NO SEA ESPECIFICAMENTE LA QUE CORRESPONDA", de conformidad con esta Ley y sus disposiciones complementarias. Ninguna Entidad, podrá utilizar denominaciones que puedan inducir a confusión. Las infracciones serán perseguidas en la forma legal.

Por todo lo expuesto al Mgfco. y Excmo. Sr. Rector esta Asociación consciente de su responsabilidad, solicita de V. E., dejar sin efecto la mencionada convocatoria y curso realizado, hasta tanto no haya una legislación clara y contundente, que especifique los diferentes campos de actuación profesional, en el caso de que la superioridad lo estime oportuno.

Gracia que esperamos alcanzar del recto proceder de V. E. como consecuencia del mencionado escrito, se remite por parte del Rectorado y a través del Decanato de la Facultad de Medicina, solicitud de un informe de la Dirección de esta Escuela, que con fecha del 4 de Mayo, se envía por la Dirección de la misma al referido Decanato, con las alegaciones correspondientes, apoyando incondicionalmente a la Asociación de Alumnos de este Centro.

Como resultado final, recibimos un escrito de la Secretaría General de la Universidad de fecha 12 de Mayo de 1978, que dice lo siguiente:

"Ordenado por el Magfco. y Excmo. Sr. Rector las averiguaciones pertinentes, con motivo de la denuncia enviada por la Asociación de Alumnos de la Escuela de Podología, comunico a Vd. que con fecha 2 de Mayo, ha ordenado el **Sr. Rector que paralice, las participaciones de la Facultad de Farmacia del Curso de Ortopedia objeto de la denuncia**". Lo que comunico a Vd. para su conocimiento y efectos oportunos.

De todo lo cual informamos con objeto de dar a conocer los problemas de intrusismo que tiene la profesión en este campo. Ya que en vista que en las diferentes Facultades existen problemas hacen uso de las Sedes Colegiales al amparo del mal interpretado art. 5º de la Ley de Colegios Profesionales de fecha 13-2-74 y que a continuación informamos de las Gestiones realizadas por esta Presidencia.

BOLETIN INFORMATIVO

NUMERO 115

COLEGIO OFICIAL

DE FARMACEUTICOS

DE MADRID

CURSOS DE ORTOPEDIA

A lo largo del semestre se darán los siguientes cursos de Ortopedia:

PATOLOGIA DEL PIE; PLANTILLAS
MEDIAS ELASTICAS
FAJAS Y LUMBOSTATOS
COLESTOMIAS

cuyas fechas de celebración, profesorado y demás circunstancias de los mismos se encuentran por determinar, y serán comunicadas con la suficiente antelación.

CURSILLO SOBRE "TRATAMIENTO DE LAS ALTERACIONES DE PIES MEDIANTE ORTESIS"

Celebración: Del 1 al 5 de diciembre.
Horario: De 20,30 a 22 horas.
Lugar: Salón de Actos del Colegio.
Núm. de participantes: 30 (en caso de que el número de solicitudes fuera superior, se realizaría otro Curso a continuación).
Dirección: Dr. D. Alejandro Amírola, Jefe de Sección de Ortopedia del Departamento de Traumatología y Rehabilitación de "La Paz".
Derechos de inscripción, material y diploma: 3.500 Ptas.

noviembre, 1980
LA JUNTA DE GOBIERNO

EL VOCAL DE ORTOPEDIA DEL
COLEGIO OFICIAL DE FARMACEUTICOS
DE MADRID
SALUDA

atentamente a su distinguido/a amigo/a y compañero/a, y le comunica que se celebrará un cursillo teórico práctico sobre "TRATAMIENTO CORRECTOR DE LAS ALTERACIONES DEL PIE MEDIANTE ORTESIS", dado por el Dr. Alejandro Amírola, Jefe de Sección de Ortopedia del Departamento de Traumatología y Rehabilitación de "LA PAZ", los días 1 al 5 de Diciembre próximo en horas de 20,30 a 22.

Este curso constará de 30 plazas (por riguroso órden de inscripción), y el precio del mismo es de 3.500,- ptas. Las solicitudes se presentarán en Secretaria Técnica de lunes a viernes, de 8,30 a 14 horas.

TOMAS MIJIMOLLLE LOPEZ

aprovecha gustoso esta ocasión para ofrecerle el testimonio de su consideración más distinguida.

Madrid, 7 de Noviembre de 1980

Asociación de Alumnos de Podología. Escuela Oficial de Podologia. Facultad de Medicina. Madrid-3.

Ilmo. Sr.

Con fecha 7 del presente mes de Noviembre, el vocal de Ortopedia del Colegio Oficial de Farmaceúticos de Madrid, envía un saludo, convocando un Cursillo teórico-práctico, sobre "TRATAMIENTO CORRECTOR DE LAS ALTERACIONES DEL PIE, SOBRE ORTOSIS", dado por el Dr. Alejandro Amirola, Jefe de la Sección de Ortopedia del Departamento de Traumatología y Rehabilitación de La Paz, para los días del 1 al 5 del mes de Diciembre.

1º La Asociación de Alumnos, al amparo del Artículo 5. apartado a, de los Estatutos. Deciden recurrir al recto proceder de V.I., por estimar lesionados sus intereses como futuros profesionales de la PODOLOGIA, como a los profesionales en ejercicio. El referido Curso de Ortopedia, por entender que el campo profesional y corporativo que convoca e imparte las correspondientes enseñanzas, no corresponde a su cometido específico, asi como a sus funciones profesionales por entender, que esta formación, que el farmaceútico, con todos nuestros respetos, pretende realizar, de exploración, diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Confección de aparatos que corresponde a otros profesionales, como son médicos podólogos y técnicos ortopédicos, con misiones específicas dentro

del campo de la medicina y al amparo de la legislación vigente.

2º Informamos, que revisados los diferentes planes de estudio que se imparten en la Facultad de Farmacia, no se contemplan las asignaturas base para que el farmaceútico pueda realizar exploraciones, diagnóstico y tratamiento a los enfermos que visiten las oficinas de Farmacia, imprescindible para la aplicación de los correspondientes aparatos ortopédicos, ya que el Decreto ordenador de la Facultad de Farmacia (de 7.7.44, B.O.E. de 4.8.44), especifica de una forma clara, las misiones y competencias de los licenciados y doctores en Farmacia.

Asímismo, en la clasificación internacional uniforme de ocupaciones de la oficina internacional del trabajo, en su apartado 0-6710, hace referencia al farmaceútico.

DICE: (Preparará y suministrará medicamentos y otras preparaciones análogas, de acuerdo con las recetas médicas prescritas o fórmulas establecidas, vigilando su preparación. Suministrará productos médicos y quirúrgicos, de acuerdo con las recetas). Que como corresponde en este caso, no se ajusta a la ortosis, dado que cada caso requiere un tratamiento diferente, prescrito y vigilado por el facultativo competente.

3º Hábida cuenta del Decreto 727/62, por el cual se crea la Especialidad de Podología, donde se especifica el campo de actuación profesional del Podólogo, que abarca el tratamiento de las afecciones y deformidades de los pies, habilitando a los titulares a recibir directamente a los pacientes con plena autonomía, estudiar y aplicar el tratamiento ortopédico y protésico del pie.

4º Recordamos, que la Ley de Educación General, de 4-8 del 70, especifica en su artículo 54, apartado 2º, "Queda prohibido a todo centro docente, el uso de cualquier denominación que no sea la que específicamente le corresponda, de conformidad con esta Ley y sus disposiciones complementarias.

Ninguna entidad, podrá utilizar denominaciones que puedan inducir a confusión, las infracciones serán perseguidas en la forma legal".

Por todo lo expuesto, a V.I., ésta Asociación, consciente y responsable ante lo lesivo de la invasión del campo profesional, solicita que deje sin efecto la mencionada convocatoria del Cursillo a realizar. Reservándonos los derechos legales que corresponda en caso contrario.

En espera del recto proceder y alto concepto de responsabilidad de V.I.

Dios guarde a V.I. muchos años.
Madrid, 24 de Noviembre de 1980
EL PRESIDENTE

ILMO. SR. PRESIDENTE DEL COLEGIO OFICIAL DE FARMACEUTICOS MADRID

En la reunión de Junta de Gobierno del 22-12-80 se tomó el acuerdo de llevar a efecto la petición de la asamblea de Podología celebrada el día 18-12-80, en el sentido de que por parte del Colegio se formule una denuncia en el Juzgado de Instrucción a propósito de los cursos organizados por el Colegio de Farmacéuticos, considerados por dicha asamblea como actos de inducción al intrusismo en el campo podológico.

ILUSTRE COLEGIO OFICIAL
DE AYUDANTES TECNICOS SANITARIOS

Conde de Romanones, 10
Teléfonos 228 05 14 - 230 84 70
MADRID-12

El Colegio Oficial de A.T.S. de Madrid y provincia haciendose eco de las manifestaciones de los abajo firmantes, asistentes a una reunión de A.T.S. celebrada el 3 de los corrientes en el Salón de Actos de este Colegio Oficial, eleva a esa Asesoría Jurídica para consulta, informe y trámite, lo solicitado en dicha reunión:

1) Que por parte del Colegio Oficial de Farmaceúticos de la provincia de Madrid, se esta impartiendo del 1 al 5 del mes de Diciembre, un Cursillo Teórico-Práctico, titulado "Tratamiento de las Alteraciones del Pie mediante Ortesis".

2) Que el tratamiento de las alteraciones del pie mediante Ortesis, es una práctica profesional que cae dentro del ámbito de las funciones del profesional de Podología, reconocido por el Decreto 7 27/62 por el cual se crea la Especialidad de Podología.

3) Que en la impartición del mencionado cursillo, se preve la intención de los profesionales asistentes a ese cursillo de utilizar el diploma y enseñanzas impartidas en el mismo para:

a) Exhibirlos en lugares que puedan inducir a error a futuros clientes.
b) Utilizar los conocimientos adquiridos para ejercer unas funciones que por ley quedan adjudicadas a los profesionales Podólogos.

4) Que por lo anteriormente expuesto los asistentes a la mencionada Asamblea solicitan de este Colegio Oficial tome las medidas jurídicas oportunas para que:

a) Cese la impartición de dicho curso.
b) Que caso de impartirse no se otorguen diplomas en los que figuren titulares que puedan inducir a error a la posible clientela.
c) Que cese el intrusismo profesional que en el ámbito de la Podología se esta realizando en los despachos de Farmacia.

ILUSTRE COLEGIO OFICIAL
DE AYUDANTES TECNICOS SANITARIOS

Conde de Romanones, 10
Teléfonos 228 05 14 - 230 84 70
MADRID - 12

EXCMO. SR.

Adjunto remito a V.E. fotocopia de escrito dirigido al Sr. **Presidente del Colegio Oficial de Farmaceúticos** por la Asociación de Alumnos de Podología de la Facultad de Medicina de Madrid, presentada en este Colegio el día 3 del actual por un grupo de A.T.S., en relación con un Cursillo sobre "Tratamiento de las Alteraciones del Pie mediante Ortesis", convocado por el citado Colegio Oficial de Farmaceúticos.

Este Colegio Oficial de A.T.S. en defensa de los intereses de sus colegiados solicita a V.E. se digne dar las órdenes oportunas para la suspensión del Cursillo que se menciona, o en caso de que no fuera posible, ordenar que por el Colegio de Farmacéuticos se modifique el título del citado Curso en los certificados de asistencia al mismo que se expidan, y en todo caso, que se obligue a aquel Colegio a poner en dichos certificados que éstos no capacitan para el ejerciccio de la Podología, teniendo en cuenta que el título del certificado dado por el Colegio convocante, de exhibirse en un lugar público como son los locales de farmacia, pueden inducir a error a las personas que acuden a ellos, además de facilitar posibles casos de intrusismo profesional.

Dios guarde a V.E. muchos años
Madrid, 4 de Diciembre de 1980
EL SECRETARIO
Fdo.– Victor Barranco Ortega

Vº Bº
LA PRESIDENTA
Fdo.– Concepción Germán Bés

GOBIERNO CIVIL DE MADRID

Serv. Admón. Local.
N/Ref.: COORDINACION. Núm. 763.

En contestación a su escrito núm. 1.272, de fecha 4 de diciembre ppdo., al que acompañaba fotocopia del dirigido al Colegio Oficial de Farmacéuticos, por la Asociación de Alumnos de Podología de la Facultad de Medicina de Madrid, en relación con un cursillo sobre "Tratamiento de las Alteraciones del Pie mediante Ortesis", convocado por el mencionado Colegio, le participo que, la Delegación Territorial del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social –organismo del que se solicitó el oportuno informe–, en escrito de fecha 30 de enero último –registrado de entrada el 9 de los corrientes–, me dice lo siguiente:

"Que el curso citado ha sido organizado basándose en el art. 5 de la Ley de Colegios Profesionales de 13 de febrero de 1974. Para realizar durante el primer semestre del año actual el citado Colegio, ha organizado varios cursos más. También informo a V.E. que el diploma a extender a la terminación del citado curso, expresará unicamente la asistencia al mismo".

Dios guarde a Vd.
Madrid, 23 de febrero de 1981
EL GOBERNADOR CIVIL

FDO.: MARIANO NICOLAS GARCIA

SR. PRESIDENTE DEL ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE AYUDANTES TECNICOS SANITARIOS
C/. CONDE DE ROMANONES, 10 MADRID-12

Huber & Aparicio

ABOGADOS

NOTA PARA EL COLEGIO DE A.T.S.

Visto el escrito dirigido por el Gobernador Civil de Madrid, en el que se da cuenta de que el Colegio de Farmacéuticos ha organizado un cursillo sobre "Tratamiento de las Alteraciones del Pie mediante Ortesis" al amparo del Art. 5 de la Ley de Colegios Profesionales, **resulta que dicha organización no parece corresponder a los fines del Colegio de Farmacéuticos.**

Según el apartado f) del citado artículo, será de competencia de los Colegios profesionales "organizar, en su caso, cursos para la formación profesional de los postgraduados", por lo que al no corresponder a la profesión de farmacéutico el tratamiento de enfermedad ni alteración física ninguna, ha de concluirse que no puede legalmente hacerse, siendo **el acuerdo de impartir tal cursillo contrario a la Ley, y por tanto nulo de pleno derecho,** debiendo ser dicho acuerdo suspendido por los órganos colegiales a que se refiere el art. 8, 4, de la Ley, o por la Administración.

Por otro lado, siendo competencia de los Colegios la adopción de las medidas conducentes a evitar el intrusismo profesional (Art. 5, 1) y ostentar la representación y defensa de la profesión ante la Administración (art. 5, g), parece que es procedente una nueva gestión en la Delegación Territorial de Sanidad, para, seguidamente, y a la vista de su resultado, iniciar la gestión en el Ministerio correspondiente.

¿Adónde vamos?

Los comentarios sobre Intrusismo dependerá de la actuación de los Podologos de España



Septiembre, 1981

Muy Sres. nuestros:

Tenemos el agrado de comunicarles que hemos fijado las fechas del

VIII CURSILLO SOBRE ORTOPEDIA BASICA DEL PIE

que tendrá lugar los días 20, 21, 22 y 23 de Enero de 1982 en ALICANTE, a cargo de nuestro Director Médico Dr. D. CARLOS PEREZ LAHUERTA, especialista en Ortopedia y Traumatología.

La cuota de inscripción, en la que se incluye la documentación, cocktail de recepción, almuerzos de trabajo, cena de clausura, desayunos y alojamiento en habitación doble en el hotel MELIA-ALICANTE, se ha fijado en 15.000 ptas. por persona. En habitación individual hay un suplemento de 1.500 ptas.

Al finalizar el Cursillo se entregará un diploma acreditativo de la asistencia.

Si Vds. desean participar en este curso, les rogamos confirmen **a la mayor brevedad** su asistencia ya que, por tratarse de un curso teórico-práctico, el número de plazas disponibles es muy limitado.

Aprovechamos la oportunidad para testimoniarles nuestra mayor consideración y saludarles.

muy atentamente,

ADJUNTO: **PROGRAMA DEL CURSILLO** POR FABRICANTE DE CALZADO.

VIII CURSILLO SOBRE ORTOPEDIA BASICA DEL PIE

Días: 20, 21, 22 y 23 de Enero de 1982.
Lugar: Hotel Meliá, Alicante.
Sesiones: Salón Escollera del Hotel Meliá.

(PROGRAMA)

MIERCOLES 20
20.00 – Entrega de Documentación.
20.30 – Cocktail de Recepción.

JUEVES 21
8.30 – Entrega de Documentación.
9.00 – Terminología medico-ortopédica.
10.00 – Anatomía descriptiva del pie.
11.00 – Biodinámica del pie. Marcha normal.
12.00 – Desarrollo del pie normal.
13.20 – Almuerzo de Trabajo.
15.00 – Demostración práctica: Exploración del pie normal.
16.00 – Calzado: Introducción y terminología.
17.00 – Calzado: Técnicas y sistemas de fabricación.

VIERNES 22
9.00 – Evaluación. Comentarios.

10.00 – Pie plano: Clínica.
11.00 – Pie plano: Tratamiento.
12.00 – Calzado Ortopédico: hormas y elementos correctores.

13.20 – Almuerzo de Trabajo.

15.00 – Utilización del podoscopio y del pedígrafo.
16.00 – Plantillas ortopédicas: Principios.
17.00 – Plantillas ortopédicas: Demostración práctica.

SABADO 23

9.00 – Pie zambo, pie adductus.
10.00 – Pie cavo.
11.00 – Hallux valgus y metatarsalgias.
12.00 – Pequeña patología del pie.

13.20 – Almuerzo de Trabajo.

15.00 – Calzado ortopédico: Requisitos.
16.00 – Calzado ortopédico: Prescripción básica.
17.00 – Evaluación final. Críticas y comentarios.
22.00 – Cena de Clausura y entrega de diplomas.

NOTA.– La cuota de inscripción da derecho a la asistencia y participación en todos los actos programados así como el alojamiento desde las 12 horas del día 20, miércoles, hasta las 12 horas del día 24, domingo.

SOLICITAMOS A LAS AUTORIDADES

- Que se prohiba la elaboración y venta de ortosis pédicas prefabricadas, independientes o aplicadas sobre calzados mal denominados "ortopédicos".
- Que el diseño de calzado denominado "Ortopédico" sea encomendado al Podólogo, con amplia base científica para este cometido.
- Que el comerciante de calzados y el farmaceútico, supriman de sus establecimientos el mobiliario clínico de exploración podológica "Podoscopio, pedigrafía, etc." puesto que práctica el intrusismo dentro de nuestro campo profesional.
- La no ingerencia en nuestro campo profesional de otras actividades, como Farmacéuticos, Técnicos Ortopédicos, Fabricantes y comerciantes de calzado, Institutos de Belleza, etc.
- Que la prescripción facultativa de ortosis pédicas dirigidas al Técnico Ortopédico sean especificas consignando diseño, dimensiones y alturas de los diferentes componentes.
- La prohibición de publicidad dirigida a confundir al usuario.
- La supresión de cursos de Ortopedia aplicada que tengan como objeto formar profesionales farmacéuticos para el ejercicio de la Ortopédica, en oficinas de farmacia.
- Prohibir la habilitación de gabinetes o secciones de ortopédia en las farmacias, destinadas a la exploración y aplicación de ortosis pédicas.

información internacional

ACTA DE LA ASAMBLEA GENERAL EXTRAORDINARIA DE LA F.I.P. CELEBRADA EN COPENHAGUE (DINAMARCA) EL DIA 7 DE MAYO DE 1982

Siendo las 18 horas del mencionado día, se reunen los miembros de la Junta Directiva de la F.I.P. y Delegados de distintos países afiliados a la misma, asistiendo por parte española, el Presidente de la Asociación de Podólogos de España D. Enrique González Gómez, el Secretario General de la misma D, José Luis Velasco Barriuso y el Tesorero D. Francisco Alvarez Santos, acompañados de un miembro de la Asociación D. Evaristo Rodriguez Valverde en funciones de traductor.

Se celebra al objeto de conocer a los nuevos delegados que no pudieron asistir a la reunión celebrada el día anterior, y asisten a la misma, el Presidente, el Secretario General y 25 delegados de la F.I.P. por falta de convocatoria.

Se hace una breve enumeración de los puntos tratados en el día anterior, para que los delegados que faltaron a la misma, tengan cumplida cuenta de lo que en ella se decidió.

PUNTOS TRATADOS:

1. En la Asamblea de París se decidió celebrar el próximo Congreso de la F.I.P. en España. Como ha habido nuevos nombramientos en la Directiva de la Asociación Española y nuevos delegados en la Junta Directiva de la F.I.P., preguntan nuevamente a la delegación española, si están de acuerdo en respetar lo decidido en la Asamblea de París. La delegación española acepta la designación, quedando por determinar la Sede en que se efectuará el mencionado Congreso Internacional. Se somete a votación la fecha del Congreso, y se decide por unanimidad la celebración del mismo en Mayo de 1985.
2. La Delegación Belga propone añadir al artículo 4-C de los Estatutos "Nombrar comisiones con misiones especiales". Se acepta por unanimidad.
3. Se estima por varios delegados, (y dentro de los Estatutos de la F.I.P.), exista un reglamento de régimen interior, nombrándose una comisión que lleve a efecto la elaboración del mismo.
4. Al haber cambiado la Asociación Española de Podología de Presidente y renunciar el Sr. Mañé a la Vicepresidencia de la F.I.P., se propone al Sr. González Gómez, Presidente de la Asociación Española de Podología (A.E.P.), como Vicepresidente de la F.I.P. hasta la celebración de las nuevas elecciones del Organismo Internacional. Se acepta el nombramiento del representante español por unanimidad de los delegados asistentes.
5. La delegación española hace mención expresa, de que recientemente se ha cambiado la denominación de Agrupación de Podólogos de España por Asociación Profesional de Podólogos de España y se pide, que la Junta Directiva y delegados de la F.I.P., tomen la debida constancia del mencionado cambio, así como del domicilio social de dicha Asociación que es en lo sucesivo en la calle Embajadores núm. 163, Madrid-5. El delegado alemán manifiesta ciertos reparos a éste cambio por entender que puede afectar a los Estatutos de la F.I.P., ya que los mismos están presentados en Barcelona. Tras aclararlo por la Delegación española y miembros de la Directiva de la F.I.P. que tal cambio no afecta para nada a la Organización Internacional siendo de la exclusiva competencia interior de los podólogos españoles, queda zanjada la cuestión. El Secretario General de la F.I.P. manifiesta que quedará cambiado el domicilio de la A.P.E. en el artículo 5 de los Estatutos de la F.I.P. en el que figuraba el domicilio anterior.
6. Debido a la protesta de varios delegados por carecer de intérprete en el Congreso, el Secretario General de la F.I.P., lee un artículo de los Estatutos en los que se establece que los idiomas oficiales del Organismo Internacional son: el español, francés, inglés y alemán.
7. Se acuerda que la próxima reunión de la ejecutiva y delegados de la F.I.P., se celebrará en París, la primera quincena de Marzo de 1983, según mandato estatutario.

No existiendo otros asuntos que tratar, se levanta la Asamblea aproximadamente a los 45 minutos de su iniciación.

EL SECRETARIO GENERAL DE LA A.P.E.

Vº Bº
EL PRESIDENTE DE LA A.P.E.

JUNTA GENERAL EXTRAORDINARIA DE LA F.I.P.

7 de MAYO de 1982 - COPENHAGUE

ORDEN DEL DIA:

1) Modificaciones estatutarias.
2) Elección del Vicepresidente de la F.I.P.
3) Cuestiones varias.

FALKONER CENTER 18 h.

PRESENTES

ALEMANIA	Z.F.D.
BELGICA	A.B.P.
BELGICA	C.B.P.
DINAMARCA	L. as. F.
ESPAÑA	A.P.E.
FINLANDIA	S.J.H.L.
FRANCIA	F.N.P.
SUECIA	S.F.R.
SUIZA	S.P.V.
SUIZA	U.A.R.P. (Poder a F.N.P.)

AUSENTES

HOLANDA	H.V.V.C.
ITALIA	A.N.I.P.P. (Excusada)
AUSTRIA	V.O.F. (Excusada)

1) A la cuestión de añadir al capítulo 4 - punto C- de los estatutos: **"Crear Comisiones con misiones especiales", la votación da la UNANIMIDAD.**
2) A la cuestión de hacer figurar en los estatutos F.I.P que esta última posea también un "Reglamento Interno" (R.I.), la votación da la unanimidad para añadir al artículo 2: Un reglamento interno (R.I.) fija las modalidades de aplicación de los estatutos.
3) Modificación del Artículo 5 - Domicilio Social.
   PROPUESTA:
   Dirección del Presidente de la A.P.E.
   Sr. Enrique GONZALEZ GOMEZ.
   C/. Embajadores 163 Madrid 5.
   La Votación da la UNANIMIDAD a esta propuesta.
4) **Elección del Vicepresidente de la F.I.P.**
   Candidato: el Sr. E. GONZALEZ GOMEZ
   La votación da la UNANIMIDAD a su elección.

3) **Cuestiones Varias:**
La **AGRUPACION** se convierte en ASOCIACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA. Presidente: E. GONZALEZ GOMEZ, quien confirma que organizará con la F.I.P., de la que es Vicepresidente, el próximo Congreso Internacional en ESPAÑA en 1985.

La sesión se termina a las 19 h.

El Presidente de la F.I.P. J.L. EMONET — El Secretario General G.H. MOREAU

DECISIONES DE LA JUNTA GENERAL ORDINARIA

1) Las Asociaciones deben enviar sus artículos científicos a la Secretaría General con vistas a la creación de la "REVISTA INTERNACIONAL". El Secretario se encarga de hacer traducir el resumen que debe acompañar obligatoriamente a los trabajos.
2) Las actas de la Junta celebrada en PARIS en Marzo de 1981 son adoptadas por unanimidad de los miembros presentes.
3) El Secretario se encarga de la traducción de las Actas de las Juntas Generales del Francés al Alemán, Inglés y Español. Debido a los gastos de traducción, las Actas deben ser reducidas a sus textos.
4) Se entrega un cuestionario a cada Asociación para que lo rellene y lo envíe luego a la Secretaría General.
5) Se desea que cada Asociación envíe su revista al C.O.P.U.C.A. (véase su dirección en BUENOS AIRES en las Actas).
6) El Sr. MOREAU pide a las Asociaciones que le envíen, si los poseen, archivos administrativos de la F.I.P. desde su creación en 1945 hasta 1979, para que pueda tenerlos reunidos como documentos oficiales.
7) Fianza de entrada para las nuevas Asociaciones, votada al valor de la mitad de la cuota anual.
8) Aprobación unánime por las Asociaciones presentes del Informe Moral del Secretario General.
9) Aprobación unánime por las Asociaciones presentes de los informes financieros:
   a) Informe Administrativo del Sr. Moreau
   b) Tesorería F.I.P. de la Srta. Anfray
10) Nuevo modo de calcular las cuotas basado en Francos Suizos.
    1,55 Francos Suizos por adherente con mínimo de 310 F.S. y máximo de 1860 F.S. por Asociación.
11) La F.I.P. correrá con los gastos de estancia de

los miembros de la Mesa de la Junta durante el Congreso de COPENHAGUE.

12) La Asociación Danesa elaborará un informe sobre las ventajas y los inconvenientes de organizar un Congreso Internacional.
13) Votación de un presupuesto de 10.000 Francos Suizos para reunir a especialistas internacionales que tratarán de las técnicas podológicas de vanguardia. Los laboratorios deberán participar en los gastos de reunión y de edición de los trabajos.
14) Próxima Junta General EXTRAORDINARIA en PARIS los días 5 y 6 de Marzo de 1983.
15) Cualesquiera peticiones de modificaciones estatutarias deben dirigirse a la Secretaría General antes del 31 de Diciembre de 1982.

DECISIONES DE LA JUNTA GENERAL EXTRAORDINARIA

1) Por unanimidad: añadir al Artículo 4 - punto C de los estatutos: "Crear Comisiones con misiones especiales" etc....
2) Por unanimidad: añadir al Artículo 2: "Un reglamento Interno (R.I.) fija las modalidades de aplicación de los estatutos".
3) Por unanimidad: Artículo 5 .... El Domicilio Social de esta Asociación se halla situado en la sede de la Asociación de Podólogos de España en Madrid.
4) El Sr. Enrique GONZALEZ GOMEZ es Vicepresidente de la F.I.P.
5) La A.P.E. (España) organizará con la F.I.P. el próximo Congreso Internacional en 1985 en España.

ASOCIACIONES DE LA F.I.P. 1982

Domicilio Social de la F.I.P.: Sr. E. GONZALEZ GOMEZ - **A.P.E.** c/. Embajadores 163 - Madrid 5.
Sede Administrativa: **F.I.P.** - 163, rue Saint-Honoré 75001 París.
Tesoreria: Sylviane ANFRAY - Freiestrasse 3 4051 BASEL - Suiza.
Secretaria General: Sr. G.H. MOREAU - 70, rue Saint Didier 75116 PARIS (Francia).

1) **Alemania Federal** (Z.F.D.) ZENTRALVERBAND DES FUSSPFLEGER DEUTSCHLANDS
Sr. HAMME (Presidente) Verdingastrasse 22 4130 MOERS.
Adh. 2020 E.V. - Sr. GREWEY (Delegado) 6630 **SARLOUIS** Hohenzollernring 8.
2) **Austria** (V.O.F.) VERBAND OSTERREICHISCHER FUSSPFLEGER.
Adh. 350 - Sra. M. SCHICHO (Presidenta) 5020 **SALZBURG** - Kaigasse 31.
3) **Bélgica** (A.B.P.) ASSOCIATION BELGE DES PODOLOGUES.
Adh. 50 - Sra. S. CHARLIER (Presidenta) 97, Av. Crokaert - 1150 **BRUXELLES.**
4) **Bélgica** (C.B.P.) CHAMBRE BELGE DES PODOLOGUES.
Adh. 300 - Sra. DEMOULIN (Presidenta) 5, Av. des Cormorans - 1150 **BRUXELLES.**
5) **Dinamarca** (L as D.) LANDSFORENINGEN AF STAT. FODTERAPEUTER.
Adh. 625 - Sra. L. TØRNGREN (Presidenta) Bjelkes Allé 43 - 2200 KOBENHAVN. N.
6) **España** (A.E.P.) ASOCIACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA.
Adh. 1260 - Sr. E. GONZALEZ GOMEZ (Presidente).
7) **Finlandia** (SJHL) SUOMEN JALKOJENHOITAJIEN Liito R.Y.
Adh. 350 - Sra. Helvi HIETANEN (Presidenta) Ludvigin Katu 7 B.7 - 00130 **HELSINKI 13.**
8) **Francia** (F.N.P.) FEDERATION NATIONALE DES PODOLOGUES.
Adh. 1850 - Sr. J.L. EMONET (Presidente) 163, rue St-Honoré - **75001 PARIS**
Sr. D. VILLEDIEU (Delegado) 3, Fossé des Tanneurs - **STRASBOURG 67000.**
9) **Italia** (ANIPP) ASSOCIAZIONE NAZIONALE ITALIANA PEDICURE PODOLOGI.
Adh. 500 - Sr. ZANETTI (Presidente) Via Ramazzini 3 - 20129 **MILANO.**
10) **Países Bajos** (H.V.V.C.) HOLLANDS VERBON VAN GHIROPODISTS.
Sr. K.S. BREUKHOVEN - Provenierssingel 39 - 3033 EG **ROTTERDAM.**
11) **Suecia** (S.F.R.) SVERIGES FOTTERAPEUTERS RIKSFORBUND.
Adh. 400 - Srta. Monica ALBERTUS (Presidenta) Box 7147 - 41254 **GOTEBORG.**
12) **Suiza** (S.P.V.) SCHWEIZERISCHER PODOLOGEN VERBAND.
Adh. 350 - Sra. El. DOSSENBACH (Presidenta) Forchstr. 146 - 8032 **ZURICH.**
Srta. Syl. ANFRAY. Freiestr. 3 - 4051 **BASEL.**
13) **Suiza** (U.A.R.P.) UNION DES ASSOCIATIONS ROMANDES DES PEDICURES.
Adh. 165 - Sra. G. SAUTAUX (Presidenta) 11, rue R. Céard CH - 1204 **GENEVE.**
Sr. R. AEBI (Delegado).

G.H. MOREAU. Secretario General. 70, rue St-Didier 75116 PARIS (Francia).

AVULSION PARCIAL DE LA UÑA Y MATRIZTOMIA POR FRESADO

por L. Aycart D.P.M.
Miembro Asociado de la Academia de Cirugia Ambulatoria Usa.

La introducción en podología del motor eléctrico para el fresado de las uñas, fue un gran avance en las técnicas podológicas, sin ellos no podriamos rebajar convenientemente la lámina ungueal para disminuir la tensión de los bordes ungueales en las paquioniquias, tampoco nos seria posible librar a nuestros pacientes de sus uñas hipertróficas ó al menos evitar el dolor al emplear el cortauñas. Las onicomicosis tan abundantes en la actualidad no podrían ser tratadas eficazmente.

Pero, quizá: la utilidad del fresado en operaciones cruentas con el motor eléctrico, no se ha valorado suficientemente. Cuando algún compañero de los que hoy me escuchan, se lanzaron a la crítica, sobre un trabajo filmado, presentado en el VI Congreso Nacional de Podología en el año 1972 que se titulaba "Variante de la técnica de Duvrie en la hipertrofia labioungueal", en la que su autor Francisco Moran, fresaba el surco ungueal mientras efectuaba la intervención, no pudieron prever que este buen amigo fuera el pionero de la técnica que hoy expongo.

La técnica está basada en la destrucción parcial de la matriz ungueal por medio de fresado, y se puede inscribir en la técnica de la mínima incisión (m.i.s.) que conlleva el mínimo traumatismo quirúrgico (m.t.s.) y como consecuencia de ello menor dolor postoperatorio. Ofrece en sí muchas ventajas sobre las técnicas utilizadas en la actualidad, en uñas con onicocriptosis que requieren una reducción de su anchura o una corrección de sus bordes anormales. Fig. 1.

Revisemos ligeramente la anatomia de la uña, todos sabemos que son estructuras corneas planas o incurvadas en mayor o menor grado, situadas en la porción anterior y dorsal de las falanges distales de los dedos. Su extremo proximal está inserto en un repliegue de la piel a partir del que se desarrolla la uña y que se conoce con el nombre de matriz ungueal, bajo este pliegue de la piel aparece la lúnula de forma semilunar que ocupa la octava parte de la longitud de la misma. La zona de la piel situada bajo la lámina ungueal se conoce con el nombre de lecho ungueal, los surcos laterales sobre los que se desliza la uña en su crecimiento, se denominan surcos periungueales.

La matriz es la zona situada inmediatamente por detrás y por debajo de la lúnula; está en la vecindad y emerge en parte, de la inserción de la cápsula articular con el periostio de la epífisis proximal de la falange distal; a partir de ella se forma la misma uña. La matriz es responsable del crecimiento, de la forma y de la anchura de la uña. Cualquier modificación que se haga sobre esta inserción, ya sea quirúrgica o traumática, afectará a su anchura, su forma y su desarrollo.

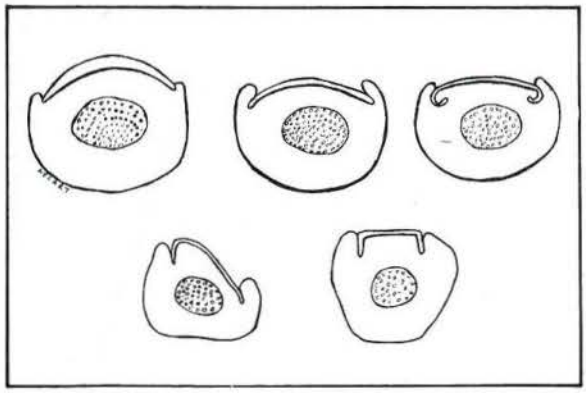


Fig. 1.– Diferentes uñas anormales.

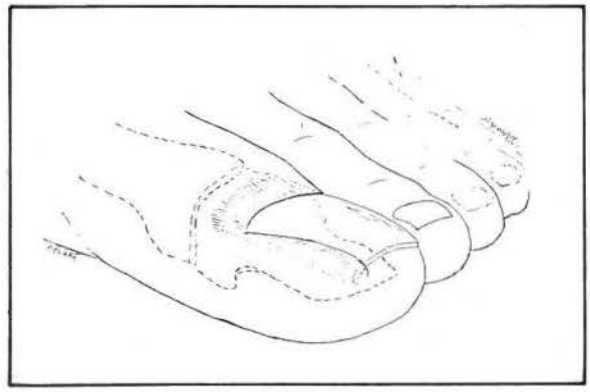


Fig. 2

Fig. 2. La extracción parcial de la lamina ungueal se efectua de la siguiente forma:

Se aplica un torniquete en la base del dedo. Para mantener la integridad del lecho ungueal es aconsejable cortar la lámina con un cortauñas cuyas hojas son diferentes, una plána y otra puntiaguda y cortante., o bien un bisturi Beaver núm. 81. Fig. 3. Se

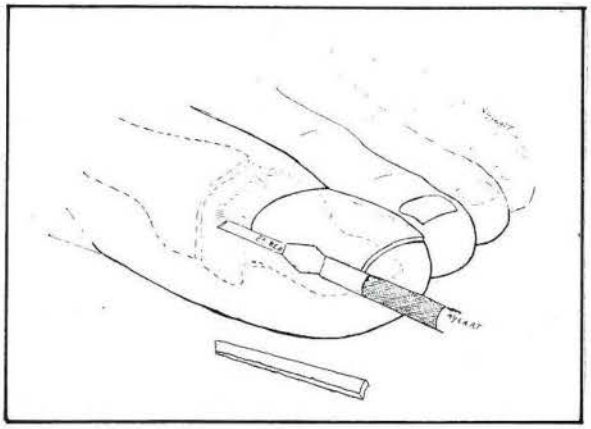


Fig. 3.– Extracción parcial y comprobación. Corte.

situa la hoja plana bajo la placa ungueal mientras se fuerza a penetrar entre lecho y lámina ungueales. Gradualmente se va deslizando hasta alcanzar la parte posterior de la lámina, sin cortar la falda, se fuerza la hoja en dirección plantar y se empuja la misma bajo la piel donde se pierde la uña, y con pequeños movimientos se prosigue el corte hasta no encontrar resistencia, esto significa que hemos llegado a la matriz ungueal, que se encuentra en/o próximo, a la base de la falange proximal. A continuación retirar el cortauñas. Si se encuentra dificultad para acceder al corte de la última parte, utilizar un periostotomo y suavemente despegar la parte posterior de la uña del sitio de entrada.

Para retirar el trozo de uña, insertar el periostotomo bajo el trozo de uña y apoyando nuestro dedo pulgar sobre el mismo, con un pequeño movimiento de rotación, siempre se debe de comprobar la parte posterior de la espicula para ver si se extrajo por completo. Fig. 6.

Se limpia el surco con un hisopo esteril de algodón con Betadine ú otro antiseptico de elección y se seca. A continuación con una cucharilla Spratt ó Volkman de 2 mm $\emptyset$ se inserta nuevamente en el alveolo del eponiquio legrando gradualmente todos los restos que queden de la matriz. Fig. 4. Para que no queden residuos de matriz, hay que cuidar que la legra llegue al fondo hasta que se oiga el raspado del hueso, también hay que asegurarse de que todo el saco aponi-

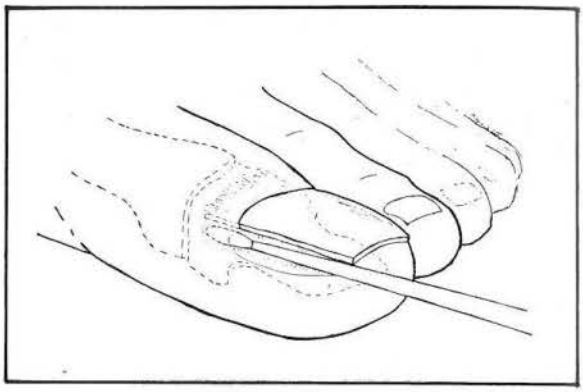


Fig. 6.– Secado postextracción y limpieza antiséptica.

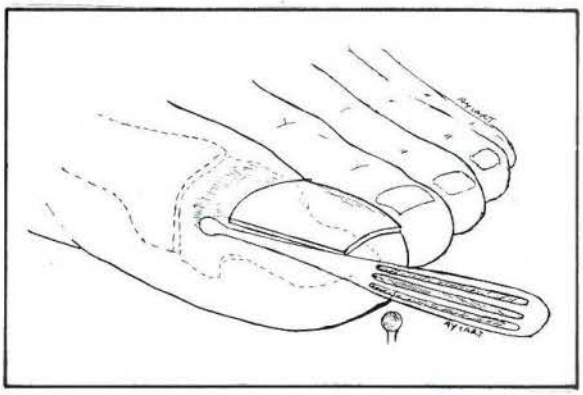


Fig. 4.– "Rayado", con cucharilla Spratt

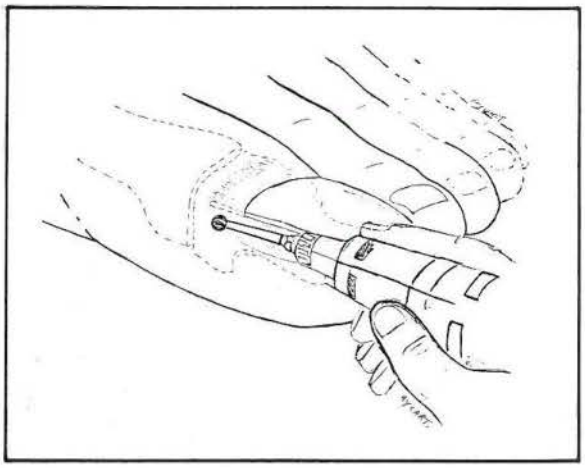


Fig. 5.– Fresado mecánico.

quial quede completamente legrado. Si quedan unas pocas células ungueales, recidivarán en espículas todavía mas perjudiciales.

Fig. 5. Personalmente confio más en efectuar este legrado con una fresa circular de 2 mm. de diámetro y un motor eléctrico a pequeña velocidad entre 800 y 1000 r.p.m. Para ello hay que mantener la fresa fir-

memente y deslizarla en forma de producir un "rayado" desde la envoltura del saco eponiquial hasta la porción mas distal de la uña. El sonido tiene que ser agudo durante todo el recorrido oseo, ya que se está procediendo al rayado del hueso.

Si por miedo u otro motivo, no se profundiza y el sonido que se percibe es apagado y húmedo, apenas si llegamos al periosteo, en cuyo caso recidivará en cuanto cicatrice.

Para asegurarse una completa destrucción de las células ungueales y que éstas no puedan regenerarse, se ha probado con mucho éxito una técnica combinada quirúrgica-química que se aplica a continuación del legrado mecánico. Consiste esta en una vez bien seco el surco quirúrgico aplicar fenol de la siguiente forma.

Preparar varios hisopos de algodón esteril del tamaño mas aproximado al saco eponiquial. Sumergir uno de ellos en Fenol puro al 90 por ciento y exprimirlo sobre la pared interior del frasco, haciéndolo girar en el mismo sentido en que se enrrolló el algodón. Insertar suavemente en el fondo de saco asegurándose de que el fenol no rebase los límites de la herida quirúrgica. Conviene tener preparado, no obstante, una gasa impregnada en alcohol por si fuera necesario. El tiempo de aplicación será de **minuto y medio**. Tam pronto como el aplicador del fenol empiece a cambiar de color, (esto quiere decir que las proteinas neutralizadas por el fenol, le han hecho perder su actividad). Se cambia por otro con fenol nuevo. Si no apareciera esta decoloración cambiar el hisopo por lo menos una vez. Fig. 7.

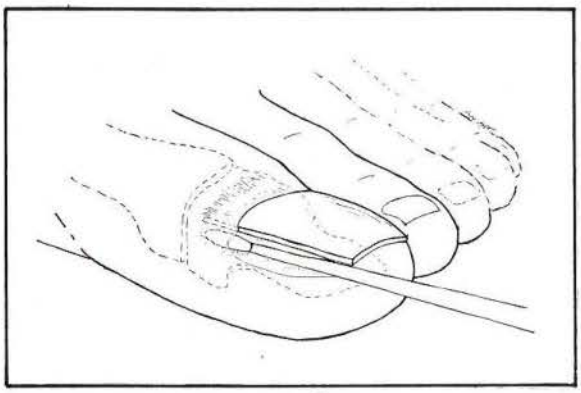


Fig. 7.– Aplicación de 1 $^{1}/_{2}$ minuto de Fenol.

Agotado el minuto y medio, secar el campo con un hisopo y aplicar seguidamente alcohol de la misma forma durante doble de tiempo ó más. Asi mismo si el alcohol no cambia de color, hacer por lo menos dos enjugados con alcohol nuevo. A continuación retirar lentamente el torniquete, y aplicar una pomada de sulfamida, cubrir con 2 o tres compresas de Melodin, y sujetar con una espica de "Coban".

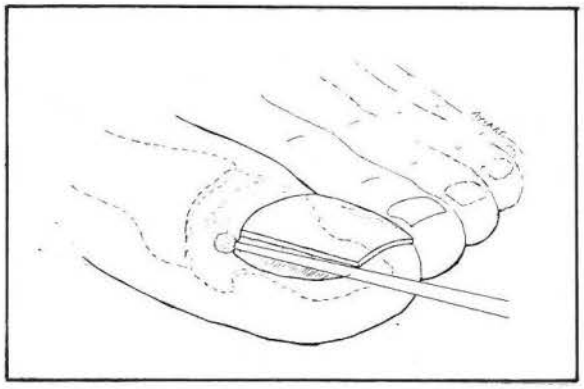


Fig. 8.– Neutralización con alcohol.

Normalmente este procedimiento es indoloro, aunque se debe recomendar al paciente, mantener el pie en alto durante las primeras 24 horas y tomar algún analgésico suave.

Resumiendo, el tratamiento quirúrgico-químico en las onicopatias, tiene muchas ventajas, es rápido, la tasa de recurrencias es muy baja, el dolor postoperatorio es mínimo, permite al paciente el tratamiento ambulatorio desde la primera cura, el vendaje es tan reducido que le permite el uso de zapatos normales con cordones, tiene pocas probabilidades de infección debido a las propiedades antisépticas del fenol y el alcohol.

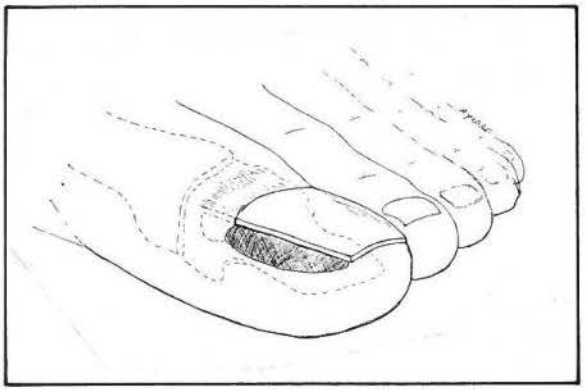


Fig. 9.– Aspecto final postoperatorio.

Las desventajas radican en un prolongado período de cicatrización que raramente se prolonga mas de 6 semanas. A pesar de ello no incapacita al paciente, que después del segundo cambio de apósito puede hacer su vida normal incluso bañarse.

Cuidados postoperatorios.– Hay muchos y muy variados cuidados postoperatorios, para reducir el prolongado período de cicatrización, conocidos por todos Ustedes, y relatados en la literatura profesional, de ellos se desprende que cada uno de estos sistemas, parece mejor, según las manos. Casi todos nosotros

hemos tratado de encontrar una solución a este problema, cambiando las pomadas, por los polvos; el tul graso por la cura seca, la mercromina por el merthiolate o el Vigencial, y todos hemos encontrado respuestas muy variadas.

Actualmente encuentro mas eficaz, una ligera capa de pomada de sulfamida cubierta por dos compresas Melodin (gasa acolchada), un vendaje ligeramente compresivo consistente en una espica de una vuelta de Coban (Venda de gasa ligeramente elástica y adhesiva). Entre 24 y 48 horas, cambiar el apósito. Y explicar al paciente para que en lo sucesivo, baje el pié en solución antiséptica de Hibitane dos veces al día, y limpie el surco y la herida con un hisopo impregnado de Betadine. De esta forma podrá bañarse al tercero o cuarto día de la operación, siempre que la herida sea secada, desinfectada y cubierta después del baño. No obstante los cuidados en el hogar deben acompañarse de visitas cada vez mas espaciadas al podólogo para cambio del apósito y vigilancia. A pesar de todo el quid de la cuestión es mantener la herida quirúrgica limpia y libre de presión, ya que las pomadas previenen la infección, el vendaje previene la hemorragia, también evitan la aireación y tienden a la inflamación y el dolor. Si el paciente limpia vigorosamente el surco también puede retrasarse o si los tejidos estan sometidos a vendaje oclusivo por pomada, la zona se macera con el retraso consiguiente.

por el podólogo L. Aycart Vijuesca D.P.M.
Miembro Asociado de la Academia de Cirugía Ambulatoria en U.S.A.

REFERENCIAS

Solkin Cirugía con fresa y fenol en uñas incurvadas. Current Podiatry, Abril 1972.
L. Hymes D.P.M. "La Cirugía de la mínima incisión del antepié".
F. Moran. Podólogo, "Variante de la técnica de Duvrie en la hipertrofia labio-ungueal".

FE DE ERRATAS

REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGOS

ENERO-FEBRERO - núm. 85 - 1982

FE DE ERRATAS

Página 3: Donde dice, **Voval**, debe decir: VOCAL.
Página 9: Donde dice, **regates**, debe decir: REGATEES.
Página 13: Donde dice, **que sae haya**, debe decir QUE SE HALLA.
Página 20: Donde dice, **hay O**, debe decir: HAY O_2
Página 26: Donde dice, **falangres**, debe decir: FALANGES.
Página 27: Donde dice, **utensiolios**, debe decir: UTENSILIOS.
Página 29: Donde dice, **metatarse**, debe decir: METATARSO.
Página 29: Donde dice, **siguiera**, debe decir: SIQUIERA.

MARZO-ABRIL núm. 86 - 1982

FE DE ERRATAS

Página 3: Donde dice, **Voval**, debe decir, VOCAL.
Página 5: Donde dice, **esacervante**, debe decir: EXACERBANTE.
Página 12: Donde dice, **suplirme**, debe decir: SUPRIME.
Página 13: Donde dice, **exijen**, debe decir: EXIGEN.
Página 16: Donde dice, **devidamente**, debe decir: DEBIDAMENTE.
Página 16: Donde dice, **tralsao**, debe decir: TRASLADO.
Página 28: Donde dice, **pedilubios**, debe decir: PEDILUVIOS.
Página 30: Donde dice, **analíptica**, debe decir: ANALITICA.
Página 31: Donde dice, **arterioasclerosis**, debe decir: ARTERIOESCLEROSIS.
Página 31: Donce dice, **desfaborable**, debe decir: DESFAVORABLE.

EN LAS DOS REVISTAS.

Página 2: Donde dice, **Luis Pascual San Miguel**, debe decir: LUIS PASCUA SAN MIGUEL.

DIVAGACIONES SOBRE CONFLICTOS DEONTOLOGICOS

Nuestra actividad diaria profesional se encuentra continuamente con contradicciones legales, deontológicas e incluso de conciencia, por lo menos esa es mi impresión, creando la sensación en muchas ocasiones que estoy navegando entre dos aguas y con un temporal de intereses creados, obligándome a componer equilibrios inestables entre lo que en conciencia debería hacer y lo que la ley me autoriza.

Voy a plantear dos ejemplos:

Por una parte, y por decreto ley, puedo proceder a la ablación de una uña, o a la extirpación de un rodete ungueal, pero por otro lado no estoy autorizado para la prescripción de una simple gammaglobulina o una anatoxina antitetánica previa a la intervención cuando las condiciones higiénicas del entorno en que se desenvuelve el paciente dejan mucho que desear, o para la prescripción de un preparado de amoxycilina, pongo por caso, en prevención de accidentes infecciosos post-operatorios.

Se supone que "cada cual adopta posturas paralelas, difusas y poco definidas legalmente para salir del paso"; unos aconsejan "verbalmente" la conveniencia de la prescripción confiando en la tolerancia y comprensión de los despachos de farmacia; otros se las "apañan" con muestras fármaco-médicas; algunos se arriesgan a no decir nada exponiéndose a las posibles complicaciones; los más afortunados trabajan en equipo con un centro médico donde existe colaboración y comunión de ideas, pero este último no es el caso más generalizado, más bien diría que son excepciones que confirman la regla.

Cuando nos encontramos ante un caso de retropiés valguizados por laxitud ligamentosa, exceso ponderal y como consecuencia de ello un genu valgo en bipedestación, prescribimos unas plantillas que al verticalizar la línea de Helbing, redistribuyen las cargas, reestructuran los arcos, mejoran la dinámica del pié, reducen la diástasis maleolar, y como consecuencia de todo ello liberan de la presión anormal los cóndilos femorales y las mesetas tibiales externas, reduciendo el bostezo articular interno y solucionando de este modo un problema a distancia. Y aquí otra contradicción; los problemas de rodilla no entran en nuestro campo profesional autorizado, se nos dice que dicha área no nos compete y que estos enfermos deben remitirse al servicio médico correspondiente. Nuestra respuesta es que nosotros solucionamos el problema del pie y que "indirectamente" y gracias a nuestra correcta actuación solucionamos "además" otra alteración patológica. Este planteamiento de la cuestión podría compararse al de un Odontólogo que al prescribir un preparado de ampicilina para solucionar un flemón molar este mismo fármaco curará una otitis al paciente. Si el Otólogo blandiera sus armas argumentando que el aparato auditivo es de su incumbencia, la respuesta y el peso de la razón hablarían por si solas.

Desgraciadamente este mundo es una gran feria

de intereses creados, con un mercantilismo competitivo donde todo se compra y se vende, y la gran familia sanitaria con sus diferentes niveles de preparación académica teórica no se escapa de las reglas del juego; LA MERCANCIA ES LA SALUD, Y EL CONSUMIDOR ES EL PACIENTE, DEFENDIENDO TODOS CON UÑAS Y DIENTES SU PROPIO MERCADO.

Nosotros los podólogos debemos entonar también un "MEA CULPA SEMICOLECTIVO", debemos ser los primeros en lavarnos la cara para poder acusar algunos sucios negocios y señalar con el dedo algunas "transacciones" poco deontológicas.

¿Cuántas plantillas innecesarias se prescriben?

¿Cuántas veces hemos visto material prefabricado, comprado a muy bajo precio, que no se adaptan al problema del paciente, vendiéndose después de multiplicar por diez su valor, donde lo único que se ha hecho ha sido forrarlo a modo de disimulo, o incluso ni eso?

¿Cuántos casos conocemos todos de DICOTOMIA de honorarios entre traumatólogos y ortopédicos y también ¡¡por qué no decirlo!! entre traumatólogos y podólogos?

Sólo se me ocurre una exclamación

¡¡¡LAMENTABLE!!!

Debemos ser los primeros en dar ejemplos de honradez profesional y quitarnos la viga de nuestros ojos antes de intentar sacar la paja del ojo del vecino.

Cada día se imponen más los conceptos de salud integral y de trabajo en equipo. Una onicocriptosis en un pie diabético requiere la colaboración estrecha entre el Endrocrinólogo y el Podólogo; una siringomielia con mal perforante plantar debe tratarla conjuntamente el Podólogo y el Neurólogo, y diría más, también el Médico de Cabecera que conoce con criterio más equilibrado la unidad funcional psico-somática del paciente. Pero todo ello difícilmente puede lograrse estando cada uno en su casita (léase consultorio), a modo de torre de marfil, sin que exista verdadero trabajo de equipo entre todos los diferentes profesionales. Está claro que de la falta de colaboración no somos, en general, nosotros los culpables, pero es un problema a resolver por el que debemos trabajar.

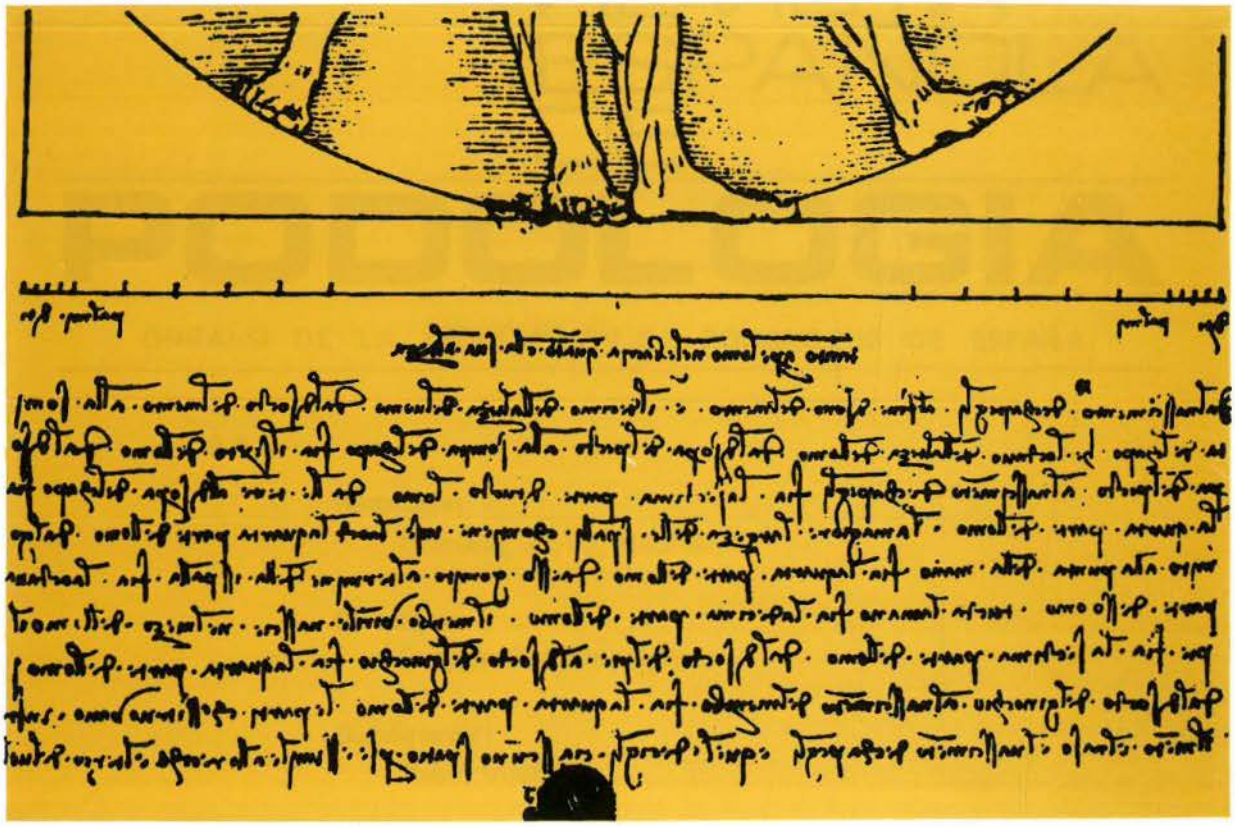
La super-especialización "se ha pasado de rosca" Antes el profesional de la salud lo abarcaba todo y sabía "un poco de muchas cosas"; los avances técnicos y conocimientos científicos se han multiplicado de una manera tan vertiginosa que ha hecho imposible condensar todo el saber en una sola persona naciendo de esta manera las especialidades, pero la ley del péndulo ha hecho que lleguemos al extremo opuesto; convirtiendo al especialista en un técnico que "sabe mucho de muy poco", perdiéndose la visión de unidad de salud psico-somática integral, siendo válido el refrán de que los árboles no nos dejan ver el bosque. Con todo este "rollo" intentamos crear un estado de conciencia, aportando nuestro pequeño grano de arena para que se luche por la creación de Servicios de Podología en todos los centros de salud, sean grandes o pequeños.

Debemos perder nuestra timidez, prepararnos a conciencia y demostrar nuestra valía profesional, pero todo ello debe ir unido y bien sazonado con una gran dosis de honradez ética y deontológica, para no caer en el círculo mercantil de ser unos meros vendedores de plantillas porque ello sea un "modus vivendi" y una manera de llenar nuestros bolsillos.

Si alguien se siente aludido y ofendido por estas líneas con sinceridad le digo que SI SE SIENTE LIBRE DE CULPA QUE TIRE LA PRIMERA PIEDRA.

J. M. ALBIOL FERRER
PODOLOGO
(Barcelona)





REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

A. P. E. JULIO-AGOSTO
n: 88 1982

REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

ORGANO DE LA ASOCIACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

A.P.E.

Redacción:
Granada, 33, 5º, Madrid-7

Director:
Enrique González Gómez

Subdirector:
Pablo Vilató

Redactor Jefe Accidental:
Manuel Meneses Garde
Sorolla, 1
Móstoles (Madrid)

Administrador:
Francisco Alvarez Santos
Granada, 33, 5º, Madrid-7

Imprime:
PINAKOS, S. A.
Rienda, 11 - Fuenlabrada (Madrid)

Depósito Legal:
B-21972 - 1976
ISSN - 0210 - 1238

SUMARIO

3	**Asociación Española de Podólogos** Junta de Gobierno provisional
5	**Editorial**
7	**Elecciones**
11	**Gestiones y recursos**
15	**Labor de las Delegaciones**
16	**Información Internacional**
19	**A Dios rogando y con el mazo dando**
21	**Urgencias en Podología**
27	**Heloma Interdigital**



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

Asociación Española de Podólogos

JUNTA DE GOBIERNO PROVISIONAL

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. Juan José Araolaza. Bidebarrieta, 4. EIBAR (Guipúzcoa).
D. José Valero Salas. ALBALATE DEL ARZOBISPO (Teruel).

DELEGADOS PROVINCIALES

ALAVA: **D. Antonio E. NOGAL BENITO.**
ALBACETE: **D. José Luis JUAN NAVARRO.**
ALICANTE: **D. Juan José IBORRA NAVARRO.**
ALMERIA: **D. Esteban de HARO GRANADOS.**
ASTURIAS: **D. José Luis ALONSO ALVAREZ-MIERES.**
AVILA: **D. Antonio GARCIA MARTIN.**
BADAJOZ: **D. José VILLAFAINA DE LA CRUZ.**
BALEARES: **D. José CLAVEROL SERRA.**
BURGOS: **D. Luis MATA DIEGO.**
CACERES: **D. Carlos SAUGUINO NUÑEZ.**
CADIZ: **D. José Luis SALCINI GARCIA.**
CUENCA: **D. José Miguel GARCIA LOPEZ.**
LAS PALMAS DE GRAN CANARIA: **D. Francisco José MORAN VENTURA.**
SANTA CRUZ DE TENERIFE: **D. Armenio MENDEZ MARTIN.**
CASTELLON DE LA PLANA: **D. José AGUILAR BELTRAN.**
CIUDAD REAL: **D. Procopio MAYORGA MORENO.**
CORDOBA: **D. Máximo GONZALEZ JURADO.**
GRANADA: **D. Manuel RUIZ MORALES.**
GUADALAJARA: **D. Ricardo MANCILLA PIQUERAS.**
GUIPUZCOA: **D. Sebastián TENES ITURRIZA.**
HUELVA: **D. Jesús TOCINO VIZCAINO.**
HUESCA: **D. Julio BARA DEL MOLINO.**
JAEN: **D. Víctor NIETO MOLINA.**
LA CORUÑA: **D. Francisco de la CRUZ AGUSTI.**
LEON: **D. Luis PASCUA SAN MIGUEL.**
LERIDA: **D. Alfredo PUCHOL RICART.**
LOGROÑO: **D. Vicente ALVAREZ PIPAON.**
MADRID: **D. Mariano RODRIGUEZ ESTEBAN.**
MALAGA: **D. Eugenio ROJAS AGUILAR.**
MURCIA: **D. José INIESTA GALLEGO.**
NAVARRA: **D. Javier SARASA MONEO.**
ORENSE: **D. Elisardo BRALO REGO.**
PALENCIA: **D. Angel CASADO SOLLA.**
SALAMANCA: **D. Antonio BASAS ENCINAS.**
SEGOVIA: **D. Francisco GARCIA RODRIGUEZ.**
SEVILLA: **D. Manuel CASTRO MARMOL.**
TERUEL: **D. José VALERO SALAS.**
TOLEDO: **D. Angel SANCHEZ NAVARRO.**
VALENCIA: **D. Isaías del MORAL ROBERTO.**
VALLADOLID: **D. Alfonso Lorenzo DOMINGUEZ MILAN.**
VIZCAYA: **D. Agustín SORIA RODRIGUEZ.**
ZARAGOZA: **D. Julio BARA DEL MOLINO.**
ZAMORA: **D. Narciso MIGUEL DE BARRIOS.**

EDITORIAL

LA OBLIGACION DE GOBERNAR NOS DA EL DERECHO DE ASISTIR A LAS REUNIONES Y ASAMBLEAS, YA QUE EL PODER NACE DE LAS MISMAS

El énfasis que se pone en matizar los conceptos "Gobierno" y "Gobernación", nos obliga a consultar el DICCIONARIO donde nos explica sus diferencias, Leído y releído, sacamos la siguiente conclusión "Donde quiera que haya una o más personas autorizadas para gobernar, habrá Gobierno. Donde quiera que ese Gobierno no obre, no habrá Gobernación". El Gobierno en general y en particular de las Asociaciones Profesionales, es la idea de derecho, que representa una o más personas. La Gobernación es la idea de acción y de ejercicio. El Gobierno es el sujeto y la causa; la Gobernación, es el atributo, el efecto y la cualidad.

Resulta fácil jurídicamente la formación de Gobierno, ya que existen leyes y demás disposiciones vigentes, que marcan la pauta, creándose reglamentos o estatutos, en base todo ello, a los principios democráticos, que con referencia mayoritaria, marca la Constitución Española.

De todo ello, nace el régimen de las asociaciones profesionales, que van a representar la defensa de los intereses de la profesión y sus profesionales, regulando el funcionamiento de la mísma. Conclusión para dirigir o representar; se elige un PRESIDENTE y una JUNTA DE GOBIERNO.

La princial obligación, es respetar y hacer respetar los ESTATUTOS o reglamentos y disposiciones legales, creando normas y aceptando sus resultados.

Pero, ¡que difícil es la Gobernación!. No existe dificultad si ese Gobierno obra y funciona, si ejercita la idea de acción y de ejercicio que puede y debe cumplir con arreglo a la Ley. Y se queda todo en pura idea de Gobierno, si éste, o sea, el conjunto de personas que en virtud del desarrollo de una norma, han llegado a erigirse en grupo dirigente, no acertarán a accionar sus poderes sin conseguir la Gobernación.

Es frecuente en nuestra reedición política de la libertad, tachar de excesos antidemocráticos, lo que son precisos y concretos actos de Gobernación. Es triste detectar en las actitudes de quienes ejercen el Gobierno, un aprensivo y ostensible temor a gratuitas agresiones, creando grandes traumas en las decisiones, debido a las tremendas críticas destructivas. De éllo resulta que, por prevenirse de tan injusta crítica y en el afán de recompensar la imágen más liberal de su guardarropa político-profesional, se pierden los papeles. Desorientando el deber y la función, desciende la Gobernación al Gobierno, con daño a la acción y estériles homenajes a los afanes democráticos.

Alguien dijo que, "Gobernar es transigir". Se ha afirmado, que la democracia reside en renuncias voluntariamente de una parte de los poderes de que se dispone, solo conduce a la desgobernación, y en nada afecta a la ortodoxia democrática. El pensamiento de un célebre político inglés, se asiente en la idea, de que para obtener la seguridad con un sólo voto de mayoría, le servía mientras lo tuviera para Gobernar y ejercer la Gobernación, con la misma energía, y el mismo poder, que si toda la cámara fuera suya.

Michel Debré, decía: "No hay nada más grave que detectar el poder, sin usarle según las exigencias del interés colectivo del bien público".

La Constitución Española no está pensada, para la mera finalidad de formar Gobiernos, sino para la profunda necesidad de que éstos ganen respeto y autoridad. Teniendo en cuenta que por pequeña que sea la Sociedad o Asociación, ejerciendo una buena Gobernación, se engendra confianza para el éxito final.

ELECCIONES

ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS
PRESIDENCIA

Paseo de las Delicias, 108
Teléfono 474 55 47
MADRID - 7

Madrid, 21.6.82

CIRCULAR

Estimado amigo y compañero:

Rf
Fecha

El día 15 de Abril de 1982 se sancionaron los Estatutos de la nueva Asociación Española de Podólogos, cuyos artículos 22 y siguientes, determinan el régimen electoral para designar la Junta Directiva a que se refiere el artículo 20.1 de los mismos y en la que se integran el Presidente, el Vicepresidente, el Secretario, el Tesorero y dos Vocales.

Reunida el día 5 de Junio de 1982 la Junta de Gobierno en funciones de liquidadora de la extinguida Agrupación, se acordó convocar las pertinentes elecciones para la designación de los efectivos miembros de la Junta Directiva y en éste sentido, se procede a dictar la presente circular para conocimiento de todos aquellos que habiendo pertenecido a la Agrupación, al transformarse ésta se integran ahora en la nueva entidad.

En su consecuencia, se hace saber, que con fecha 1º de Julio se abre el periodo electoral conforme a las siguientes normas:

Primero.- Para ser elector será preciso encontrarse en el ejercicio de la profesión y al corriente en el pago de las correspondientes cuotas.

Segundo.- Los candidatos a los cargos directivos, habrán de encontrarse igualmente en activo en el ejercicio de la profesión y al corriente en el pago de sus cuotas.

Además, estarán plenamente capacitados para obligarse, sin hallarse inhabilitados para cargo público, ni condenados por sentencia firme criminal, ni sancionados disciplinariamente.

Con independencia de éstos requisitos personales, para la candidatura a la Presidencia, será precisa la propuesta de cincuenta asociados y la de veinte para la de los restantes cargos.

Tercero.- En un plazo que concluirá el veinte del próximo mes de Agosto, deberán obrar en el domicilio de la Asociación, Pº de las Delicias, 108 en Madrid, las candidaturas en cuestión, las cuales se remitirán por correo certificado en un sobre, en cuyo interior figurará un pliego con el nombre, apellidos y firma del candidato y los nombres, apellidos y firmas de los proponentes con las referencias a sus Documentos Nacionales de Identidad.

.../...

ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS
PRESIDENCIA

Paseo de las Delicias, 108
Teléfono 474 55 47
MADRID - 7

Cuarto.- Recibidas las candidaturas en el expresado plazo, que será a cualquier efecto improrrogable, en el término de siete días hábiles siguientes al 20 de Agosto, la Junta Directiva en funciones, proclamará candidatos a quienes, previa verificación, reunan las necesarias condiciones según lo antes expuesto.

Quinto.- Publicada la lista de candidatos en el tablón de anuncios de la Asociación y enviada en el mismo día una copia a las Delegaciones para que hagan lo propio, en el plazo de cinco días a partir de entonces se admitirán las reclamaciones que se formulen ante la Junta Directiva por los interesados que, en su caso, hayan sido excluídos. Dicha Junta acordará lo que considere oportuno, pero de ser desestimada la pretensión del reclamante razonará debidamente la resolución, indicando los requisitos que deja de cumplir aquél.

Sexto.- El día 26.9.82 en los locales del XV Congreso Nacional de Podología c/Asensi núm.12, Castellón de la Plana, a la hora de la Asamblea General, se celebrará la Junta General del cuerpo electoral, a fin de que, por votación secreta, se designen los miembros directivos por los asistentes, cada uno de los cuales depositará en una urna su papeleta, con indicación precisa del nombre, del candidato y del consecuente cargo. Quienes prevean no encontrarse presentes en el acto, podrán remitir cinco días antes al señalado para la votación, sus correspondientes papeletas, por correo certificado, en un sobre dirigido al Presidente en el que se contendrá otro, debidamente cerrado en cuyo reverso, cruzando el cierre de la solapa, aparecerá el nombre del elector con su número de asociado y su firma y en su interior, la fotocopia del D.N.I, y la papeleta con los nombres de quienes se propongan para cada uno de los cargos de la Junta Directiva.

Septimo.- Una vez depositados los votos de los presentes en una urna y los de los ausentes en otra distinta (después de abrirse públicamente los sobres), la Mesa que estará constituída por la Junta Directiva y tres Delegados provinciales (los de las primeras provincias conforme el orden alfabético de su inicial), realizará el escrutinio, proclamándose a continuación los elegidos según el mayor número de votos alcanzado.

No obstante, en caso de empate, se llevará a término una segunda votación por los asistentes y de no dirimirse la igualdad, se procederá a la suerte entre los empatados.

Muy atentamente.

Fdo. Enrique González Gómez
PRESIDENTE

ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS
PRESIDENCIA

Paseo de las Delicias, 108
Teléfono 474 55 47
MADRID - 7

Rf.
Fecha

La Junta Directiva provisional de la Asociación de Podólogos de España, en sesión celebrada el día 25 de Agosto, de conformidad con lo establecido en el artículo 23 de sus Estatutos, examinadas las candidaturas presentadas para la elección de los miembros que han de cubrir con carácter definitivo las vacantes a que se refiere el artículo 20 de dicha norma, ha resuelto lo siguiente:

1º) Proclamar las candidaturas para los cargos que se citan por reunir los requisitos exigidos, a los siguientes asociados:

Presidente: D. Enrique González Gómez (Madrid
Secretario: D. Antonio Cros Palencia (Madrid)
Tesorero: D. Francisco Alvarez Santos (Madrid
Vocal 1º: D. Manuel Terrón Sanguino (Badajoz)
Vocal 1º: D. Juan Vidán Torres (Santiago de Compostela)
Vocal 1º: D. Vicente Rubio Sanchez (Madrid)
Vocal 2º: D. Manuel Albalá Valle (Cádiz)
Vocal 2º: D. Ramón Isidoro Martínez (Alicante)
Vocal 2º: D. Luis Aycart Vijuesa (Madrid)

2º) Excluir las candidaturas presentadas para los siguientes cargos, en razón a lo que a continuación se expresa:

A) La de D. José Ferré Anglada, para Presidente, por pertenecer a la Asociación Catalana de Podólogos, cuyos miembros no pueden ser electores ni elegidos, ya que según comunica el Presidente de la misma D. Joaquín Solé Cuch, en carta dirigida al Presidente en funciones, el día 7 de Julio de 1982, de la Asociación Española de Podólogos.

"4º. Puesto que en Madrid no se han seguido las antigûas directrices de constituir una Federación Nacional, que, en su día, se transformara en Consejo General de los Colegios Profesionales de Podólogos de España, nosotros, miembros y representantes de la Associació Catalana de Podólegs, con entidad propia, profesional y jurídica, no podemos pertenecer a la Asociación Española de Podólogos, en tanto no se transforme en Federación Española de Podólogos o en Consejo General de Colegios, por lo que se deduce nuestro ofrecimiento del 20%, puesto que, honestamente, no podemos ser miembros de pleno derecho; esto no quiere decir que, nosotros, en un momento dado, no queramos ayudar a una determinada Asociación de España o a la Asociación Española, sí, por la causa que fuese, y siempre mirando al bien de la Po-

.../....

ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS
PRESIDENCIA

Paseo de las Delicias, 108
Teléfono 474 55 47
MADRID - 7

Rf.
Fecha

dología Española, lo requiriese; esto también abarca, porqué no, el apoyo a la ciudad o región que organice el Congreso - Nacional, siendo prueba de ello, la masiva asistencia a los Congresos, de Podólogos que trabajan y residen en Catalunya. Por tanto, al próximo Congreso de Castellón de la Plana asistiremos masivamente, para conseguir, si cabe, mayor realce - que en todos los Congresos celebrados hasta ahora, ya que, - el último, debe ser, siempre, el mejor; pero consideramos, no sería honesto, el que pretendiéramos emitir nuestro voto, aunque nos gustaría que en la Asamblea se oyera nuestra voz".

Se produce, en consecuencia, la renuncia voluntaria del colectivo que representan, con la consiguiente baja a que se refiere el art. 12-1 de los Estatutos.

B) La de D. Juan José Araolaza Lahidalga, para Vicepresidente, al no alcanzar el número de proponentes requerido por el art. 22-d, ya que entre los firmantes, y por las razones expuestas anteriormente, no pueden estar legitimados los pertenecientes a la Asociació Catalana de Podóloges.

C) La de D. Francisco Ferreras Morcillo, para Secretario, por las mismas causas expuestas en el anterior apartado A).

D) La de D. Carlos Sagüillo Nuñez, para Tesorero, por iguales motivos que los recogidos en el apartado B).

E) La de Dª Ana María Picart Sanchez, para Vocal 1º, por idénticas razones a las que figuran en el apartado A).

F) La de D. Jose Antonio Calvo García, para Vocal 2º por encontrarse en las circunstancias expuestas en el apartado B).

G) La de D. Luis Pascua San Miguel, candidato a Vocal por no alcanzar el número de proponentes requerido por el artículo 22-d).

H) La de D. Zacarías García de Andrés, le presentan su candidatura para Vicepresidente. Con fecha 22 de Julio, envia un telegrama de Renuncia a tal candidatura.

Contra el expresado acuerdo y conforme señala el penúltimo párrafo del artículo 23 de los Estatutos, podrán deducirse por los interesados ante la Junta directiva provisional, las reclamaciones que estimen procedentes.

Madrid, 26 de Agosto de 1.982

ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS - MADRID -

Sr. Delegado

gestiones y recursos

ASOCIACION ESPAÑOLA
DE PODOLOGOS
PRESIDENCIA

Embajadores, 163
Teléfono 474 56 35
Madrid-5

Iltmo Sr. D. Francisco Martinez Lopez
Director del Servicio Social de la Tercera Edad

En reunión de Asamblea General celebrada por esta Asociación, el dia 5 de Junio del año en curso, se acordó la creación de una comisión gestora nacional de los profesionales podólogos que prestan sus servicios en el INSERSO, para que gestionara ante la dirección nacional del Servicio Social de la Tercera Edad los siguientes puntos:

1.- Unificación de los criterios referentes a la contratación y retribución de los podologos que prestan sus servicios en el INSERSO, ya que existen dificultades al respecto, teniendo en cuenta el criterio particular de cada establecimiento o provincia.

2.- Actualización, tanto de los contratos laborales, como de los denominados de "acto profesional". Se da la circunstancia, acerca de estos últimos, que a pesar de la cláusula séptima de dichos contratos, que establece la reconsideración anual del precio establecido para esa prestación, a la fecha de hoy, no ha sido tenida en cuenta la misma y sigue en la misma cantidad retributiva de hace tres años o más, sin que se haya dado respuesta a las comunicaciones que a nivel personal han efectuado los profesionales a los que representamos y de las cuales tenemos constancia escrita.

.../...

ASOCIACION ESPAÑOLA
DE PODOLOGOS
PRESIDENCIA

Embajadores, 163
Teléfono 474 56 35
Madrid-5

Hoja 2ª

3.- Entendemos, que al igual que otros profesionales que prestan sus servicios en esa institución, los podologos debemos tener opción, a que nuestras percepciones, sean actualizadas anualmente, teniendo en cuenta al menos las fluctuaciones del coste de vida, y los honorarios minimos colegiales.

4.- En base a estas consideraciones, solicitamos una actualización de nuestras percepciones, que llegara a las quinientas pesetas de honorarios, por acto profesional, y treinta mil pesetas mensuales, para aquellos profesionales que presten sus servicios por contrato laboral, con una dedicación de veinte horas mensuales.

Los anteriores acuerdos fueron suscritos por unanimidad en la asamblea referida anteriormente y de la cual, como presidente doy fe.

Fdo. D. Enrique González Gómez
Presidente de la Asociación
Española de Podólogos

Por la comisión gestora:

D. José Villafaina de la Cruz
Podólogo. Badajoz

D. Ramón Estrada Martinez
Podólogo. Alicante

ASOCIACION ESPAÑOLA
DE PODOLOGOS
PRESIDENCIA

Embajadores, 163
Teléfono 474 56 35
Madrid-5

ELEUTERIO-ENRIQUE GONZALEZ GOMEZ, mayor de edad, con domicilio en Madrid, calle de Embajadores nº 163, en su condición de PRESIDENTE DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS.

E X P O N E: Que el 14 de Abril de 1.982, formuló ante ese Ministerio, un detallado escrito en el que se solicitaba el pronunciamiento preciso sobre la modificación de los vocablos que figuran en la Ordenanza de Trabajo en Peluquerías, Institutos de Belleza, Gimnasios y similares, aprobada por Orden de 28 de Febrero de 1.974, toda vez que la expresión "Pedicura" qque aparece en aquella, se ha recogido con indudable error y, de otra parte, conculca lo establecido en - normas de rango superior.

La competencia de ese Ministerio, se entiende en cuanto el Departamento de Gobernación, ya extinguido, cuyas funciones al respecto, han pasado al de Sanidad , Consumo, mantuvo el criterio sustentado en nuestra petición, mientras queq el de Trabajo y Seguridad Social - sin duda por error - ha utilizado un vocablo reservado a otros profesionales distintos a los que aparecen en la Ordenanza.

Dado el tiempo trasncurrido sin que exista pronunciamiento de la Administración sobre lo solicitado, mediante el presente escrito, se denuncia la mora a los procedentes efectos.

Madrid, 30 de Agosto de 1.982
EL PRESIDENTE

EXCMO. SR. MINISTRO DE LA PRESIDENCIA DEL GOBIERNO.

PRESIDENCIA DEL GOBIERNO
Secretaría General Técnica

Subdirección General de
Asuntos Internos
MR/as.

1945

En contestación a su escrito de fecha 30 de agosto pasado, relativo a las competencias de los - Podólogos le comunico que, los problemas expuestos en sus anteriores escritos sobre el particular, están siendo objeto de estudio por parte de los Ministerios de Sanidad y Consumo, Trabajo y Seguridad Social y Educación y Ciencia.

Madrid, ' de septiembre de 1.982
EL SUBDIRECTOR GENERAL,

Miguel Riera Busquets

Sr. D. Eleuterio Enrique González Gomez
Presidente de la Agrupación de Podólogos de España
c/ Embajadores, 163, - MADRID

RECURSO SOBRE EL CURSO DE BANDAJISTA

ASOCIACION ESPAÑOLA
DE PODOLOGOS
PRESIDENCIA

DON ENRIQUE GONZALEZ GOMEZ, Presidente de la Asociación Española de Podólogos, con domicilio en Madrid, calle Embajadores núm. 163, autorizado por el Ministerio de Trabajo, ante V.E. comparece y como mejor proceda en Derecho, DICE:

Que ha tenido conocimiento con fecha de ayer, y por medio de los documentos que se adjuntan, del acuerdo de la Facultad de Medicina de ésa Universidad, de conceder al Departamento de Radiología y Medicina Física, autorización para la realización del I Curso para la obtención del Diploma de Bandajista, de 31 de Mayo a 5 de Junio del presente año, que será inscrito en el Registro de la indicada Facultad (Doc. núm. 1 y 2). La participación en dicho curso se considera "imprescindible" para poder matricularse en las enseñanzas de Técnicos Ortopédicos, regulada por el Decreto 389/1966, de 10 de Febrero.

Se interpone el presente recurso, en nombre de la Asociación, ante ese Rectorado, por ser el órgano superior jerárquico del que dictó la resolución que se impugna.

Está legitimado el que suscribe, por cuanto en la Asociación Española de Podólogos concurren las circunstancias previstas en el art. 23 y concordantes de la Ley de Procedimiento Administrativo.

Se funda el presente recurso en los siguientes motivos:

El acuerdo recurrido es nulo de pleno derecho, por cuanto, 1) ha sido dictado por órgano manifiestamente incompetente (art. 47 a) Ley Procedimiento Administrativo), ya que es competencia del Ministerio de Educación y Ciencia la expedición o la autorización de los títulos o nombramientos que acrediten conocimientos académicos correspondientes a cualquier nivel o ciclo de enseñanza, (art. 135 Ley General de Educación) y en la resolución impugnada, consta que tal autorización ha sido concedida por el Decano de la Facultad.

2) Ha sido dictado, prescindiendo total y absolutamente del procedimiento legalmente establecido, por las razones antes apuntadas (art. 47 b) Ley Procedimiento Administrativo).

3) Se ha dictado una disposición contraria a la normativa vigente (art. 26 Ley de Régimen Jurídico), por cuanto:

a) Se establece la exigencia de una titulación previa para el acceso a las Escuelas de Formación de Técnicos Ortopédicos, que no figura entre los requisitos señalados por el artículo 5, segunda del Decreto citado.

b) Los planes de estudio a impartir, no han sido aprobados por el Ministerio de Educación y Ciencia (Ley General de Educación y art. 5.3 del Decreto 389/1966, y O.M. de 4 de Julio de 1972).

c) Cualesquiera clases de cursos que hayan de impartirse a profesionales, habrá de ser autorizado, igualmente, por el Ministerio de Educación y Ciencia (Disposición Transitoria Segunda, Decreto 389/1966 y O.M. de 4 de Julio de 1972).

d) La implantación del Diploma de Bandajista, a través del plan de estudios a cursar, supone intrusión en el campo de las enseñanzas y competencias propias de los Diplomados en Podología, fijadas en el Decreto 727/1962, de 29 de Marzo y en la O.M. de 31 de Julio de 1962 (B.O.E. 22 de Agosto) de planes de estudios, cuyos intereses defiende la Asociación que represento, que no ha sido oída por la Administración como dispone el art. 4 de la Ley 2/1974, de 13 de Febrero.

Por cuanto antecede:

SUPLICO A V.E., que teniendo por presentado este escrito y documentos unidos, se sirva admitirlos y tras los trámites que sean de ley, acordar la revocación de la resolución de la Facultad, impugnada por no ser ajustada a Derecho.

Es justicia que pido en Madrid a nueve de Junio de mil novecientos ochenta y dos.

ASOCIACION ESPAÑOLA
DE PODOLOGOS
PRESIDENCIA

OTRO SI DIGO: Que dado que la ejecución del acto recurrido puede causar perjuicios de imposible o difícil reparación, tanto a los alumnos que cursen las enseñanzas establecidas por el Decanato como a los profesionales de la Podología, y considerando que la impugnación se fundamenta en causas de nulidad de pleno derecho, procede, al amparo del art. 116 de la Ley de Procedimiento Administrativo, la suspensión del acto recurrido, por lo que:

SUPLICO A V.E., tenga por hecha la anterior manifestación y acuerdo conforme se solicita.

En Madrid, en la fecha indicada

EXCMO. SR. RECTOR MAGNIFICO DE LA UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA.

ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS

SECRETARIA GENERAL

D. JOSE LUIS VELASCO BARRIUSO,
SECRETARIO GENERAL DE LA
ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS.

CERTIFICA:

Que en la reunión de la Junta y Delegados del día 5 de Junio de 1982, se acordó recurrir contra la Universidad de Extremadura, por entender, que se perjudican los intereses de los podólogos españoles, con la convocatoria del curso de Bandajistas, a celebrar en la Facultad de Medicina de Badajoz. Autorizando a D. Enrique González Gómez, como Presidente de la Asociación Española de Podólogos, para que ejerza todos los recursos legales contra dicha resolución.

Y para que así conste, firmo la presente en Madrid, a once de Junio de mil novecientos ochenta y dos.

EL SECRETARIO GENERAL

Vº Bº
EL PRESIDENTE

PARTE DEL PROGRAMA QUE AFECTA A LA PODOLOGIA

FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA
RESIDENCIA SANITARIA DE LA R.S. NUESTRA SRA. PERPETUO SOCORRO.
BADAJOZ

I CURSO PARA LA OBTENCION DEL DIPLOMA DE BANDAJISTA
31 Mayo - 5 Junio 1982

Organizado conjuntamente por el Departamento de Radiología y Medicina Física de la Facultad de Medicina de la Universidad de Extremadura y el Servicio de Rehabilitación de la Residencia Sanitaria Nuestra Señora del Perpetuo Socorro de Badajoz.

Director del curso: **Dr. D. Guillermo Téllez de Peralta.**
Secretaría: **Asociación de Ortopédicos Españoles.**
Secretario: **Sr. D. Miguel Gallardo Gálvez.**

Para cualquier información sobre el curso y correspondencia dirigirse a:

I Curso para la obtención del Diploma de Bandajista. Aptdo. de correos 490. Badajoz

Martes 1 Junio.

9-10,30:	Alteraciones dolorosas del pie: Tarso, metatarso y dedos. Tratamiento mediante plantillas correctoras. Dr. Manuel Villa García.
10,30-11,45:	Descanso.
11,45-1,30:	Diversos tipos de plantillas correctoras. Toma de medidas y su adaptación. Sr. García Barrera.
1,30-3,30:	Almuerzo.
3,30-4,30:	Continuación (Prácticas).
4,30-5,30:	El calzado normal. Sus modificaciones en las diversas afecciones del pie. Sr. García Barrera.
5,30:	Coloquio.

Miércoles 2 Junio.

9-11:	Pies zambos, equino-varos y espásticos. Su tratamiento mediante medios ortopédicos. Dr. Rodríguez Piñero.
11-11,15:	Descanso.
11,15-1,30:	Anatomía del sistema vascular de las extremidades inferiores. Patología del sistema venoso-linfático. Cicatrices. Dr. F. Tellez de Peralta.
1,30-3,30:	Almuerzo.
3,30-5,30:	Tratamiento quirúrgico de la patología vascular de las extremidades inferiores. Tratamientos conservadores mediante la comprensión: medias elásticas. Sus tipos Forma de medir la compresión. Dr. F. Téllez de Peralta.
5,30-6:	Coloquio.

LABOR DE LAS DELEGACIONES

ASOCIACION NACIONAL DE PODOLOGOS DE ESPAÑA. DELEGACION PROVINCIAL DE CADIZ

SEÑOR DON E. Enrique González Gómez. Presidente de la Asociación Nacional de Podólogos de España. Paseo de las Delicias, 108-Primero. Madrid-7.

Con motivo de la transformación de la **AGRUPACION** NACIONAL DE PODOLOGOS DE ESPAÑA por la de **ASOCIACION** NACIONAL DE PODOLOGOS DE ESPAÑA registrada en el Ministerio de Trabajo con el número 2603, y creyendo oportuno la celebración de una asamblea general extraordinaria de la provincia de Cádiz, para nombrar un delegado provincial de la A.N. de P. de España, ya que el actual D. Manuel Albalá Valle representa varios cargos de dicha asociación y para atender mejor los intereses de la podología, se reunieron en Cádiz los podólogos que siguen:

ASISTENTES:
D. Alvaro Ruiz Marabot.
D. Manuel Poyatos Villamor.
D. José Luis Salcini García.
D. Juan Gavira Vilar.
D. Antonio Torres Sánchez.
D. Claudio Bonilla Saiz.
D. Juan M. García López.
D. Monico Rivero Moreno.
D. Humberto Ramírez de Alvarado.
D. José Pérez Gutierrez.
D. Manuel de la Mata Cocerria.
D. Lorenzo Sánchez Quirós.
D. Manuel Albalá Valle.
D. Pedro Llinas Ballesteros.
D. José María Domínguez Rodríguez.
D. José Ponce Guerrero.

NO ASISTENTES:
D. Vicente Quigno Selvatico.
D. Humberto Ramos Diepa.
D. Juan J. Selma López.
D. José Esborronda González.
D. Jesús Criado Delgado.
D. Angel Diez Cuesta.
D. Ramón Estrade Pando.

Acuerdan votación para nombrar el nuevo delegado provincial de la ASOCIACION NACIONAL DE PODOLOGOS DE ESPAÑA.

Candidatos:	Votos
Alvaro Ruiz Marabot	4
José L. Salcini García	9
Manuel Poyatos Villamor	3

A la vista de los resultados el nuevo delegado provincial de Cádiz es D. José Luis Salcini García, Calle Ancha, núm. 26, Puerto Real, (Cádiz).

El delegado saliente D. Manuel Albalá Valle, dió las gracias por la ayuda recibida durante su mandato y deseó muchos exitos al reciente delegado, dando por terminado el acto.

Cádiz 29 de Mayo de 1982
Fdo.: El delegado saliente

Federación Internacional de Podólogos

ASOCIACION NUM. 436 - INSCRITA EL 12/2/1980
MINISTERIO DEL INTERIOR - MADRID - ESPAÑA

Domicilio social
A.P.E.
Sr. E. González Gómez
C/ Embajadores 163
Madrid 5 - España

Sede administrativa
F.I.P.
163, rue Saint-Honoré
75001 París - Francia

ACTAS DE LA JUNTA GENERAL ORDINARIA COPENHAGUE, 6 DE MAYO DE 1982

Secretaria general
Sr. Moreau G.H.
70, rue Saint-Didier
75116 PARIS (Francia)

Tesoreria
Bankverein
4001 BASEL Markplatz
Núm. Cuenta 11.804.193.0
Srta. S. Anfray
Freiestr. 3 - 4051 BASEL
(Francia)

ASOCIACIONES PRESENTES

NACIONES		MIEMBROS	DELEGADOS
1) ALEMANIA	Z.F.D.	2020	Sr. GREWEY y Señora
2) BELGICA	A.B.P.	50	Sra. CHARLIER - Sr. EVARAERTS
3) BELGICA	C.B.P.	300	Sra. DEMOULIN - Sra. ROMAIN
4) DINAMARCA	L.A.S.F.	625	Sra. TØRNGREN - Sra. MORTENSEN
5) FRANCIA	F.N.P.	1850	Sr. EMONET - Sr. VILLEDIEU
6) SUIZA	U.A.R.P.	165	Sr. AEBI
7) SUIZA	S.P.V.	350	Sra. QUAIN

ASOCIACIONES AUSENTES

8) ESPAÑA	A.P.E.	1260	EXCUSADA
9) HOLANDA	H.V.V.C.	350	—
10) AUSTRIA	V.O.F.	350	EXCUSADA
11) ITALIA	A.N.I.P.P.	500	EXCUSADA
12) FINLANDIA	S.J.H.L.	350	EXCUSADA
13) SUECIA		400	EXCUSADA
Asociaciones total		8570	Adherentes

- **CUESTIONARIO**
  Se entrega a cada ASOCIACION presente un cuestionario en su lengua para que lo rellene y envíe a la Secretaría General (decisión de la Junta General de PARIS 3/81 - página 5).

- **La Z.F.D.** pide que todo el correo sea transmitido a:
  Dr. NIEJHAR, Goethestrass 11 - D. 6000 FRANCFORT 1. A petición del Sr. GREWEY, Delegado, recibirá las copias del correo y de las Actas.

- **LA ASOCIACION SUECA** (S.F.R.) ha elegido a una nueva Presidenta: la Señorita Monica Albertus, quien substituye así a la Sra. D. Rading.

- LA ASOCIACION ESPAÑOLA (A.P.E.) ha elegido a un nuevo Presidente, el Sr. Enrique González Gómez, quien es también Subdirector de la Escuela de Podología de Madrid.
  La Junta General felicita a estos nuevos Responsables de Asociaciones.

- **LA ASOCIACION MEXICANA DE QUIROPODISTAS Y PODIATRAS DE MEXICO.**
  (Madrid 21 - Local B - Entrada por Madrid - México 14, D.F. Teléfono 546.12.17) solicita su adhesión a la F.I.P. por carta del 17 de Octubre de 1981.
  El Secretario le envió los estatutos F.I.P. en español - sin respuesta hasta el día de hoy.

- **El C.O.P.U.C.A. "COLEGIO DE PODOLOGOS UNIVERSITARIOS DE LA CAPITAL FEDERAL"** de Argentina, por carta del 15 de Marzo de 1982, desea tener relaciones regulares con sus Colegas Europeos.
  Se pide a cada Asociación que envíe sus revistas y se recuerda que sería muy conveniente que la F.I.P. tuviera un soporte de cridibilidad científica por medio de una "REVISTA INTERNACIONAL".

- **Dirección del C.O.P.U.C.A.** – Sr. Luis PISANI, Presidente, Moreno 1287 Piso 1° (1901) BUENOS AIRES - Argentina.

- **U.A.R.P.** – El Sr. Roland AEBI, delegado de esta Asociación de Suiza francesa y antiguo Secretario de la Sra. DECOSTERD, primera Presidenta de la F.I.P., hace preguntas para lograr informaciones sobre la validez de los estatutos F.I.P. En efecto, no halla vestigio alguno en las Actas de Juntas Generales desde 1979 de un voto de reconocimiento de los estatutos que posee.
  El Sr. MOREAU, Secretario General, recuerda que los estatutos establecidos desde 1976 y valederos hasta 1979 en la Junta General de Barcelona fueron modificados para el registro de inscripción de la F.I.P. en Madrid y fueron redactados según la jurisdicción española. Estos nuevos estatutos fueron presentados a la Junta General de PARIS de Marzo de 1981 (ver Acta página 8).

FEDERACION INTERNACIONAL DE PODOLOGOS. TESORERIA DE LA SECRETARIA GENERAL
del 01/01/81 al 31/03/82
(en francos franceses)

INGRESOS			BALANCE	GASTOS		
En efectivo	Banco	Total		En efectivo	Banco	Total
280.34	92,537.--	**92,817.34**	Haber al 01/01/81			
	4,000.--	4,000.--	Cuotas			
4,000.--		4,000.--	Transferencia		4,000.--	4,000.--
	7,636.--	7,636.--	Varios		3,827.82	3,827.82
			Gastos Junta General	1,810.--	6,843.16	8,653.16
			Gastos Administrat.	2,037.60		2,037.60
	170,000.--	170,000.--	Bonos Crédit Lyonnais		170,000,--	170,000.--
4,280.34	274,173.--	278,453.34		3,847.60	184,670.98	188,518.58
			Haber al 31/03/82	432.74	89,502.02	89,934.75
4,280.34	274,173.--	278,453.34	B A L A N C E	4,280.34	274,173.--	278,453.34

FEDERACION INTERNACIONAL DE PODOLOGOS
TESORERIA: Sylviane ANFRAY, B A S I L E A

Extracto de caja al 31 de Marzo de 1982

Ingresos
Todos los ingresos en nuestra cuenta en Suiza, Union des Banques (Bankverein), filial Marktplatz, Basilea:

	Francos Suizos
Bélgica CBPM	525
Bélgica ABP	350
Alemania	2.100
Dinamarca	1.059
Finlandia	613
Francia 3 x 700	2.100
Suiza	613
Austria	606
Total:	7.966

Cuenta Union des Banques (Bankverein)

Ingresos	7.966	
Incripción de intereses	2,15	
Impuesto anticipado		0,75
Gastos bancarios		3,40
Haber 31.3.82		7.964
	7.968,15	7.968,15

Cuotas atrasadas 1981

	F. Franceses	Francos Suizos
España	6.000	2.100
Italia	2.500	875
Holanda	1.750	612,50
Suecia	1.925	673,75
	Total:	4.261,25

Cambio 100 Fr. Fr.: 35 Francos Suizos

BALANCE al 31 de Marzo de 1982

	ACTIVO	PASIVO
Haber Union des Banques (Bankverein)	7.964	
Haber Francia 89.934,76 Fr. Fr. a 35	31.477,15	
Cuotas atrasadas	4.261,25	
Bienes 31.3.1982		43.702,40
	43.702,40	43.702,40

Note bene: Para tener detalles sobre las entradas y las salidas que figuran en el Balance del Secretariado General, dirigirse al Sr. Moreau, en París.

Basilea, 31 de Marzo de 1982.

PROXIMA JUNTA GENERAL que será EXTRAORDINARIA para 1983, 1ª QUINCENA DE MARZO DE 1983 - PARIS.

Todas las **peticiones de modificaciones** estatutarias deben enviarse a la Secretaría General antes del 31 de Diciembre de 1982, último plazo.

SON MUCHOS LOS ENEMIGOS Y POCOS LOS DEFENSORES

Desde mi infancia siempre he oído que "en todos lados cuecen habas". Esto me viene a la mente al comprobar después de mi corto peregrinaje al frente de la Agrupación, hoy Asociación, que en todas las profesiones "cuecen habas". En las grandes el puchero es mayor, y en las pequeñas o menos numerosas se pierden, porque el puchero es grande, quemándose por falta de atención.

En toda organización se coincide, que al realizar la gestión existe personalismo, ¿por qué?, por falta de oportunidad o de información; no por apatía o falta de tiempo, justificándose la ausencia por razones ocupacionales en las correspondientes consultas, necesarias por motivos económicos.

¡Vaya razón! Ya qué al parecer "el hombre vive solo del pan" ¿Y que pasa con las heridas que nos hacen en propia carne?. No duelen, es que existe una progresiva paresia con pérdida de la sensibilidad.

Me estoy refiriendo, naturalmente, a la apatía y falta de interés manifestado, poca colaboración y mucha infiltración de los enemigos de una **podología biológica** de prestigio e independiente.

Al parecer, todos los problemas son personales y pocos los colectivos. Posiblemente se deba a la falta de estímulo o comodidad de regir personalmente los destinos de la podología española, creando senderos personales en fincas privadas, política basada en los intereses personales o de grupo, que llevan al caos a la PODOLOGIA. ¿Por qué?. Porque somos pocos y desentrenados para la lucha. No estamos acostumbrados a dejarnos la piel en los campos de batalla. ¿Por qué? no ha existido competencia profesional, ha existido de una forma masiva, simultaneación profesional con la carrera de A.T.S., sin dedicación plena. A caso era rentable para unos pocos, y ahora se camina con posibilidades competitivas y tecnológicas.

Es evidente que estamos cerca del abismo, que puede ser el recuerdo a la Eternidad o la consecución del triunfo final.

Llevo poco tiempo al frente de la Asociación Española de Podólogos, y puedo asegurar que la lucha ha sido "sin cuartel" **semi-sólo** y rodeado de peligros. Y me refiero a las disconformidades y luchas intestinas de pequeños grupos, que sin conocerme, me han **sopesado mal.**

Las posibilidades de trabajo para sacar de la profundidad política-profesional el futuro de nuestra querida y hermosa profesión en esa época, es difícil, pero puedo asegurar, que "contra viento y marea", conseguiremos un futuro alagüeño de la PODOLOGIA, nombre que asusta y provoca envidia a profesionales ajenos a la misma, que piensan que son "el ombligo de la sociedad y de la vida" y por tanto, se pueden quedar con ella.

Hay quienes desean hacer historia, personalizando o regionalizando la podología. Aunque posiblemente ésa historia sea de sus cenizas. Y todo por el maldito y humano "Yo", el ego "Yo", es para manifestar: Yo tengo intrusismo, yo tengo problemas con los pedicuros de las peluquerías, con los ortopédicos, ... y con alguna farmacia que realiza prácticas de ortopodología o imparte cursos de patología del pie.

Algunos médicos convocan cursos de Medicina y Cirugía del pie, para preparar como auxiliares a los A.T.S. Pregunto: ¿Para que sirve la Ley y las Escuelas Oficiales de Podología?. En fin, ¿Quién levanta un dedo? nadie ¿Quién se presenta para dirigir la nave podológica?, nadie. ¿Quiénes colaboran para mantener a toda vela la embarcación?, pocos. Algunos se limitan a abonar sus cuotas, como el que paga **primicias a la Iglesia** para que les perdonen sus pecados.

Aquellos, los que, para entendernos podríamos llamar "los de siempre", apechan con una situación difícil y con materia en descomposición, tratarán una vez más, enderezarlo, mejor o peor, pero con sana intención, trabajando solos y como Dios les dé a entender. Tratarán de encarrilar lo que, por falta de entusiasmo será dificilísimo enderezar.

Más he aquí, que surge el triunfo. Los que abandonaron se sentirán como reavivados por una inyección de fuerza, dándose cuenta que la lucha y el trabajo en solitario en el proceloso océano de la indiferencia, es triste y eneficaz para el progreso.

Es costumbre y patrimonio de nuestra "piel de toro", la **envidia y la presunción o vanidad**, que como base tiene el protagonismo como decíamos al principio.

Se dice, que para marcar las directrices y reorganización de lo desorganizado, hace falta colaboración. Hay que preguntar, a quién, al "yo" o al "vuestro" o

al "nuestro". Piensen que es necesario asistir a las convocatorias y si hace falta, perder el tiempo preciso para sentarse en la mesa a discutir el FUTURO de la PODOLOGIA.

¡Que lástima! pensar en el resultado cuando no existe nada más que un sólo trabajo, porque los demás venían vacios y encima con ganas de protagonismo. Y por qué no, a "echar una cana al aire" para hacer turismo.

No se trabaja, se discute en voz alta para demostrar que se tiene razón, por eso se "chilla" ¡que caray!, y no se hace más que eso, comer y charlar. Algo es algo, al menos se mantiene el espíritu.

Los otros, de la "piel de toro", comienzan las maquinaciones y se forman los consabidos grupos y camarillas; y nacen los rumores y se pone en marcha la "politiquilla" del quítate tú, para ponerme yo.

No en balde se trabaja por la separación, que es lo mismo que "separatismo", ya que al parecer hay que crear puestos y más puestos de dirigentes con sus correspondientes sillones y bastones de mando. Hay que "deshojar la margarita" de la podología, fragmentándola. Y que conste, que soy partidario de que, la administración se debe realizar por los moradores de la misma, que son los que conocen sus propios problemas. Pero no debe desluirse la fuerza de la **Podología Española.**

La retribución de estos puestos es lo de menos, ya que existen provincias o regiones que son los justos para formar una Junta de Gobierno. En fin, probablemente estén en mejor situación, Barcelona y Madrid, ¿Y a los demás qué? ¡Que les parta un rayo!. Todavía no nos hemos enterado de ese axioma de la unidad, y que los españoles, al menos los que se consideran extranjeros, echan en el saco roto, la moraleja de aquel programa de televisión "La unión hace la fuerza". Y no digamos del evangelio de los reinos divididos.

El eterno problema de aquellos ingeniosos conejillos de la fábula de: "Por entre las matas seguidos de perros ...." Parece desastroso y poco original que a éstas alturas y en éstos momentos que se presentan tan oportuno y propicios, lleguen los galgos o los podencos. ¡Que más dá galgos o podencos! para desconejar a nuestros conejos.

Señores, vamos a ser prudentes y sensatos por una vez. Vamos a darle la corrida a los galgos y a los podencos, y seamos inteligentes como ese conejo de la suerte, de los programas infantiles de la tele, ese de orejas tiesas y reacciones electrónicas, y consigamos el objetivo propuesto.

Cada cual, que medite con sinceridad y realismo, sobre sus fuerzas y talentos, y que con la humildad que un hombre de bien ha de poseer, sepa dejar la via libre y dejar el puesto a quien más lo merezca. Ya que no se trata de ocupar el sitial, retribuído o no, o ocupar la Presidencia gratuíta o pagada. Se trata, nada mas y nada menos, de ser o no ser.

Dejen de presionar con intervenciones de fiscalizadores a los amigos de la podología, aunque éstos sean funcionarios de la administración. Habida cuenta del riesgo que supone perder su ayuda y favor.

Dejen de presionar los que estén pendientes de la licenciatura y doctorado, que es un espejismo peligroso. Teniendo en cuenta que los demás **titulados universitarios de grado medio,** su carrera se compone de un sólo **ciclo de tres años.** Ojo, con el espejismo que puede ser una feroz trampa.

Dejen de ser listos con nuevos planes de estudios y presiones a sus amiguetes, que ante todo y por todo, son médicos.

No hay peor enemigo que la falta de fe y esperanza, sobre todo, en aquellos momentos de las vacas flacas. Démosles fuerzas con sincero apoyo y un voto de confianza a su gestión, uniendo codo con codo, hagamos realidad aquel lema tan bello, tan esperanzador, tan legítimo y decisivo de: "LA PODOLOGIA, LO UNICO IMPORTANTE".

ENRIQUE GONZALEZ

urgencias en Podología

Por el Doctor
José Luis MEDINA MONZON

Conferencia de Clausura del XIV Congreso Nacional de PODOLOGIA de Las Palmas de Gran Canaria.

Octubre 1981

Con motivo del XIV Congreso de Podología a celebrar en Octubre de 1981, en Las Palmas de Gran Canaria, Congreso Nacional, e invitado gentilmente a pronunciar la conferencia de clausura, además de mi participación en la comisión científica, he dedicado largo tiempo sobre la temática a tratar, y llegué a la conclusión de que, por una parte, ya está todo inventado, y por otra, que **no había nada escrito sobre "Urgencias en Podología"**, refiriéndome, por supuesto, a afecciones en particular, en que todas y cada una de ellas, sí que están perfectamente descritas, sino que, **en su conjunto, no había un capítulo dedicado a ellas.** Esto me decidió, sí, pero creo que en mí ya existía latente la idea, dado que me ha sido vocacional y preocupante siempre la Medicina y Cirugía de Urgencia por su **intransigencia** en el tratamiento, y de verdad que sí, que dentro de ella me forjé.

FILOSOFIA DE URGENCIA.–**Urgente (del la. urgens.,–entis).** adj.–**Necesario o indispensable, prontamente.** (Del diccionario terminológico de Ciencias Médicas Salvat). **Urgente, que urge; que ha de ejecutarse con prontitud.**

La urgencia en medicina, va ordenada por **el dolor.** También, por **la hemorragia, infección, etc.,** pero siempre relacionada con el tiempo, "en el menor tiempo posible".

Pero ¿no es urgencia también, poner remedio a una afección que, a través del tiempo desemboque, por ejemplo, en una deformidad de un dedo del pie? sí, ya sabemos lo determinante el decir **¡Urgencia vital!,** que nos exige actuar prontamente. No obstante, la urgencia **puede ser diferida, y no me negaríais que también es urgencia.**

EXPLORACION.–Sistemáticamente, aconsejaría estudiar:

- **Oscilometría.** (Al menos antes de hacer cirugía).
- **Temperatura** (Frialdad del pie, calor).
- **Pulso de la Pedia y Tibial.**
- **Color** (Blanquecino, cianótico).
- **Aspecto** (forma, tipo malformaciones, bultomas).
- **Dolor,** localizándolo exactamente, así como la claudicación intermitente.
- **Laboratorio**: Glucemia, Uricemia, tiempos hemorragia y coagulación.

Pero, ¿cómo **clasificarlas** o esquematizarlas?

Naturalmente que podríamos hacerlo en relación a, enfermedad general con repercusión en el pie, o, afecciones agudas inicialmente podológicas. No obstante, después de estudios y revisiones, me fundamentaron para madurar una **clasificación etiológica,** con la que, al mismo tiempo que sintetiza, distribuye, todas y cada una de las afecciones que, con carácter de urgencia, se nos presenta en podología.

URGENCIAS EN PODOLOGIA

CLASIFICACION ETIOLOGICA

U. Congénitas	Pie Zambo. Pie Talus
U. Traumáticas.	Cuerpos extraños (púas, agujas, etcétera). Hematoma subungutal. Heridas. Fracturas. Quemaduras. Congelación.
U. Infectivas	Higroma. Heloma. Flemón. Absceso. Panadizos. Mamelón infectado por uña incarnada.
U. Neoformativas	Tumor glómico. Papiloma.

U. Vasculares	Arteriales	Embolia femoral. Yatrogénicas.
	Venosas	Tromboflebitis tarso
U. Metabólicas	Diabetes. Gotas.	

URGENCIAS CONGENITAS

PIE ZAMBO.—**O Pie equinovaro congénito**, precisamente reconocido por las deformaciones en equino y varo, como su enunciado indica, se hace acreedor por su frecuencia, particular gravedad en su pronóstico, y la rapidez con que se debe instaurar su tratamiento, es lo que nos ha autorizado a mentarle y someramente describirle. En efecto, se trata de que dichas deformidades, congénitas, están mantenidas **por fibrosis de partes blandas**, así como, fundamentalmente por **la luxación del hueso astrágalo**, en relación con el calcáneo y con el escafoides. Este último, además con gran desviación pronunciada, que prácticamente, llega a veces, a contactar con el male olo tibial interno. Pues bien, hasta no hace una década todavía, su **tratamiento era indefectiblemente incruento**, aunque sí bastante traumático, con reducciones forzadas y pases sucesivos de yesos, al menos durante el primer año de la vida, durante el cual, se recurre con relativa frecuencia, a pequeñas intervenciones coadyuvantes al tratamiento, como la elongación del aquiles, etc., **con el avance de las técnicas de microcirugía vascular, nerviosa, etc.**, ya se ha llegado a instaurar el capítulo de **"Cirugía neonatal en el pie zambo"**, como muy bien describen en su **Técnica Pous y Dimeglio**, realizando la intervención en las tres primeras semanas de la vida del recién nacido, basándose, **previa la disección del paquete vásculo-nervioso, en: 1.—Liberación posterior**: Consistente en elongación del tendón de aquiles y capsulotomía de las articulaciones del tobillo y subastragalina; **2.—Liberación Medial**: Escisión del nudo fibroso medial y de la cápsula astrágaloescafoidea, y elongación o sección del tibial posterior, y, **muy importante, el ligamento medial se deja intacto; 3.—Liberación Plantar**: Sección del abductor del dedo grueso para insertarlo en el calcáneo.

PIE TALUS.—O deformidad congénita en dorsiflexión forzada del tobillo, como manteniendo, aunque pronunciadamente, la posición del pie en el claustro materno. Se consigue la curación con un simple botín de yeso, en posición contraria, es decir, en equino, durante dos semanas. Es suficiente, y siendo muy rara la recidiva, y la curación es definitiva si lo tratamos en los primeros días de la vida.

URGENCIAS TRAUMATICAS

CUERPOS EXTRAÑOS.—Frecuentemente púas de tuneras de indias, agujas, perdigonadas en las épocas de cacerías, etc., previa radiografías en dos proyecciones, se localiza, y ayudado por el intensificador de imágenes (T.V.) se procede a la extracción del mismo. **Medicación antitetánica y antibiótica preventivas.**

HEMATOMA SUBUNGUEAL.—Producido por un traumatismo directo sobre el dedo, se localiza **debajo de la lúnula de la uña.** Pues bien, mediante una o dos perforaciones, lo evacuamos, con lo que quitamos el dolor, y si lo hacemos en las primeras horas, incluso se salva de tener que extirparse la uña, cuando se desprende desde la matriz, por efecto del hematoma.

HERIDAS.—**Clasificadas** en punzantes, incisas, contusas, e inciso-contusas, éstas últimas fundamentalmente, se tratarán mediante un **Friederich**, es decir, limpieza a bisturí de los bordes y fondo de la herida, resecando todo tejido desvitalizado sutura, **antitetánica y antibióticos.**

FRACTURAS.—**Clasificadas**, por una parte, **en abiertas y cerradas**, según que el tejido óseo comunique con el exterior o no por, otra parte, **en desviadas y sin desviar**, según que el foco de fractura hayan perdido su contacto y alineación normales, o no, y además en **conminutas, transversales, oblicuas o espiroideas, en alas de mariposa, aplastamiento, etc.**, según sea más de dos fragmentos los que forman el foco de fractura, y el resto que presentan la forma de como su propio nombre indica. No vamos a entrar en detalles y mucho menos en descripciones de todas y cada una de las fracturas de los huesos del pie. Pero, tan solo mencionarles las **"Fracturas de marcha"** que como sabéis son producidas por microtraumatismos de repetición, presentándose por ello en los oficios que exigen una bipedestación o deambulación prolongadas (carteros, etc.) y que se localizan a nivel del cuello del segundo metatarsiano, y a veces del tercero. Pero lo que no había encontrado nunca, ni en la literatura médica ni en la práctica diaria es que **recién curada na en el segundo metatarsiano, y sin trauma previo, se presentara a reglón seguido otra en el tercero.** He repaso de las diferentes causas por osteoporosis, metabólica, etc., y no he logrado llegar a conocer la causa. Por ello, y en primicias, os lo comento.

QUEMADURAS.—De Primero, Segundo y Tercer Grado, según sea **Eritema** o enrojecimiento tan solo; formen **flictenas, y escaras, la gravedad viene dada por el tanto por ciento de extensión de superficie corporal cutánea quemada.** Así, a partir del 70 por ciento, de superficie quemada, el pronóstico es mortal. Con

un 10 por ciento ya se presenta el schock; **en el pie**, por otra parte, **es importante el evitar las secuelas cicatrizales por quemaduras**, tanto sea en la superficie plantar, por el apoyo, o dorso o laterales por la presión del calzado. Por ello, según las circunstancias el tratamiento ha de ser dirigido en ese sentido, y si a pesar de todo se presentara, incluso llegaríamos a la cirugía plástica, haciendo trasplante de piel, previa extirpación cicatrizal. Especial cuidado en **evitar la infección y no olvidar la antitetánica.**

CONGELACION.—Destacamos el **pie de inmersión**, producido por excesivas horas sumergidos los pies en el agua, como ocurrió durante la segunda guerra mundial, en que supervivían en balsas, una vez hundidos los barcos, y, el **pie de trinchera**, a su vez producido por excesivo tiempo de quietud en las trincheras en épocas invernales y zonas de muy bajas temperaturas, como sucedió durante la guerra civil española de 1936, en el frente de **Teruel**, en que hubieron **temperaturas de hasta −10°C, eventos** que mencionamos, pues, en ellos se realizaron sendos estudios acerca de la congelación.

En su **cuadro clínico**, destacamos: **Síntomas iniciales**, como sensación de pie dormido, pie como de madera, manifiestan algunos, y hormigueos, además de la fase de hiperemia, a las pocas horas, y ya con dolores; **fase entre tres y cinco días**, en que ya se aprecia edema, flictenas y sensación de calor en los pies, estando muy disminuida la sensibilidad no apreciándose latido de la pedia ni tibial posterior, ausencia que **revela la participación precoz del sistema vascular periférico en la congelación**, por la vasoconstricción que produce el frío, y, **fase desde los cinco a los ocho días**, en que aparecen lesiones necróticas como cangrena simétrica de ambos dedos gruesos, o en forma de calcetín, por encima de los maleolos, como ocurre en la mayoría de las congelaciones. A veces se presentaron úlceras con necrosis a nivel de los relieves óseos (juanetes, dedos en martillo), ocasionada por un mecanismo isquémico de la piel comprimida por el calzado. **Más tardíamente**, eritemas muy extensos con congelaciones de segundo grado y grandes flictenas llenas de líquido turbio.

Las lesiones necróticas, en su gran mayoría evolucionan en forma de **gangrena seca**, en **pocos casos cómo húmeda**, y **raramente como gaseosa**. Progresivamente **se va formando el surco de eliminación**, que delimita por fin la zona gangrenada de la sana, y es **cuando procederíamos a la amputación.**

Para el **tratamiento** atenderemos **medidas generales**, como son administrar la antitetánica, antibióticos, analgésicos, y el tratamiento tópico. En este, hay que **evitar la hiperemia reactiva manteniendo frías durante los primeros días, las extremidades afectas**. Así, **Safford y Nathanson**, demuestran que la temperatura óptima es la de **21° C**. Luego, pasados los primeros días ir calentando paulatinamente las extremidades, pero **no sobrepasar los 40° ó 42° C. No son positivas la heparina ni la simpatectomía.**

URGENCIAS INFECTIVAS

HIGROMA.— Es una inflamación, aguda o crónica, de una bolsa serosa subcutánea, con distensión de la misma por el exudado; se designa también con el nombre de "**Bursitis**". En el pié, se forma más frecuentemente en el **juanete**, a nivel de la inserción del **tendón de Aquiles en el calcáneo**, y en el relieve del **dedo en martillo**, se producen por traumatismos, o **pequeños traumatismos repetidos, por el calzado mal ajustado**, etc.- en el higroma **agudo, el ataque es súbito**, con gran hinchazón y dolor, pudiendo curar en pocos días, o evolucionar hacia el absceso, pudiendo el pus evacuarse hacia el exterior, o por el contrario, hacia el tejido celular subcutáneo, **dando lugar a un flemón**. Se tratará con **fomentos calientes, antibióticos y antiinflamatorios.**

En el **higroma crónico**, formado por irritación permanente, o después de ataques agudos de repetición, la pared de la bolsa serosa se engruesa y se hace fibrosa. Entonces la hinchazón se limita a la superficie de la bolsa, el dolor es mínimo, y no aparece mas que por la presión. En el tratamiento, eliminar la presión usando calzado ancho y confortable, bien ajustado, y fieltros como almohadillados. **Eventualmente**, tanto en el agudo como el crónico, **terapéutica quirúrgica.**

HELOMA.—**Del griego "Helos", lo que tiene forma de clavo**, y "**Oma**", **tumor**. Esta palabra compuesta, **sustituye** con frecuencia **al nombre de "callo"** en algunos tratados. No obstante, **se refiere a los callos con núcleos**, siendo mas frecuentes los núcleos cónicos, ó los de vértice trunco, según su forma. **Por el lugar de asentamiento y el dolor a la presión, ha de ser extirpado según arte.**

FLEMON.—Se produce por la **inflamación del tejido celular subcutáneo o subaponeurótico.** En el dorso del pie, en efecto serán superficiales o subaponeuróticos, no así en la planta, ya que el espacio plantar es más complejo, ya que **no se forman subcutáneos al estar adheridas la piel y fascia plantar**, por lo que se forman en **las celdas plantares**, que en número de **tres, una interna** que contienen los músculos del dedo grueso, **otra externa** con los del quinto dedo, y, entre una y otra, o **celda media** que contiene gran número de músculos, es, en definitiva en donde se van a localizar estos flemones. **No obstante, en la piel dorsal, es donde se va a constituir el edema de un flemón plan-**

tar. Su tratamiento, ha de ser quirúrgico, con evacuación, drenaje, y antibioterapia.

ABSCESO.—Es la acumulación de pus en una cavidad anormal, formada por la desintegración de los tejidos. ha de ser evacuado, drenaje y antibioterapia.

En el flemón y en el absceso, encontramos fiebre alta, escalofrios, etc., dolor violento e hínchazón dorsal, puede complicarse con artritis supurada, o llegar el pus hasta la pantorrilla.

PANADIZOS.—Es la inflamación flemonosa de un dedo, especialmente de la tercera falange. Es mas frecuente en los dedos de la mano que en los del pié, al estar protegidos por el calzado. Por otra parte, como las vainas tendinosas no llegan más allá de la parte media de los metatarsianos, los panadizos de los piés no se complican jamás con flemones de las vainas. Por lo demás, el tratamiento es idéntico, desbridamiento quirúrgico, drenaje y antibioterapía.

MAMELON INFECTADO POR UÑA INCARNADA.—Si se ha dejado desarrollar el proceso infeccioso, a lo largo de uno o ambos bordes ungueales, con supuración y formación crónica de un tejido de granulación edematoso, el tratamiento debe ser conservador con frecuentes aplicaciones de compresas calientes, y antisépticos tópicos. Pasadas dos o tres semanas de desaparecida la infección, se procederá a la práctica, de los métodos para las uñas incarnadas, según arte.

URGENCIAS NEOFORMATIVAS

TUMOR GLOMICO.—La histología demuestra se trata de un angioneuromioma, elementos vasculares de luz estranguladas, y fibras musculares lisas ahogando algunos ramos nerviosos. Son raros, encapsulados y benignos. Aunque pueden localizarse debajo de la piel, típicamente se hallan bajo la uña.— generalmente de pequeño volumen, como un grano de arroz, es visible por transparencia, ocupando su centro una pequeña mancha de color rojo violáceo. El dolor es extremado, provocándose con la presión o simples cambios de temperatura, y de noche es generalmente espontáneo y agudísimo. Incapacita al enfermo mientras no sea curado. No es admitido el origen traumático, pero si es desencadenante del dolor. No hay degeneración maligna. Como escavan la parte dorsal de la tercera falange, es preciso extirpar en bloque el tumor, y si lesionó la falange, entonces legrar ésta, además.

PAPILOMA.—Lo forman papilas hipertrofiadas recubiertas por epidermis hiperqueratóxica, mostrando en sus estratos córneos, alteraciones vasculares, dando el aspecto de un panal. Están provocados por infección viriásica y son autoinoculables. A veces, van precedidos de pequeñas heridas y traumatismos. Puede estar localizado en cualquier parte, pero principalmente en la planta del pié. Se diferencia del callo en que es doloroso a la presión directa. En su tratamiento ¿qué les voy a decir que no conozcan mejor que yo?. Les diré tan solo que contamos con tratamiento quirúrgico, físico (calor con electrocauterio, y frio con crioterapía mediante nieve carbónica), y, químico con los diferentes productos que muy bien utilizáis (desde salicilatos, hasta urea, etc.). La radioterapía tiene unas indicaciones muy precisas, y que tan solo deben abordar el especialista competente. Citemos las curaciones expontáneas, después de haber pasado épocas de tensión psíquica.

URGENCIAS VASCULARES ARTERIALES

EMBOLIA FEMORAL.—Nos encontramos ante un paciente que, súbitamente, se le presenta un dolor agudo en todo el pié, a veces la pierna también, con una intensa frialdad, y un color blanco, palido, estamos ante un caso urgente, urgentísimo, ya que se trata de una interrupción brusca, instantánea, del paso de la sangre arterial al pié, y siempre es debido a una embolia femoral, de la artería femoral, que es obstruída por un coágulo, que hace de émbolo. La oscilometría, a cero, nos confirmaría el diagnóstico. Pues bien, como pasadas dos horas hay riesgo de necrosis de los tejidos, es porque estamos ante el caso de mayor urgencia de toda la patología del pié, y ha de ser rápidamente trasladado al cirujano vascular, para su rápido estudio (arteriografía) y tratamiento (embolectomía, By-Pass).

YATROGENICAS.—Son los casos desgraciados, afortunadamente poco frecuentes, en que después de colocarse un yeso o vendaje compresivo en una pierna y pié, como terapéutica a una fractura o intervención quirúrgica recientes, el miembro se hincha más de lo previsible, a veces por colocarlo incorrectamente, otras, porque el paciente no moviliza lo suficiente los dedos, etc., o porque no lo coloca elevado por encima del resto de su cuerpo, sobre una férula de Braun, el hecho es que, y a pesar de que produce intensos dolores, con un personal sanitario auxiliar negligente, que se limita a sedarlo con analgésicos, se produce un síndrome compresivo, no dejando pasar la sangre, y, finalmente produce la gangrena. Se pierde el pié, y desde luego pueden originarse reclamaciones legales, lógicas.

VENOSAS

TROMBOFLEBITIS TARSO.–La forma más común de presentársenos, es una persona de mediana edad, casi siempre femenina, **nos viene a consultar por una talalgia que achacan a un espolón calcáreo**, máxime si le han practicado radiografías y se aprecia éste. **Mucho dolor, incapacidad a una deambulación normal, pero** por una parte, **el dolor no está exactamente localizado en el centro de la cara plantar del calcáneo**, en donde está situada la bursitis del espolón, **sino, en el borde interno o medial de la cara plantar del calcáneo.** Por otra parte, **generalmente estamos ante un paciente con síndrome varicoso.** Por lo demás, no presenta ninguna otra alteración local ni general. **Su tratamiento es. Como cualquier tromboflebitis**, es decir, heparinizar, diuréticos y antiinflamatorios. Por supuesto **la urgencia está en el dolor, que es incapacitante a la deambulación**, y fundamentalmente, en **evitación de las temidas complicaciones de toda tromboflebitis**, si se desprende el trombo y circula hacia una coronaria o pulmonar, etc., que todos hemos, profesionalmente, vivido. Al no presentar hinchazón del talón, **creo que es la red venosa "intraósea" la afectada.** No he podido verificarlo, ni aún con flebografía intraósea. Pero éste tratamiento la ha curado, y así lo prueba.

URGENCIAS METABOLICAS

DIABETES.–No vamos a entrar en disquisiciones sobre que es la diabetes, sus cuidados y complicaciones. Resumiendo sabéis que **está determinada por una disminución en la producción de la insulina del páncreas, por lo que no son metabolizados los azúcares.** Pues bien, una de las complicaciones es **la arteritis diábetica**, que se localizan con mas frecuencia en la arteria retiniana (ceguera), y, en las arterias distales de los miembros, practicamente siempre que el miembro inferior, es decir, en el pié, pudiendo llegarse a la gangrena y consecutiva amputación. **Por ello, tema tan importante, es por lo que algunos libros de podología dedican un capítulo al "Pié del diabético"** que muy bien describe **Nelson C. Peyre, en su libro de podología**, y que sin dudarlo, recomiendo este último capítulo de su libro, en el que **sucintamente, dice: que debe haber un control podológico del** diábetico, informando a estos pacientes de la necesidad de una atención y vigilancia continuadas, **entregandóseles incluso una cartilla de información**, en la que se les explica **los cuidados de la piel** (lavado diario con agua tibia y jabón no irritante, secarlos con suavidad, cuidar las pequeñas heridas, etc.), **cuidado de las uñas** (cortarse rectas, no recortar la cutícula ni los bordes laterales). **En cuanto a las callosidades y callos, el diabético nunca debe tratárselos él mismo**, pues cualquier herida, es fácil de infectarse, y ser el principio de amputaciones de dedos. **Usar calzado suave de contrafuertes, y medias sin costuras, y mantener los pies calientes, pero sin acercarlos mucho a estufas, pues por su disminución en la sensibilidad, podrían sufrir quemaduras.** Así pues, apreciemos la importancia de estas medidas, que por lo que significan, se **pueden catalogar de "profilaxis de la urgencia".**

GOTA.–Según Rotés Querol, **está producida por la precipitación** (gota aguda) **o la deposición** (gota crónica), **de cristales de urato. Se presenta preferentemente en el antepié, hay un componente hereditario y un claro predominio del sexo masculino, dándose en los buenos comedores, y favoreciéndola el alcoholismo. Es debida a una aceleración del ciclo corto del metabolismo de las purinas que condiciona las síntesis del ácido úrico. Los microcristales de uratos** depositados en la sinovial de las **articulaciones** del gotoso, son los responsables de la reacción inflamatoria.

En las manifestaciones crónicas de la gota, **los depósitos uráticos, dan origen a los tofos**, que pueden localizarse subcutáneamente, **bursitis, artropatía úrática**, e incluso, **geodas**, que encontramos en los huesos.

Pero, **la urgencia** para el podólogo se presenta en la forma aguda: **nos viene un paciente** que nos cuenta que, de madrugada, sintió un intenso y lancinante dolor a nivel de la articulación metatarso-falángica del dedo grueso, que le despertó. Se le inflamó poniendósele rojo y tumefacto. Así que, el dolor es muy intenso y no le deja conciliar el sueño, ya que incluso el roce de la ropa de la cama se hace intolerable. **Con menos frecuencia el ataque de gota, puede comenzar en otra parte del pié**, como el talón, **tarsitis reumática de Marañón**, etc., e **incluso poliarticular. La falta de fiebre y las pruebas de laboratorio, nos descarta la infección, y nos diagnóstica la gota. En casos antiguos y no tratados**, podremos encontrarnos con **tofos monstruosos.**

Radiológicamente, en un principio se observa **osteoporosis del pié. Luego aparecen geodas yuxtaepifisarias**, de tamaño variable, bien delimitadas, y que se cree **son profucidas por depósitos de urato sódico transparentes a rayos X. En fases mas avanzadas, aparecen pinzamientos articulares, densificación ósea, y rodetes osteofíticos y calcificaciones, alrededor de las articulaciones.**

En el examen de laboratorio, es casi constante **la hiperuricemia.** Por encima de **60 mg. de la mujer, y 70 mg. en el hombre**, son cifras muy significativas. Como todo en medicina, ésto es variable, pues, conozco casos que con cifras mensualmente repetidas, y por

debajo de los 60 mg. en un hombre, con osteoporosis discreta del metatarso, padecía una gota, que le tuvo incapacitado dos años, casi, por dolor que se exacervaba a la deambulación. **El tratamiento del ataque agudo consiste en**: colchicina, antiinflamatorios y corticoides (éstos solo en las crisis muy agudas, por sus efectos secundarios). **Régimen dietético** a base de naranjadas y limonadas muy azucaradas, durante la crisis.

El tratamiento de fondo, y en fases crónicas, debe ser llevado por un especialista competente, que hará el tratamiento higiénico-dietético, evitándose los alimentos ricos en proteínas, grasa y alcohol. Muy importante la hidratación y la diuresis, haciendo auténticas **"curas de aguas" que con 2-3 litros diarios,** en los casos leves, **puede ser suficiente para compensar la hiperuricemia.** En la **medicación** de fondo, tenemos: **los uricosúricos,** que actúan sobre el túbulo renal, impidiendo la reabsorción de los uratos, por lo que su acción es indirecta, estando contraindicados en la in suficiencia renal. El más usado es el **probenecid.** Y por otra parte, tenemos los **"anti úrico génicos"**, que son sustancias que interfiriendo el metabolismo de los prótidos en el ciclo corto de la síntesis úrica, impiden la formación del ácido úrico. El más utilizado es el **"allopurinol" (zyloric),** a una dosis media de **200 mg. diarios. Si encontráramos grandes tofos,** incluso fistulizados, rigideces, etc., **eventualmente** tendríamos necesidad del tratamiento **quirúrgico.**

OTRAS URGENCIAS

Hemartrosis **hemofílicas,** más frecuentes en tobillo que en rodillas, y así, urgencias de otras características.

Son ustedes los que día a día, iréis ampliando y, desde luego perfeccionando, ésta clasificación que, para este estudio, hemos elaborado.

RESUMEN

El autor, aglutina en este estudio, las diferentes afecciones de diversas etiología, que de una u otra manera, incidiendo, bien por causa directa en el pié, bien por afecciones sistemáticas generalizadas, tiene una repercusión e incidencia mórbida en el mismo, con carácter de urgencia.

Hace una **clasificación etiológica de las urgencias en el pié,** ya que, después de una revisión y meditación, fué la más científica y razonable de éllas.

Después de unas **consideraciones etimológicas y filosóficas** sobre el significado del vocablo **URGENCIA,** pasa a describir las **diferentes maniobras exploratorias** que, todo podólogo, debe verificar ante un pié, inexcusable y fundamentalmente, sobre todo, si existe la intención necesaria de terapéutica quirúrgica.

Y así, finaliza haciendo unas **someras descripciones de cada una de las afecciones de su clasificación,** que, **si bien, no todas son del dominio del podólogo,** no obstante, considera deberá tener un conocimiento de éllas, para así poder dirigirlas al especialista correspondiente, según la afección observada.

BIBLIOGRAFIA

1. Emil D.W. Hauser.– "Congenital Clubfoot".
2. A. Pedro Pons, P. Barceló, J. Botés Querol.– "El pie doloroso".
3. Revue Collêge Internacional de Podología.– "Podología".
4. Nicholas J. Ciannestras.– "Trastornos del pie".
5. George C. Wee.– "Atlas of improved surgical procedures for common foot disorders".
6. Renê Cailliet.– "Tobillo y pie".
7. Jean Leliêvre.– "Patología del pie".
8. Tachdjian.– "Ortopedía pediátrica".
9. Jules Verleysen.– "Compendio de Podología".
10. Nelson C. Peyre.– "Podología". Estudio del pie y clínica podológica.
11. Hanby Walker.– "Podología". Fundamentos y práctica.
12. A. Viladot.– "Patología del antepie".
13. James E. Bateman.– "Clínicas ortopédicas de Norteamérica". Fallas en cirugía del pie.
14. American College of Foot Surgeons.– "Complications in foot surgery. Prevention and Management".
15. Domenech-Alsina.– Diagnóstico y terapéutica quirúrgicos de urgencia.
16. Geschickter y Copeland.– "Tumores de hueso".
17. José Ojeda Gil.– "Temas de patología quirúrgica para A.T.S.".
18. Grabb Smith.– "Cirugía Plástica".
19. Gran Diccionario Médico.– Tomo III.
20. Edeiken y Hodes.– "Diagnóstico radiológico de las E.H.".
21. M. Hackenbroch y Wit.– "Atlas de cirugía ortopédica".
22. Robert Vieville.– "Incidencias phlébologiques en pathologie du pied".

HELOMA INTERDIGITAL. TRATAMIENTO CON UN PRODUCTO A BASE DE PECTINA-GELATINA

La presente comunicación, tiene por objeto, exponer las experiencias realizadas, en el tratamiento del heloma interdigital, con un compuesto a base fundamentalmente de pectina y gelatina.

Este trabajo ha sido realizado en un espacio de tiempo de 10 meses, y en el desarrollo del mismo, se han tabulado las respuestas clínicas de 68 pacientes, principalmente del servicio de podología, de una Residencia de pensionistas de la Seguridad Social, en Alicante.

El motivo inductor para la realización del mismo, fueron dos circunstancias conexas: la alta incidencia, con su secuela de dolor, de este padecimiento, entre los pacientes de podología del Centro, y el hallazgo, casual, de un producto (7), de utilización hospitalaria en los pacientes estomizados, el cual, intuiamos, podría facilitar el desbridamiento de las capas corneas residuales a la sección quirúrgica del heloma, y propiciar a la vez, un almohadillado conveniente, en evitación del roce insidioso de la zona afecta.

Antes de describir el producto objeto del presente estudio, conviene indicar las características de localización de esta afección y sus causas.

La mayoría de los helomas blandos, se encuentran en el cuarto espacio interdigital. Un examen sobre 3.000 pacientes, efectuado por Gillet en 1971, (1) demostraba que de 437 de estos helomas, 230 ocurrian entre el cuarto y quinto dedo; y 207 en los otros tres espacios restantes; correspondiendo 120 al primero, 71 al tercero y 16 al segundo.

De los 230 helomas del cuarto espacio, solo 73 (un 32 por ciento), se instalaban en la comisura. Los restantes 157 (68 por cient), eran localizados en la falange distal del quinto dedo, justo en su zona de rozamiento con la otra cara del cuarto. Esta es la localización más común; no como indicaron Runtig (1933), Lake (1935), y Lewin (1947), los cuales señalaban como zona preferente, para la implantación de esta afección, la de la cara lateral e interna de la segunda falange del quinto dedo. Estos hallazgos disiparon la creencia de que los helomas interdigitales, eran predominates en la comisura de los dedos.

Los factores desencadenantes de esta lesión, son en su mayor parte, de orden inflamatorio sobre partes duras, generalmente la enfermedad reumática, en sus diversos estados evolutivos y mutilantes: artritis, artrosis, etc., y cuya inflamación, amén de otras localizaciones, suele ser, en el caso del pie, en las cabezas de las falanges del mismo, produciendo una exostosis de mayor o menor volumen, con su correspondiente secuela de afectación articular. También el aplanamiento del arco transverso, que produce una sobrecarga de los radios centrales, puede ser causa de esta afectación.

Esta situación ya de por sí importante, se encuentra complicada, por la influencia, generalmente nociva, del tipo de calzado que se use: el zapato femenino de forma romboidal, y con excesiva elevación del talón, sinergiza esta lesión, incrementando la deformación y haciéndola más mutilante y dolorosa. Sirva esta observación, por otra parte tan conocida de todos nosotros, para destacar, que en presencia de alteraciones de los dedos del pie, es recomendable la realización de una anamnesis, que nos ilustre en la busqueda de antecedentes reumáticos, y en los hábitos de calzado del paciente, al objeto de actuar en primer lugar, sobre estos aspectos.

Aprovecho esta oportunidad, para indicar lo difícil que ha sido para mis pacientes encontrar un calzado adecuado; ancho en la porción anterior del pie, y recogido en el talón. Este aspecto, es de primordial importancia, y su entendimiento y colaboración por parte de las personas tratadas, debería ser previo a cualquier manipulación clínica o quirúrgica, que va a suponer un fracaso seguro, si este requisito no es convenientemente atendido. Recuerdo, al respecto, haber leído en Clínicas Ortopédicas de Norteamérica, un trabajo del Dr. Crachiolo (3), en el que destaca en primer lugar la necesidad de modificación del zapato del paciente; indicación que suscita considerable resistencia sobre todo en las mujeres, las cuales en general, desean estar a tono con la moda, sin hacer caso a otras consideraciones.

La observación que puede ayudarnos a simple vista

a diferenciar una deformación reumática, de otra que sea del calzado, es que mientras en la primera los dedos se desvían en una sola dirección, en la segunda el pie adquiere la forma romboidal.

DIFERENTES TRATAMIENTOS DEL HELOMA INTERDIGITAL.

En la práctica clínica más habitual, el podólogo realiza un tratamiento **paliativo**, resecando con bisturí las capas de hiperqueratosis blandas y húmedas, y colocando en algunos casos, después de este proceder, alguna protección evitadora del roce con las superficies próximas. De esta forma se consigue relativamente suprimir temporalmente el efecto doloroso del heloma.

Otros compañeros, y buena prueba de ello han sido las aportaciones de este congreso, realizan una resección de la exostosis provocadora de la afección, cuando ello es posible. A veces también nos hemos encontrado con resecciones completas de la cabeza de la falange, que han conseguido un antepie muy estético, pero en algunos casos acompañado de diversos grados de déficit en su funcionalidad. A este respecto conviene tener siempre presente las prevenciones de un cirujano del pie, tan clásico como Du Vries, que en su libro "Cirugía del pie", recomienda mucha prudencia en el proceder quirúrgico del antepie, ya que en muchas ocasiones no solo la deformidad no recurre, sino que, y aunque así sea, se produce una limitación nueva, quizá más mutilante que la primera.

Viladot, en sus "Diez lecciones sobre patología del pie", indica que nunca debe operarse un paciente con finalidad estética. Por muy cuidadosa que sea la técnica –dice–, se corre el peligro de convertir un antepie no álgico, en doloroso. Importa más la estática que la estética. (Amén, añado yo, de los problemas de orden jurídico, que una operación incorrectamente planeada puede comportar).

EL HELOMA INTERDIGITAL DEL ANCIANO

Junto a las características generales del Heloma Interdigital en el anciano, esta afección reune alguna complicación específica, que hace más limitante la lesión, ya que es frecuente encontrar en estas edades trastornos añadidos, como la diabetes, o insuficiencias circulatorias, que agregadas a una más o menos falta de atención general (higiene especialmente), hace más dramática esta dolencia, con su secuela de marcha viciosa compensatoria y/o inmovilidad; todo ello tan perjudicial en este estadio de la vida.

ESTUDIO DEL PRODUCTO OBJETO DE LA COMUNICACION Y DE SUS COMPONENTES

Fue precisamente el intento de obviar, en la manera de lo posible, las dificultades especiales que presentaban, sobre todo este último grupo de pacientes; en los que el tratamiento paliativo clásico era de escasa eficacia, y el tratamiento quirúrgico por diversas razones, no era viable; lo que nos indujo a ensayar este compuesto (a base de Pectina, gelatina, carboximetilcelulosa sódica y poliisobutileno), del cual teníamos referencias por su utilización como protector de la piel, y mucosas en condiciones muy injuriosas, como son el recubrimiento epidermico alrededor de fistulas, ileostomias y otros estomas quirúrgicos.

Este producto apareció no hace muchos años, como una sustancia adhesiva para aplicar en la cavidad bucal, al objeto de proteger suturas y/o cubrir piezas dentarias con hemorragia, al objeto de cohibir la misma, y está compuesto de:

Pectina (2), (4), (5) y (6), que es una sustancia mucilaginosa extraida del bagazo de las manzanas principalmente, aunque también se consigue de otros frutos cítricos. Son coloides hidrosolubles que forman un gel capaz de absorber grandes cantidades de agua. Tiene propiedades protectoras sobre mucosas, y acción hemostática, al aumentar la velocidad de coagulación sanguinea. Fantus y sus colaboradores (2), observaron el buen resultado, que obtenía con productos preparados a base de pectina, en el tratamiento de las úlceras.

Gelatina (4), (5) y (6), otro de sus componentes, es producto de la hidrólisis parcial del colageno, obtenido de la piel, tejido conjuntivo y huesos de animales. Es también un buen agente hemostático y absorbe de cinco a diez veces, su propio peso de agua.

La carboximetilcelulosa sódica, (7), es un derivado de la celulosa y posee muchas propiedades similares a las gomas naturales. Se utiliza al objeto de proporcionar viscosidad y estabilizar la emulsión.

Por último el **Poliisobutileno** (2), es un producto de la polimerización del isobutileno, que da lugar a un producto elastómero, el cual puede vulcanizarse, siendo muy resistente a los ácidos.

Estas cuatro sustancias, se presentan unidas en planchas de 10 por 10 cm., y de un espesor de 2 milímetros aproximadamente; las cuales pueden ser troceadas, según la necesidad del usuario, siendo susceptibles de unirse varias capas entre sí, por coalescencia. La cara que va en contacto con la piel, va protegida por un papel siliconado, que se desprende con facilidad en el momento de su aplicación. La otra superficie, la externa, se halla cubierta con una fina película

plástica, de polietileno brillante, que aisla completamente el sector donde se aplica, impidiendo cualquier alteración de los componentes descritos, y el desarrollo de hongos.

El procedimiento de aplicación, consiste en cortar con tijera la superficie deseada de la lámina referida; separar el papel siliconado y aplicarla a la superficie del heloma, realizando una ligera presión, sobre todo en los bordes de la pieza, para asegurar su adherencia, evitando cualquier arruga que impida un contacto absoluto del producto, con el segmento de piel afectado. Esta unión, se realiza tanto si la piel está seca o húmeda, y puede permanecer in situ, entre tres y quince días, dependiendo del cuidado del paciente. Es de destacar, que la adherencia producida, no es debida a ninguna sustancia específica, para este fin, sino al propio material, que es tributario de esta característica, el cual, además, de estas cualidades, no ha producido en los sujetos estudiados, ningún efecto alergizante.

El producto descrito, puede ser engorsado a voluntad, dependiendo de las características y situación del heloma, adicionando otras capas del mismo, a la lámina primera. Estas líminas, tal como hemos referido anteriormente, al ponerse en contacto, se funden, constituyendo una sola pieza, del grosor y superficie deseado, y que por su consistencia viscosa (cerea), tiene un efecto de almohadillado, muy conveniente, para evitar el traumatismo permanente de la posible exostosis, o el producido por alguna desviación de las falanges. Por otra parte, la pieza permite, que la epidermis descanse, protejiendo el área afectada, disminuyendo la inflamación y el dolor consiguiente, reduciendo el tejido hiperqueratósico, ayudando a secar la piel hiperhidrótica, (característica de esta lesión), y facilitando una "toilette" general del heloma. Todo ello trae como consecuencia, una epitelización adecuada.

Tanto el proceso de adherencia, como el de despegue, así como la permanencia del mismo en la piel del paciente, no comporta ningún tipo de molestias, ni de especial preparativo. Las personas portadoras del mismo, aún en precarias condiciones metabólicas (diabéticas, por ejemplo), o artrósicas, no manifiestan quejas sobre el mismo, y no encuentran impedimento para la normal realización de sus actividades, incluido el lavado, que puede realizarse tantas veces se desee, con la única precaución de evitar manipulaciones bruscas, en los bordes de la pieza, que podrían producir un eventual despegue. En el caso de que este hecho se produjera, se debe instruir al paciente para una nueva colocación de la misma, la cual, de nuevo volverá a adherirse, mediante una manipulación similar a la primera. Si por cualquier circunstancia previeramos un fácil despegue, podríamos asegurar excepcionalmente la piesa, con una tira de esparadrapo.

RESUMEN DE LA METODOLOGIA DEL ESTUDIO

Para comparar la eficacia de esta película adherente, con otro tipo de tratamientos paliativos, dividimos los pacientes en tres grupos: A) pacientes a los que se resecaba con bisturí el heloma poniéndoles a continuación una protección de fieltro autoadhesivo. B) Igual que los anteriores, pero sustituyendo el fieltro por un pequeño separador de silicona. C) Lo mismo respecto a la resección del heloma, pero sustituyendo el fieltro o la silicona, por la película de gelatina pectina.

Con respecto a los pacientes del primer grupo, los niveles de mejoría, tal como ya sabemos, son cortos en el tiempo, (de 3 a 5 semanas), y poco agradecidos.

Los del segundo, tuvieron un nivel de mejoría más prolongado (entre 1 y 3 meses), y morfológicamente, existía una disminución de la inflamación y una situación de la epidermis más satisfactoria.

Por último los pacientes a los que se aplicó el nuevo apósito tuvieron mejorías superiores (entre 2 y 6 meses). Esta mejoría, fue acompañada de una situación general de bienestar, en la zona afectada, en sus aspectos inflamatorios, hiperqueratósicos e hiperhidróticos.

En aquellos pacientes con los que tuvimos menos éxito en el tratamiento, volvimos a repetirlo, enviando a los mismos al servicio de rehabilitación, para la aplicación de corrientes de onda cuadrada, observando en estos casos una ligera prolongación de la mejoría, que podría muy bien atribuirse, a que la piel, en esta segunda oportunidad, estaba menos castigada que en la primera.

El cuadro de resultados de este tercer grupo, se especifica a continuación:

		%
Total pacientes	28	100,00
Varones	5	17,80
Hembras	23	82,20

EDADES		%
Entre 40-50 años (7 mujeres)	7	25,--
Entre 50-60 años (4 mujeres)	6	21,40
Entre 60-70 años (5 mujeres)	6	21,40
Entre 70-80 años (6 mujeres)	7	25,00
Más de 80 años (1 mujer)	2	7,20

LOCALIZACION		%
Primer espacio	13	33,33
segundo espacio	3	7,69
tercer espacio	4	10,25
cuarto espacio	19	48,71
Total	39	100,--

PIE		%
Derecho	23	58,97
Izquierdo	16	41,03

TIEMPO DE ADHERENCIA DEL 1º APOSITO		%
Menos de 3 días	6	15,38
entre 3-7 días	14	35,89
entre 7-14 días	13	33,33
entre 14-21 días	5	12,82
más de 21 días	1	2,56

RESULTADOS		%
Malo	0	0,--
Regular	5	12,82
Bueno	22	56,41
Excelente	12	30,76

Debemos hacer constar, que en la calificación de "Regular", incluimos todos aquellos casos en los que no comprobamos ninguna ventaja sobre los tratamientos paliativos conocidos, tanto en lo que respecta a manifestaciones objetivas de inflamación, y estado de la piel, como en la aparición de la recidiva.

Hemos agrupado en la categoría de resultados "Buenos", todos aquellos casos en que, fijandonos en los parámetros antes descritos, observamos diferencias favorables con los grupos testigos "A" y "B". Por último, calificamos de excelentes aquellos otros en que la desaparición del heloma y parte de sus secuelas, han superado los 6 meses. Debo añadir, que aunque no forma parte de la presente comunicación, se han tratado por el mismo procedimiento, 12 juanetes, con resultados similares a los descritos anteriormente.

La sistemática del tratamiento, fue ambulatorio en todos los casos, con revisiones periódicas entre los 7 y 21 días. En cada revisión, al paciente se le cambiaba el apósito, y se le instruia para su colocación en el caso de despegue o caida fortuita. En aquellos casos de sujetos más nerviosos, y que manifestaban sensación de "cuerpo extraño", se les ponía polvos de talco en la cara de la pieza que contactaba con el lado contiguo del dedo vecino. Este proceder, es recomendable para evitar la ligera tendencia de la pieza a adherirse también al otro lado, que, aunque no es perjudicial en absoluto, puede producir, en pacientes muy sensibles, una cierta incomodidad.

Para asegurar una adherencia más permanente, hemos ensayado el impregnar la zona de contacto, con "Nobecutan", pero además de no conseguir resultados sustancialment más duraderos, observamos en la piel, una situación menos satisfactoria, debido, sin duda, a que habiamos suprimido el contacto del apósito directamente con la superficie cutanea. Si queremos asegurar excepcionalmente la permanencia del apósito, es mejor colocar alrededor del mismo, una cinta de esparadrapo a nuestra elección.

RESUMEN Y COROLARIO

La primera característica a destacar en el producto, es su facilidad de manejo, realizado, incluso con personal no experimentado. No precisa ningún otro producto auxiliar, ni aditivo, para su colocación y uso posterior. Produce un almohadillado protector en la zona agraviada, que es duradero, y facilmente reciclado; no impidiendo al paciente la consecución de sus actividades cotidianas.

- No es alergizante, ni presenta problemas de interferencias con la utilización de otra sustancia. Es inocuo.
- Posee una destacada acción absorvente, tan útil en esta afección, unida a un efecto antimicotico.
- Actúa con mayor o menor eficacia, en todas las fases insidiosas del heloma interdigital:

En la hiperpresión: por su capacidad amortiguadora, evitando la fricción, que provoca un estado irritativo acelerador de la mitosis celular.

En la degeneración tisular: por **reducir la velocidad de división celular en la capa basal de la epidermis**, y facilitar el desbridamiento de la zona.

Una característica señalada por la mayoría de los pacientes tratados, es el descenso o desaparición significativo de los niveles de dolor anteriores a su uso.

Supone un hallazgo ventajoso, en el tratamiento paliativo de aquellos pacientes, que por las razones que fueren, evitan el acto quirúrgico: geriátricos, personas con reisgo operatorio, o aquellos otros que deshechan cualquier proceder cruento, incluido el acto anestésico.

Por la eficacia de sus componentes, superior clínicamente, al resto de las piezas interdigitales utilizadas hasta hoy.

Es limpio, inodoro, no deja residuos, y no molesta en las zonas pilosas.

Podemos resumir, diciendo, que, este producto puede ser introducido en nuestro repertorio terapéutico, en la seguridad de que el mismo, nos ayudará a resolver el síndrome del heloma interdigital, en sus aspectos de:

Aliviar sus molestias:
Ayudando a una adecuada reepitelización.
Almohadillando la zona de hiperpresión, y
aligerando la inflamación y rubefacción correspondiente.

Sirva la presente comunicación, para dar a conocer

a mis colegas, la utilización de este compuesto en la clínica podológica, e incitar a todos a la busqueda de soluciones razonables para el tratamiento de esta afección. Soy consciente de la modestia de la casuistica aportada, y espero que la misma, tenga el valor de un avance parcial, que sin duda será enriquecido por las aportaciones y experiencias de otros compañeros.

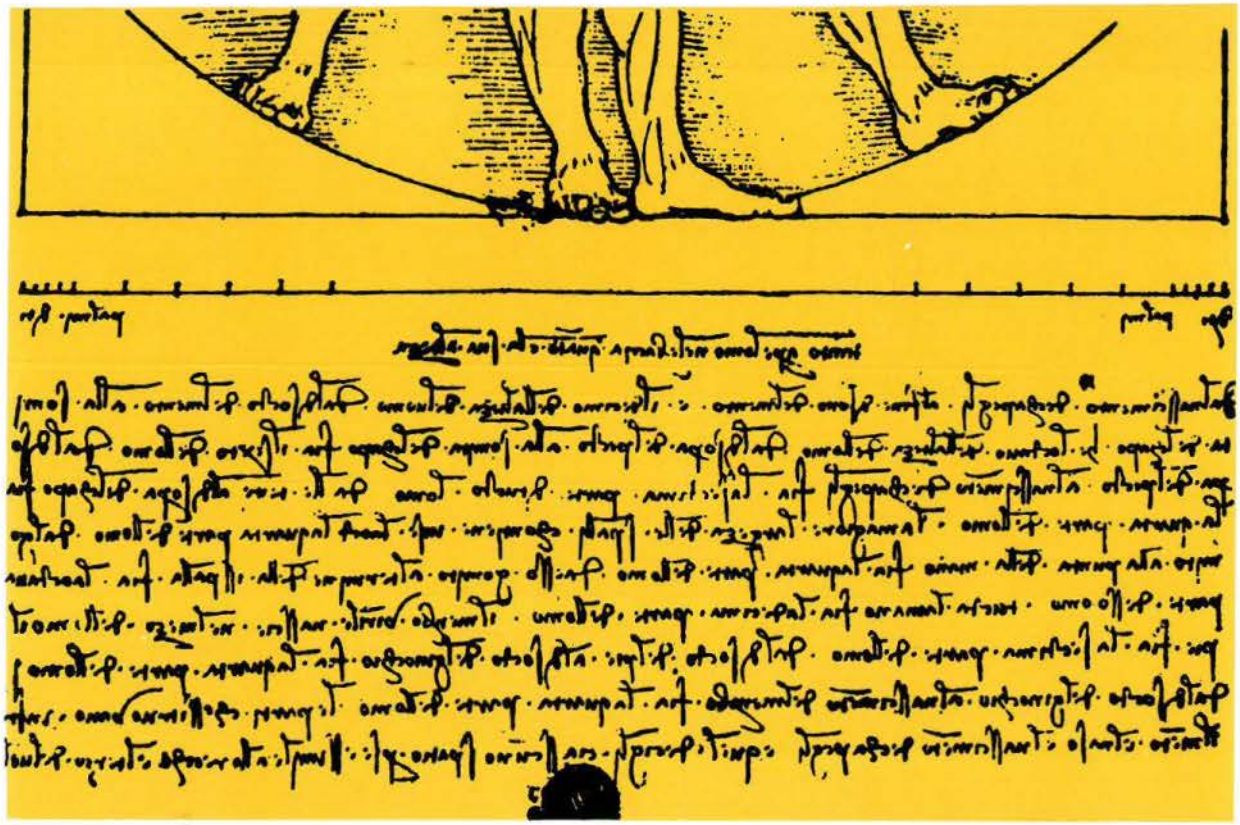
Como dice el maestro Lelievre, "la patología del pie, parece sencilla, para el que no la conoce, y es compleja para quien empieza a conocerla".

Ramón Isidoro Martínez
Podólogo

BIBLIOGRAFIA CITADA O CONSULTADA:

1. "Incidence of interdigital clavus" Gillet, H.G.J. Bone Joint Surgery 56 B: 752, 1974.
2. "Farmacia práctica de Remington" Martin, Cook, Etc. (UTEHA).
3. "Clínicas Ortopédicas de Norteamérica 1976" Andrea Gracchiolo Pags. 41 y siguientes.
4. "Monografías Analítico-Farmacológicas del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos".
5. "Terapéutica con sus fundamentos de Farmacología Experimental" B. Lorenzo Velazquez.
6. "Medicamenta" Tomo III, Dr. P. Font Quer (Edit. Labor)
7. "Stomahesive, Apósito oclusivo para úlceras indolentes en las extremidades inferiores" G. D. Tracy y colaboradores del Departamento de Cirugía, Universidad de Nueva Gales del Sur, Hospital de San Vicente (Sidney) Med. J. Aust. 1977, 1:777-780.





REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

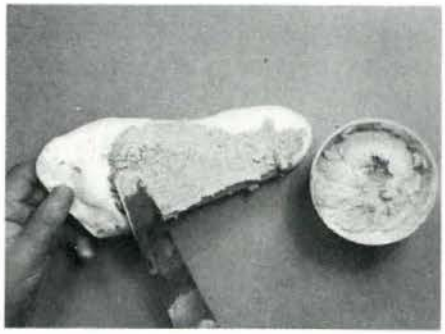
A. E. P. SEPTIEMBRE-OCTUBRE
nº 89 1982

Veltron

MADE IN SPAIN

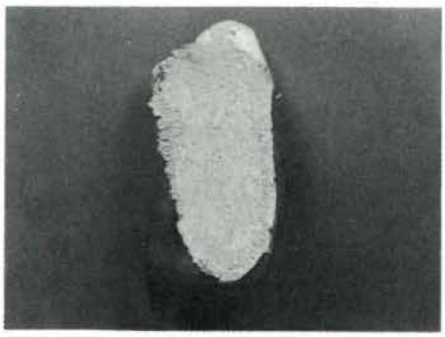
Compuesto para la obtención de plantillas ortopodológicas.





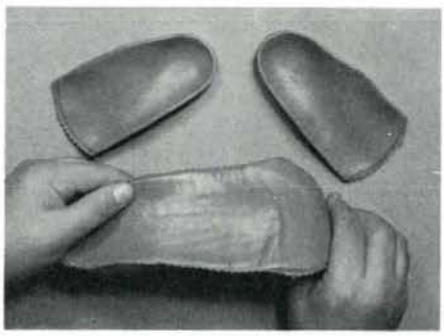
Es una pasta para aplicar a espátula sobre positivos de yeso, que fragua a temperatura ambiente, obteniéndose una plantilla elástica y blanda. Sus cualidades de elasticidad y flexibilidad no disminuyen su resistencia a la compresión que efectúa la bóveda plantar. Para obtener la plantilla se extiende el **Veltron-1** sobre el positivo de yeso. Esta aplicación debe hacerse en





capas finas al objeto de que no quede aire entre ellas. Una vez lleno el molde, se invierte sobre una superficie no porosa (vidrio, poliplopileno, formica, etc.) y se presiona sobre él equilibrándolo sobre los puntos de apoyo y retirando la pasta sobrante. Si se desea, para facilitar el secado, se desliza el molde dejando la parte plantar al aire. Transcurridos dos o tres días (según





condiciones ambientales) puede desprenderse del molde de yeso, obteniéndose la plantilla. Se recorta con tijera y se pulen los cantos, estando en condiciones de forrarse y entregarse al paciente.

Lazuri®

DISTRIBUIDORA LAZURI, S.A.

GERONA, 55, E-2.º. Tels. 301 54 36/301 53 86
TELEX 97223 LAZU-E. BARCELONA-9

GENERAL VARELA, 35. Tels. 270 61 08/270 61 07

REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

ORGANO DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

A. E. P.

Redacción:
Gran Vía, 33-7º-2 - Madrid-13

Director:
Enrique González Gómez

Redactor Jefe Accidental:
Manuel Meneses Garde
Gran Vía, 33-7º-2 - Madrid-13

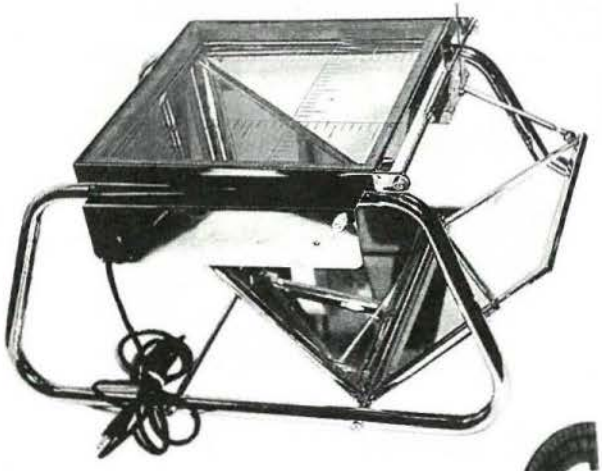
Administrador:
Francisco Alvarez Santos
Gran Vía, 33-7º-2 - Madrid-13

Imprime:
Reproducciones Offset Bárcena
Mercedes Arteaga, 32 - Madrid-19

Depósito Legal:
B-21972 - 1976
ISSN - 0210 - 1238

MIFER

PONE A DISPOSICION DEL PODOLOGO UNA GAMA COMPLETA DE ARTICULOS PARA SU CLINICA



SILICONAS
MATERIAS PRIMAS
INSTRUMENTAL
FRESAS Y ABRASIVOS
PIEZAS PARA PLANTILLAS
MOBILIARIO Y ACCESORIOS
BANCO DE EXPLORACION
MICROMOTORES
SILLONES
EQUIPOS
ETC.



















SOLICITE INFORMACION CON SEGURIDAD
PODREMOS ATENDERLES

Los Guindos, 19-3º Iz. - Tef. 733 63 54 - Madrid-29

SUMARIO

5	Asociación Española de Podólogos Junta de Gobierno provisional
7	Editorial
9	Divide y vencerás
13	Eliminación quirúrgica de Heloma Dorsal Por L. Aycart (Podólogo)
17	Hallux Adductus Valgus
19	Información del Ministerio de Educación y Ciencia
27	Acta de la Asamblea A.E.P.



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.

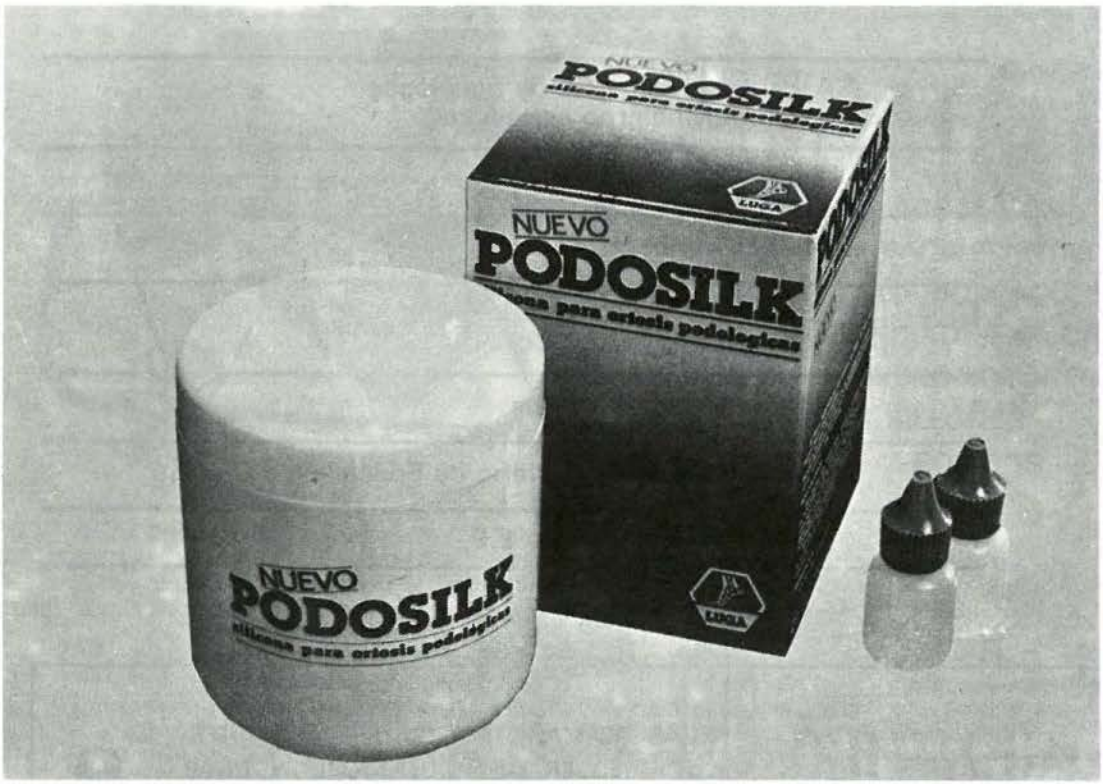
Barcelona - 2 — Vergara, 7 — Teléfono 318 24 70
Madrid - 14 — Av. José Antonio, 15 — Teléfono 221 01 95
Valencia-3 — Pintor Zariñena, 3 — Teléfonos 331 31 01 - 331 31 06



REF. N-U

PODOSILK Ref. 499

Silicona para Ortosis Podológicas



El Nuevo PODOSILK es una silicona en pasta, de color rosa, suave al tacto y muy homogénea.

A su facilidad de manejo se une la comodidad de un CATALIZADOR LIQUIDO que mezclado con el PODOSILK permite obtener ortosis elásticas y muy resistentes.

MODO DE EMPLEO

Para realizar una ortosis basta mezclar la cantidad escogida de PODOSILK con unas pocas gotas de catalizador (entre 5 y 10 gotas según la cantidad de silicona) y amasar fuertemente con los dedos hasta obtener un color homogéneo. Moldear de inmediato el PODOSILK sobre el pie del paciente y esperar unos minutos.

Aunque el Nuevo PODOSILK se presenta muy homogéneo, es recomendable, amasar previamente la pasta, antes de añadir el catalizador.

PRESENTACION

Bote de 1/2 Kg. con catalizador.

López de Hoyos, 142, 5.º - Madrid-2 - ESPAÑA - Teléf. 413 15 70

LUGA

Asociación Española de Podólogos

JUNTA DE GOBIERNO PROVISIONAL

DELEGADOS DE ZONA

D. Juan Vidán Torres, Preguntoiro, 19. SANTIAGO DE COMPOSTELA.
D. Isaías del Moral Roberto. Castellón, 8. VALENCIA-4.
D. Francisco Morán Ventura. Cabrera, 6. LAS PALMAS DE GRAN CANARIA.
D. Juan José Araolaza. Bidebarrieta, 4. EIBAR (Guipúzcoa).
D. José Valero Salas. ALBALATE DEL ARZOBISPO (Teruel).
D. José Villafaina de la Cruz. Avda. Colón - Edificio Montijo, 5. BADAJOZ.
D. Manuel Albala Valle. Colón, 4. CADIZ.
D. Luis Mata Diego. Avda. Cid, 46-1º. BURGOS.

DELEGADOS PROVINCIALES

ALAVA: **D. Jesús PEREZ DE ANDA.**
ALBACETE: **D. José Luis JUAN NAVARRO.**
ALICANTE: **D. Juan José IBORRA NAVARRO.**
ALMERIA: **D. Esteban de HARO GRANADOS.**
ASTURIAS: **D. José Luis ALONSO ALVAREZ-MIERES.**
AVILA: **D. Antonio GARCIA MARTIN.**
BADAJOZ: **D. José VILLAFAINA DE LA CRUZ.**
BALEARES: **D. José CLAVEROL SERRA.**
BURGOS: **D. Luis MATA DIEGO.**
CACERES: **D. Carlos SAUGUINO NUÑEZ.**
CADIZ: **D. José Luis SALCINI GARCIA.**
CUENCA: **D. José Miguel GARCIA LOPEZ.**
LAS PALMAS DE GRAN CANARIA: **D. Francisco José MORAN VENTURA.**
SANTA CRUZ DE TENERIFE: **D. Armenio MENDEZ MARTIN.**
CASTELLON DE LA PLANA: **D. José AGUILAR BELTRAN.**
CIUDAD REAL: **D. Procopio MAYORGA MORENO.**
GRANADA: D. Manuel RUIZ MORALES.
GUADALAJARA: **D. Ricardo MANCILLA PIQUERAS.**
GUIPUZCOA: **D. Sebastián TENES ITURRIZA.**
HUELVA: **D. Jesús TOCINO VIZCAINO.**
HUESCA: **D. Alberto BALLARIN SANCHEZ.**
JAEN: **D. Víctor NIETO MOLINA.**
LA CORUÑA: **D. Francisco de la CRUZ AGUSTI.**
LEON: **D. Luis PASCUA SAN MIGUEL.**
LERIDA: **D. Alfredo PUCHOL RICART.**
LOGROÑO: **D. Vicente ALVAREZ PIPAON.**
MADRID: **D. Mariano RODRIGUEZ ESTEBAN.**
MALAGA: **D. Eugenio ROJAS AGUILAR.**
MURCIA: **D. José INIESTA GALLEGO.**
NAVARRA: **D. Javier SARASA MONEO.**
ORENSE: **D. Elisardo BRALO REGO.**
PALENCIA: **D. Angel CASADO SOLLA.**
SALAMANCA: **D. Antonio BASAS ENCINAS.**
SEGOVIA: **D. Francisco GARCIA RODRIGUEZ.**
SEVILLA: **D. Manuel CASTRO MARMOL.**
VALENCIA: **D. Isaías del MORAL ROBERTO.**
VALLADOLID: **D. Alfonso Lorenzo DOMINGUEZ MILAN.**
VIZCAYA: **D. Agustín SORIA RODRIGUEZ.**
ZARAGOZA: **D. Julio BARA DEL MOLINO.**
ZAMORA: **D. Narciso MIGUEL DE BARRIOT.**


Corintho 10 Elegance
COMESA
Aragón 239 pral.
Tel. 215 78 56
Barcelona-7
ESPAÑA
CARACTERISTICAS TECNICAS
Sillón electromecánico. Motor 220 V. 1.350 r. p. m. 2 AMP.
Movimiento subida y bajada, comandado por pedal eléctrico transportable y respaldo abatible.
Reposapies ajustable en todas sus articulaciones.
Auto-regulación apoyabrazos con abatibilidad para mejor acceso.
Giro total 360° con freno en cualquier posición.
Altura máxima 80 cms.
Altura mínima 60 cms.

EDITORIAL

QUE ES, PARA QUE SIRVE Y COMO FUNCIONA LA A. E. P.

Qué es la Asociación

Es un ente representativo profesional, creado para la defensa de todo lo relacionado con el podólogo y la Podología, en sus aspectos: profesional, técnico, científico y de investigación, así como en el jurídico, deontológico y ético-social.

Quiénes pueden pertenecer a la A.E.P.

Todos los profesionales de la podología, con el Diploma académico correspondiente a los estudios regulados en el Decreto 727/1962, de 29 de marzo, y en el Real Decreto 2966/1980, que voluntariamente se integren en ella, con la siguiente condición:

— Poseer el título de Diplomado en Podología.

Clases de socios:
- — SOCIO FUNDADOR
- — SOCIO NUMERARIO
- — SOCIO DE HONOR

Cómo pueden asociarse

Los fundadores y de número, presentarán fotocopia del Diploma de Podólogo, acompañado del original para su compulsa o, en su lugar, un certificado académico, en el que conste haber superado los respectivos estudios, y el recibo del pago de las tasas para la expedición del Diploma. Además los aspirantes a socios numerarios que no pertenecieran a la Agrupación, deberán formalizar la solicitud de ingreso con la firma de dos socios fundadores o de número. Esta solicitud se expondrá durante quince días en el tablón de anuncios del local social para general conocimiento. De no manifestarse oposición, serán admitidos por la Junta directiva.

Cuotas que hay que satisfacer

Satisfacer la cuota de entrada (actualmente quinientas pesetas) y satisfacer sus cuotas trimestrales. La cantidad actual que hay que abonar a la A.E.P. es de **DOSCIENTAS TREINTA Y TRES PESETAS** mensuales (700 TRIMESTRE). Existe otra cuota que complementa a ésta que es para pagar los gastos de la Delegación, esta cuota es fijada por cada delegación y varía de unas a otras.

Quiénes son causa de baja en la A.E.P.

Serán causa de baja en la Asociación:

a) La renuncia voluntaria, anunciada por escrito a la Junta directiva. Esta renuncia no surtirá efecto hasta el mes siguiente de recibirse aquella.
b) El impago de dos recibos trimestrales consecutivos sin causa justificada.
c) La conducta incorrecta o la falta grave en contra de los intereses de la Asociación o de la profesión, cuando así se acuerde por la Junta directiva una vez instruído el expediente y fallado.
d) El fallecimiento del asociado.

Quiénes pueden ocupar cargos en la A.E.P.

Podrán ser proclamados candidatos a la elección de los cargos de la Junta directiva los asociados que reúnan las siguientes circunstancias:

a) Encontrarse en el ejercicio de la profesión, de forma activa y efectiva y al corriente en el pago de sus cuotas.
b) No hallarse inhabilitado para cargo público ni haber sido condenado por sentencia firme criminal o sancionado disciplinariamente.
c) Hallarse en pleno goce de sus derechos civiles y con capacidad para obligarse.
d) Haber sido propuesto por cincuenta socios para el cargo de Presidente y por veinte para los restantes.

Quiénes tienen derecho al voto

Los socios que cumplan los estatutos y por lo tanto están al día de sus cuotas.

Cómo se pueden modificar los Estatutos

Por la Junta General, como órgano supremo de expresión de la voluntad de la misma.

Cómo se crea una Delegación

Si no existe en una provincia, solo basta, unirse varios podólogos y democráticamente nombrar entre ellos un delegado, enviando a la Asociación el nombre de todos ellos.

Diferencia entre Agrupación y Asociación

La Agrupación Española de Podólogos es una entidad de cáracter recreativo y cultural, y no tiene capacidad jurídica para la defensa de los derechos de los podólogos, así como la defensa de sus intereses ante los tribunales.

La Asociación Española de Podólogos tiene capacidad jurídica y puede recoger en sus estatutos, si así lo desean sus asociados, todas las características recreativas, culturales u otras de la Agrupación. Aparte de las ventajas de la Asociación.

DIVIDE Y VENCERAS

Algunos compañeros se preguntarán cuál es el sentido que pretendo dar a mi artículo, cuando lean su título. Es muy sencillo, únicamente quiero que llegue al ánimo de todos nosotros la realidad del momento que está viviendo nuestra profesión. Estamos en una época difícil en la que el león del paro destroza a zarpazos a muchos sectores profesionales y entre ellos a la medicina. Las consecuencias pueden ser funestas y podemos revivir en nuestras propias carnes aquello que sufrieron los dentistas en su día, pensad lo catastrófico que sería, un buen día leer en una placa: Podiatra y más abajo, su ayudante el podólogo D...

Hay un grupo de personas abnegadas, que de forma solapada y silenciosa, están poniendo la "carne en el asador" con sangre derramada por la burocracia, sudor por la incomprensión y lágrimas por la soledad y falta de apoyo, para beneficiar a una colectividad profesional e intentar sacarla de su letargo, mientras que otros se dedican a destruir lo que se construye, quizá por temor a que su boyante economía resulte afectada.

La Asociación Española de Podólogos es un ente legal, creado como embrión de lo que puede ser en un futuro próximo, el Colegio Nacional de Podólogos, entidad ésta, con capacidad para luchar contra el intrusismo, no solo al pequeño nivel de peluquera pedicura, sino al mucho más sólido de los farmacéuticos especialistas en Ortopedia, gestados en las Cátedras de Fisiología Animal (¿) (Será por aquello de la teoría de Darwin). Igualmente, dentro de un marco legal, podríamos intentar conseguir algunos sueños, como más amplitud de campo en la cirugía, poder prescribir ciertos tipos de medicamentos, y llegar a poder hacer el doctorado en nuestra ciencia. Si algo debe ser sagrado, es el trabajo honrado, y las cuestiones sagradas, no se deben politizar ni regionalizar.

Pongamos por ejemplo, que el Ministerio de Educación y Ciencia se encuentra ubicado en Madrid, pero ello no significa que su gestión solo afecte a los Madrileños, si no que por el contrario, todos los españoles nos acogemos a sus decretos, que se extienden a todas las regiones por medio de delegaciones. Pues bien, nuestra Asociación aunque esté ubicada en Madrid, no implica que solo represente, sirva y defienda a la podología madrileña, sino por el contrario, ésta es y debe ser, el órgano que canalice todas las reivindicaciones regionales y nacionales, para hacerlas llegar hasta el corazón de la Administración, en beneficio de toda la colectividad profesional, pero especialmente para participar en la mejora de la salud pública y en beneficio del enfermo, que realmente es lo más importante.

Por lo tanto quiero despertar vuestas conciencias, para que guardéis en el cajón los intereses personales, los apasionamientos regionales, los cuales respeto y nos unamos para conseguir ensalzar nuestro prestigio y valía profesional, pues en este camino escabrozo, un paso en falso, equivale a perder todo lo que se ha logrado hasta ahora, y consigamos que la palabra "ayudante" desaparezca de la mente de algunos buitres que sobrevuelan, esperando alcanzar la presa de nuestra bella ciencia.

Como podólogo en ejercicio, nadé en el maremagnum del XV Congreso Nacional, y francamente, la experiencia fué incalificable.

El Domingo brilló por su heterogeneidad, pues hubo desde aplausos hasta faltas de delicadeza y corrección. No comprendo cómo un compañero universitario pudo arremeter contra uno de los miembros de la mesa presidencial llamándole "pagado por nosotros". ¡Qué curioso! resulta que fué confundido con un asesor jurídico, y resultó ser uno de

los compañeros que ha sacrificado sus vacaciones y su tiempo libre, para hacer colas en los despachos de los Directores generales y Subsecretarios, para conseguir la firma de un decreto que beneficia a la colectividad podológica, y cuyo único pago ha sido la ingratitud y la decepción. ¡Antes de acusar hay que estar seguros, y sobre todo, estar libre de pecado!.

Otro sector se dedicó a discernir, entre si lo correcto era la denominación de Asociación o Agrupación, o bien, si un compañero se inscribió en tal o cual fecha. ¡Pero señores!, ¿cuál es la diferencia entre Pepe y José?. En mi modesta opinión, lo más importante es la podología, después la unión de los podólogos nacionales, para aunar esfuerzos y conseguir nuestro Colegio, que nos defienda de forma potencialmente jurídica y administrativa, y que de una vez por todas, se pueda aplicar la Ley con el máximo rigor para luchar contra intrusos y otras malas hierbas que crecen en nuestro propio jardín, pero las arrancaremos. Que alcancemos esa categoría social y profesional que tanto merecemos, y que la preparación científica e intelectual sea realmente universitaria.

Por último, quiero dejar muy claro que soy originariamente español, andaluz, criado en otras provincias de Cataluña y Castilla pero no soy ni partidista ni regionalista, únicamente soy PODOLOGO en el amplio sentido de la palabra, amo mi profesión, y ante todo, defiendo la podología ante quien sea preciso, venga de fuera o de dentro.

Alvaro Rosa Chamorro
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.



Modelo 1.163



Modelo 1.112



Modelo 1.125
Ganador del OSCAR AL MEJOR DISEÑO DE ZAPATOS 1980 "ANATOMICO INFANTIL".



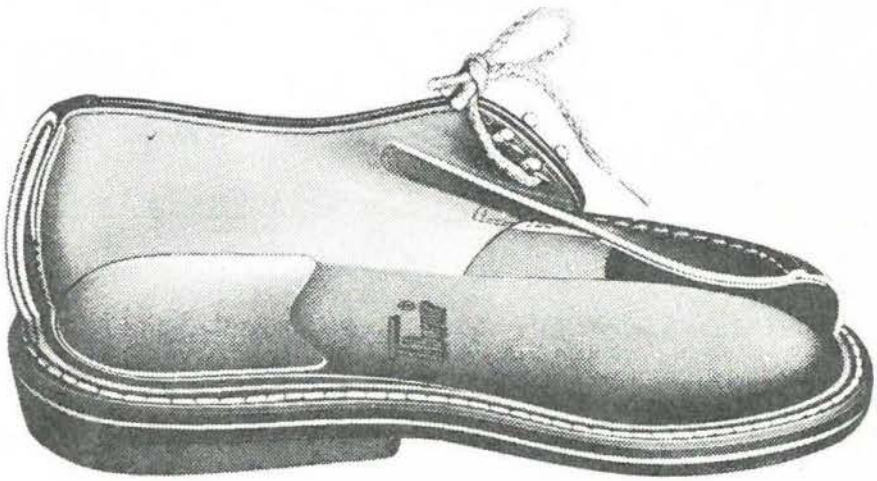
Modelo 1.093



Modelo 1.153

Con un zapato al "desnudo", no hay sorpresas.

¡UNA BUENA BASE FACILITA UN FIRME APOYO!



Taberner®

GAMA DE MODELOS

- *Zapatos (Blucher y mocasín)*
- *Botas - Bota sandalia*
- *Sandalias*
- *Mercedes*

SUELAS

- *Legítima Suela de Cuero*
- *Legítima Suela de Cuero fléxible*
- *Suela de goma fléxible*

HORMAS

PARA INCORPORAR PLANTILLAS:

- *Base planta con ancho normal*
- *Base planta más ancha*
- *Recta*

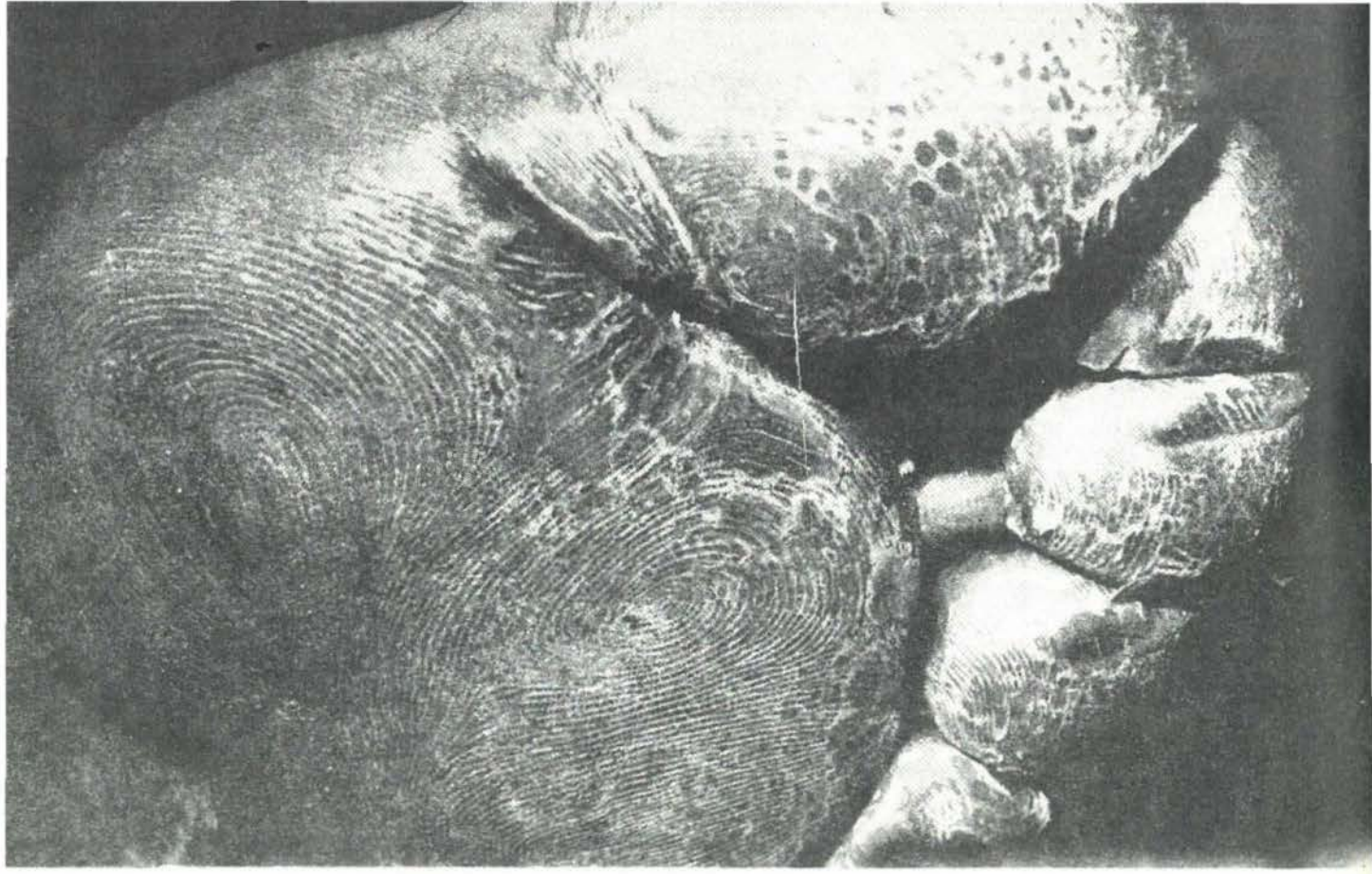
NORMALIZADAS:

- *Recta con capacidad normal*
- *Normal para pies sanos*



OSCAR 1975, 1976 y 1980 y MENCION DE HONOR 1979, AL MEJOR DISEÑO DE ZAPATOS.

GREGORIO TABERNER S.L.
Weyler, 53
Teléfono: (971) 66 01 56
LLUCMAJOR (Mallorca)



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.: 583 Ptas.
FUNGISDIN AEROSOL:
Frasco de 50 ml. P.V.P.: 307 Ptas.
FUNGISDIN GEL:
Tubo de 30 gr. P.V.P.: 335 Ptas.

Avda. Generalísimo Franco, 520
Barcelona-11

ISDIN

Técnica e investigación en dermatología

pharma consult

ELIMINACION QUIRURGICA DE HELOMA DORSAL POR LA TECNICA DE LA MINIMA INCISION

L. Aycart, D.P.M., Podólogo Miembro Asociado de la Academia de Cirugía Ambulatoria en U.S.A.

La eliminación de helomas dorsales recidivantes puede y debe ser de gran importancia en la "Podología Laboral" tema principal de este XV Congreso Nacional de Podología. Fig. 1. Entraña en si, una disminución del absentismo laboral, debido por una parte a que esta técnica se produce el mínimo traumatismo quirúrgico, y por otra a la permanencia ambulatoria de los pacientes.

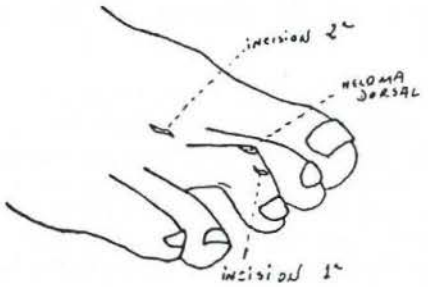


Fig. 1.— Helloma dorsal y puntos de incisión.

Con esta filosofía, selecioné para este Congreso los dos casos que voy a presentar, los cuales en el corto espacio de 10 días se les dió de alta, y se les permitió utilizar zapatos normales.

VENTAJAS

Entre las ventajas se pueden destacar:

1º Incisión de reducidas proporciones (mínimo traumatismo, mínimo dolor).
2º No requiere internamiento hospitalario (menor coste económico).
3º El postoperatorio es totalmente ambulatorio (menor absentismo).
4º No necesita suturas (menos posibilidad de cicatrices queloides).
5º La más importante de todas, que es el trabajo más eficaz y honesto que podemos hacer, pues desaparece definitivamente la causa.

TECNICA

Sobre el pie debidamente preparado para intervención quirúrgica, previos análisis (T. coagulación, T. hemorragia, Protrombinemia) etc. Efectuada investigación circulatoria bilateral por el método Doppler y oscilometria

Comenzaremos por aplicar:
ANESTESIA, utilizando Scandicain al 1% sin adrenalina, se comienza por practicar habones dérmicos por medio de jeringa Dermojet, en forma de anillo en la base del dedo; Fig. 2. o en forma de estrella si



Fig. 2.— Anestesia local digital.

se trata de una superficie plana no apendicular (como en el segundo caso que expondré a continuación). Fig. 3.



Fig. 3.— Anestesia articulación metatarsofalángica del tercer dedo.

Para reducir al mínimo el dolor postoperatorio, la anestesia debe mezclarse en la proporción del 10% por ejemplo, 1 c.c. de Decadran equivalente a 4 mgs. de fosfato sódico de dexametasona mas 9 c.c. solución anestésica.

INCISION. Fig. 4. La incisión ha de hacerse perpendicular a la piel, seguidamente con una pinza de mosquito se procede a dilatar Fig. 5. y separar el tejido blando en toda la vecindad de la exostosis, a continuación se efectua una segunda incisión por la misma herida

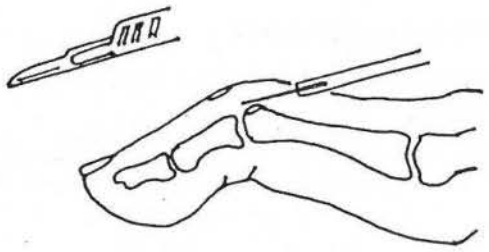


Fig. 4.— Incisión posterior al helloma.

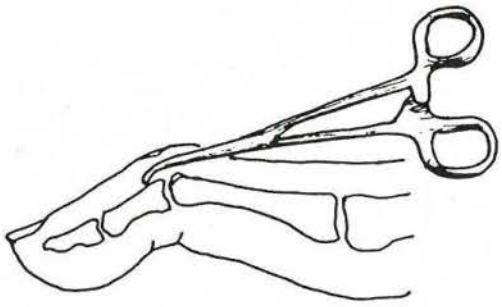


Fig. 5.— Dilatación del campo operatorio.

que penetre en la cápsula articular, donde se aloja la exóstosis causal, seguidamente con la pinza de mosquito se procede a separar la zona circundante con objeto que la lima empleada o la fresa, tenga espacio suficiente para efectuar su legrado.

Hay que señalar que una incisión no mayor de 3 mm. deja espacio suficiente para introducir por la misma, una lima de reducidas proporciones y comprobar que tiene recorrido.

LEGRADO Fig. 6. Para ello introducir una lima Bell Pattern nº 12 o una fresa circular de 2 mm ∅ y proceder a limar enérgicamente de dentro a fuera; así que cada recorrido de la lima, sacará junto con las limaduras óseas, una abundante hemorragia. Cuando por el tacto externo o con la lima, reconocemos que se ha eliminado se procede a lavar la herida con suero fisiológico, pasando la aguja del suero "rapide" a fondo de saco, para que la corriente arrastre al exterior las pequeñas limaduras oseas rezagadas.

Hay que hacer resaltar, que para que desaparezca el heloma no es necesario limar toda la exóstosis, simplemente "redondear" la parte mas saliente y puntiaguda. Después con la anestesia local sobrante se le efectua un segundo lavado.

VENDAJE. Una vez exprimido con una gasa todo el contenido líquido de la herida, se procede a hacer un vendaje lijero, que permita la aireación, y se coloca una bolsa de plástico para prevenir que la posible hemorragia manche el zapato. Al llegar a su domicilio se retira la bolsa.

Como precaución suplementaria se prescribirá antibiótico por via oral, tomar un analgésico al llegar al domicilio, de manera que se enlacen los efectos anestésicos con los analgésicos.

En este caso de helloma dorsal del tercer dedo, aparece el extensor largo contraído, hemos procedido a su elongación efectuando primero su excisión en la forma que aparece en las figuras 7 y 8.

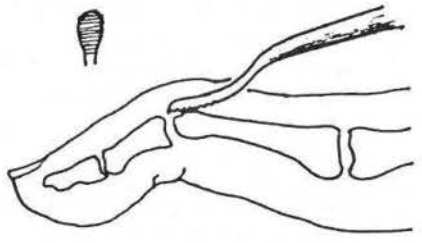


Fig. 6.— Legrado y remodelación de la exóstosis causal y perfil de la lima empleada (Bell-Patern nº 12)

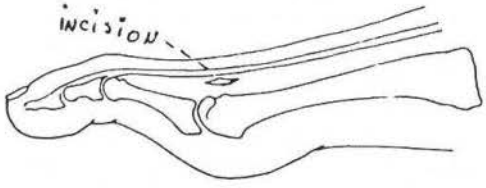


Fig. 7.— Para tenotomia subcutánea simple, la incisión debe ser medial (lado tibial) o lateral (lado peróneo) al ***tendón extensor,*** *en la proximidad de la articulación metarsofalángica en la región dorsal de la epifisis metatarsiana.*

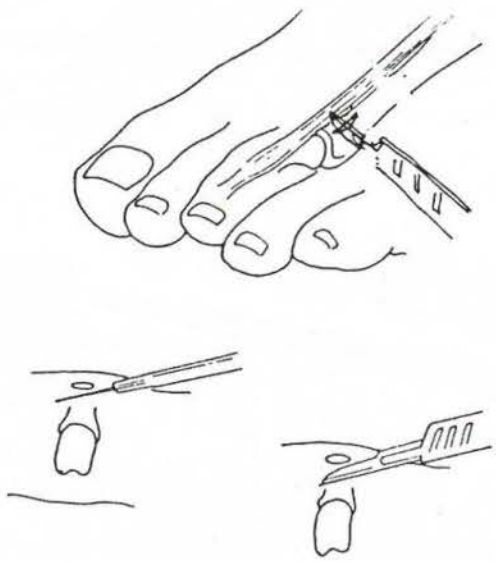


Fig. 8.— La hoja del bisturí nº 15 se inserta paralela a la piel. Una vez que está situada bajo el tendón se vuelve el corte en ángulo recto hacia la región dorsal y queda seccionado el tendón. Es muy conveniente mantener el dedo flexionado plantarmente, de forma que la tirantez del mismo se hará bien patente, entonces al cortar se percibirá enseguida, en la mano del operador, su liberación por falta de tensión. Esta sencilla maniobra nos evitará el lesionar las estructuras más profundas.

AESCULAP
MARTIN
HOSCH
KAVO
MEISINGER

TRIUMPH
TAKARA

GREINER
MEMMERT
ELPEMA
ORTHO-STATIC
BAEHR

APARATOS, MOBILIARIO E INSTRUMENTAL
PARA GABINETES DE PODOLOGIA

A. SOLE PALOU, S.A.

TELEGRAMAS: SOPAL

VERGARA, 7
318 24 70 - 318 29 74
TS. 318 25 04 - 301 39 40
301 38 90
BARCELONA-2

GRAN VIA, 15, etlº, 1º.
222 01 91
TS. 221 40 95
221 42 34
MADRID-14

PINTOR ZARIÑENA, 3
TS. 331 31 01
331 31 06
VALENCIA-3

EL ANTITRANSPIRANTE DE LOS PIES

Pesek®

La solución para 3 meses.

VENTA EN FARMACIAS

ARCANDOL®



El relajante de los pies.

HALLUX ADDUCTUS VALGUS

Los intentos para enderezar el primer dedo se pueden dividir en tres fases:

1º Liberar los tejidos blandos.
2º Eliminación de la exóstosis.
3º Corrección de la desviación por medio de osteotomía en cuña de la falange proximal, o por cualquier otra técnica, descrita ampliamente en los tratados de Cirugía abierta.

En el presente trabajo, que improvisadamente he preparado NI hay que eliminar la exóstosis, NI practicar osteotomía por la sencilla razón de que ésta, ya ha sido efectuada con anterioridad por dos diferentes traumatólogos, aunque como puede verse las desviaciones volvieron a recidivar.

Así pues en este caso concreto voy a mostrar la liberación de tejidos blandos de la primera fase, antes aludida.

Fig. nº 6... En este dibujo la mano del operador somete a tensión los tendones causantes de la desviación.

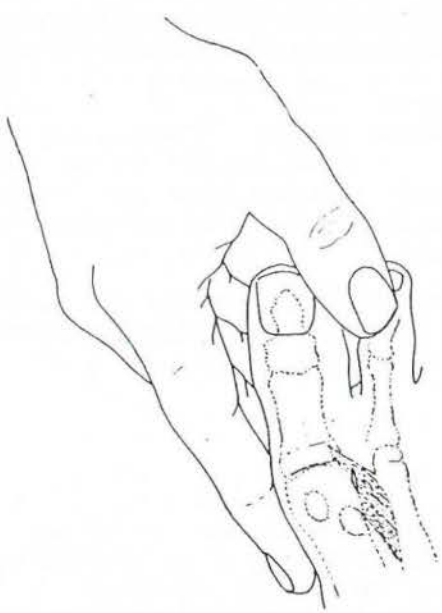


Fig. 6.— La mano del operador en esta postura somete a tensión a los tendones causantes de la desviación, al mismo tiempo percibe durante la tenotomía, cómo la tensión se va reduciendo gradualmente, hasta alcanzar la postura correcta.

Fig. nº 1... La incisión de 1 cm. se situa a lo largo de la cara externa lateral de la 1a. articulación metatarso-falángica.

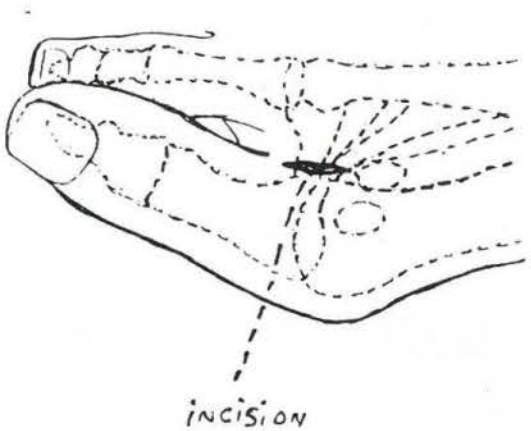


Fig. 1.— La incisión se efectua a lo largo de la cara lateral de la primera articulación metatarso falángica.

Fig. nº 2... Con el bisturí se separa el haz transverso del músculo adductor, que se inserta en la base de la primera falange del dedo gordo.

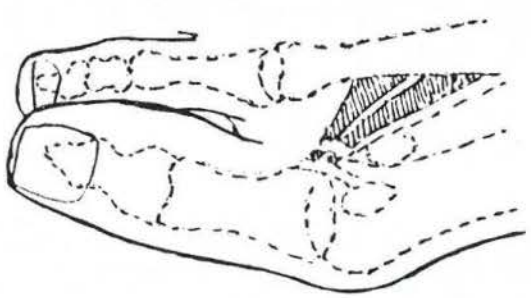


Fig. 2.— Sección de la cabeza transversa del músculo adductor Hallious.

Fig. nº 3... A continuación se separa el haz oblicuo del músculo adductor, que incluye el sesamoideo externo del dedo gordo.

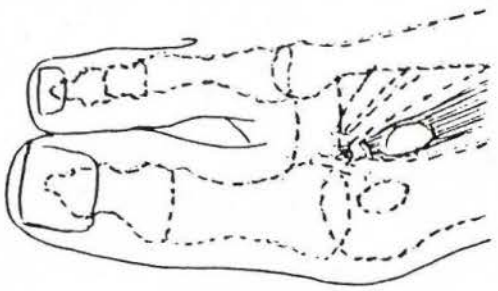


Fig. 3.— Separación de la cabeza oblicua del adductor Hallious.

Fig. nº 4... Incisión del ligamento intercapsular de las articulaciones metatarso-falángicas.

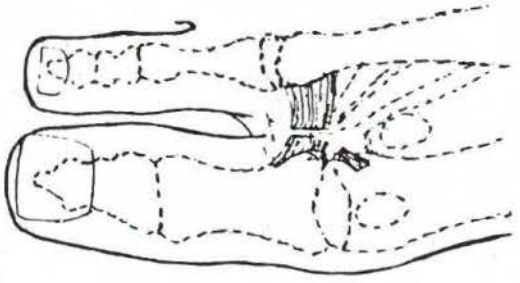


Fig. 4.— Incisión del ligamento inter capsular de las articulaciones metatarso falángicas.

Fig. nº 5... Finalmente y si todavía hay resistencia a que el dedo gordo adopte su dirección correcta, se vuelve el corte del bisturí en ángulo recto en dirección a la articulación metatarso-falángica, y se secciona la cápsula lateralmente.

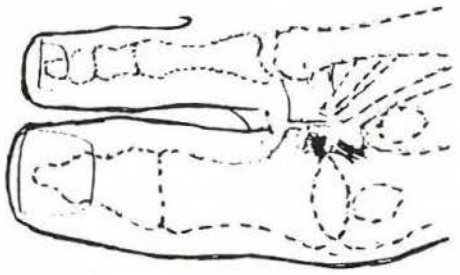


Fig. 5.— Finalmente si todavía persiste la desviación en valga, se vuelve la hoja en ángulo recto hacia la articulación metatarso-falángica y se incinde la cara lateral de la cápsula.

Para salir al paso de la sorpresa que puede produciros las tenotomias practicadas anteriormente, voy a explicar que según la Ley de Davis, "después de una tenotomia para la corrección de un dedo, el tendón se regenera en una posición alargada". Según los Dres. Peacock y Van Winkell, "cuando el extremo de un tendón seccionado se contrae, o si está separado del tejido conectivo, tiene lugar un proceso de reforma. El nuevo tejido de la zona se trenza abrazando el tendón.

El resultado final se produce por un increíble efecto secundario de remodelación, en el cual han aparecido fibrillas de colágeno que no están orientadas longitudinalmente, para desaparecer más tarde, mientras las fibrillas orientadas longitudinalmente aumentan las partículas monoméricas en esta parte de la escara.

MONOMERO. En química es una molécula de bajo peso molecular, capaz de reaccionar con otra idéntica; o con otros monómeros diferentes para dar lugar a un polímero.

Referencias:

Forefoot minimum incision Surgery in Podiatrio Medicine... de Hymes.

Non-disabling Surgical Rehabilitation of the forefoot... de Roven.

Podiatric nail and foot surgery with a rotary airmotor... de Perrone.

The Law of the bone transformation... de J. Wolff.

Conservative Surgery... de H. J. Davis.

MINISTERIO
DE
EDUCACION Y CIENCIA

SECRETARIA DE ESTADO DE
UNIVERSIDADES E INVESTIGACION

Ilmo. Sr.:

Adjunto remito a V.I. fotocopia del escrito de fecha 23 de los corrientes por el que se autoriza a ese Centro para que pueda comenzar a impartirse en el próximo curso académico los estudios previstos en el Real Decreto 2966/80, de 12 de diciembre, a cuyos efectos acompaño copia del Proyecto de directrices que han sido elaboradas por este Departamento, así como copia del Plan de Estudios.

Dios guarde a V.I.

Madrid, 1 de octubre de 1.982.

EL JEFE DEL SERVICIO,

Ilmo. Sr. Director de la Escuela Universitaria de Podología.- MADRID.

Ilmo. Sr.:

En contestación a su escrito de fecha 22 de los corrientes en orden a los planes de estudio de las Escuelas Universitarias de Podología, le comunico que queda autorizada dicha Escuela para poder iniciar en el próximo curso académico, 1982-83, los estudios previstos en el Real Decreto 2966/80, de 12 de diciembre, significándole a este respecto que el plan de estudios habrá de ajustarse al proyecto de directrices que han sido elaborados por este Ministerio, que Vd. conoce, a cuyos efectos le acompaño copia del mismo así como otra referida al plan indicativo, que, en todo caso, tendrá valor provisional y experimental.

En consecuencia, podrá iniciar los estudios de referencia aquellos alumnos que están en posesión del título de bachiller superior y hayan superado el Curso de Orientación Universitaria, por lo que no podrán matricularse los Ayudantes Técnicos Sanitarios, salvo que reunan los requisitos anteriormente señalados.

De conformidad con lo establecido en el artículo quinto y la Disposición Transitoria primera del Real Decreto 2966/1980, de 12 de diciembre, en el próximo curso no podrán iniciarse por primera vez estudios conforme al Plan aprobado por Decreto de 29 de marzo de 1.962, y, todo ello, sin perjuicio de las adaptaciones previstas en la citada disposición transitoria.

Lo que comunico a V.I. para su conocimiento y efectos.

Dios guarde a V.I.

Madrid, 23 de septiembre de 1.982.

EL SECRETARIO DE ESTADO DE UNIVERSIDADES E INVESTIGACION,

Excmo. Sr. Rector Magfco. de la Universidad Complutense de Madrid.
(Ilmo. Sr. Director de la Escuela Universitaria de Podología.- MADRID.)

Ilmo. Sr.:

El Real Decreto 2966/1980, de 12 de diciembre (B.O.E. 19 de enero de 1981) relativo a los estudios de Podología, estableció la integración de las Escuelas de PODOLOGIA en la Educación Universitaria con el nivel de Escuelas Universitarias.

De acuerdo con lo señalado en el artículo tercero del mencionado Real Decreto, por el que se establece que la elaboración y aprobación de los Planes de Estudio se llevará a cabo conforme a lo dispuesto en el artículo 37 de la Ley General de Educación, es necesario proceder a dictar las directrices que han de regir la elaboración por parte de las respectivas Universidades, de los Planes de Estudio de las Escuelas Universitaria de Podología.

Ha parecido conveniente concretar las directrices de estas Escuelas Universitarias de Podología, en un Plan indicativo, en el que se especifique, por cursos y áreas de materias, las asignaturas consideradas fundamentales, así como sus contenidos globales y condiciones académicas mínimas, susceptibles de acomodación por parte de las Universidades.

En su virtud, previo informe favorable de la Junta Nacional de Universidades, y de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 37 de la Ley General de Educación,

ESTE MINISTERIO ha dispuesto:

Primero.- Las Universidades, siguiendo el procedimiento señalado en sus respectivos Estatutos, deberán elaborar conforme a las presentes directrices los planes de estudio correspondientes a las Escuelas Universitarias de PODOLOGIA que elevarán para su refrendo por este Departamento, previo dictamen de la Junta Nacional de Universidades, según dispone el art. 37 de la Ley General de Educación.

Segundo.- Los planes de estudio se estructurarán en tres cursos de acuerdo con lo establecido en el artículo 31.3 de la Ley General de Educación.

Tercero.- Las enseñanzas se distribuirán en las siguientes áreas de conocimientos:

Areas Básicas
Areas Médicas
Areas de la Podología
Areas de la Conducta
Area de asignaturas optativas.

Cuarto.- El número total de las horas lectivas se fija en un mínimo de 3.600, debiendo dedicarse a la formación práctica, al menos el 50% del total de horas. La enseñanza teórica, la formación práctica, los conocimientos técnicos y el adiestramiento clínico, estarán coordinados e integrados.

Las enseñanzas prácticas se establecerán en cada curso, de acuerdo con las necesidades de cada área de conocimientos, buscando que en ellas exista la traducción a la realidad de los conocimientos teóricos, se proporcione al estudiante la posibilidad de desarrollar aptitudes y habilidades y la concordancia con las áreas de conocimientos adquiridos.

Quinto.- Se fijará un cuadro de asignaturas en el que se incluya, de un lado, el estudio de materias fundamentales de la Carrera, y de otro, el estudio de materias que integran las disciplinas de carácter formativo. Las asignaturas obligatorias que propongan las Universidades para el total de los cursos que componen el Plan de Estudios, y que, en todo caso, deberán incluir las que en el Plan indicativo figuran con carácter anual, no deberán sobrepasar el número de quince. Las Universidades podrán proponer un número no excesivamente elevado de asignaturas optativas, de las cuales el alumno deberá escoger cinco de manera que no se rebase el número de veinte asignaturas en el total de las incluídas por ambos conceptos en el Plan de Estudios.

Sexto.- De cada una de las disciplinas que se incluyan en los mencionados Planes de Estudio, deberá figurar una descripción de su contenido.

Séptimo.- Las Universidades procurarán adaptar los Planes de Estudio que elaboren al que, con carácter indicativo, figura en el Anexo de esta Orden.

Octavo.- Los correspondientes Planes de Estudio se elevarán al Ministerio de Educación y Ciencia para su refrendo de conformidad con el artº 37 de la Ley General de Educación.

Noveno.- El alumno, una vez superadas todas las asignaturas contenidas en el Plan de Estudios, como requisito previo a la obtención del Título de Diplomado, deberá realizar una Memoria de Investigación, Tesina o Reválida que deberá versar sobre materias relacionadas con su formación.

Décimo.- En el caso de que alguna Universidad no elaborase el respectivo Plan de Estudio, el Ministerio de Educación y Ciencia, de acuerdo con la Junta Nacional de Universidades, podrá hacer uso de la autorización que le confiere el inciso final del apartado número uno del artículo 37 de la Ley General de Educación.

Lo que comunico a V.I. para su conocimiento y efectos
Madrid,

ANEXO QUE SE CITA

1.- PLAN INDICATIVO.

AREAS DE CONOCIMIENTOS	ASIGNATURAS
	PRIMER CURSO
Areas Básicas	Introducción a la Biofísica y la Bioquímica.(Cuatrimest.)
Areas Médicas	Anatomía General : Anatomía del Pie. (Anual)
" "	Fundamentos de Fisiología(anual
" "	Microbiología Podológica(Cuatr;
Areas de la Podología	Podología General (anual)
	Optativas
	SEGUNDO CURSO
Areas Médicas	Farmacología Podológica(anual)
Areas de la Podología	Cirugía Podológica I (anual)
" " "	Podología Especial I (anual)
" " "	Ortopodología I (anual)
" " "	Podología Física I (cuatr.)
" " "	Optativas
Areas de la Podología	Cirugía Podológica II (anual)
" " "	Podología Especial II (anual)
" " "	Podología Física II (Cuatr.)
" " "	Ortopodología II (anual)
Areas de la Conducta	Ciencias de la Conducta (cuatr

2. DESCRIPCION DE LOS CONTENIDOS DE LAS ASIGNATURAS.-

CURSO PRIMERO.-

Introducción a la Biofísica y Bioquímica.-

Conocimientos básicos de biofísica y bioquímica, necesarios tanto para la comprensión de los fenómenos físicos y químicos de la enfermedad (base desde el punto de vista podológico), como para la realización de aquellos cometidos profesionales apoyados en bases tecnológicas.

Anatomía General. Anatomía del pie.-

Incluirá Bases de Anatomía General con referencia a la Embriología, genética y citología, y estudio especial de la extremidad inferior, incluída pelvis, muslo, pierna y pie).

Los estudios de Anatomía deben realizarse en coordinación con los de Fisiología.

Fundamentos de Fisiología.-

Funciones de la vida humana (incluyendo el estudio de: sangre, linfa, circulación, respiración, metabolismo, absorción, secreción y fisiología de los sentidos especiales y sistema nervioso) haciendo hincapié en la relación de estas funciones corporales con el aparato locomotor y en especial con las extremidades inferiores.

Microbiología podológica.-

Bacteriología, parasitología y virología, aplicados a la Podología, y del papel etiológico de los agentes vivos en el desencadenamiento de la enfermedad en general y del miembro inferior en particular.

Podología General.-

Se estudiarán los conceptos fundamentales de la Podología, terminología podológica, métodos y ciencias auxiliares de la misma. Estudio específico de la Evolución y Biomecánica del Miembro Inferior e Iniciación a la Patología del pie. Esta comprenderá el estudio de afecciones de los sistemas y aparatos de interés en la práctica podológica (afecciones de la piel, faneras, etc.) en orden a la comprensión de los procesos morbosos, especialmente los mecanismos fisiopatológicos de su producción como fundamento lógico para el desarrollo de las actividades profesionales del podólogo.

SEGUNDO CURSO.-

Farmacología.-

Bases de farmacología general, y estudio especial de los fármacos de aplicación en Podología.

Cirugía Podológica I.-

Comprende procedimientos de quirófano incluídas técnicas de esterilización, instrumental, etc., insistiendo sobre todo, en lo referente a cirugía menor en general.

Podología Especial I.-

Continúan los estudios de Podología General, adquiriendo conocimientos sobre clínica práctica en Podología, exploración y estudio clínico del pie, así como ideas generales sobre elementos auxiliares de exploración.

Ortopodología I.-

Tecnología de materiales. Iniciación a la ortopodología para que el estudiante adquiera conocimientos sobre evaluación y tratamiento protésico del pie.

Podología Física I.-

Bases fundamentales sobre aparatos, técnicas y ejercicios terapéuticos relacionados con las alteraciones del pie.

TERCER CURSO.-

Cirugía Podológica II.-

Continuación de los estudios iniciados en el curso anterior, abarcando procesos patológicos sobre cirugía menor (tilomas, helomas, hiperqueratosis, verrugas, etc.). Conocimientos generales sobre luxaciones, esguinces, fracturas, etc.

Podología Especial II.-

Continuación de los aspectos iniciados en el curso anterior, contemplando con especial atención el estudio y tratamiento de las alteraciones específicas en podología.

Podología Física II.-

En este curso se estudian los aspectos ya iniciados en el curso anterior, haciendo hincapié sobre las formas más usuales en la práctica podológica de la recuperación del pie.

Ortopodología II.-

Comprende estudios sobre ortopodología general, ortosis y prótesis aplicadas al pie.

Ciencias de la Conducta.-

Incluirá tres áreas: a) Legislación y organización asistencial en Podología, b) Higiene individual y colectiva y los aspectos sociales de interés en la Podología-escolar, deportiva, laboral,- gerontológica, etc. c) estadística aplicada.

3.- ENSEÑANZAS PRACTICAS

Las enseñanzas prácticas se establecerán, para cada curso, de conformidad con las necesidades exigidas en cada área de conocimientos. Con ellas se pretenderá la traducción a la realidad de los conocimientos teóricos adquiridos, así como la posibilitación, por el estudiante, del desarrollo de aptitudes y habilidades.

Dentro del total de horas docentes, la proporción entre teóricas y prácticas debe ser variable, habida cuenta del distinto carácter de cada disciplina, sin que en ningún caso el porcentaje de prácticas sea inferior al 50% del cómputo total de horas.

En cuanto a la distribución de las prácticas en los diferentes Cursos, se tenderá a que, en el cómputo total de prácticas a lo largo de los tres Cursos, la proporción sea del 30%, 35% y 35%, para 1º, 2º y 3º Curso, respectivamente.

PLANTILLAS ORTOPEDICAS ELASTICAS "FERRIZ"

Medalla de Plata en el X Salón Internacional de Bruselas

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:

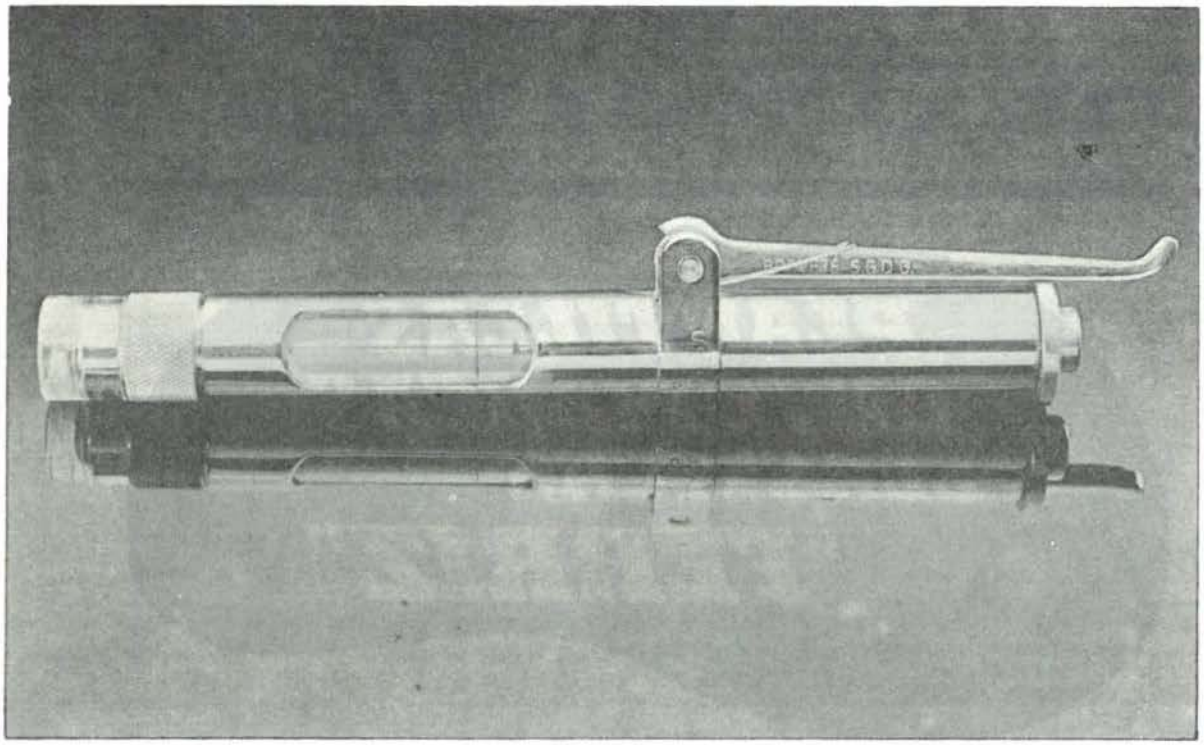
BLANDAS, DURAS Y SEMIDURAS
TAMBIEN FABRICAMOS SEGUN DISEÑO TECNICO

Fábrica y oficinas:
Arrastradero, 6-8
Teléfonos: 223392
225112

JAEN

JERINGA DE AIRE COMPRIMIDO

PARA ANESTESIAS, SIN AGUJA Ref. 28



La jeringa del Dr. Krantz inyecta sin aguja, sin dolor y sin contacto con la piel. Este nuevo modelo, fabricado enteramente de acero inoxidable, permite realizar instantáneamente, y sin ningún preparativo, una anestesia local sin aguja por proyección intradérmica de una pequeña cantidad de anestesia.

La localización de la anestesia es perfecta y permite clavar una aguja a una profundidad cualquiera sin dolor (puesto que las terminaciones nerviosas interesadas se encuentran todas en la piel).

La jeringa del Dr. Krantz se rearma automáticamente con la inyección siguiente con una simple bajada de la palanca. Su depósito contiene 4,5 c.c., permitiendo hacer 45 inyecciones.

Una vez esterilizado el contenido, queda siempre estéril, puesto que el aparato está trabajando sin contacto con el cuerpo humano. El líquido a inyectar se vierte simplemente en el interior del depósito transparente. El depósito mecánico extrae automáticamente una pequeña cantidad (1/10 ml.) y la deposita por alta presión a través de un orificio capilar. El fino disparo perfora la piel, produciendo en seguida una gran pápula blanca muy característica.

APLICACIONES

Inyecciones sin dolor: El depósito se llenará con una solución de líquido anestésico (Novocaín o Xilocaín al 1% por ejemplo) y se proyectará una gota en el lugar escogido para hundir la aguja, montada o no sobre la jeringa. Se puede empujar tan lento como se quiera, ya que la sensación de dolor no se percibe.

Para las inyecciones intravenosas colocar la pápula al lado de la vena y no encima, para evitar perforarla con el tiro del líquido anestésico.

Inyecciones y ensayos intradérmicos: Llenar el depósito con el líquido que se quiera inyectar. Se pueden poner hasta 20 pápulas en 1 minuto.

Pequeña cirugía: Se pueden hacer suturas sin dolor colocando pápulas anestésicas sobre los puntos de sutura. Colocando pápulas contiguas se lograron zonas de anestesia lineales que permitieron posteriormente hacer una incisión sin dolor con el bisturí. Se pueden quitar quistes y hacer biopsias sin otra anestesia.

Como observación diremos que con un disparo se atraviesa un vendaje.

La ausencia de dolor hace desaparecer totalmente el miedo psicológico a la aguja entre los niños y adultos.

Se puede obtener un impacto débil de penetración teniendo la jeringa a 10-15 mm. de la piel.

López de Hoyos, 142, 5.º - Madrid-2 - ESPAÑA - Teléf. 413 15 70

LUGA

MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES

Núm. 22/II/82

Fecha 20 de septiembre de 1982

nota circular

Asunto:
REGULACION DEL SERVICIO DE PODOLOGIA EN LOS CENTROS GERONTOLOGICOS.

Ambito:
SERVICIOS CENTRALES Y DIRECCIONES PROVINCIALES DEL INSERSO.

Unidad Emisora:
SECRETARIA GENERAL.

El Servicio Social de la Tercera Edad del INSERSO presta a sus beneficiarios el servicio de podología, bien mediante personal contratado o a través de convenio con profesionales que reúnan las condiciones requeridas para el ejercicio de la profesión.

Esta última modalidad, en la que el pago al profesional se hace por acto de servicio individual, debido a las distintas fechas de la firma de los contratos presenta notables diferencias por centros, incluso dentro de la misma provincia, por lo que es necesario unificar los criterios de actuación, estableciendo una norma estable y válida para todos.

En consecuencia, esta Secretaría General ha tenido a bien dictar las siguientes:

N O R M A S

1ª Las Direcciones Provinciales, a petición de los profesionales que lo deseen y que vienen ejerciendo la podología mediante convenio en alguno de los Centros Gerontológicos de ellas dependientes, procederán a la firma de un nuevo contrato de prestación del servicio, previa la fiscalización correspondiente, en el que se estipule nueva cuantía de los honorarios por acto de servicio individual, que no podrá sobrepasar el cincuenta por ciento (50%) de los mínimos fijados para la consulta privada por el Colegio Profesional Provincial de A.T.S.

La firma de un nuevo contrato, sin perjuicio siempre de la fiscalización previa, podrá ser sustituída por la inclusión de una cláusula adicional en los contratos actualmente en vigor, que contenga la nueva cuantía.

.../...

2º Todos los convenios que en el futuro se establezcan con dichos profesionales se ajustarán a la normativa de la presente Nota-Circular.

3º A tal efecto, cada Dirección Provincial solicitará del correspondiente Colegio Profesional de A.T.S., certificación de la tarifa vigente en la provincia por acto de servicio de podología o quiropodia.

4º A efectos de coordinación y constancia, las Direcciones Provinciales notificarán al Servicio Social de la Tercera Edad los contratos renovados o modificados de acuerdo con las normas que proceden.

Lo que comunico para su conocimiento, cumplimiento y difusión a los Centros Gerontológicos a que se refiere la presente Nota-Circular.

Dios guarde a Vd.

EL SECRETARIO GENERAL,

Como veras: 1º)La actualizacion no es automatica: HAY QUE SOLICITARLA. Por tanto 2º) Debes preocuparte de adjuntar documento acreditativo del colegio de ATS donde se indiquen los honorarios minimos. 3º) En el caso de que estos honorarios minimos esten muy anticuados, puedes promover de tu delegado una reunion, para la actualizacion de los mismos. 4º) No se han contemplado,de momento, otras peticiones realizadas, como la mejora de la retribucion para los compañeros contratados por salario. Debido,segun el Inserso, a que estos ultimos,tienen actualizaciones anuales, como el resto de los funcionarios de esa institucion; no asi, el caso de los contratados por acto profesional, que tenian congelada su retribucion desde hace bastantes años. 5º) Respecto a la incorporacion utillaje imprescindible, como aspirador y esterilizador de ultravioletas; debe tramitarse a traves del administrador del centro respectivo, o en la direccion provincial correspondiente.

Si te puedo ser util para cualquier otra aclaracion, me tienes a tu disposicion.

Ramon Isidoro Martinez
Ada Maisonnave,33-1 (6zH)
Alicante(3)Tno965-220330

PIEDRO

OFRECE AL PODOLOGO:

el calzado anatómico-fisiológico número uno de Europa

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:

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



PIEDRO INTERNATIONAL

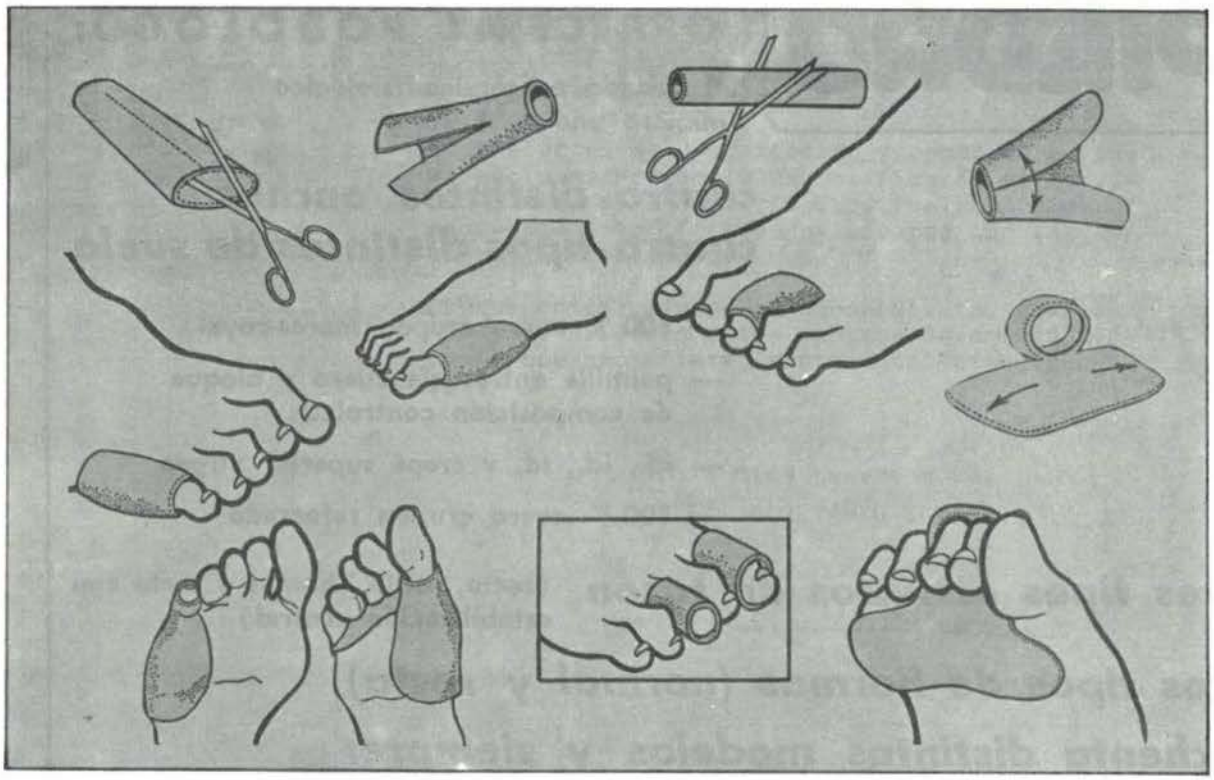
En España
J. L. Vila-Plana
Conde Borrell, 87, 2.°
teléfono 93/239 53 06
Barcelona - 15

TUBOPROTE®

Ref. 108

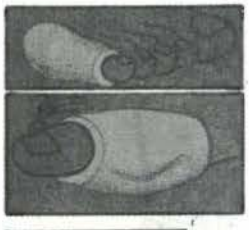
Vendaje Tubular de gasa, recubierto de Foam, con doble vuelta

TUBULAR FOAM DRESSINGS



Vendaje tubular de gasa recubierto de Foam, con doble vuelta que permite hacer todo tipo de protecciones, almohadillas, juaneteras, etc. Fácil de adaptar a cualquier necesidad podológica. Alivia las metatarsalgias sin abultar en el interior del calzado. Es fácil de quitar y substituir.

Este vendaje revolucionario, está siendo utilizado con éxito por los Podólogos de todo el mundo.





Se sirve en cuatro tamaños; *1:* 15 mm. de diámetro; *2:* 18 mm. de diámetro; *3:* 21 mm. de diámetro y *4:* 21 mm. de diámetro.

Cada caja contiene 12 tubos de 25 cms. de longitud.

Tubular Foam Dressings.

Box of 12 pieces (25 cms. each)

Size ..... **15 mm. diameter**
Size ..... **18 mm. diameter**
Size ..... **21 mm. diameter**
Size ..... **25 mm. diameter**

López de Hoyos, 142, 5.º - Madrid-2 - ESPAÑA - Teléf. 413 15 70

LUGA

ACTA DE LA ASAMBLEA GENERAL DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS, CELEBRADA EN CASTELLON EL DIA 26-9-82, CON MOTIVO DEL XV CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA.-

---

Siendo las 16 horas y 30 minutos del día de referencia, y bajo la presidencia de D. ENRIQUE GONZALEZ GOMEZ, presidente en funciones de la A.E.P., se dá comienzo a la asamblea, que se inicia con un debate, sobre si se acepta una alteración del orden del día previamente establecido, y se admite que dos compañeros o mas sean aceptados por la asamblea para formar una mesa de moderación de los debates, en vista de la tensión reinante. No se acepta esta propuesta y la asamblea mayoritariamente decide se continue con el orden del día.

1º LECTURA Y APROBACION, SI PROCEDE, DEL ACTA DE LA ASAMBLEA CELEBRADA EN CANARIAS.-

El Sr. Secretario procede a la lectura de la misma y una vez concluida la lectura, el SR. FUSTER, pide la palabra y hace constar que a su juicio faltan algunas manifestaciones que se hicieron en Canarias con motivo de las elecciones allí celebradas para los cargos directivos de la A.P.E. y que no ha visto recogidas en el acta. Aclara que carecen de mayor importancia dichas manifestaciones, pero que quiere hacerlo constar.

El Sr. Presidente pregunta a la asamblea que si se aprueba dicha acta, siendo aprobada por amplia mayoría.

2º.- El Sr. Presidente pide al Secretario dé lectura al acta de la reunión celebrada por la Junta de Gobierno y Delegados de Zona y Provinciales en Madrid, el día 12-12-81, acta que ha sido reiteradamente citada en los debates previos y que entiende debe leerse a la asamblea para que esta sea conocedora de lo que en aquella reunión se decidió.

Una vez terminada la lectura de la misma por el Sr. Secretario, se inicia un amplio debate, con la intervención de los siguientes señores:

SR. TENES ITURRIZA: Manifiesta que quiere hacer constar que, en primer lugar no figura su nombre entre los asistentes a dicha reunión a pesar de que estuvo presente en la misma, y que, en segundo lugar en el acta se habla de asambleistas y asamblea y no fue así, porque dicha reunión no tenía tal caracter.

El SR. FARRE, hacer constar su desacuerdo con los estatutos. Segun su opinión, son distintos a los aprobados en la reunión del 12-12-81 y los que figuran en el cuadernillo que se ha repartido despues de impresos. Insiste en lo mismo que el anterior orador, de que en el acta se habla de asambleistas y asamblea y no es correcto.

El SR. INIESTA GALLEGO, hace ver que su nombre tampoco figura en el acta de referencia y pide se subsane el error, por haber estado presente en dicho acto.

Contesta el Sr. Presidente aclarando que las posibles modificaciones que hayan podido introducirse en los estatutos han sido debidas a correcciones de estilo necesarias para adaptar los mismos a la Ley, segun manifestó en aquella reunión el asesor juridico; que esto no obstante, si alguien entiende ser conforme a derecho su reclamación puede ejercer las correspondientes acciones legales.

El SR. VALERO, Delegado de Zona de Aragòn, manifiesta que no recibió la convocatoria para dicha reunión con el tiempo preciso y que su nombre tampoco figura en el acta leida a pesar de haber estado presente.

Contesta el Sr. Presidente, insistiendo el el hecho de que esta reunión era para tramitar lo que en una asamblea anterior se había decidido, pero que no es cierto que en la misma se tomasen acuerdos decisorios distintos a los acordados en la mencionada asamblea.

El SR. FARRE, insiste en que hubo un defecto de forma, puesto que la convocatoria no se realizó con el tiempo reglamentario que marcan los estatutos.

. . .

El SR. ARAOLAZA, quiere hacer constar que la reunión de referencia, no fue legal por haberse incumplido los estatutos y que ademas en aquella reunión de la Junta y Delegados de Zona y Provinciales, el Secretario que firma el acta no era mimebro en esa fecha de la A.P.E.

Contesta el Sr. Velasco (Secretario firmante), leyendo el correspondiente asiento de su inscripción en el Libro Registro de Socios de la A.P.E., que lo es con el nº 1.263 y con fecha 1-12-81, por lo que estaba plenamente capacitado como agrupado el día 12-12-81.

Pide la palabra el SR. FANO UGARIZA, solicitando que el Sr. Secretario le explique cual es su número como miembro de la A.E.P., ya que el es agrupado a la A.P.E desde 1.967, y teme que su antigüedad no haya sido respetada al - incluir en el libro registro de la Asociación, nuevos socios con números mas bajos de afiliación.

Replica el Sr. Secretario que segun se ha comunicado a todas las Delegaciones al solicitar fotos de los asociados para confeccionar el nuevo carnet se está procurando, dentro de lo posible, el respetar los numeros que cada - afiliado tenía como agrupado.

El Delegado de Vizcaya, pide la palabra en este momento y hace saber a la asamblea que desde 1.981, no se ha recibido documentación alguna en dicha Delegación y que cuanta documentación el ha remitido a la Junta Nacional le ha sido devuelta a su procedencia.

Contesta el Sr. Tesorero dando lectura a distintas cartas y comunicaciones remitidas por la junta directiva de la A.E.P. a dicha delegación, así como las fechas en que fueron enviadas.

El SR. VALERO solicita la palabra en este momento y una vez le ha sido concedida, manifiesta que el Sr. Presidente no cumple los acuerdos que se toman en la asamblea y quedan reflejados en el acta, ya que en la asamblea de Canarias se decidió que el candidato no electo a la presidencia de la A.P.E., sería nombrado Vice-Presidente de la F.I.P. y esto no se ha cumplido.

El Sr. Presidente, aclara a la asmblea que dicho acuerdo de Canarias no se ha podido cumplir por ser vicioso de hecho, ya que segun los estatutos de la F.I.P., es dicho organismo quien debe elegir los miembros de la Junta y no le pueden ser impuestos.

En este momento pide la palabra el SR. LANCHO, y quiere hacer ver a la asamblea que esta va discurriendo por unos caminos de acusaciones personales y replicas a las mismas, pero con muy poca atención a los problemas profesionales y solicita que se cambie el rumbo de la misma.

Replica el SR. ARAOLAZA, diciendo que tiene acusaciones muy graves contra el Sr. Presidente y que cree que es su deber informar a la asamblea de las mismas.

El SR. SANTOME insiste en que no quiere discusiones y pide soluciones a - los problemas que la profesión tiene planteados.

El SR. PENA, previa petición de palabra manifiesta, que está observando la existencia de dos bloques muy definidos: Barcelona y Madrid, (hay manifestaciones de desacuerdo en la asamblea), Pide que la Presidencia conceda 10 minutos a los oponentes a la actual Junta directiva y estos expongan sus razonamientos y de una vez por todas queden zanjadas las disputas.

Despues de haber accedido el Sr. Presidente a esta petición, el mismo Sr. Presidente y a requerimiento del Sr. Araolaza, dá lectura a una carta por él dirigida al Sr. Calvo, anterior Secretario General,. Por no ponerse de acuerdo el Sr. Presidente y el Sr. Araolaza, sobre el texto que debe ser leido de la mencianada carta, varios asambleistas solicitan que sea el Sr. Secretario quien dé lectura completa a la carta de referencia.

Tras la lectura de la mencionada carta que se adjunta como anexo I a este acta, la asamblea entra en un vivo debate interno. Una vez restablecida la calma el Sr. SANCHIS CORTINA, pide que las acusaciones que se estan vertiendo a lo largo de la asamblea y que no se deje nada en el aire sin justificar.

El SR. FARRE, insiste en que se conprueben los estatutos que fueron aprobados y los que han sido impresos y repartidos de la A.E.P. y que se haga en este momento. Como la asamblea no acepta su propuesta, abandona la asamblea en prueba de disconformidad.

Llegado este momento, varios asambleistas piden que reine la concordia y se eviten disensiones que perjudican a la profesión.

. . .

El Sr. Presidente se dirige a la asamblea y manifiesta que a pesar de las acusaciones contra el vertidas, no tiene ningun inconveniente en que se forme una comisión para el estudio de los Estatutos y para que la misma decida si estan manipulados o no.

El SR. RODRIGUEZ (D. Evaristo), solicita la palabra y manifiesta su honda preocupación por la forma en que esta desarrollandose la asamblea así como - por las acusaciones, graves a su juicio, que en la misma se han hecho y pide que se forme una comisión investigadora de los mismos. La asamblea acuerda - por mayoría que se forme esa comisión, con dos votos en contra y una abstención.

La Comisión queda formada por los siguientes señores:

D. Luis Mata Diego
D. Sergio Bonamusa Mont
D. Armando Diaz Pena
D. Ramón Isidoro Martinez
D. Juan Jose Iborra
D. José Villafaina
D. Fernando Castrillo
D. Agustín Soria Rodriguez
D. Victor Nieto Molina
D. Evaristo Rodriguez Valverde
D. Zacraías Garcia de Andres.

A petición de la Asamblea, dicha comisión estudiará, ademas de las acusaciones que se han hecho, la revisión de los estatutos, la posibilidad de constituir una federación y fijará la fecha de celebración de las elecciones a - los cargos directivos de la A.E.P.

3º.- INFORME DE LA PRESIDENCIA SOBRE LAS GESTIONES REALIZADAS AL FRENTE DE LA MISMA.-

El Sr. Presidente se dirige a los asambleistas para informarles de las gestiones por él realizadas en orden a resolver diversos casos de intrusismo así como el procurar una defensa especial y juridica a este respecto. De las realizadas a cerca del Ministerio de Hacienda para que seamos incluidos en el epigrafe correspondiente como profesionales de la medicina. De las realizadas a cerca del INSERSO y de los conciertos y condiciones de los mismos que se - han suscritos con dicho organismo. De las encaminadas a la puesta en practica del decreto sobre transformación de estudios de nuestra especialidad y de la situación actual del mismo y finalmente sobre la entrevista mantenida en Barcelona con el Dr. Arandes, para tratar de solucionar los graves problemas que se cernían sobre la Escuela de Barcelona.

4º.- DEMANDA DEL CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS DE A.T.S. CONTRA LOS MIEMBROS DE LA JUNTA PROVISIONAL DE LA A.E.P.

El SR. SANCHIS, pide que se diga a la asamblea, en que basan esta demanda.

Contesta el Sr. Presidente, que se debe al hecho de que, segun los demandantes, la A.E.P., se irroga funciones que le son propias, como es la defensa de sus colegiados, que ellos entieden somos los A.T.S. - Podologos. Se informa a la asamblea, que han sido nombrados procuradores y letrados que nos representen y defiendan nuestros intereses. La asamblea apoya esta designación, manifestando su solidaridad con la Junta en la defensa de nuestros intereses - profesionales.

5º.- CONSTITUCION DE LA FEDERACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS.-

La Comisión anteriormente formada, acepta hacerse cargo del estudio y puesta en marcha de esta Federación.

El SR. SOLE, toma la palabra para hacer constar su deseo de que se constituya rapidamente la mencionada federación.

. . .

6º.- INFORME ECONOMICO.-

El Sr. Tesorero de la Asociación Nacional, procede a dar lectura al estado de cuentas de la Agrupación hasta la fecha de constitución de la A.E.P. - 15-4-82. Hace referencia posteriormente a los acuerdos adoptados en la reunión de la junta liquidadora de la A.P.E. , celebrada el día 5-6-82, y finalmente procede a dar lectura al proyecto de presupuesto de gastos de la A.E.P. desde el 15-4-82, hasta el 31 de diciembre del mismo año.

Una vez terminada la lectura del presupuesto pide la palabra el Sr. GARCIA FOLGART, para decir que si hay un gasto por la edición de un anuario, gasto por otra parte importante, debería cuidarse de actualizarlo convenientemente y evitar en lo posible su edición anual y hacerlo bianualmente, para de esta forma conseguir un freno en el gasto.

Pide la palabra el SR. SAUGUILLO, pues quiere dejar constancia de las razones por las que no asistió a la junta liquidadora de la A.P.E., como debía haberlo hecho en su condición de Censor de cuentas. Una vez expuestas las razones son entendidas y aceptadas por la asamblea.

El SR. MAURE, pide la palabra para hacer ver a la asamblea lo deficitaria que es la publicación de la revista y ruega a la asamblea se estudie la forma de evitar esta situación.

El SR. CUESTA ESCUDERO, solicita que la tesorería remita con la antelación suficiente para su estudio anterior a la asamblea, una copia del proyecto de presupuestos a todos los delegados, para que estos den conocimiento de los - mismos a los asociados de su zona y estos a la vez puedan exponer en la asamblea las objeciones que estimen oportunas. Pide tambien se nombren unos censores de cuentas y solicita finalmente que la Presidencia explique a la asamblea cuales han sido las razones de que la redación de la revista haya cambiado de Barcelona a Madrid.

Contesta el Sr. Presidente al Sr. Cuesta, explicandole que las razones que motivaron el cambio de la redación de la revista han sido puramente formales ya que por estar la Presidencia en Madrid, se ve obligada a veces a resolver pr problemas que afectan a la Revista en Ministerios u otros Organismos y de esta forma se agilizaba el tramite de los mismos y la demora no repercutiría en la edición de la revista.

Pide la palabra el Sr. Alvarez (Tesorero Nacional), para hacer constar a la asamblea que es su intención en lo sucesivo el remitir copia de los presupuestos a todas las Delegaciones con antelación suficiente a su debate, para que los mismos puedan estudiarse. Manifiesta tambien que por su parte no solo no hay inconveniente a que se nombren unos censores de cuentas, sino que es totalmente partidario de ello.

Por acuerdo de la asamblea se nombra censores de cuentas a los asociados D. RAFAEL GALLEGO CASTRO, de Madrid, al SR. GABIN, de Barcelona y a D. ARMANDO DIAZ, de La Coruña.

La presidencia, una vez concluido el debate presupuestario, solicita a la asamblea su aprobación o no, de los mismos. La asamblea por unanimidad aprueba los presupuestos hasta el 31-12-82.

7º.- PROPUESTA QUE EFECTUA LA DELEGACION DE ALICANTE, PARA LA EXPULSION DE UN ASOCIADO DE AQUELLA DELEGACION.-

El Delegado de Alicante Sr. Iborra, expone a la asamblea el hecho de que en Alicante existe un Sr. que sin ser A.T.S. si quiera, no ya Podólogo, esta ejerciendo la profesión, con el consiguiente perjuicio para todos aquellos profesionales de la Delegación. Expone amplia y documentalmente los hechos y solicita de la asamblea que nombre una comisión o instructor que previa audiencia de ambas partes, decida si procede la expulsión o no del referido - asociado, que es hijo del mencionado intruso.

Los SRES: BAEZ y RUIZ MARABOTE, se manifiestan en el sentido de que antes de proceder a la expulsión del asociado de referencia, se piense en que el padre del mismo, al que se refieren los hechos denunciados, tambien es A.T.S. y que está a punto de jubilarse.

. . .

Solicita la palabra nuevamente el Sr. Iborra para hacer constar que dicho señor, ya lo ha dicho antes, no es ni siquiera A.T.S., y que él no pide la - expulsión de "facto", sino que se estudie una comisión que estudie el caso y decida en consecuencia, petición que por dura que parezca cree que es de justicia, pues hay que pensar tambien en la defensa de los asociados, en cuya - virtud y como representante de los de su Delegación, está haciendo esta denuncia ante la asamblea.

Se abre un ligero debate con intervenciones encontradas y opuestas entre los Sres. MAURE, ISIDORO y FRANCES, unos solicitando que el caso se tome con seriedad y en consideración y otros tratando de restar importancia al mismo.

Solicita la palabra el Sr. HERNANDEZ y quiere hacer constar a la asamblea que pide la palabra como persona afectada, puesto que es él a quien se trata de expulsar. Acto seguido hace una exposición argumental, apoyada en documentos, mediante la cual trata de defender la postura de su padre y su propia - situación laboral.

Una vez oido el Sr. Hernandez, la asamblea decide se forme una comisión - que proceda al estudio del problema y emita el correspondiente informe.

Queda formada la Comisión deontológica, por los siguientes Sres.:

D. JOSE MARIA AGUDO, de Ponferrada.
D. ALVARO RUIZ MARABOTE, de Cadiz.
D. ARMANDO DIAZ PENA, de la Coruña.

8º.- RUEGOS Y PREGUNTAS.-

El SR. ISIDORO MARTINEZ, pide la palabra para informar a la asamblea sobre las gestiones que la Comisión, que en su día se nombró para tratar de las concertaciones con el INSERSO, ha realizado y como fruto de las mismas, se ha logrado una nueva revisión de los honorarios de estas concertaciones.

Pregunta tambien al miembro de la Junta, responsable de la Revista Profesional, como está la misma actualmente y cual va a ser su futura.

Responde el Sr. Meneses, Redactor accidental de la revista, informando de la nueva situación de la revista, y del futuro de la misma, muy dependiente, debido al costo que supone su edición, como anteriormente se ha dicho, de la publicidad, que en estos momentos se está tratando de lograr, para que sufrague en parte los gastos de edición.

El SR. TRUJILLO, pregunta a la Mesa, que va a suceder con los actuales titulados en Podología a partir de la existencia de los nuevos titulados universitarios en Podología.

Contesta el Sr. Presidente, cual es la opinión de la Junta y las gestiones que se están realizando, para conseguir el evitar el antipatico curso de nivelación o convalidación.

La Srª PICART, pregunta cual es el sistema que un podólogo puede utilizar en su consulta, para evitar que la Seguridad Social, ampare el intrusismo legal de las farmacias.

En este mismo sentido se expresa el Sr. GUARDIA de Lerida.

Contesta el Sr. Presidente, haciendo saber a la asamblea, que hay una orden del Ministerio de Sanidad al respecto, orden a la que dá lectura en ese momento, y que a mayor abundamiento la A.E.P. ha elevado un escrito al INSALUS para tratar de aclarar estas circunstancias, dando lectura del mencionado escrito en este acto. Finalmente el Sr. Presidente, ruega a la Srª. Picart, le remita toda la documentación que pueda referente a este asunto, para hacerla llegar al organismo oportuno y presentar la correspondiente denuncia si procede.

El Sr. MAURE pregunta que pasa con los gastos de financiación de los Congresos y opina que la organización, debe correr a cargo de la Asociación con perdidas y ganancias incluidas. Ruega tambien que se cree un Comite de Investigación y Ciencia, para el progreso de nuestra profesión por ser esta faceta, la cientifica, una faceta un tanto abandonada a nivel asociativo.

El Sr. Presidente, responde al Sr. Maure, en el sentido de que es muy dificil organizar desde la Junta Nacional, los diferentes Congresos Nacionales, ya que estos cada vez se celebran en una localidad y logicamente es mejor -

. . .

conocedorá de la idiosincrasia y recursos de la sede donde deban celebrarse los Congresos, las respectivas Delegaciones provinciales de la A.E.P., razón esta que a su juicio, facilita en principio el exito económico del Congreso.

El SR. SANCHIS, de Valencia, pregunta quien va ha encargarse de negociar la convalidación de nuestros titulos de podólogos, por los futuros diplomas de Podología.

Responde el Sr. Presidente que los representantes legales de la Asociación.

Pregunta nuevamente el Sr. Sanchis, que va a pasar con las Escuelas y cuando van a empezar los estudios universitarios de las especialidad, y quiere que la Presidencia le responda taxativamente si van ha empezar este nuevo Curso.

El Sr. Presidente, responde que en principio parece ser que si, pero que no se puede contestar de forma categorica, por estar pendientes de la correspondiente orden ministerial.

Ruega finalmente el Sr. Sanchis, que se reciba en las diferentes Delegaciones, con la antelación suficiente, el Orden del día, los presupuestos y demas comunicaciones, anteriores a una Asamblea.

El Delegado de Valladolid, quiere que conste en acta, la felicitación que en su nombre y en de sus representados hace a los organizadores de este Congreso de Castellón.

Pide la palabra el SR. BELTRAN, para insistir en la idea expuesta por el Sr. Maure. sobre la creación de una Comisión, para la investigación y el control cientifico de todos los trabajos podológicos, especialmente de todas - aquellas ponencias que se presenten en los diferentes congresos.

La asamblea decide se estudie la posiblidad de formar una Comisión, interescuelas, a este objeto y que esta propuesta se incluya en el orden del día de la próxima Asamblea.

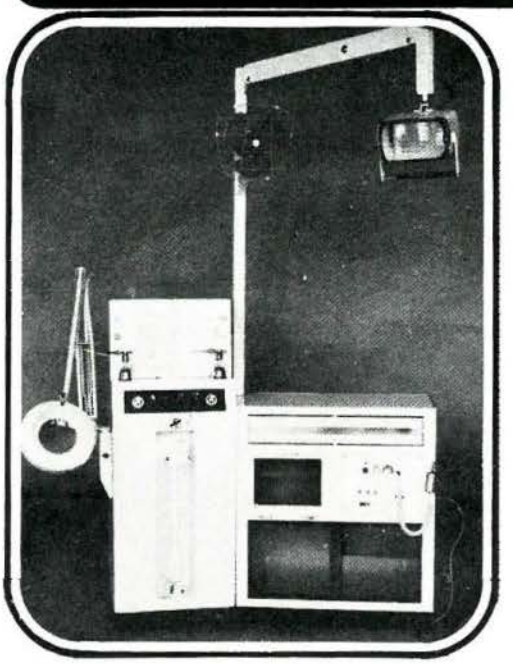
9º.- ELECCIONES.-

La asamblea acuerda que sea la Comisión creada para el estudio de los estatutos y de las acusaciones, así como de la constitución de la posible Federación, la que decida la fecha y condiciones de la celebración de las pròximas elecciones, las que de todas las formas deberán celebrarse a la mayor urgencia.

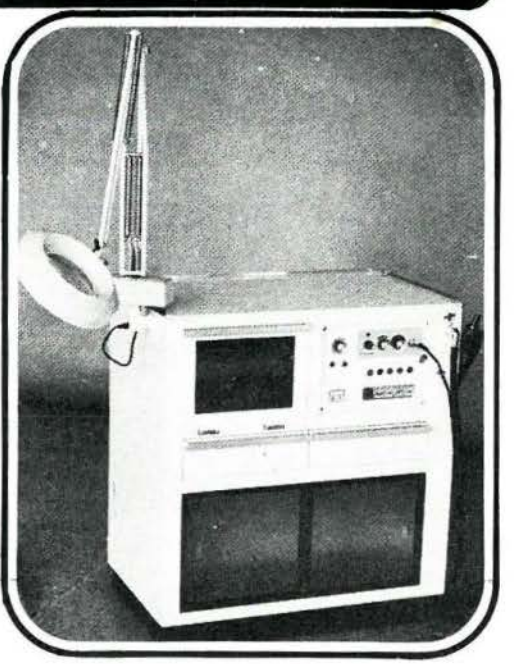
No existiendo otros asuntos que tratar, se dá por terminada la presente - Asamblea a las cinco horas de su iniciación, de todo lo cual como Secretario certifico, con el visto bueno del Sr. Presidente.

Castellón, 26 de Septiembre de 1.982

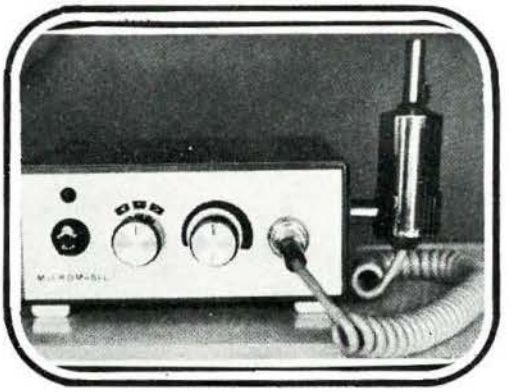
LE OFRECE NUEVOS EQUIPOS PARA SU CONSULTORIO



"SUPER NOVO"



"MINI S 78"

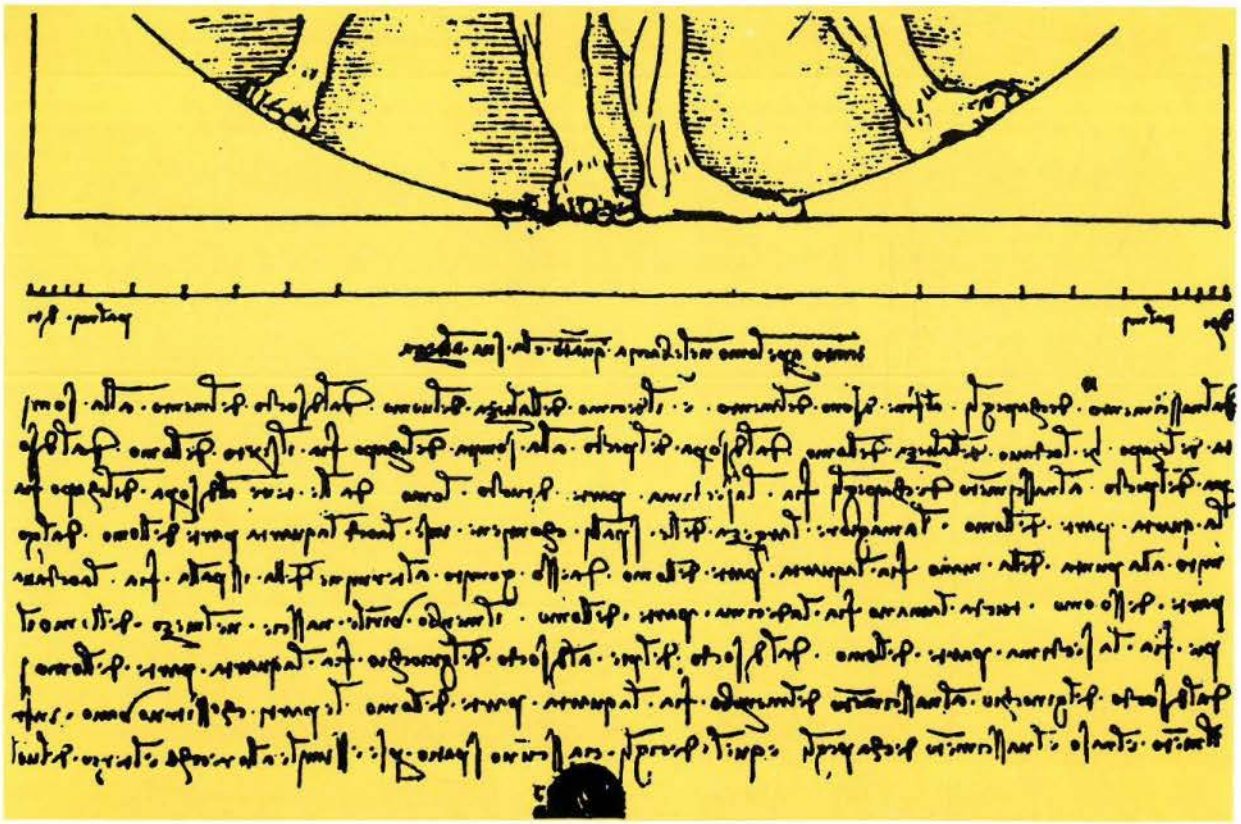


"MICROMOBIL"

Talleres CONSUL

PALLARS, 65-71 TELEFONO - 3002269 BARCELONA-18





REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

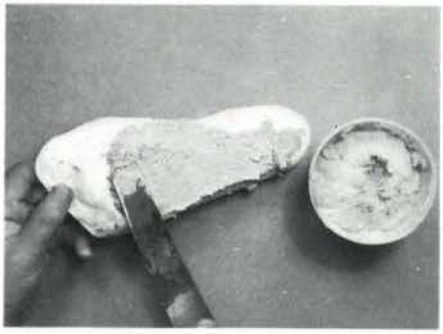
A.E.P. DICIEMBRE
nº 90 1983

Veltron

MADE IN SPAIN

Compuesto para la obtención de plantillas ortopodológicas.





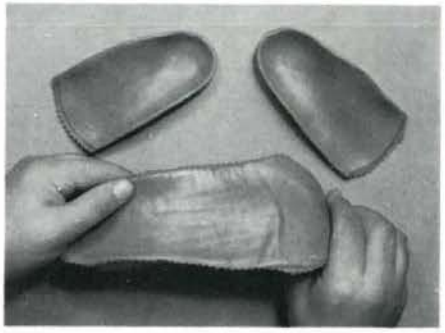
Es una pasta para aplicar a espátula sobre positivos de yeso, que fragua a temperatura ambiente, obteniéndose una plantilla elástica y blanda. Sus cualidades de elasticidad y flexibilidad no disminuyen su resistencia a la compresión que efectúa la bóveda plantar. Para obtener la plantilla se extiende el **Veltron-1** sobre el positivo de yeso. Esta aplicación debe hacerse en





capas finas al objeto de que no quede aire entre ellas. Una vez lleno el molde, se invierte sobre una superficie no porosa (vidrio, poliplopileno, formica, etc.) y se presiona sobre él equilibrándolo sobre los puntos de apoyo y retirando la pasta sobrante. Si se desea, para facilitar el secado, se desliza el molde dejando la parte plantar al aire. Transcurridos dos o tres días (según





condiciones ambientales) puede desprenderse del molde de yeso, obteniéndose la plantilla. Se recorta con tijera y se pulen los cantos, estando en condiciones de forrarse y entregarse al paciente.

Lazuri®

DISTRIBUIDORA LAZURI, S.A.

GERONA, 55, E-2.º. Tels. 301 54 36/301 53 86
TELEX 97223 LAZU-E. BARCELONA-9

GENERAL VARELA, 35. Tels. 270 61 08/270 61 07
TELEX 48656 LAZU-E. MADRID-20

REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

ORGANO DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS

A.E.P.

Redacción:
Gran Vía, 33 - 7º - Dpcho. nº 2
MADRID-(13).

Director:
Sergio Bonamusa Mont

Redactor Jefe Accidental:
Isaías del Moral Roberto
c/ Castellón nº 8 - 3º - 6ª
VALENCIA-(4).

Administrador:
Manuel Gavín Barceló
Ronda Guinardó, 23 - 1º - 2ª
BARCELONA-(24).

Imprime:
Reproducciones Offset Bárcena
c/ Mercedes Arteaga, 32
MADRID-(19).

Depósito Legal:
B-21972 - 1976
ISBN - 0210 - 1238

SUMARIO

3	Asociación Española de Pódologos Junta de Gobierno provisional
5	Editorial
7	Evocación de un Congreso.
11	Acta Asamblea General de Santiago de Compostela
15	Paracentesis articular en malformaciones podológicas
35	Entrevista al compañero José Antonio Calvo García
37	Segundas Jornadas Aragonesas de Podología
39	Aspectos podológicos de las alteraciones longitud pie-pierna
44	XVII Congreso Nacional en Cádiz
45	Circular informativa Junta Directiva
47	Quién puede ejercer legalmente la profesión de podólogo



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
Valencia-3 — Pintor Zariñena, 3 — Teléfonos 331 31 01 - 331 31 06



REF. N-U

Asociación Española de Podólogos

JUNTA DE GOBIERNO PROVISIONAL

Presidente:		Sergio Bonamusa Mont (Cataluña)
Vicepresidente:		Bernardo Mercado (Madrid)
Secretario:		J.J. Araolaza (Vasco-Navarra)
Tesorero:		Manuel Gavín Barceló
Vocales	1º) :	Isaías del Moral Roberto (Levante)
	2º) :	J. Luis Salcini Macias (Andalucía)
	3º) :	Juan Vidán Torres (Galicia)
	4º) :	Francisco Morán Ventura (Canarias)
	5º) :	José Claverol Serra (Baleares)
	6º) :	Luis Mata Diego (Castilla-León)
	7º) :	Juan Antonio Torres Ricard (Aragón)

Delegados provinciales

ALAVA: Jesús Pérez de Anda.
ALBACETE: Luis Juan Navarro.
ALICANTE: J. José Ibarra.
ALMERIA: Esteban de Haro Granados.
ASTURIAS: José Luis Alonso Alvarez.
AVILA: Antonio García Martín.
BADAJOZ: José Villafaina de la Cruz.
BARCELONA: Joaquín Solé Cuch.
BALEARES: José Claverol Serra.
BURGOS: Luis Mata Diego.
CACERES: Carlos Sagüillo Núñez.
CADIZ: José Luis Salcini García.
CASTELLON: José Aguilar Beltrán.
CIUDAD REAL: Procopio Mayorga.
GERONA: Jose Mª Bosch.
GRANADA: Manuel Ruiz Morales.
GUIPUZCOA: Andrés Viedma Talavera.
HUELVA: Eduardo Rico González.
HUESCA: Alberto Ballarín.
JAEN: Víctor Nieto Molina.
LA CORUÑA: Francisco de la Cruz.
LAS PALMAS DE G. CANARIA: Sin delegado.
LERIDA: Alfredo Puchol.
LOGROÑO: Vicente Alvarez Pipaón.
LUGO: Sin delegado.
LEON: Luis Pascua San Miguel.
MALAGA: Eugenio Rojas.
MADRID: José Luis Moreno de la Fuente.
MURCIA: José Iniesta Gallego.
NAVARRA: Angel F. Cabezón.
ORENSE: Elisardo Bralo Rego.
PALENCIA: Angel Casado Solla.
PALMA DE MALLORCA: D. R. Claverol.
PONTEVEDRA: Sin delegado.
SALAMANCA: Antonio Basas Encinas.
SANTA CRUZ DE TENERIFE: Artemio Méndez
SEGOVIA: Francisco García Rodríguez.
SEVILLA: Manuel Castro Marmol.
SORIA: Sin delegado.
TARRAGONA: Concepción Baiges.
VALENCIA: Isaías del Moral Roberto.
VALLADOLID: Alfonso Domínguez Milán.
VIZCAYA: Agustín Soria.
ZAMORA: Narciso Miguel de Barrios.
ZARAGOZA: Julio Bara del Molino.

FE DE ERRATAS DEL ANUARIO

Presidente: D. Sergio BONAMUSA Mont

MIFER

PONE A DISPOSICION DEL PODOLOGO UNA GAMA COMPLETA DE ARTICULOS PARA SU CLINICA

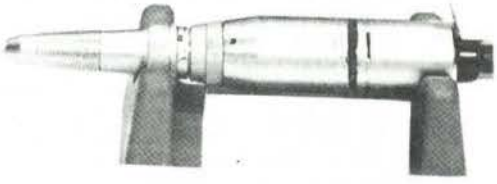


SILICONAS
MATERIAS PRIMAS
INSTRUMENTAL
FRESAS Y ABRASIVOS
PIEZAS PARA PLANTILLAS
MOBILIARIO Y ACCESORIOS
BANCO DE EXPLORACION
MICROMOTORES
SILLONES
EQUIPOS
ETC.



















SOLICITE INFORMACION CON SEGURIDAD
PODREMOS ATENDERLES

Los Guindos, 19-3º Iz. - Tef. 733 63 54 - Madrid-29

EDITORIAL

Henos aquí de nuevo, tras un largo paréntesis que esperamos no se vuelva a producir, comunicándonos contigo, por medio de nuestra entrañable Revista de Podología.

"ERRARE HUMANUM EST", y por ello no vamos a intentar disculparnos aunque nos hayamos encargado provisionalmente de ella, de los efectos que en esta Revista podaís encontrar.

Sirva, simplemente, que nos anima nuestro gran cariño hacia tí, compañero, y hacia nuestra mutua e importante especialidad de la Medicina: LA PODOLOGIA.

Hemos introducido el Acta de la Asamblea de SANTIAGO DE COMPOSTELA, celebrada el 1º de Octubre de 1983. Así podrás examinarla exhaustivamente y en la Próxima Asamblea General tendreis criterio formado para poder aprobarla o no.

También una reseña y entrevista de un homenaje dispensado a un compañero aragonés distinguido en nuestra profesión: JOSE-ANTONIO CALVO GARCIA. Secretario General que fué, durante veinte conflictivos años de nuestra Asociación Nacional, con ímprobos e impagados, y por supuesto siempre criticados esfuerzos para llevar a cabo tan preciada labor.

El cuadro de redacción de esta Revista se suma así al homenaje, significándolo como ejemplo a tener en cuenta por todos los compañeros.

* * *

Sabréis que, en los últimos años, se ha tendido a la creación de distintas Asociaciones podológicas de ámbito autonómico o regional, para luego poder realizar la Federación Nacional de estas Asociaciones.

A partir del presente número, existirá una nueva JUNTA DE GOBIERNO ya definitiva, formada por los representantes de cada una de las citadas Asociaciones regionales de Podología.

Esta fórmula dará una unión futura de todas las regiones españolas, o al menos debería darla.

Debido a los nuevos mapas autonómicos de España, no se nos escapa, muchas asociaciones deberán realizar determinadas gestiones a nivel de los distintos gobiernos. Pero no debemos olvidarnos que los podólogos tenemos una meta común refrentada por las distintas asambleas provinciales realizadas en su momento:

LA PODOLOGIA UNIVERSITARIA COMO CARRERA INDEPENDIENTE

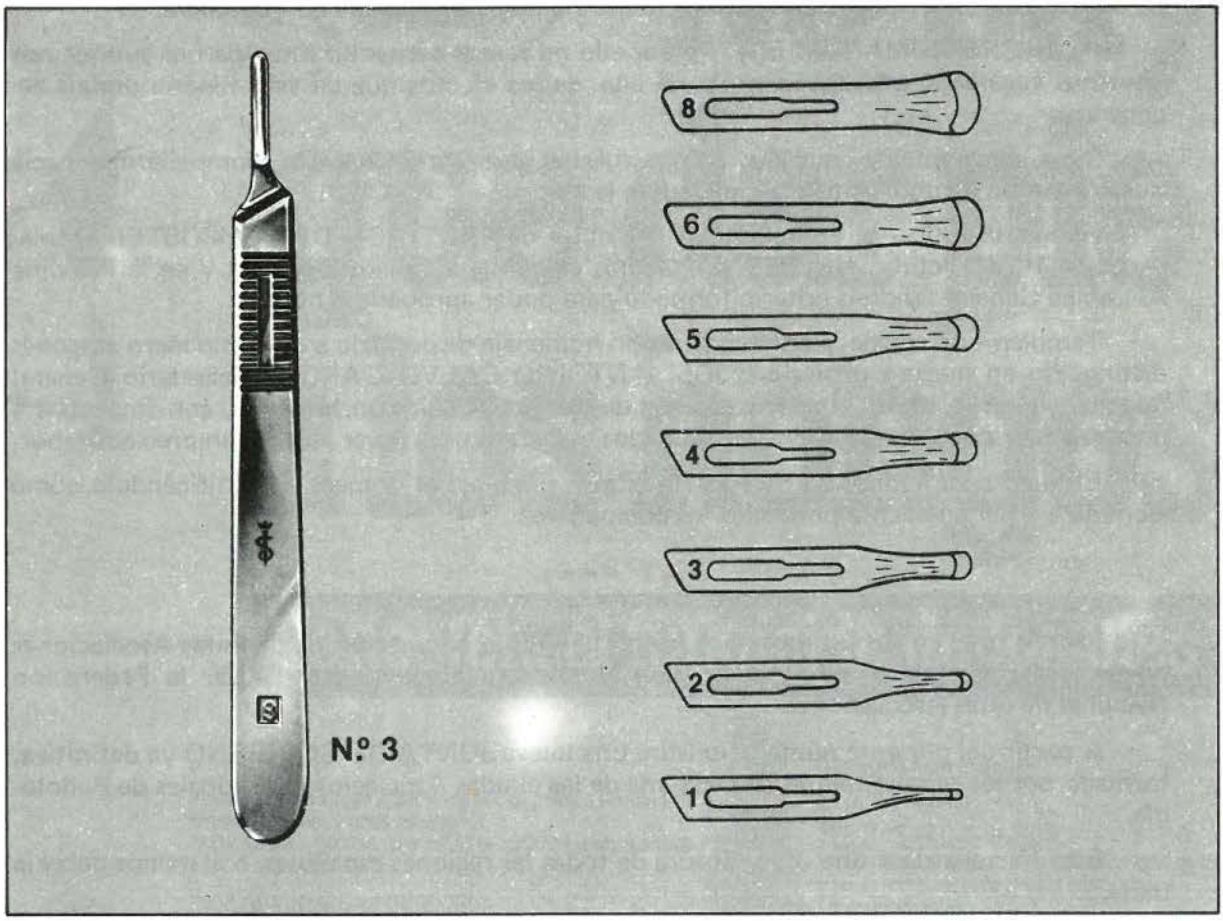
Por ello, os pediríamos, que nunca os olvidéis que vuestras regionalidades son muy importantes, pero es más importante propiciar la consecución de nuestros propósitos, a nivel nacional, por la unión de todas las personas dedicadas a la misma profesión, por encima de política, envidias y otras zarandajas.

No hagamos buena la frase del novelista español BENJAMIN Jarnés (1888-1950): "La historia no es la maestra de la vida: nadie escarmienta".

SOBRE TODO SOMOS PODOLOGOS

GUBIAS INTERCAMBIABLES

Ref. 506. El mayor adelanto de la Podología en los últimos años



Las GUBIAS INTERCAMBIABLES ESTERILES, son un precioso instrumento para la pequeña Cirugía, que permite economizar tiempo y dinero a la vez que asegurar una asepsia perfecta.

Las GUBIAS INTERCAMBIABLES se presentan en envases individuales perfectamente estériles y listas para su uso.

Las GUBIAS INTERCAMBIABLES se montan sobre cualquier mango de bisturí del nº 3.

Existen SIETE TAMAÑOS, y formas de gubias, que se conocen con los números 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 8.

LUGA

López de Hoyos, 142, 5.º • Madrid-2 • ESPAÑA • Teléf. 413 15 70 • Télex 42733 psmd e

EVOCACION DE UN CONGRESO



Momento que recoge la foto, del acto oficial ofrecido por el Ecxmo Ayuntamiento de Santiago, el Alcalde, D. Xerardo Extévez Fernández abraza al Secretario General del Congreso, en presencia del Presidente Nacional, D. Sergio Bonamusa Mont.



De izquierda a derecha, Sres. D. Perfecto Roibas, Presidente del Colegio de La Coruña, D. Xerardo Estévez Fernández, Alcalde de Santiago, D. Javier Suárez Vence, Conselleiro de Sanidade, D. Angel Jorge Echeverry Rector Honorario de la Universidad, D. Benito Regueiro Varela, Vice-Rector de la Universidad, D. Joaquín Potell Lesquereux, Decano de la Facultad de Medicina, D. Sergio Bonamusa Mont, Presidente de la Asociación Española de Podólogos y D. Juan Vidán Torres, Secretario General del Congreso.

Si amigos:

Ha finalizado el XVI CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA (GALICIA 83) como hemos querido denominarlo. Pues si bien su SEDE estaba en Santiago de Compostela, y toda Galicia, principalmente La Coruña (Pontevedra-Vigo), por su condición geográfica, se sumaron de una manera activa a dicho Congreso. Lugo y Orense han colaborado en otra faceta, que mucho ha estimado la Comisión Organizadora.

Finaliza un Congreso y comienza una nueva andadura, nuestra revista profesional y nada mejor que el redactor de la misma le reserve una página, para el testimonio y recuerdo de este Congreso que nos hemos empeñado todos los de la Comisión Organizadora, denominarlo, y creemos haberlo conseguido como el

CONGRESO DE LA UNIDAD

Unidad que siempre existió, pero por que no afirmarlo, creemos que estábamos padeciendo un proceso de "horas bajas", y nos sentimos orgullosos de haber colaborado a su reactivación. Creemos que con un poquitín de fe y entusiasmo, es fácil conseguir, dada la materia prima existente en todos los Podólogos, una materia prima que no se forjó de la noche a la mañana, sino a través de XVI Congresos Nacionales, Semanas Podológicas, Manifestaciones de la Salud del Pie, Congresos Internacionales y la presencia de la Podología de España en toda Europa. Esto amigos no puede, por las causas que fueren, decaer ni un instante más, sino todos unidos para el mejor desarrollo de una Especialidad, que se nos antoja, es objeto de una especial "observación" por componentes de otras ramas parejas a nuestra especialidad, pero no igual.

La convivencia, el afecto y cariño reinante en estas cinco jornadas que duró el Congreso, son un testimonio más, de que Podólogos y acompañantes, nos arropábamos todos para vivir unas gratas jornadas y mucho nos creemos para hacer cada día una Podología mejor. Y hay muchas maneras de hacer Podología: aportando trabajos y comunicaciones que han presentado destacados compañeros, valorando su labor de preparación del mismo; se hace Podología, asistiendo a los Congresos; se hace Podología identificándose con la Junta Provisional; y se hace Podología, perdonando desaciertos pasados; y también se hace Podología, colaborando con toda la Comisión Organizadora de un Congreso y disculpando los fallos propios del mismo.

Galicia, ha querido dar testimonio una vez más de su hospitalidad y en este caso a todos los Podólogos de España y que a través de la Podología, hicieron su peregrinar a su SANTIAGO.

Queremos destacar que este Magno Congreso, recibió el respaldo de las más altas Autoridades de la Región.

En el acto de la Inaguración, asistieron el Sr. Conselleiro de Sanidade, D. Javier Suárez Vence-Santiso; Rector Magnífico de la Universidad Compostelana Dr. José-María Suárez Núñez; Ex-Rector Honorario Dr. D. Angel-Jorge Echeverry; Alcalde de Santiago D. Xerardo Estévez Fernández; Decano de la Facultad de Medicina Dr. Joaquin Potell Lesquereux; Presidente de la Asociación Española de Podólogos D. SERGIO BONAMUSA MONT; Presidentes de los Colegios Provinciales de A.T.S. de la Coruña y Pontevedra, Sr. Roibas y Padín; Director de la Escuela de Enfermería Dr. Francisco Reyes Oliveros; representantes de la Prensa, Radio y Televisión, así como la Comisión Organizadora del Congreso, abriendo el acto el Secretario Gral. del mismo D. Juan Vidán Torres, el cual tras agradecer la presencia de las Autoridades, solicitó la creación de una Escuela de Podología en Santiago. Culminó este acto Inaugural con la Magistral Conferencia pronunciada por el Catedrático de la Facultad de Medicina. Dr. D. José-Luis Puente Domínguez y que versó sòbre el tema: ASPECTOS ANATOMICOS DEL PIE.

Finalmente en esta jornada matutina se procedió a la Inauguración de la Exposición Comercial.

Seguidamente tanto por el Exmo. Ayuntamiento de Santiago, así como por el Rectorado en sus respectivas sedes fueron recibidos los Sres. Congresistas, ofreciéndose un vino español.

Por la tarde de este martes 27, dieron comienzo las conferencias, hasta el atardecer del miércoles día 28.

El día 29 se celebraron las sesiones científicas en La Coruña y el día 30 en Vigo, finalizando estas sesiones con la conferencia Magistral del Catedrático de la Facultad de Medicina de Santiago Prof. Dr. D. Ramón Domínguez Sánchez. Tema: CIRCULACION ARTERIAL DE LA EXTREMIDAD INFERIOR.

Creemos que todas las comunicaciones, han tenido un contenido muy óptimo y valoramos también, las comunicaciones de una nueva generación de Podólogos, síntoma este que nos llena de satisfacción.

CLAUSURA DEL CONGRESO

En el Salón Noble de la Facultad de Medicina, tuvo lugar el acto de clausura del XVI CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA, con la asistencia de todas las Autoridades Académicas y Civiles, dió comienzo el mismo con unas palabras del Secretario General, Sr. Vidán, el cuál hizo un detallado y minucioso resumen de las jornadas vividas en el mismo, así como agradeciendo a las Autoridades y muy especialmente al Presidente de Honor del Congreso, Dr. D. Gerardo Fernández Albor (Presidente de la Xunta de Galicia), por el alto honor que le concedía al mismo y por su presencia en tan destacado acto para la Podología. Intervinieron en este acto, el Sr. Presidente de la Asociación Española de Podólogos, Sr. Bonamusa Mont; Magnífico Sr. Rector; y finalmente clausuró el acto el Presidente de Honor del Congreso.

ACTOS SOCIALES

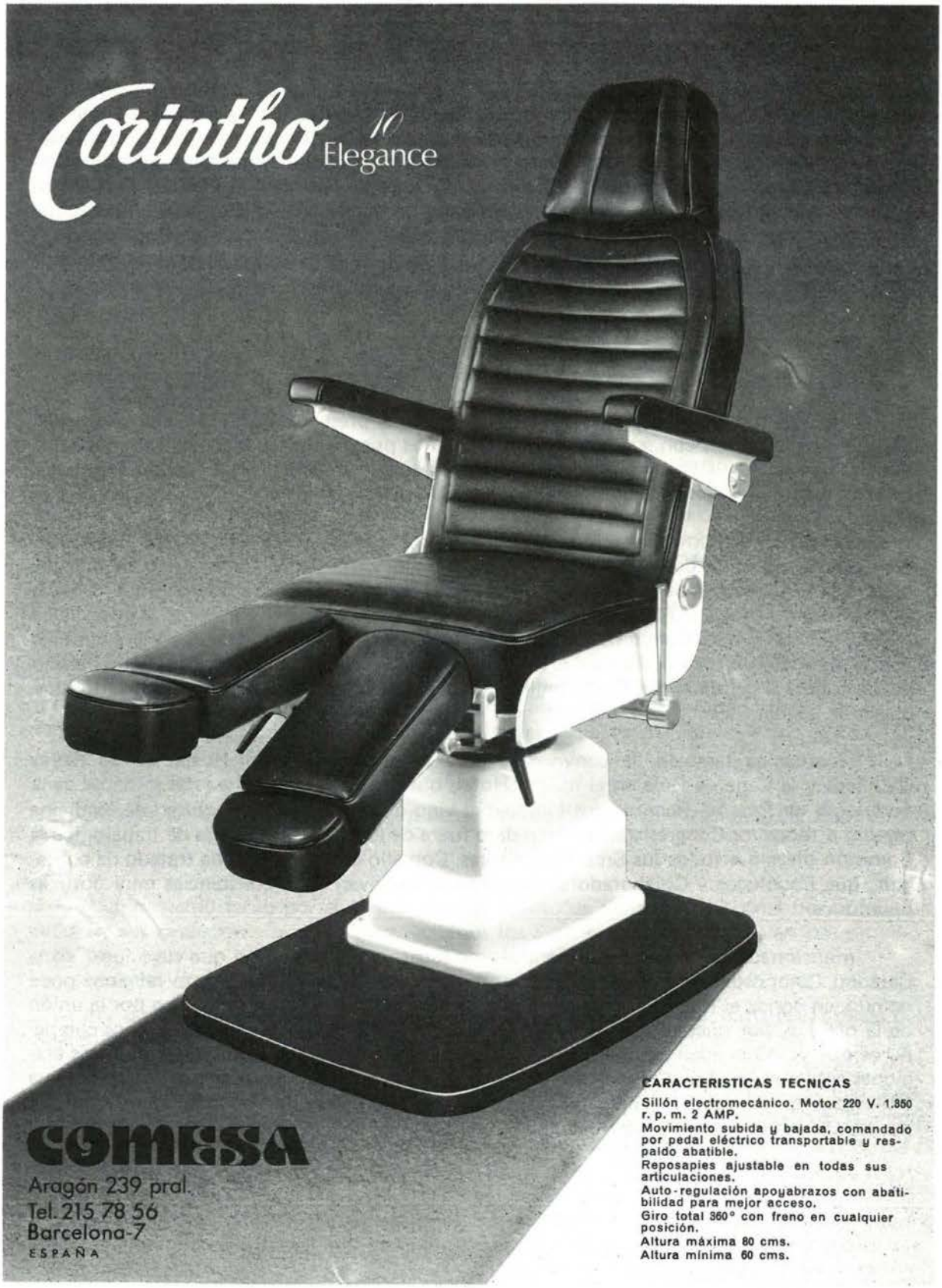
Si hemos tratado de destacar los actos científicos y presencia de las más altas Autoridades que nos honraron con su presencia, no podemos por menos también destacar, los actos sociales que la Comisión Organizadora había programado y creemos que ha sido del agrado de la gran familia Podológica que se dió cita en Galicia.

Los celebrados en la Sede Municipal del Ayuntamiento de La Coruña con una recepción oficial presidida por el Sr. Alcalde D. Francisco Vázquez Vázquez. La recepción que ofreció la firma Estrela de Galicia y la comida en el Hotel Porto-Corbo, fueron unas jornadas que merecen distinción a la Comisión Coruñesa que trató de hacer agradable la estancia en esta bella Ciudad a los Congresistas. Líneas análogas merece el día dedicado a Vigo, también con su recepción oficial que presidió el Alcalde D. Manuel Soto Ferreiro en el bello Palacio de Castrelos, la gentileza del Corte Inglés y también la comida de trabajo que resultó altamente agradable.

Recordamos también, la convivencia para acompañantes en el Hostal de los Reyes Católicos y la Cena de Gala en el mismo Hotel, que puso broche final a estas jornadas de la Podología de España. Recordamos también el vino de Honor que la Facultad de Medicina ofreció a todos los Congresistas; y como dato fuera de lo normal la comida de trabajo que la Comisión ofreció a todos los Sres. Expositores. Con ello esta Comisión ha tratado de conseguir, que Podólogos y Colaboradores Comerciales convivan en circunstancias muy óptimas para todos.

Intencionadamente he dejado para último lugar, el acto religioso que tuvo lugar en la Catedral Compostelana; no ya tan sólo por la riqueza de la misma y acto religioso poco común, en donde el Rey de los Incensarios voló por los naves Catedralicias, sino por la unión de la oración, por nuestro querido y recordado Presidente. Así como la de muchos compañeros que ya no pueden compartir este motivo de gozo. Estamos seguros que nuestras oraciones subieron igual que el incienso del Botafumeiro, subieron al Altar que la Providencia tiene para todos nuestros compañeros que lo han dado todo por la Podología y que hoy por hoy nosotros recibimos su fruto.

La Comisión Organizadora.


Corintho 10 Elegance
COMESSA
Aragón 239 pral.
Tel. 215 78 56
Barcelona-7
ESPAÑA
CARACTERISTICAS TECNICAS
Sillón electromecánico. Motor 220 V. 1.850 r. p. m. 2 AMP.
Movimiento subida y bajada, comandado por pedal eléctrico transportable y respaldo abatible.
Reposapies ajustable en todas sus articulaciones.
Auto-regulación apoyabrazos con abatibilidad para mejor acceso.
Giro total 360° con freno en cualquier posición.
Altura máxima 80 cms.
Altura mínima 60 cms.

ACTA DE LA ASAMBLEA GENERAL EN SANTIAGO

En Santiago de Compostela siendo las 16,30 horas del día 1 de Octubre de 1983 se celebra Junta General de socios de la Asociación Española de Podólogos, previa convocatoria realizada estatutariamente siendo Presidente de la misma D. Sergio Bonamusa Mont y con la asistencia de 186 socios bajo el siguiente Orden del Día:

1º.—Lectura y aprobación, si procede, del Acta de la reunión anterior.

2º.—Informe del Presidente.

3º.—Informe de Ingresos y Gastos. Aprobación, si procede. Presupuesto del próximo año. Aprobación si procede.

4º.—Propuesta de Modificación de Estatutos Sociales.

5º.—Determinación, si así procede, del nº de componentes de la Junta Directiva.

6º.—Elecciones.

7º.—Próximo Congreso Nacional.

8º.—Ruegos y preguntas.

El Secretario procede a dar lectura del Acta de la Junta anterior celebrada en Madrid el día 6 de Marzo de 1983, registrándose a continuación las intervenciones del Sr. Moreno de Madrid que dice no estar conforme con el Acta por su brevedad y por no estar escrita ya en el libro de Actas.

El Sr. Meneses de Madrid dice que se propuso a Barcelona como sede del Congreso Internacional sin que se decidiese tal hecho y que las últimas revistas editadas se hicieron en suficiente nº para toda España. Por otro lado cree se debe de reducir la Junta Directiva para ahorrar gastos.

Interviene el Sr. Solé Cuch para decir que se acordó Barcelona como sede del Internacional como permuta al Congreso Nacional que tenían solicitado, que de esta forma quedó para Galicia.

Intervienen a continuación el Sr. Montaner y Sr. Oller pidiendo que se continúe la Asamblea y se respeten las intervenciones.

El Sr. Vidán aclara que el Congreso quedó para Galicia a petición de muchos compañeros. Julio García propone a Cádiz como lugar del próximo Congreso.

Vicente Sanchiz pide que se mande el acta a todos para que se pueda corregir antes de plasmar en el libro.

Santomé dice que puede significar aumento de gasto.

Zacarías García, pide que se envíe a todos y se exija su cumplimiento. El, envió el acta de Canarias a todos los compañeros y salvo alguna honrosa excepción, nadie exigió su cumplimiento.

El presidente aclara que las críticas al acta de la Asamblea anterior no pueden ser tomadas en cuenta, ya que se dió la circunstancia de que no hubo un secretario que se responsabilizara de tomar nota, por las especiales características de la Asamblea.

El Secretario por su parte dice que el nº de revistas que editó la anterior Junta no eran suficientes para enviar a todos los compañeros de Cataluña a los que no se les envió en su día. Corrobora esta afirmación el anterior Delegado de Madrid, Mariano Rodríguez que intervino en la clasificación del archivo de revistas.

A continuación se pasa al 2º punto del Orden del Día en el que es informada la Asamblea de todos los pormenores de la actividad de la Junta en palabras de su Presidente.

Así, informa que tras la formación de

la Comisión Gestora los frentes de actuación que tomaron como meta han sido: el económico por la desastrosa situación económica, el académico para impedir la consolidación de la anulación del Decreto de nuestra carrera universitaria, el organizativo, y el conseguir que el Congreso Internacional se celebrase en España.

Se han tenido diversas reuniones con el Consejo, con el CEIP y se ha tomado contacto con el Ministerio de Universidades dirigiéndonos a la Secretaría de Estado, al Ministro, al Vicepresidente del Gobierno, al Presidente y a la Casa Civil de su Majestad el Rey. Por otro lado se ha realizado denuncia de la situación creada por el Consejo al defensor del Pueblo con remisión de toda la documentación.

Con relación a la FIP se han hecho gestiones ante el Presidente para regularizar la situación de España y conseguir que vuelvan a adjudicar el Congreso Internacional.

En el 3º punto del Orden del Día, el tesorero en funciones, Manuel Gavín da cuenta del resumen de ingresos y gastos. Declara no ser posible realizar el Presupuesto al no conocer los proyectos de la próxima Junta Directiva. La Asamblea aprueba la rendición de cuentas.

Se pasa a continuación al 4º punto del Orden del Día, dando a conocer el Secretario los criterios en los que se ha basado la Junta Directiva para realizar la propuesta de modificación de Estatutos.

Tras la Asamblea del día 6 de Marzo de 1983 en la que la Comisión Investigadora dió a conocer las irregularidades existentes en diversos artículos de los Estatutos Sociales legalizados, la Comisión Gestora solicitó a todos los socios, enviaran propuestas de modificación de Estatutos.

Esta Comisión al plantearse la modificación lo hizo con dos presupuestos.

Rectificar aquellos artículos manipulados y adaptarlos en lo posible y de forma transitoria hacia una organización de tipo federal.

Tras una explicación razonada artículo por artículo de la modificación propuesta se abrió un debate en el que intervinieron numerosos socios a favor, con matizaciones y con diferentes puntos de vista.

Así anotamos las intervenciones de los Sres. Bralo, Vidán, Evaristo Rodríguez, Antonio Oller, José Valero, Solé Cuch, Moreno, Muntaner, Mariano Rodríguez, Zacarias García, Giralt, Isidoro, Santomé, Catalán, Mayral, José Vila Antonio Oller y Evaristo Rodríguez.

Tras este debate se realizó la votación a cada artículo de forma secreta en impreso "ad hoc".

Fue nombrada una comisión para realizar el recuento formado por:

Mª Pirlar Vidán
Agustín Mayral
Juan Manuel Baez
Jesús Viguería

El resultado de la votación alcanzada fue de aprobación a todas las propuestas de modificación de Estatutos por alcanzar la mayoría de los 2/3 exigidos estatutariamente.

Nº de asistentes 186

Votos afirmativos

Art. 2–178	votos	Art. 25–173	votos
" 18–166	"	" 26–174	"
" 20–125	"	" 28–173	"
" 21–169	"	" 29–172	"
" 22–160	"	" 33–178	"
" 24–165	"		

Tras esta votación, los artículos modificados quedan redactados de esta forma:

"Art. 2º.–
.... y su domicilio se señala en Madrid, Gran Vía, 33-7º".

"Art. 18º.– Punto 8

Disponer en caso de urgencia y a falta de acuerdos y prescripciones expresas, lo que estime más conveniente a los intereses de la Asociación, con la obligatoriedad de dar cuenta de ello a la Junta Directiva dentro del plazo de las cuarenta y ocho horas siguientes. Asimismo comunicará los traslados de domicilio social al IMAC".

"Art. 20º.–

La Junta Directiva, como órgano colegiado gestor de carácter permanente de la Asociación Española de Podólogos estaría integrada por:

El Presidente
El Vicepresidente
El Secretario
El Tesorero y tantos Vocales como la Asamblea General determine en cada momento atendiendo las necesidades de representación.

La Junta Directiva podrá hacer delegación parcial de facultades en la Comisión Permanente para una mayor agilidad en el ejercicio de sus funciones. Esta Comisión Permanente estará integrada por el Presidente, Vicepresidente, Secretario y Tesorero.

Sin menoscabo del derecho que asiste a la Asamblea General, en orden a la elección de los miembros de la Junta Directiva, ésta estará integrada por la representación de un miembro elegido para este fin, mediante sufragio libre y secreto por cada Asamblea Regional.

La distribución de cargos, incluida la Presidencia, se hará entre los miembros que hayan sido elegidos componentes de dicha Junta Directiva en la primera reunión que se celebre.

Cuando la naturaleza de los asuntos a tratar en una determinada reunión así lo exija, podrán asistir a la sesión de Junta Directiva los Delegados Provinciales, los cuales tendrán voz y voto en la resulución de los respectivos asuntos.

La Junta de Gobierno de cada una de las Escuelas de Podólogos existentes en el territorio nacional, podrán nombrar un asesor docente que formará parte de la Junta Directiva de esta Asociación.

"Art. 21.– Punto 9.

Mantener las correspondientes relaciones con los Delegados que han de existir en cada una de las provincias, y en caso de crearse con los Delegados territoriales o regionales." (se elimina el resto).

"Art. 22.– Punto a)

Encontrarse en el ejercicio de la Profesión de forma activa y efectiva y al corriente en el pago de sus cuotas, como mínimo durante 2 años anteriores a la fecha de las elecciones.

Punto d).–

No podrán formar parte de la Junta Directiva, aquellas personas en las que concurran cargos de las Juntas Directivas regionales, a excepción de los vocales, así como los componentes de cada una de las Juntas de Gobierno de las Escuelas de Podólogos existentes, y que no estén dispuestos a cesar".

"Art. 24.–

Desaparece el nº de cargos de la Junta Directiva.

Cambiar los dos últimos párrafos que serán sustituidos por:

"En ausencia de normas dentro de cada región o nacionalidad, los Delegados territoriales, si los hubiere, serán elegidos por los Delegados Provinciales, por votación libre y secreta cada cuatro años".

"Los Delegados provinciales serán elegidos en votación libre y secreta por sus Asambleas provinciales, y su nombramiento tendrá una duración de cuatro años".

"Art. 25º.–

Los miembros de la Junta Directiva desempeñarán sus funciones durante cuatro años, pudiendo ser reelegidos de forma continuada por una sola vez".

Tanto éstos como los Delegados cesarán por renuncia, condena por sentencia firme criminal y por sanción disciplinaria adoptada reglamentariamente.

La renovación de los cargos se hará cada dos años, afectando la primera renovación a los cargos de Vicepresidente, Tesorero y la mitad de los Vocales.

La segunda renovación corresponderá a los cargos de Presidente, Secretario y resto de los Vocales".

"Art. 26º.– Punto 1º.
La Junta Directiva se convocará por el Presidente al menos con quince días de antelación y mediante notificación cursada por el Secretario a la que se incorporará el orden del día conteniendo los asuntos a tratar. Obligatoriamente se reunirá por lo menos una vez al trimestre. La Comisión Permanente, cuando el Presidente o la mayoría de miembros lo crean conveniente, con la obligatoriedad de dar cuenta de los asuntos tratados en la primera reunión de Junta Directiva que se celebre".

"Art. 28º.– Punto 3º.
Determinar el nº de componentes de la Junta Directiva".

"Art. 29º.–
.... cursada por el Secretario en cummiento de acuerdo de Junta Directiva".

"Art. 33º.–
Las actas de la Junta General, se aprobarán por ésta en la siguiente Junta que se celebre".

En el punto 5º del Orden del Día se pasa a determinar el nº de componentes de la Junta Directiva.

El Presidente propone que actualmente está formada por representantes de:

Cataluña, Castilla-La Mancha, Vasco-Navarra, Extremadura, Levante, Andalucía, Galicia, Canarias, Baleares, Castilla-León y Aragón y los representantes de las dos escuelas de Podólogos de Madrid y Barcelona. Esta propuesta es aprobada por mayoría y dos votos en contra.

A continuación y con referencia al 6º punto del Orden del Día, se establece un plazo de tres meses para que se realicen las elecciones regionales para nombrar el representante en esta Junta Directiva.

Se pasa al punto nº 7 y se propone Cádiz como lugar de celebración del próximo Congreso.

El representante de Cádiz, Sr. Albalá, acepta el ofrecimiento dando como fecha la de Octubre.

Intervienen con distintos motivos de cara a la celebración de los congresos los Sres. Morán, Julio García, Maure y Ruiz Marabot. Se insiste en la necesidad de aprobar un reglamento de Congresos y de ética.

En el apartado de ruegos y preguntas y ante la solicitud de información sobre la situación de los Podólogos con el Inserso, el Presidente cree oportuno siga ocupándose de este tema en colaboración con la Junta Directiva el compañero Isidoro, de Alicante.

También el Presidente cree necesario se respete el acuerdo de la Asamblea de Canarias para que el compañero Zacarias García sea el representante de España en la F.I.P. La Asamblea ratifica este acuerdo por unanimidad.

El Secretario lee la contestación dada por el Ministerio de Sanidad a un contencioso que ha tenido el Delegado de Navarra con el Colegio de Practicantes-A.T.S. ya que éste defendía que los Practicantes podían desempeñar profesionalmente facetas de los Podólogos.

Se toma el acuerdo de enviar una copia del escrito a todos los Delegados Provinciales.

Tras diversas intervenciones de los Sres. Isidoro, Oller y Solé Cuch se levanta la sesión siendo las 20,30 horas.

EL PRESIDENTE	EL SECRETARIO
Sergio Bonamusa	**J. J. Araolaza**

PARACENTESIS ARTICULAR EN MALFORMACIONES PODOLOGICAS

DEDICATORIA

Quiero dedicar esta comunicación como humilde homenaje a la figura del Cirujano-Callista, hoy Podólogo, gracias a cuyo esfuerzo podemos los jóvenes Podólogos esperar un futuro mejor para nuestra profesión.

INTRODUCCION

La Paracentesis articular o punción articular, como método diagnóstico, y sobre todo, como método terapeútico ha alcanzado en los últimos años un gran auge en la práctica médica diaria. Ensayado en Podología por algunos compañeros, se ha revelado como un método terapeútico espectacular muy positivo, o en el peor de los casos, muy alentador.

Se trata de un conjunto de técnicas de fácil ejecución, con un mínimo de contraindicaciones y que realizada después de una concienzuda exploración y consiguiente diagnóstico exacto de la alteración, practicada en las debidas condiciones de asepsia y perfección en la técnica, nos va a proporcionar resultados muy satisfactorios.

Respetando en lo posible la temática general de este Congreso Nacional de Podología, ha procurado centrar esta comunicación en el tratamiento de las malformaciones óseas, osteo-articulares, musculares y ligamentosas por medio de una serie de técnicas (recopilación y la aportación de mi experiencia personal en el tema), las indicaciones y contraindicaciones, la preparación del paciente, del equipo y del Podólogo para su ejecución, etc..., y en general, todo aquello que pueda resultar de utilidad para estimular a los compañeros que no la usan.

INDICACIONES DE LA PARACENTESIS ARTICULAR

I.— Paracentesis Exploratoria:

Está indicada para la toma de líquido articular (sinovial) con fines analíticos, que pueden ser:

1.— Citológicos.
2.— Bacteriológicos.
3.— Serológicos.
4.— Inmunológicos.

Si existe la sospecha de infección, la paracentesis exploratoria puede ir seguida de un lavado articular.

En el cuadro siguiente podemos apreciar las características de un líquido normal o patológico.

PRIM, S. A. - DIVISION PODOLOGIA

Rathgeber

- **CALZADO FISIOLOGICO Y ANATOMICO EN COLECCIONES DE INVIERNO Y VERANO.**
- **PLANTILLAS CORRECTORAS:**
  - — *PLEXIDUR.*
  - — *CORCHO.*
  - — *ACERO INOXIDABLE.*
- **ARCOS Y ELEVACIONES.**
- **PLANTILLAS DESCANSO.**
- **VENDAJES ELASTICOS.**
- **PRODUCTOS PODOLOGICOS PARA CALLOS, DUREZAS, JUANETES, ETC.**
- **PODOGRAFOS, CALENTADORES ELECTRICOS, ETC.**

SIMONA

- **MATERIALES PLASTICOS TERMOFORMABLES PARA LA CONFECCION DE DISPOSITIVOS ORTOPEDICOS:**
  - — *POLIETILENO BLANCO Y COLOR PIEL.*
  - — *SUBORTOLEN.*
  - — *POLIPROPILENO.*

OTROS MATERIALES PLASTICOS

- **PE LITE:** *ESPUMA DE POLIETILENO EN DIFERENTES COLORES, DUREZAS Y ESPESORES.*
- **PLEXIDUR.**
- **SISTEMAS T.P.V.** *(TERMOFORMADO DE PLASTICOS POR VACIO).*
- **EQUIPOS, HORNOS, INSTALACIONES, HERRAMIENTAS, ETC.**
- **TALONERAS Y CAZOLETAS PREFORMADAS EN POLIETILENO, SUBORTOLEN, POLIPROPILENO.**

SOLICITE INFORMACION Y CATALOGOS:

PRIM, S. A.
—DIVISION PODOLOGIA—
POLIGONO INDUSTRIAL ARROYOMOLINOS - CALLE C, 20 - TEL. 613 40 71
MOSTOLES - MADRID

Cuadro I: Análisis del Líquido Sinovial

CARACTERISTICAS	LIQUIDO NORMAL	LIQUIDO PATOLOGICO
Apariencia espesa	Claro/amarillo pálido.	De borrosa a opaca/De verde-amarilla a gris.
Viscosidad	Viscoso	Viscosidad decreciente o acuosa.
Formación de coágulos	No coagula.	Coágulos permanentes.
Test de coagulación	Coagulación escasa "viscosa".	Débil coagulación "a fragmentos".
Examen microscópico	No cristales.	Cristales e inclusión de células.
Examen bacteriológico	Estéril.	No estéril.
Estudios inmunológicos	Test negativo.	Puede tener test positivo.
Factor reumatóide	Complemento normal.	Complemento reducido.
Nivel de glucosa	Igual que en sangre.	Entre sangre y líquido sinovial diferencia mayor 30 mg. %
Contenido protéico total	Bajo.	Aumentado.
Determinación pH	Alcalino.	Generalmente ácido.

Extractado de "ASPIRATION AND INJECTION THERAPY IN ARTHRITIS AND MUSCULOSKELETAL DISORDERS". 1972, Harper & Row Publishers.

II.— Paracentesis Descompresiva:

La paracentesis curativa, en función de paracentesis descompresiva, está indicada en todas las tumefacciones articulares serosas cuando existe el peligro de provocar una pseudoartrosis por hiperdistensión de la cápsula articular y de los ligamentos:

1.— Bursitis de calcáneo.
2.— Bursitis del hallux valgus.
3.— Bursitis gotosas.
4.— Tenosinovitis de los extensores del pie.
5.— Tenosinovitis de los dedos del pie.
6.— Paratendinitis del tendón de Aquiles.



A L M E

Consulta psicológica y reeducación

- Trastornos de lenguaje (tartamudez, dislalias, lecto-escritura, etc.).
- Niños límite.
- Modificación de conducta.
- Psicodiagnóstico.
- Psicoterapia (dirigida por psiquiatra y psicólogos clínicos).

Juan de Austria, 10 - Bajo - B
Teléf. 448 17 97 - MADRID (10)

Consulta: Previa petición de hora.

III.– Paracentesis Curativa:

La paracentesis curativa, bajo forma de inyección intra-articular de corticoides (muy frecuentemente asociada a la paracentesis descompresiva e indicada en idénticos casos que ésta), está indicada en los casos de:

1.– Artritis reumática, poliartritis crónica primaria, espondilitis anquilosante.
2.– Artritis específica no infecciosa: Sinovitis, Artrosinovitis vellosas, etc...
3.– Colagenosis: Lupus eritematoso, Esclerodermia, etc...
4.– Artropatía psoriásica.
5.– Artrosis en fase irritativa.
6.– Tumefacciones articulares post-traumáticas: Esguinces, Distensiones, Síndrome del seno del tarso, Síndrome del canal tarsiano, Luxación recidivante de peroneos, etc., etc...
7.– Tumefacciones articulares por malformaciones biomecánicas: Valguismos, varismos, pies planos, etc., etc...
8.– Artritis gotosas agudas y crónicas.

En las afecciones citadas, el recurso de la inyección intra-articular de corticoides tiene su significado preciso únicamente si se tienen en cuenta las siguientes premisas:

1ª.– Cuando conviene evitar la corticoterapia por vía oral, debido a que sólo hay una articulación afectada (proceso monoarticular) o porque convenga aliviar las articulaciones más gravemente afectadas en un proceso poliarticular o porque subsistan contraindicaciones para la administración de corticoides por vía oral o general (diabetes mellitus, osteoporosis, embarazo, etc., etc...).

2ª.– Como coadyuvánte de la terapia esteroide por vía oral, cuando algunas articulaciones muestren resistencia a este tipo de terapia.

INDICACIONES DE LA PARACENTESIS ARTICULAR EN PODOLOGIA

I.– Metatarsalgias:

a) Síndrome de insuficiencia de algún o de varios MTT, acompañado de dolor y/o hiperqueratosis con o sin bursitis.

b) Síndrome de las luxaciones patológicas de los dedos.

c) Neuroma de Morton.

2.– Procesos patológicos del tendón de Aquiles:

3.– Procesos y síndromes dolorosos de tobillo:

a) Esguinces y distensiones de tobillo a distintos niveles.

b) Síndrome del seno del tarso.

c) Síndrome del canal tarsiano.

4.– Procesos patológicos del calcáneo:

a) Bursitis de calcáneo.

b) Espolón de calcáneo inferior.

c) Exóstosis de Haglund.

5.– Bursitis de distinta localización:

a) Bursitis del hallux valgus.

b) Bursitis del quintus varus.

c) Bursitis gotosas.

d) Bursitis e higromas en los dedos consecutivos a alteraciones en su alineación (dedos en garra o dedos en martillo).

6.– Procesos dolorosos por malformaciones biomecánicas:

a) Pie plano.

b) Pie cavo.

c) Pie valgo.

d) Pie varo, etc., etc..., cuando estas malformaciones produzcan procesos dolorosos y/o inflamatorios (cosa muy frecuente).

7.– Otros procesos dolorosos:

a) Exóstosis de cola de astrágalo (talalgia posterior).

b) Huesecillos supernumerarios (fractura de los mismos o conflictos con calzado, etc...).

CONTRAINDICACIONES DE LA PARACENTESIS ARTICULAR

1.– Sospecha de la artritis de origen bacteriano:

a) Tuberculosis.

Cuadro II: Reacciones Adversas y Poder Antiinflamatorio de Algunos Corticoides

CORTICOIDE	PODER ANTIINFL.	RETEN-CION DE SODIO	HIPER-GLUCEMIA Y GLUCOS.	ULCERA GASTRO-DUODEN	OSTEO-POROSIS	RIESGO DE INFECCIO-NES
HIDROCOR-TISONA	1	* * *	* *	* *	* *	* *
PREDNISONA	4	*	* *	* * *	* *	* *
PREDNISO-LONA	4	*	* *	* * *	* *	* *
MEPREDNI-SONA	5	0	* *	*	*	* *
METILPRED-NISOLONA	5	0	* *	* *	* *	* *
TRIAMCINO-LONA	5	0	* *	* * *	* *	* *
DEXAMETO-SONA	30	0	* *	* * *	*	* *
BETAMETA-SONA	35	0	* *	* * *	*	* *
FLUOCORTO-LONA	4	0	*	*	*	* *
CORTIVA-ZOL	50	0	*	*	*	* *

PREPARADOS USADOS PARA PARACENTESIS ARTICULAR PODOLOGICA

El fármaco más usado es la cortisona y sus derivados, los corticosteroides. El corticoide que, en mi opinión, reune las mejores condiciones de uso en Podología es la BETAMETOSONA, por las siguientes causas:

1ª.– Potencia adecuada en relación con la patología a tratar.

2ª.– Mínima formación de microcristales intra-articulares y éstos son planos, al contrario que otros corticoides.

3ª.– Gran poder de absorción del edema (como glucocorticoide) y óptimo efecto antiálgico-antiinflamatorio.

4ª.– Perfecta tolerancia y mantiene su eficacia aún en tratamientos prolongados.

Hay autores que propugnan la infiltración asociada de corticoides y de un anestésico local. El efecto "a largo plazo" nos va a venir marcado por la eficacia del corticoide elegido y del acierto en el punto de la inyección, pero la asociación de un anestésico local a este corticoide mejorará el efecto inmediato de la paracentesis. Hará que el paciente reaccione mucho mejor a la paracentesis articular por el rápido alivio del dolor que le producirá este anestésico. El anestésico que uso habitualmente es MEPIVACAINA al 1 % , siempre sin vas-constrictor.

Dosificación:

La cantidad de corticoide y anestésico local dependerá siempre del tamaño de la articulación, de la gravedad del proceso y de las peculiaridades individuales del paciente (edad, estado anímico, estado físico general, etc...). Por ello, las dosificaciones que se expresan en el CUADRO III lo son a título orientativo, dejándo a criterio personal las variaciones que se crean convenientes.

Cuadro III: Dosificación de corticoides y anestésico.

ARTICULACION	BETAMETASONA	MEPIVACAINA 1 %
Tobillo	1 cc.	2,5 cc.
Subastragalina, Seno del tarso y MTT-falángicas	0,5 – 1 cc.	1 – 3 cc.
Interfalángicas	0,25 – 0,50 cc.	1 – 2 cc.
Espolón de calcáneo	1 – 1,5 cc.	2,5 – 4 cc.

Si tomamos como referencia la inyección de coricoides DEPOT, como la Betametasona (CELESTONE-CRONODOSE: Composición por cc.: 3 mgrs. de betametasona en forma de fosfato disódico y 3 mgrs. de betametasona en forma de acetato), la periodicidad oscilará entre el paciente que sólo precisa de una o dos inyecciones para solucionar su proceso patológico hasta el paciente que requerirá 4, 5 ó más inyecciones, siempre según el proceso patológico.

Dentro del campo que nos ocupa, la Podología, y según mi experiencia personal, después de la primera inyección, suelo hacer volver al paciente a los 4 ó 6 días para comprobar el efecto del tratamiento y para detectar precozmente una posible infección articular. Si el efecto no es el deseado (suficiente), repito la inyección y cito al paciente para dentro de 30 días; entonces, si es preciso, insisto en la terapia. Posteriormente, si la patología persiste y los resultados no son completos acostumbro a seguir infiltrando cada 3-6 meses, sin sobrepasar en ningún caso las 6 infiltraciones anuales.

PREPARACION PARA LA PARACENTESIS ARTICULAR EN PODOLOGIA

I.— Preparación del Equipo:

Serán necesarios:

1.—Jeringuillas desechables de 2 cc. y de 5 cc.
2.—Agujas desechables de calibre 20 G, 22 G y 25 G.
3.—Paños de campo y guantes estériles.
4.—Gasas estériles.
5.—Vendas tipo Cambric de varios tamaños.
6.—Vendajes elásticos (tipo Tensoplast).
7.—Esparadrapo normal y antialérgico.
8.—Otros materiales: Descargas metatarsales tipo Moleskin, Pelilastik, siliconas, etc..., para tratamiento posterior a la paracentesis.
9.—Suero fisiológico (para test de prueba de sensibilidad).
10.—Cloruro de etilo en spray, para anestesia superficial.
11.—Antiséptico local: Tintura de Yodo o Tintura de Merthiolate.
12.—Anestésico local: Mepivacaína 1 % , sin vasoconstrictor.
13.—Corticoide: Celestone-Cronodose (Betametasona).
14.—Sodio secobarbital u otro barbitúrico (Para el tratamiento de hipersensibilidad al anestésico local).

II.— Preparación del campo:

Sería conveniente que la paracentesis articular se realizase en un lugar distinto al que se efectúa la quiropodia por ser éste un lugar con ambiente "séptico" (se desbridan higromas, helomas infectados, uñas micóticas, pasan muchas personas y donde habitualmente existe polvo en suspensión por el fresado de las uñas). Por ello yo suelo realizar la paracentesis en la sala de exploración, en la camilla, protegiendo el campo con tallas estériles. De este modo y después de efectuar decenas de infiltraciones, nunca se me ha dado el caso de infección articular ni de necrosis séptica.

III.—Preparación del paciente:

1º.—Tranquilizarlo: Hacerle saber que la paracentesis es una técnica prácticamente indolora y que los beneficios que va a obtener con ella le compensarán ampliamente de las pequeñas molestias que pueda sentir.

2º.—Lavar el pie con un jabón tipo LACTACYD.

3º.—Desinfectar la piel con Alcohol de 70º.

4º.—Pincelar la zona de infiltración y adyacentes con Tintura de Yodo o Tintura de Merthiolate.

IV.—Preparación del podólogo:

1º.—Lavar y cepillar meticulosamente las manos, antebrazos y brazos.

2º.—Desinfectar manos, brazos y antebrazos con alcohol de 70º u otra solución antiséptica (HIBITANE).

EL ANTITRANSPIRANTE DE LOS PIES

Pedusek®

La solución para 3 meses.

VENTA EN FARMACIAS

ARCANDOL®



El relajante de los pies.

3º.—Preparar la solución a infiltrar.

4º.—Colocación de guantes estériles.

V.— Ejecución de la paracentesis:

1º.—Será siempre INMEDIATAMENTE DESPUES de la preparación del paciente y del Podólogo.

2º.—Efectuar, si se desea, anestesia superficial con Cloruro de etilo, con Jeringa Dermojet, etc..., etc...

3º.—Determinar por palpación (si no se ha hecho previamente) el punto de máximo dolor o el que deseamos infiltrar.

4º.—Hacer una pápula subcutánea con la solución a infiltrar y esperar unos 5-10 minutos para comprobar posibles fenómenos de hipersensibilidad a la sustancia.

5º.—Introducir la aguja intra-articularmente e infiltrar, si se desea obtener un mayor beneficio, igualmente todo el trayecto: cutáneo, subcutáneo y cápsula articular.

6º.—Extracción de la aguja.

VI.—Tratamiento sucesivo a la paracentesis articular:

1º.—Desinfectar nuevamente el campo de infiltración y adyacentes con tintura antiséptica.

2º.—Someter la articulación a un pequeño masaje a fín de extender el líquido infiltrado uniformemente.

3º.—Esperar unos minutos y comprobar el efecto analgésico (unos 5 minutos).

4º.—Protección de la zona de infiltración por medio de vendajes, almohadillados, ortesis de silicona, plantillas ortopédicas, etc..., según proceda. Hemos de tener muy en cuenta que la paracentesis articular no se trata de una terapia definitiva por sí misma, sino que debe de ir asociada al tratamiento de fondo de la alteración: desbridar helomas infectados, descargas metatarsales en malformaciones del antepie, vendajes escayolados o elásticos, plantillas para corregir desequilibrios, malformaciones o simplemente de descarga, inmovilización y reposo, etc..., etc..., según convenga en cada caso.

5º.—Citar al paciente para control a los 3 ó 4 días para, como hemos indicado antes, valorar el efecto de la infiltración y para detectar precozmente una posible infección intra-articular.

TECNICA DE LA INYECCION INTRA-ARTICULAR: GENERALIDADES:

I.— Punto de inyección:

Generalmente, el lado extensor de la articulación es la parte óptima para la punción. En la proximidad del punto de introducción no deberá encontrarse ningún vaso grande o nervio. Deberá prestarse especial atención en no lesionar ningún vaso grande o nervio. así como cartílagos o fibrocartílagos intra-articulares (meniscos).

II.– Introducción de la aguja:

Comprobaremos que la aguja está en el punto exacto por medio de los siguientes signos:

1º.– Libertad de movimientos de la punta.

2º.– Aspiración de líquido sinovial (en articulaciones grandes).

3º.– La ligera presión sobre el émbolo de la jeringa es suficiente para prácticar la inyección.

III.– Técnica:

Se tendrán en cuenta las siguientes premisas:

1ª.– Posición del paciente y de la articulación.

2ª.– Punto de introducción de la aguja.

3ª.– Medidas técnicas auxiliares para practicar la paracentesis.

4ª.– Introducción de la aguja.

5ª.– Tratamiento posterior.

A continuación paso a describir las diferentes técnicas de paracentesis articular en Podología.

TECNICA DE LA PARACENTESIS ARTICULAR EN PODOLOGIA

I.– Articulación Tibio-Peroneo-Astragalina:

Posición del paciente:

Decúbito dorsal o supino, con el pie ligeramente extendido.

Punto de introducción:

A 2 ó 3 cms. del vértice del maléolo interno, hacia la cara anterior es perceptible por palpación una depresión situada entre el margen anterior del maléolo y el astrágalo. El punto de inyección se encuentra siempre en la media del tendón del dedo gordo.

Introducción de la aguja:

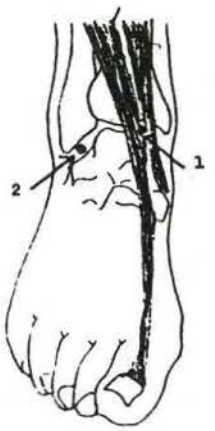
En la base de la depresión antes citada. La aguja casi paralela a la planta del pie. Profundidad de la introducción: 1,5-2 cms.

Otros puntos de inyección:

Por debajo del maléolo peroneo, en diagonal, en el espacio entre el peroné y el astrágalo (abordaje sub-peroneo).

(Ver Figuras 1 y 2).

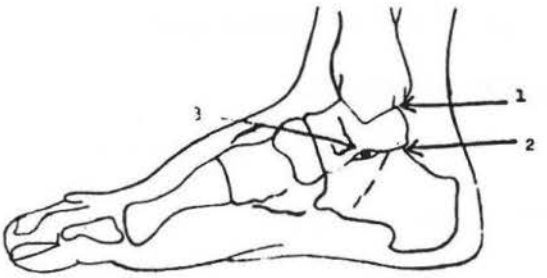
Figura 1: Puntos de inyección en el Tobillo



1: Abordaje sub-tibial de la articulación tibio-peroneo-astragalina.

2: Abordaje sub-peroneo de la articulación tibio-peroneo-astragalina.

Figura 2: Puntos de inyección en Tobillo y Tarso posterior:



II.– Articulación Subastragalina:

Posición del paciente:

Decúbito prono, con el pie apoyado en la camilla por la punta de los dedos y en flexión dorsal.

Punto de introducción:

Por debajo del maléolo tibial (maléolo interno), esquivando el tendón de Aquiles.

Introducción de la aguja:

En medio de la distancia entre el maléolo tibial y el tendón de Aquiles, introducir la aguja 1-1,5 cms, paralela a la planta del pie.
(Ver Figura 2).

III.– Seno del Tarso:

Posición del paciente:

Decúbito prono. Pie-pierna en ángulo recto.

Punto de introducción:

En el punto de unión entre el calcáneo y el astrágalo se forma una hoquedad por la que pasan buena parte del paquete nervioso y vascular del pie.

Introducción de la aguja:

En esa hoquedad, que se aprecia por palpación, introducir la aguja entre 1,5 y 3 cms.
(Ver Figura 2).

IV.– Articulaciones Metatarso-Falángicas:

Posición del paciente:

Decúbito supino o prono (según el abordaje sea dorsal o plantar) o en sedestación, pie-pierna en ángulo recto (en abordajes dorsales).

Punto de introducción:

Exactamente en la articulación metatarso-falángica que se desee infiltrar.

Introducción de la aguja:

Elegido el punto de introducción, traccionar de la falange proximal del dedo e introducir una aguja finísima, aproximadamente 0,25 - 0,50 cms.
(Ver Figura 3).

V.– Articulaciones Interfalángicas:

Posición del paciente:

En sedestación o en decúbito supino, con el pie y los dedos relajados.

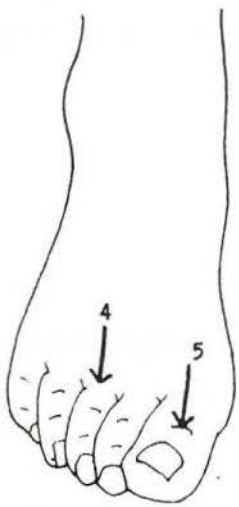
Punto de introducción:

Exactamente en la articulación interfalángica que se desee infiltrar.

Introducción de la aguja:

Traccionar vigorosamente del dedo e introducir una aguja finísima unos 5 mm. en la articulación en dirección de la hendidura interarticular y por encima de los segmentos dorso-laterales de la articulación. La profundidad no deberá sobrepasar en ningún caso de 0,5 cms.
(Ver Figura 3).

Figura 3: Puntos de inyección en MTT-Falángicas e Interfalángicas:





1,2 y 3: Abordaje plantar de las articulaciones MTT-Falángicas (no recomendable).

4: Abordaje dorsal de las articulaciones MTT-Falángicas.

5: Abordaje dorsal de las articulaciones interfalángicas.

VI.– Espolón de Calcáneo:

Posición del paciente:

Tanto si el abordaje es lateral como si lo es plantar, la posición será la de sedestación o en decúbito supino, dejando libre y relajado el pie.

Puntos de introducción:

Por debajo del maléolo externo (abordaje lateral externo) o por debajo del maléolo interno (abordaje lateral interno) o plantar, siempre buscando el espolón (es conveniente tratar de localizar radiográficamente el punto exacto de localización de la exóstosis, sin conformarnos con encontrar únicamente el punto de máximo dolor).

Introducción de la aguja:

Elegida la forma de abordaje, se introduce la aguja 1-2,5 cms., teniendo especial cuidado en infiltrar toda la zona adyacente al espolón ya que, como todos sabemos, lo que produce el dolor no es el espolón en sí, sino la tracción excesiva de la fascia plantar y la fascitis que consiguientemente se produce alrededor de la exóstosis. Igualmente se infiltrará todo el trayecto de la inyección.

(Ver Figura 4).

VII.– Exóstosis de Haglund:

Posición del paciente:

Decúbito lateral o decúbito prono.

Punto de introducción:

En el punto medio entre los dos maléolos, esquivando el tendón de Aquiles, buscar la tuberosidad posterior del calcáneo.

Introducción de la aguja:

En el punto antes citado, introducir una aguja muy fina 0,25 - 0,50 cms.
(Ver Figura 4).

VIII.– Exóstosis de Astragalo:

Posición del paciente:

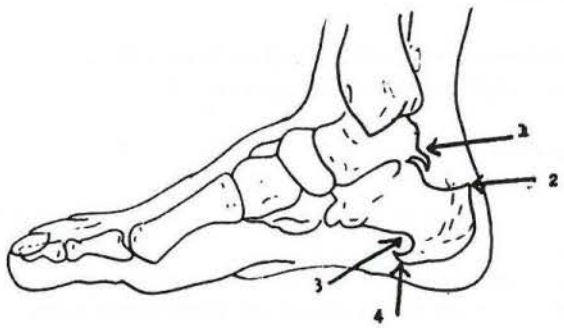
Como en exostosis de Haglund.

Introducción de la aguja:

Como en exóstosis de Haglund, buscando la exóstosis en la cola del astrágalo, introducir una aguja muy fina 0,5 - 1 cm.

(Ver Figura 4).

Figura 4: Puntos de inyección en Exóstosis de Calcaneo y Astrágalo:



1: Punto de inyección en una exóstosis de cola de astrágalo.

2: Abordaje posterior de talón: Punto de inyección en Exóstosis de Haglund y en Bursitis de inserción del tendón de Aquiles.

3 y 4: Puntos de inyección en el espolón plantar de calcáneo.

IX.– Paracentesis en Bursitis:

Un capítulo muy importante en la práctica podológica diaria.

La posición del paciente será la adecuada a cada caso, según se ha explicado anteriormente.

La paracentesis será, en primer lugar, si es posible, DESCOMPRESIVA (extracción del contenido de la bolsa) y, posteriormente TERAPEUTICA (infiltración de corticoide), teniendo muy en cuenta la contraindicación absoluta de ésta última ante la sospecha de infección piógena en la articulación o en sus alrededores. Igualmente será muy importante el tratamiento posterior a la paracentesis, protegiendo la zona de la forma más adecuada.

He de recordar aquí la extraordinaria ponencia de mi querido profesor y compañero JULIO ALONSO GUILLAMON, ponencia presentada en el XV Congreso Nacional de Podología, celebrado el pasado año en Castellón, en la que nos daba cuenta de sus experiencias (cita unos 40 casos) con infiltraciones de corticoides en estos problemas podológicos y los excelentes resultados obtenidos.

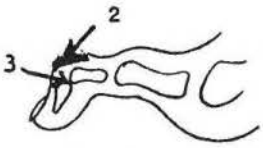
La infiltración en bursitis debe de ir seguida de diversos procedimientos de descarga: palmillas blandas (tipo tepefoam), ortesis de silicona, vendajes compresivos o semi-compresivos, tratamientos electro-podológicos (ultrasonidos, onda corta, etc., etc...), fisioterapia activa y/o pasiva, etc., etc..., según el caso. Sólo así obtendremos los resultados apetecidos de una serie de técnicas de fácil ejecución y que, realizadas adecuadamente, carecen practicamente de riesgos.

(Ver Figura 5).

Figura 5: Puntos de inyección en Bursitis:



1: Punto de inyección en una Bursitis interdigital por un dedo en martillo (absolutamente contraindicada ante la remota sospecha de infección piógena).



2: Inyección para extraer el líquido de la bolsa (paracentesis descompresiva) en un dedo en garra distal.

3: Punto de inyección (paracentesis curativa) en el caso anterior. Posterior a la paracentesis descompresiva.



4: Punto de inyección en un dedo en garra invertida. Primero se realizará la evacuación del líquido de la bolsa y después la infiltración.

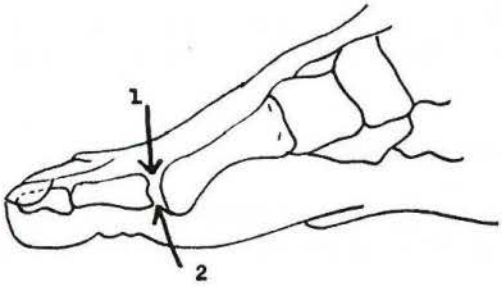
Nota: En el caso que, al efectuar una paracentesis descompresiva en una bursitis, nos encontrásemos infección piógena, se puede asociar dicha paracentesis con un lavado articular y periarticular con suero fisiológico y dar el tratamiento antibiótico local (y general, si es preciso) que se crea más conveniente.

X.– Paracentesis en Hallux Valgus y Quintus Varus:

Se procederá de igual modo que el expuesto en la infiltración de las articulaciones metarso-falángicas, prestando especial cuidado en la evacuación del contenido de la eventual bursitis metatarso-falángica, que con extraordinaria frecuencia aparecen en estas malformaciones. Igualmente se prestará especial cuidado en la posterior protección de la zona infiltrada.

(Ver Figura 6).

Figura 6: Puntos de inyección en el Hallux Valgus



1: Abordaje dorsal de hallux valgus.

2: Abordaje lateral del hallux valgus.

PROBLEMAS EN LA INYECCION DE CORTICOIDES Y MEPIVACAINA INTRA-ARTICULAR

I.– Hipersensibilidad a la Mepivacaina:

En dosis que no sobrepasen los 10 cc. al 1%, raramente suelen dar mayores problemas, con los siguientes síntomas:

1.– Debilidad.
2.– Mareos.
3.– Palidez.
4.– Taquicardia, etc., etc...

Estos síntomas aparecen entre los 5 y los 15 minutos después de administrado el preparado y es muy difícil determinar si se debe a una ligera hipersensibilidad o a una simple lipotimia emocional. El tratamiento consiste en colocar al paciente en posición de Trendelemburg y suelen desaparecer los síntomas. Para mayor seguridad se puede hacer una prueba de sensibilidad inyectando 0,1 cc. subcutáneo y efectuar, como testigo, otra pápula de 0,1 cc. de suero fisiológico en un lugar alejado de la primera inyección.

En casos más severos, se puede administrar 0,10 grs. de Sodio secobarbital u otro barbitúrico. Incluso puede ser necesaria la administración de oxígeno, aunque a mí, personalmente, nunca se me ha dado el caso de recurrir nada más que a tranquilizar al paciente y colocarlo en posición de Trendelemburg.

II.– Lesión de Tejidos Periarticulares:

Es un peligro en cualquier inyección. Se puede rozar un nervio, lo que producirá un agudo dolor, sin llegar a producir mayores complicaciones. Igualmente, se puede, romper un pequeño vaso, lo que produciría una hemorragia subcutánea, que se solucionará con compresas frías o, simplemente, con un vendaje semi-compresivo y tiempo.

III.– Infección:

En mi experiencia con docenas de inyecciones intra-articulares, en ningún caso se me ha presentado este problema. Siguiendo las mínimas normas de asepsia es extraordinariamente difícil el introducir una infección intra-articular y, mucho menos, producir una necrosis séptica.

Unicamente hay que tener muy presente que está completamente contraindicado la infiltración de corticoides en una articulación ante la sospecha de infección articular.

IV.– Cristales Intra-Articulares:

Como hemos dicho antes, la Betametasona produce una mínima formación de microcristales y, además, éstos son planos, por lo que este problema raramente se producirá.

En inyecciones con Triamcinolona acetónido y otros corticoides se puede producir una auténtica SINOVITIS CRISTAL-INDUCIDA, que se puede combatir con hielo in situ, analgésicos (como la aspirina), etc., cediendo en 24-72 horas.

Todos estos problemas no constituyen por sí mismos una contraindicación absoluta (excepto la hipersensibilidad grave a los productos a inyectar) de paracentesis articular. Unicamente nos harán ser extremadamente cuidadosos y cautos en su ejecución.

CONCLUSIONES

1a.— La PARACENTESIS ARTICULAR no es ninguna panacea a pesar de los óptimos resultados que podamos obtener con ella. Por sí sóla raramente soluciona de una forma definitiva la patología dolorosa que se nos pueda presentar. Esta serie de técnicas precisan de un posterior tratamiento etiológico de la afección.

2ª.— No se deberá usar de una forma precipitada. Antes de infiltrar es necesario establecer un DIAGNOSTICO EXACTO del problema a tratar, puesto que una infiltración precipitada puede enmascarar un cuadro grave en el que el dolor o la inflamación no sea nada más que un mero síntoma de una enfermedad más grave (por ejemplo, en una talalgia por una espondilitis anquilopoyética o por una sífilis).

3ª.— Se procederá siempre con el máximo de ASEPSIA y, si es posible, utilizando equipos, paños de campo y guantes estériles. Igualmente, material inyector desechable y todo ello precedido de una escrupulosa desinfección de la zona y del Podólogo.

4ª.— Como condición previa a la paracentesis, haremos una historia podológica y patológica, en general, completas. Investigaremos, sobre todo, las alteraciones generales que contraindiquen la infiltración (tuberculosis, diabetes mellitus descompensada, osteoporosis, alteraciones en la coagulación sanguínea, etc., etc...) o que nos hagan practicarla con el máximo de precauciones (enfermos hipersensibles o psicóticos, hipersensibilidad leve a los productos a inyectar, etc., etc...).

Como habreis podido comprobar, se tratan en realidad de una serie de técnicas muy asequibles y que, efectuadas con una serie de precauciones elementales, no revisten grandes riesgos, produciendo lo que todos buscamos en nuestra práctica profesional diaria: aliviar los pies de nuestros pacientes.

Muchas gracias.

Existe un libro monográfico interesante de las ponencias presentadas en el Congreso Nacional de Castellón. El tema general de este libro es LA PODOLOGIA ESCOLAR, LABORAL Y DEPORTIVA.

Los pedidos al precio de 1.200 ptas. contra reembolso al recibir el citado los podéis hacer a:

D. JOSE AGUILAR BELTRAN
Asensi, 12-4ª- CASTELLON DE LA PLANA
Tel. 964-22 58 81.

Tener en cuenta que este Congreso resultó deficitario, y con este pedido enriqueceríais vuestra biblioteca, y contribuiríais a enjugar el déficit.

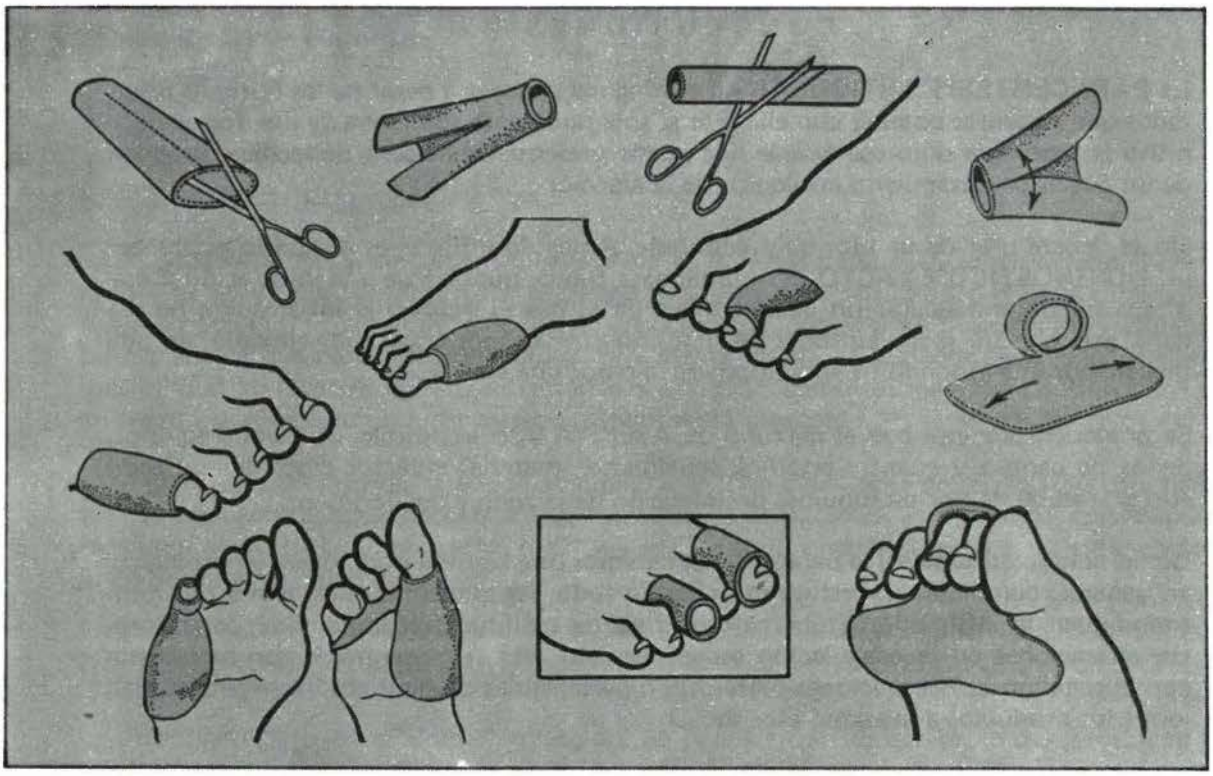
GRACIAS DE ANTEMANO. LA REDACCION.

TUBOPROTE®

Ref. 108

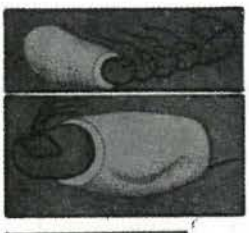
Vendaje Tubular de gasa, recubierto de Foam, con doble vuelta

TUBULAR FOAM DRESSINGS



Vendaje tubular de gasa recubierto de Foam, con doble vuelta que permite hacer todo tipo de protecciones, almohadillas, juaneteras, etc. Fácil de adaptar a cualquier necesidad podológica. Alivia las metatarsalgias sin abultar en el interior del calzado. Es fácil de quitar y substituir.

Este vendaje revolucionario, está siendo utilizado con éxito por los Podólogos de todo el mundo.





Se sirve en cuatro tamaños; *1:* 15 mm. de diámetro; *2:* 18 mm. de diámetro; *3:* 21 mm. de diámetro y *4:* 21 mm. de diámetro.

Cada caja contiene 12 tubos de 25 cms. de longitud.

Tubular Foam Dressings.

Box of 12 pieces (25 cms. each)

Size ..... 15 mm. diameter
Size ..... 18 mm. diameter
Size ..... 21 mm. diameter
Size ..... 25 mm. diameter

López de Hoyos, 142, 5.º - Madrid-2 - ESPAÑA - Teléf. 413 15 70

LUGA

ENTREVISTA A JOSE ANTONIO CALVO



Con motivo de las II Jornadas Aragonesas de Podología, se tributó un homenaje a José Antonio Calvo García, quien fué Delegado Provincial de Zaragoza de la Agrupación de Podólogos de España y Secretario General de dicha Agrupación durante más de 25 años. A dicho homenaje se unieron la práctica totalidad de las Asociaciones de Podología de las diferentes regiones y nacionalidades de España, al igual que la Asociación Española de Podología y diversas entidades y particulares.

Transcurridos unos días, hablamos con el homenajeado.

¿Háblamos del comienzo de tu ejercicio profesional?

Yo terminé la carrera de Practicante en 1941, que más tarde convalidé por la de A.T.S., iniciando mi ejercicio profesional en la Clínica San Antonio de Zaragoza, donde aún presto mis servicios como Podólogo. En 1950 comencé, como todos los Cirujanos-Callistas de entonces, abriendo mi gabinete al público más con afición y vocación que con conocimientos, los cuales me vinieron gracias a la experiencia de la Clínica y a algunas prácticas que hice con D. Ramón Lacruz que era el callista de la Sociedad Médica donde yo prestaba mis servicios como Practicante.

¿Cómo se realizó el desarrollo de la profesión?. ¿De qué modo se pasó de la antigua carrera de Cirujano-Callista a la de Podólogo?

En el año 1959 me puse en contacto con Leonardo Escachs (E.P.D.). De ese primer contacto nació una amistad y una serie de reuniones con la finalidad de hacer algo por la profesión. El primer fruto fué la consecución de la denominación de Podólogo para los Cirujanos-Callistas. Se planificó la Especialidad, programas de estudios y Escuelas y, por fín, con grandes esfuerzos, la aprobación del Decreto 727 de 2 de Marzo de 1962 por el que se reconoce y reglamenta la Especialidad de Podología para Practicantes-A.T.S. En el artículo 7º de dicho Decreto del Ministerio de Educación, se convalidó el título de Podólogo a todos los Cirujanos-Callistas que justificaron su dedicación, con gabinete abierto al público y estando al corriente de las tasas fiscales.

A partir de ahí, se abrió la Escuela de Podólogos de Barcelona donde fuimos realizando Cursos de Perfeccionamiento, con los que nos fuimos documentando.

¿Cómo ves el actual momento de la Podología?

En el momento actual, pese a este compás de espera, lo veo con gran optimismo por el alto nivel científico que ha alcanzado la Especialidad y con la confianza de que muy pronto lleguemos a conseguir que deje de ser Especialidad para convertirse en Carrera Universitaria.

¿De qué modo crees que va a evolucionar la Podología?. ¿Cómo ves el futuro de la Podología en todos sus aspectos?

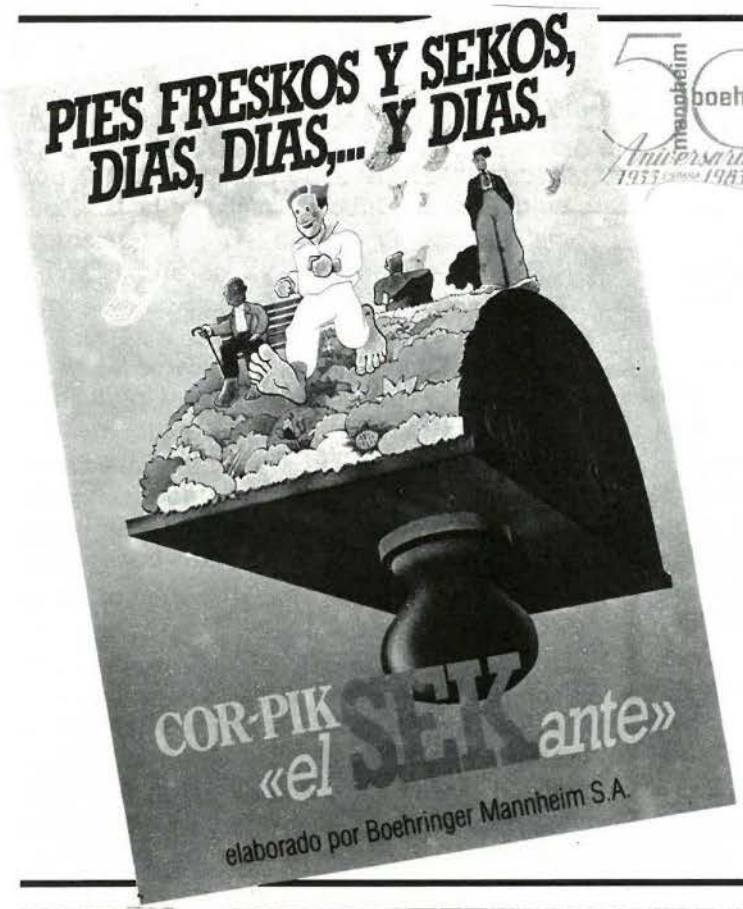
Si se consigue el rango Universitario para la Podología, el futuro es intentar alcanzar el nivel de los EE.UU., encargándonos de la cirugía podológica en unos aspectos más amplios.

¿Qué recuerdos guardarás del homenaje que se ha tributado con motivo de las II Jornadas Aragonesas de Podología?

Ha sido lo más emocionante de mi vida por lo grande, lo emotivo, lo bien organizado y por saber que en toda España tengo tan grandes y buenos amigos.

José Antonio Calvo García, Podólogo, gracias por toda una vida de dedicación y entrega a un ideal: la Podología; gracias por los años pasados, por los ejemplos presentes y por los años que aún te quedan (muchos) de seguir ejerciendo y luchando por nuestra profesión. Gracias a hombres y mujeres así, podemos augurar un futuro feliz para los Podólogos de hoy y para los del futuro.

Zaragoza, Diciembre de 1983



COR-PIK SEK

Para que los pies permanezcan FRESCOS Y SECOS, DIAS, DIAS... y DIAS, son precisas unas acciones básicas

- ACCION ANTITRANSPIRANTE
- ACCION DESODORANTE

y que los efectos sean prolongados.

COR-PIK SEK cumple estos requisitos eficazmente. Generalmente basta aplicar cada 3 meses, aunque puede variar en función de la intensidad de sudoración de cada usuario. Aportando además:

- ACCION DERMOPROTECTORA (HIDRATANTE/EMOLIENTE)
- ACCION RELAJANTE
- ACCION SUAVIZANTE (QUERATOPLASTICA)

PRESENTACION

Estuche para una aplicación conteniendo Sobre n.º 1 (Sales de Baño) y Sobre n.º 2 (Polvo).



COR-PIK SALES

(Baño de Pies) **concentradas**

Baño relajante de la musculatura. Suprime el ardor, es suavizante y desodorante de los pies a través de sus acciones:

- DESCONGESTIVA • EPITALIZANTE
- QUERATOPLASTICA • ASTRINGENTE
- OXIGENANTE • ANTISEPTICA

PRESENTACION

Estuche de 15 sobres de 10 grs.

COR-PIK GEL

Reposante, Refrescante y Desodorante a través de sus acciones:

- ASTRINGENTE • VASOPROTECTORA
- DESCONGESTIVA • ANALGESICA
- REFRESCANTE • ANTISEPTICA

PRESENTACION Tubos de 50 grs.

elaborado por Boehringer Mannheim S.A.

II JORNADAS ARAGONESAS DE PODOLOGIA



Durante los pasados días 25, 26 y 27 de Noviembre, se han celebrado en Zaragoza las II Jornadas Aragonesas de Podología, organizadas por la Asociación Aragonesa de Podología. La sede de dichas Jornadas fue el Salón Aragón del Centro de Congresos y Exposiciones de la Caja de Ahorros de Zaragoza, Aragón y Rioja.

Inauguración:

En primer lugar, dirigió unas palabras de salutación el Presidente de la Asociación Aragonesa de Podología, quien dió la bienvenida en la lengua de aragón, la fabla, haciendo votos por que dicha lengua fuese lazo de unión, amistad y compañerismo entre todos los Podólogos de España. Seguidamente pasó a revisar el actual estado de la Podología a nivel regional y nacional. Expresó el deseo de que se convirtiera en Carrera Universitaria y que fuese contemplada en los planes de salud del Ministerio de Sanidad y en la Seguridad Social. Manifestó igualmente el deseo de colaboración de los Podólogos con las autoridades de la Administración Central, autonómicas, municipales y sanitarias de todo tipo, en la consecución de un Plan de Salud Integral sin exclusiones.

Fue contestado por las autoridades presentes que manifestaron su agradecimiento, apoyo y reconocimiento de la Podología y de los Podólogos, haciendo igualmente votos por que se normalice la profesión académica, profesional y asistencialmente, dentro de la Sanidad Pública.

Sesiones Científicas

Finalizado el acto inaugural, comenzaron las sesiones científicas con la LECCION INAUGURAL que estuvo a cargo del Profesor D. Martín Rueda Sánchez quien disertó sobre el tema "Examen Clínico Podológico".

A continuación, actuó como ponente el equipo formado por los Dres. Arturo Justes y Domingo Pardo, quienes presentaron la comunicación sobre "Plantilla de estimulación indirecta".

Ofrenda floral a la Virgen del Pilar

Finalizadas las sesiones científicas del Viernes, los Jornadistas y Acompañantes se trasladaron al Pilar donde ofrendaron un ramo de flores a la Santísima Virgen. Efectuó la ofrenda el Presidente de la Asociación siendo contestado por el Párroco del Pilar, con emocionantes palabras llenas de afecto hacia los Podólogos y hacia la cristiana labor de nuestra profesión.

Finalizado el acto los "Infanticos" entonaron la Salve.

Recepción en el Ayuntamiento de Zaragoza

Finalizada la Ofrenda Floral, hubo una recepción oficial en el Ayuntamiento de la Ciudad, donde el representante del señor Alcalde dirigió unas palabras de bienvenida, deseando una feliz estancia en Zaragoza.

A continuación se sirvió un vino español a los asistentes.

Mesas Redondas

Tuvieron lugar tres mesas redondas con los siguientes temas:

1.– Clínica podológica.
2.– Ortopodología.
3.– Calzado.

En el transcurso de las mismas se presentaron diversas Comunicaciones Libres y hubo animados debates.

(Ver conclusiones de las Mesas Redondas).

Clausura

Con unas palabras del Presidente de la Asociación Aragonesa de Podología, agradeciendo la colaboración de todos los Podólogos aragoneses y la presencia de Jornadistas y Conferenciantes, fueron clausuradas las II Jornadas Aragonesas de Podología por las autoridades presentes.

Homenaje a José Antonio Calvo

Con la participación de la práctica totalidad de las Asociaciones Regionales de Podología, al igual que la Asociación Española, se tributó un homenaje a José Antonio Calvo García (ver discurso y Asociaciones participantes) lleno de afecto y emoción. Seguidamente se celebró una Comida de Hermandad en el Restaurante Típico Aragonés "El Cachirulo".

Sesiones Científicas del Sábado

(Véase programa).

Sesiones Científicas del Domingo

(Véase programa).

LA DIRECCION DE ESTA REVISTA, TIENE A BIEN INFORMAR DEL ACTUAL DOMICILIO DE:

PIEDRO

J.L. VILAPLANA
Conde Borrell, 181 - Entlº - 6ª.
Teléfono (93) 239 53 06
BARCELONA (15)

ASPECTOS PODOLOGICOS DE LAS ALTERACIONES LONGITUD PIE-PIERNA

Dedicado con agradecimiento al gran amigo y compañero
JUAN I. BELTRAN RUIZ,
por lo mucho que me ha enseñado.

Al iniciar la exposición de este trabajo, debo reseñar de que con él, no he pretendido aportar nada nuevo, sino hacer una recopilación de una serie de datos, que me han sido de gran utilidad en mi practica diaria, frente a un problema que me parecía poco común y que al contrario, cada vez es más frecuente como en la alteración en la longitud pie-pierna o Dismetrias.

DISMETRIAS:

No he encontrado una definición clara de lo que son las dismetrias por lo cual podológicamente podríamos definirlas como:

Una alteración virtual o real, por diversas causas, de la longitud de uno de los miembros inferiores, produciéndose una serie de alteraciones tanto del ortoestatismo, como de la dinámica.

CLASIFICACION:

Las dismetrias vienen producidas por:

- ACORTAMIENTOS
- ALARGAMIENTOS
- PARALISIS

- ACORTAMIENTOS: Es la disminución en la longitud de uno de los miembros inferiores.

  Puede ser:

  - Real: Hay un miembro más corto. Muchas veces es producido por acción intrínseca (Fractura femur, etc.) y otras de forma extrínseca (Sepsis, Meningitis.)
  - Virtual: Siendo los dos miembros iguales hay una dismetría debido a una alteración en la columna o cinta pélvica, al corregirse ésta, se soluciona el acortamiento (Lux. cong. cadera)

- PARALISIS: La parálisis de un miembro produce un acortamiento, al disminuir considerablemente dicha parte su crecimiento y seguir por contra el otro miembro un desarrollo normal. Este acortamiento es siempre real.

- ALARGAMIENTOS: Es el aumento de la longitud de un miembro, siendo algunas veces de tipo congénito.

  En dichos casos el miembro es afilado, con los huesos largos y puntiagudos; radiográficamente veremos una canal medular ensanchado.

  Pueden existir puntos de osificación suplementarios.

  A su vez hay retracción de los delso al ser los músculos más pequeños que los huesos.

Aquí debo hacer la salvedad de que en algunas ocasiones la dismetría que se presenta es de tipo fisiológico, debiendo encontrar su justificación en las leyes del Crecimiento según Godín, y más centrado en su ley de las asimetrías en el crecimiento. Por eso siempre al valorar una dismetría tenemos que tener en cuenta dicha ley del crecimiento.

DIAGNOSTICO:

Para el diagnóstico correcto de las dismetrías hemos de tener en cuenta varios factores:

ANAMNESIS:
EXPLORACION:
- Sedestación:
  Examen M.I.
- Bipedestación:
  Medida de las piernas
  Prueba de Tredelemburg
- Exploración del calzado:

PRUEBAS COMPLT:
- Fotopodograma
- Radiológico

ANAMNESIS:

Aunque a simple vista puede parecer una tontería, es muy importante hacer una historia completa del paciente, pues alteraciones médicas anteriores pueden haber producido una afectación de los miembros inferiores como hemos visto en apartados anteriores.

Asimismo la patología con que nos viene el paciente puede ser orientativo.

EXPLORACION:

La exploración se hará con el paciente sobre una camilla de decúbito supino y miraremos:

Examen de los M.I.: Este examen es básico, ha

de ser rápido pero completo, valorando todas las movilizaciones de las articulaciones, funcionalidad de los músculos y tamaño de los huesos, viendo si hay alguna alteración en estos factores y en caso afirmativo que grado de patología hay.

Además de un estudio detallado de los signos y síntomas particulares que el paciente nos detalle.

- **Bipedestación:**

  Esta exploración se realiza con el paciente de pié sobre el podoscopio o banco podológico, en este segundo caso, podremos ver mejor la dinámica del paciente.

  - Medida de las piernas:
    - Utilizando sencillamente una cinta métrica, cogiendo como referencia los pliegues cutáneos como son: agujeros sacros, glúteos, hueco poplíteos, incisión tendón Aquiles; veremos la diferencia de longitud y a que nivel se haya.
    - Midiendo Línea Helbing: Pues puede haber una alteración en valgo o/y varo, debido a la dismetria o que cause la dismetria.
    - Con Goniometro podremos ver si los pliegues reseñados más arriba, se encuentran en el mismo o diferente plano.
    - Con medidor de cadera podremos ver si están a diferente nivel las caderas.
  - Prueba de Tredelemburg: Con esta prueba podremos diagnosticar una alteración de la cadera, la cual nos dará con bastante frecuencia una dismetría.

    Esta prueba se hace apoyándose sobre cada uno de los miembros inferiores y elevando el miembro contrario por encima de la pelvis, de esta forma:

    a) Cuando se apoya el peso sobre el miembro sano, se eleva el lado de la pelvis contrario normalmente.

    b) Cuando se apoya sobre el lado patológico no puede elevarse la cadera opuesta por falta de estabilidad de la cadera anormal.

- **Exploración del calzado:**

  La exploración del calzado no nos va a ser un signo claro de que hay una dismetría, pero nos puede indicar que hay una alteración.

  Veremos que hay normalmente mayor desgaste del zapato del pie del lado más largo y que habra una diferencia en el desgaste del tacón de un zapato a otro, dependiendo un poco del grado y forma de compensación que se haga de la dismetría.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

Nos ayudarán en el diagnóstico exacto:

- **Fotopodograma:**

  Inventado por nuestro compañero Pablo Vilató Ruiz, es un método que todos conocemos y practicamos diariamente.

  Mediante él podremos ver las alteraciones que se presentan en el apoyo y si se hace una compensación y en que grado la hace.

- **Radiológico:**
  - Frontal de cadera, rodillas y tibias en bipedestación por separado aunque no es muy fiable, veremos las alteraciones que hay entre los distintos segmentos de los M.I..
  - Teleradiometría: Es más fiable que la anterior. Consiste en una radiografía anteroposterior en bipedestación y que abarca desde la cadera a nivel de las vertebras lumbares hasta el calcaneo; así de esta forma podemos ver las anomalias que hay entre ambas piernas y en que zona se hayan.
  - Escoliograma-Teleradiometría: Es la prueba radiológica más completa y más fiable de todas. Consiste en una radiografía anteroposterior que abarca desde las primeras vertebras dorsales, hasta ver los calcaneos; de esta forma podemos ver las alteraciones que existen a nivel de las piernas y a que nivel se encuentran, así como la repercusión que dichas alteraciones producen en la columna vertebral o viceversa.

REPERCUSION DE LAS DISMETRIAS EN OTRAS ZONAS DEL ORGANISMO:

La repercusión en otras zonas del organismo se puede producir en:

- Cadera: Para compensar dicha dismetria se puede producir una rotación de la cadera del lado más largo, de forma que al hacer una anteversión, se produce un acortamiento del miembro, nivelandose de esta forma total o parcialmente la longitud de las piernas.

  Igualmente al haber una dismetria y tener que andar "cojo", se produce una vasculación de la cadera al andar.

  Dichas alteraciones tienen mayor importancia en las mujeres, pues en algunos casos puede producirse una disminución del tamaño del ca-

nal del parto, dando repercusiones posteriores en el momento del alumbramiento.

- Columna: Para compensar dicha alteración se puede producir una escoliosis que nos daría serias repercusiones con dolores y alteraciones de todo el esqueleto oseo.

TRATAMIENTO:

Puede ser:

- AUTOCOMPENSATORIO:
- CALZADO:
- ORTOPODOLOGICO:
  - Con alteración retropie:
  - Sin alteración retropie:
- MEDICO:
  - Alargamiento:
  - Acortamiento:
    - Antes soldar epífisis:
    - Después soldar la epífisis:
- EJERCICIOS REHABILITACION:

AUTOCOMPENSACION:

A veces el mismo paciente hace una autocompensación de un miembro respecto al otro y puede ser:

A) Alargamiento del miembro más corto: La articulación tibio-tarsiana se situa en flexión plantar, produciéndose una dinámica en equinismo (dependiendo del grado de dismetría).

En el lado más largo, se produce un apoyo total toda la planta del pie, desapareciendo las fases de la marcha.

De esta forma en adultos se llega a corregir hasta 6 cm.

B) Acortamiento del miembro más largo: El lado más corto no sufre alteración, produciéndose una marcha normal.

El miembro más largo se produce una flexión dorsal permanente cadera, rodilla y pie, con ausencia despegue del talón durante la marcha, con una relajación del triceps y mayor amplitud flexión dorsal del pie.

C) Hay unión de las dos anteriores: Hay entonces la marcha "sentado", con inclinación del torso hacia delante en apoyo miembro sano.

CALZADO:

Hay veces en que sólo se actua sobre el zapato para compensar una dismetría y se puede hacer:

A) Un acortamiento de hasta 3 cm.: No necesita calzado ortopédico y se hace con elevación del zapato del lado más corto y disminución en el zapato del lado más largo.

Corto:	+ 1 cm. toda la suela zapato y + 1 cm. en todo zapato por dentro	3 cm.
Largo:	– 1 cm. toda la suela zapato	

B) Un acortamiento de más de 3 cm.: Se precisa calzado ortopédico, cuya realización debe ser funcional y estética. A veces nos ayudaremos del pantalón para lograr esa estética.

A veces haremos un falso pié de madera.

En el caso de necesitar un zapato ortopédico, tenemos que tener en cuenta dejar libre la art. tibio-tarsiana, ya que si la limitamos queda afectada la flexión plantar y la impulsión del pié en la marcha.

Debemos de tener en cuenta que siempre que actuemos sobre el zapato, nunca debemos hacer en principio una corrección total de la dismetría, sino lo más correcto es hacer primero una corrección parcial colocando 2/3 de la diferencia de altura y una vez se haya adaptado bien a esta corrección, colocaremos el 1/3 restante, logrando en ese momento la corrección total.

ORTOPODOLOGICO:

Este punto del tratamiento es el que más nos interesa y afecta a nosotros y en el que debemos distinguir:

- **Sin alteración del retropie:**

  Este es un caso raro, pero que puede presentarse y en dicho caso haremos:

  - Si la diferencia de altura es poca, haremos una planilla y la colocaremos dentro del calzado, compensando con el grosor la dismetría.
  - Si dicha alteración es muy pronunciada, haremos una planilla con una parte de la diferencia colocándola dentro del zapato y el resto de la diferencia en el zapato por la zona de la suela.

    Dichas partes externas han de ser casi inapreciables, para evitar que se vea una diferencia entre ambos zapatos, lo cual puede suponer crear un problema psicológico, que siempre debemos evitar.

- **Con alteración del retropie:**

  Si además tiene una alteración del retropie en varo o valgo, lo que haremos será corregir di-

cha alteración mediante unas plantillas y aprovechando éstas, colocaremos en su parte inferior una alza en la correspondiente al pié más corto, del grosor que precise y esta alza puede ser:

a) En toda la extensión de la plantilla: Esta técnica es la que utilizó y creo es la más correcta, pues no alteraremos ninguna zona ni movimiento del pié.

b) Solamente en el talón: En dicho caso creo que es un poco incorrecto, pues producimos un pequeño equinismo colocando a la art. tibio-tarsiana en ligera flexión plantar, lo que condiciona una limitación del efecto impulsor y aumento del efecto sustentador.

Al mismo tiempo podemos producir una alteración en las rodillas produciendo un genuflexus.

MEDICO:

Dicho tratamiento es quirurgico y practicado por los traumatólogos, aunque como es interesante de conocer lo vamos a explicar:

– **Alargamientos:**

Cuando la dismetría está producida por un alargamiento congénito, se realiza una resección de los cartílagos supernumerarios de crecimiento que existan.

– **Acortamientos:**

Cuando hay un acortamiento se distingue:

A) Antes de soldar le epífisis: En dicho caso hay varios métodos, aunque actualmente están en bastante deshuso y son:

– Retrasar el crecimiento del miembro más largo: Sobre los cartílagos fértiles femoral inferior y tibial superior, se extrae un pequeño bloque oseo y se reimplanta, siendo la cara esponjosa superficial.

– Excitar el crecimiento miembro más corto: Hay diversos métodos descritos, pero de muy poca efectividad y grandes problemas por lo cual no los describiremos.

– Actuar sobre el sistema arterio-venoso: Produciendo crecimiento excesivo miembro más corto, mediante una fístula arterio-venosa de los vasos femorales periféricos o ligar la vena poplitea del lado más corto.

Esto puede producir desde un soplo cardiaco hasta edemas y varices.

B) Después soldar epífisis: Este método es el que más se realiza, dando muy buenos resultados y con pocas complicaciones.

Se realiza un alargamiento tibia o fémur más cortos y se realiza en 4 tiempos (cuando es femoral el 1º tiempo se realiza) que son:

1º Tiempo: Fijación de la tibia y peroné mediante unos tornillos colocados en 1/3 inferior cara externa y rotura peroné.

2º Tiempo: Colocación de 4 tornillos, colocando 2 en la metafisis superior y 2 en la inferior tibia, entrando por la cara enterointerna.

3º Tiempo: Osteotomía tibial por perforación sucesiva de la zona media entre las dos zonas de tornillos.

4º Tiempo: Montaje aparato distractor de Wagner.

El aparato de Wagner, lleva una rosca que permite cada día ir aumentando la distancia entre los dos extremos hasta conseguir el alargamiento deseado, al llegar a este momento se hace:

Extracción injertos de la cresta ilíaca; se coloca una placa con 8 tornillos entre los extremos oseos, se rellena internamente el espacio entre ambos extremos con los injertos obtenidos, quedando una masa compacta y sólida. Se retira el aparato de Wagner.

La complicación que se puede producir mediante este método es un valgismo de la pierna, en cuyo caso se hace una osteotomía supracondilea de la rodilla, solucionando dicho valgismo y produciendo un cierto alargamiento.

Si hay un varismo tibial, se hace una osteotomía en cúpula de la tibia.

EJERCICIOS DE REHABILITACION:

En casi la mayoría de los casos de dismetrías, se produce una alteración a nivel de la columna, por lo cual daremos unos ejercicios que nos ayudarán a mantener bien dicha columna y nos evitarán algias, etc.

Recomendaciones generales:

Ante todo daremos unas recomendaciones generales para evitar el afectar más la columna y son:

- Evitar doblarse por la cintura, doblarse siempre por las caderas y rodillas.
- Al levantar objetos pesados y transportarlos, se han de llevar lo más cerca posible del cuerpo y siempre que se puedan manejar con soltura.
- Cambiar de postura frecuentemente y nunca adoptar posturas forzadas.
- Trabajar siempre de cara a su quehacer y nunca de lado.
- Nunca intentar alcanzar objetos situados a una altura poco asequibles, utilizar en dichos casos una escalera o similar.
- Sentarse para ponerse los calcetines, medias, etc.

Recomendaciones generales para realizar los ejercicios:

Para realizar los ejercicios y que sean efectivos, se han de tener en cuenta una serie de normas como son:

- Sobre una superficie suave, pero dura y lisa al mismo tiempo.
- Se harán con el mínimo de ropa posible y en una habitación ventilada.
- Se harán diariamente, iniciando cinco veces cada uno e ir aumentando paulatinamente hasta llegar a veinte veces cada uno.

  Los ejercicios que se hagan en dos tiempos (cada lado es un tiempo) se harán la mitad en cada tiempo.
- Estos ejercicios han de producir un cierto cansancio, pero nunca agotamiento; pueden producir molestias, pero nunca dolor.

Ejercicios:

1.– Decubito prono, los brazos extendidos a los lados.

Levantar ligeramente los brazos, cabeza, parte alta del busto y piernas al mismo tiempo que inspiramos profundamente. Volver a la posición inicial relajándose lentamente al mismo tiempo que espiramos.

2.– Decubito supino, las rodillas dobladas, los brazos extendidos hacia un lado a la altura de los hombros (en cruz); aproximar las rodillas hacia el pecho y situarlas hacia un lado lo más próximo posible del brazo extendido.

En esta posición acercar de nuevo las rodillas otra vez al pecho al mismo tiempo que inspiramos y volverlas al lado al mismo tiempo que espiramos.

Se debe hacer en ambos lados.

3.– Decubito lateral derecho, con las rodillas dobladas, la mano derecha bajo la nuca, la mano izquierda sobre la rodilla izquierda y la espalda recta.

Levantar el brazo izquierdo verticalmente inspirando, girar el busto hacia atras hasta que la mano izquierda toque el suelo.

Volver a la posición de partida espirando.

Repetir el ejercicio del lado izquierdo.

4.– A gatas, la espalda recta, los muslos y brazos en posición vertical.

Levantar el brazo derecho y la pierna izquierda delante y atras respectivamente en el mismo plano que el cuerpo, al mismo tiempo que inspiramos. Volver a la posición inicial al mismo tiempo que espiramos.

Repetir utilizando el brazo y pierna contrarias a los anteriores.

5.– Sentado en un taburete, los brazos levantados lateralmente a la altura de los hombros, con los codos doblados y los dedos entrelazados.

Girar el torax hacia un lado desplazando enérgicamente el codo hacia atrás al mismo tiempo que inspiramos; sin separar las manos volver a la posición inicial espirando.

6.– Acostado sobre la espalda (decubito supino), los brazos extendidos a los lados y las rodillas dobladas.

Sujetar ambas rodillas con las manos y llevalas firme y lentamente hacia el pecho al mismo tiempo que inspiramos. Volver a la posición inicial al mismo tiempo que espiramos.

7.– Decubito prono, los brazos a los lados, rodillas dobladas.

Aproximar la barbilla al pecho y suavemente al mismo tiempo que inspiramos flexionar el tronco hacia delante levantando brazos y hombros. Volver a la posición inicial espirando lentamente.

8.– De rodillas, sentado sobre los talones, extender los brazos lo más posible hacia delante con las palmas de las manos tocando el suelo.

Sin mover para nada las palmas de las manos y mientras inspiramos deslizar por el suelo nariz, barbilla y posteriormente torax hasta llegar a apoyar todo el torax en el suelo.

Volver a la posición inicial al mismo tiempo que aspiramos.

Sr. D. Enrique Giralt Veciana

PROXIMO CONGRESO NACIONAL EN CADIZ

La única manera de individualizar una CIUDAD, es descubriendo su carácter, su Personalidad, la que "no depende del progreso material sino de las alternativas históricas que esa Ciudad y no otra, ha tenido que afrontar".

XVII CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA "CADIZ-84"

Queridos compañeros (as):

En el umbral que nos brinda nuestra Revista, queremos aprovechar esta oportunidad, para dirigirnos a todos vosotros con la intención de informaros del "Tema Científico" que hemos elegido para el próximo Congreso Nacional de Podología. El Tema "ESTUDIO Y TRATAMIENTO PODOLOGICO DE LAS METATARSALGIAS", nos parece importante por su amplitud e incidencia en el Pie.

Esperamos sea de vuestro agrado y motive vuestra colaboración al mismo, tanto por aportaciones científicas como por vuestra asistencia. Queremos haceros partícipes de nuestras ilusiones, así como de nuestro entusiasmo por vuestra estancia entre nosotros, los días 10, 11, 12 y 13 de octubre de 1984.

Todos los miembros del Comité Organizador del XVII Congreso, os agradece la confianza que habeis depositado en la elección de nuestra querida Cádiz, "balcón de Europa", y, desde su mirador, los Podólogos Gaditanos, os aguardamos.

Un fuerte abrazo,

EL COMITE ORGANIZADOR.

AESCULAP
MARTIN
HOSCH
KAVO
MEISINGER

TRIUMPH
TAKARA

GREINER
MEMMERT
ELPEMA
ORTHO-STATIC
BAEHR

APARATOS, MOBILIARIO E INSTRUMENTAL
PARA GABINETES DE PODOLOGIA

A. SOLE PALOU, S.A.

TELEGRAMAS: SOPAL

VERGARA, 7
318 24 70 - 318 29 74
TS. 318 25 04 - 301 39 40
301 38 90
BARCELONA-2

GRAN VIA, 15, etlº, 1º.
222 01 91
TS. 221 40 95
221 42 34
MADRID-14

PINTOR ZARIÑENA, 3
TS. 331 31 01
331 31 06
VALENCIA-3

CIRCULAR INFORMATIVA DE LA JUNTA DIRECTIVA

Estimado compañero:

En este primer contacto, que esperamos y deseamos sea fluido y constante, deseamos informarte de la situación de los asuntos de interés general.

En la transcripción adjunta en la revista, del acta de la Asamblea celebrada en Santiago de Compostela, puedes encontrar información de lo tratado. Trasladado el acta al I.M.A.C. ha sido admitida con toda legalidad por lo que las modificaciones introducidas a los estatutos tienen plena vigencia.

La votación de los cargos de la Junta Directiva realizada en la primera reunión celebrada el 21 de Enero entre los elegidos en las Asambleas Regionales o autonómicas, ha dado el siguiente resultado:

Presidente:	*Sergio Bonamusa Mont (A. Catalana)*
Vicepresidente:	*Bernardo Mercado González (A. Madrileña)*
Secretario:	*Juan José Araolaza Lahidalga (A. Vasco-Navarra)*
Tesorero:	*Angel Gil Acebes (A. Aragonesa)*
Vocales: 1º	*Angel Sanchiz Cortina (A. Levantina)*
2º	*Alvaro Ruíz Mesabot (A. Andaluza)*
3º	*Juan Vidán Torres (A. Gallega)*
4º	*José Marroyo Salgado (A. Extremeña)*
5º	*Alfonso Dominguez Milán (A. Castellano-Leonesa)*
6º	*Representante de Canarias*
7º	*Representante de Baleares*
Vocales Netos:	*Representantes de las Escuelas de Podología de Madrid y Barcelona.*

En esta primera reunión se ha hecho un análisis de la problemática existente, y se han distribuido las responsabilidades más urgentes.

El próximo Congreso Nacional se va a celebrar en Cádiz por decisión de la Asamblea de Santiago. La Asociación Andaluza está ya totalmente dedicada a su organización.

El Congreso Internacional a celebrar el año 85, aunque en un principio se había adjudicado a España, por los problemas que ha sufrido la Asociación en su organización en la etapa precedente, había sido desviado a Italia. Tras las gestiones realizadas ante el Presidente de la FIP y la amabilidad demostrada por la Asociación Italiana al renunciar a su organización, ha sido adjudicada a España la citada organización.

Ha sido pagada la deuda que se arrastraba de años anteriores, y nos encontramos en estos momentos al corriente. En Marzo habrá una reunión de la FIP y tenemos que llevar un bosquejo de la organización y el programa correspondiente.

Por otro lado continuamos con nuestras gestiones para conseguir poner de nuevo en marcha el Decreto de creación de los estudios de Escuela Universitaria de Podología y dedicamos nuestros mayores esfuerzos a este fin. Tenemos la promesa del Ministerio que no

se decidirá sin contar con la Asociación de Podólogos. Mientras tanto seguimos argumentando y presionando para convencer al Ministerio de que la salida mejor para una Podología plena, es la de la carrera independiente.

Se ha celebrado la vista de la impugnación que el Consejo General de los Colegios de A.T.S. había presentado contra la legalización de los Estatutos de la Asociación Española de Podólogos. Con fecha 30 de septiembre se ha fallado contra el Consejo General desestimando la demanda presentada. El Consejo General ha interpuesto a continuación recurso de casación contra la sentencia dictada ante la Audiencia Territorial de Madrid.

A título informativo y aclaratorio, es preciso decir que la Asociación Española de Podólogos **mantiene toda su personalidad jurídica y legal**, *mientras el Juez no diga lo contrario, y a la vista de la actuación del Consejo General, es previsible que sigan recurriendo ante las instancias superiores, alargando el proceso y los costos.*

El día 29 de Diciembre se mantuvo una reunión con la Directora del Inserso, en la que se le hizo presente toda la problemática de los podólogos que prestan su asistencia en los Hogares y Residencias.

Quedó en contestar para Marzo y ante la necesidad de mantener contacto con todos los Podólogos afectos, **es necesario que nos envieis una nota aquellos que prestando este servicio, no hayais enviado en su día la ficha correspondiente**, *para de esta forma tener el fichero actualizado.*

El responsable de la Junta en este tema es José Marroyo Salgado junto con el compañero Ramón Isidoro Martínez de Alicante.

En espera de un nuevo contacto recibe el saludo afectuoso de la Junta Directiva.

NECROLOGICA

Nos ha llegado la noticia, al cierre de la presente del fallecimiento por un accidente vascular del querido compañero de Mérida (Badajoz): JUAN CARMONA CAMPROBIN.

Los que hemos tenido el placer de conocerlo, ya sabemos de su simpatía, y valores profesionales y humanos.

La Junta de Gobierno y el cuadro de redacción de esta Revista lamentan profundamente tan sensible pérdida.

DESCANSE EN PAZ.

AFORTUNADA GESTION REALIZADA POR EL COMPAÑERO JAVIER SARASA MONEO DE PAMPLONA, ACERCA DE QUIEN PUEDE EJERCER LA PROFESION DE PODOLOGO LEGALMENTE.

Se ha recibido en este Gabinete Técnico, oficio de esa Dirección Provincial de Sanidad y Consumo (registro de salida nº 754, de 14 de diciembre próximo pasado), en el que se plantean determinadas cuestiones acerca del ejercicio de la profesión de Podólogo, a las que cabe contestar lo que sigue:

a) La denominación de Cirujano-Callista debe considerarse abandonada, hoy día, habiendo quedado sustituída por la de Podólogo, desde la publicación del Decreto 727/1962, de 29 de marzo (B.O.E. 13 de abril), cuyo campo profesional se delimita precisamente por referencia a la actividad desarrollada tradicionalmente por los Cirujanos-Callistas (art. 1º del Decreto 727/1962).

Conforme señala el art. 28 de la Orden de 22 de Noviembre de 1963 (B.O.E. de 20 de diciembre) ..."la posesión del diploma de Podólogo habilita para el ejercicio de la profesión de Podólogo, facultando a sus titulares para recibir directamente a los pacientes y con plena autonomía desarrollar prácticamente las enseñanzas comprendidas en la teoría y práctica podológicas..."

b) El art. 2º del referido Decreto 727, exigía, como requisito para cursar las enseñanzas especializadas de Podología, la posesión del título de Practicante o Ayudante Técnico Sanitario, estableciendo los siguientes artículos 7º y 8º las normas para la concesión del diploma a aquellos Practicantes o Ayudantes Técnico Sanitarios que, con anterioridad a la publicación del Decreto, venían dedicándose al ejercicio de aquella actividad.

Por consiguiente, a partir de 1962 debe considerarse que sólo aquellas personas que estuvieren en posesión del Diploma de Podólogo, se encontraban capacitados legalmente para el ejercicio profesional. Los Practicantes y A.T.S. que venían ejerciendo como "Callistas", se encontraban obligados a solicitar el diploma, sin el que podría considerarse ejercían ilegalmente la profesión. La Orden del Ministerio de Educación y Ciencia de 24 de febrero de 1973 (B.O.E. 23 de marzo) concedió un último plazo de seis meses para que los Practicantes que no lo hubieran hecho anteriormente por cualquier causa, solicitasen el Diploma de Podólogo al amparo de los arts. 7º y 8º del repetido Decreto 727/1962, de donde debe considerarse éste en plena y absoluta vigencia desde el 23 de septiembre de 1973.

c) Las enseñanzas de Podología recibieron un nuevo tratamiento, separado de las de Ayudante Técnico Sanitario, mediante el Real Decreto 2966/1980, de 12 de diciembre (B.O.E. 19 de enero de 1981). La disposición transitoria tercera de dicho Real Decreto, atribuye a los que estaban en posesión del diploma de Podólogo los derechos profesionales que se atribuyen a los Diplomados en Podología.

Debe hacerse constar sin embargo, que el R.D. 2966/1980, sobre estudios de Podología, no ha sido desarrollado, ni en cuanto a planes de estudios, ni en cuanto a la creación de las nuevas Escuelas Oficiales de Podología se refiere y, que, por otra parte, la Sala 3ª del Tribunal Supremo en sentencia de 15 de octubre de 1982 ha declarado la nulidad de dicho Real Decreto, desde el punto de vista formal, debiéndose retrotraer las actuaciones del expediente de elaboración del citado Real Decreto, al momento de solicitar informe de los Colegios Profesionales interesados.

Por consiguiente, debe concluirse que sólo pueden dedicarse al ejercicio de la Podología, aquellos Practicantes y A.T.S. que

se encuentren en posesión del correspondiente diploma de podólogo. La denominación de cirujano-callista debe entenderse hoy sustituída por la de Podólogo.

El Director del Gabinete Técnico
Alejandro Fernández-Sordo Cabal

• • •

Ilmo. Sr. Director Provincial de Sanidad y Consumo. PAMPLONA.

En contestación a su oficio de fecha 1 Marzo 83, y trás previa consulta, con nuestra Asesoría Jurídica, ésta nos remite el siguiente informe jurídico.

"Ningún A.T.S. ni Practicante puede ejercer la especialidad de Podólogo en la actualidad, si no ha obtenido el correspondiente Diploma, ya sea por haber realizado los **cursos de la especialidad** en alguna Escuela de Podología de las creadas por el Decreto 727/62, de acuerdo con las normas de sus arts. 2º, 3º y 5º y las del Reglamento de 22 de noviembre de 1963; o bien por **convalidación**, al amparo del otro Decreto y O.M. citados, lo cual **no podría haber tenido lugar después del 15 de septiembre de 1973**.

Caso contrario, su actuación podría ser perseguida como constitutiva de la **falta** tipificada en el art. 572, 1º del Código Penal; acción que podría ejercitar el Colegio de la demarcación correspondiente, de acuerdo con lo previsto en el párrafo segundo del art. 55 de los Estatutos de la Organización Colegial, ante el Juzgado a que correspondiera la localidad en que aquella tuviere lugar, siendo lo aconsejable que lo hiciera bajo la dirección de un abogado criminalista. También a nuestro entender, **podría** ser sancionable por vía disciplinaria, de acuerdo con lo previsto en el párrafo primero del mentado art. 55 de los Estatutos, en relación con el 58. c) ó 59. c), en su caso, de los mismos".

Esperando que nuestro informe jurídico sea clarificador y que pueda serle útil, le saluda atentamente su querido amigo y compañero.

Máximo A. González Jurado

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»

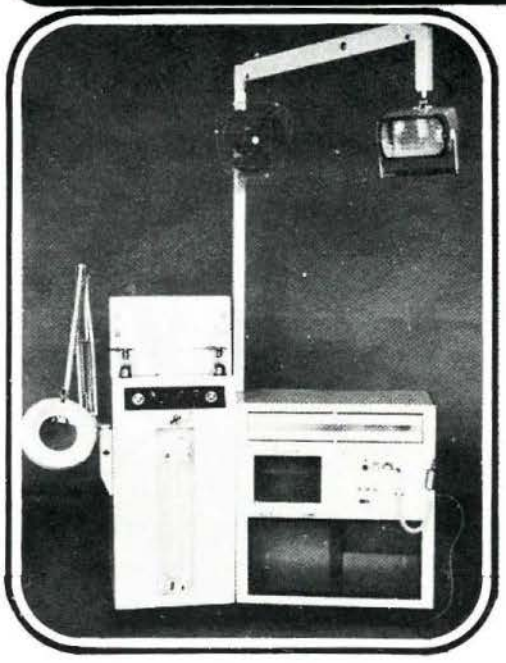
SWAN NORTON: Bisturís, mangos y hojas.
AESCULAP: Esterilizadores, hojas bisturí, mangos bisturí, instrumentos, alicates, etc.
MICROMOTORES: De importación.
PODOMETROS: MOBILIARIO; MOTORES COLGANTES; ESTERILIZADORES ULTRAVIOLETAS; FRECUENCIA; VIBRADORES; BISTURIS ELECTRICOS; CAUTERIOS; PIEZAS DE MANO: SILICONAS; PULIDORAS; FRESAS; MESAS; ASPIRADORAS.

AMPLIO STOCK DE MATERIALES PARA PODOLOGIA.
CONSULTE CONDICIONES ESPECIALES.

DENTALITE, S. A.
PAGES DEL CORRO, 182-1º-LOCAL 10
TELEF. 27 62 89
SEVILLA

DENTALITE NORTE, S. A.
FERNANDEZ DEL CAMPO, 23-BAJOS
TELEF. 444 50 83
BILBAO-10

LE OFRECE NUEVOS EQUIPOS PARA SU CONSULTORIO



"SUPER NOVO"



"MINI S 78"



"MICROMOBIL"

consul

Talleres CONSUL

PALLARS, 65-71 TELEFONO - 3002269 BARCELONA-18



