



*Boletín
Cultural e Informativo*

ENERO 1974

AÑO XXXV



*Colegio Oficial de Enfermería
de Madrid*

en las **BRONCO NEUMOPATIAS**

PENISINTEX BALSAMICO 125

PENISINTEX BALSAMICO 250

PENISINTEX BALSAMICO 500

PENISINTEX BALSAMICO 1g

sinergia antibiótica de amplio espectro en 4 dosificaciones

¡nuevo!



**Ampicilina - Dicloxacilina - Glucosamina -
Guayacolglicolato sódico**

Posología: Un vial cada 12 o 24 horas
por vía intramuscular.

Presentaciones: Cajas de un vial y una
ampolla de disolvente



LABORATORIOS JORBA

Josefa Valcárcel, 30 MADRID-27

Mallorca, 345 BARCELONA-9

¡PRESENTE!

Un incalificable hecho criminal acaba de vestir de luto a España, de cubrir con negros crespones la sacrosanta enseña de la Patria. El presidente del Gobierno español, el capitán general de la Armada don Luis Carrero Blanco, duque de Carretero Blanco, ha sido vilmente asesinado.

Durante muchos años la clara visión y la mano serena, pero firme, de nuestro invicto Caudillo ha sabido apartarnos de esa bárbara contaminación de violencia demencial que, día a día, amenaza con enseñorearse del mundo; que, de hecho, ha tomado carta de naturaleza en casi todas las naciones.

Nuestros grandes problemas, cara a un futuro siempre laborioso y constructivo, poco han tenido que ver con los secuestros aéreos, con los asesinatos en masa, con los magnicidios

preparados con científica perversidad. Nada queremos en España con los que se esconden en la sombra, con los que invocan un ideal tan sólo posible en una mente psicopática, con los que no pueden ofrecer otros argumentos mejores que la agresividad o el desmán, cuando no el odio y la muerte vomitados por la boca de sus pistolas.

Por primera vez en muchos años una figura prócer, un gobernante modelo, un patriota insigne, un hombre notable por su bondad, por su sencillez, por su nobleza, por su amor a la justicia y por su entrega absoluta a labrar nuestro porvenir social y político, ha sido abatido en plena calle, cobardemente, en la más brutal de las acciones delictivas. Junto a él han sido inmolados también, como un símbolo, un modesto funcionario que cumplía su servicio, el inspector de Policía don Juan Bueno Fernández, y un trabajador que realizaba su cotidiana tarea, el conductor del automóvil, don José Luis Pérez Mojena. El jefe, el oficial y el soldado caídos en la misma salvaje emboscada bajo el plomo de esa demagogia internacional que jamás puede representar ni el criterio ni el pensamiento de los hombres de bien, militen en el partido que militen.

Nosotros, mensajeros de la salud, misioneros de la caridad y del consuelo, amantes por principio de una paz cristiana y creadora, sumergidos en nuestras reivindicaciones profesionales, fervientes de esta España fecunda y próspera, no podemos, ni sabemos, ni queremos permanecer silenciosos en este momento cruel.

En el sepelio del hombre público inicualemente sacrificado escuchamos, junto con las voces rituales, muchas, muchísimas, que reclamaban justicia. Esa misma justicia que, estamos seguros, sabrá hacer España en holocausto de todos los españoles tan profundamente ultrajados.

Hoy, como siempre, acaso más que en momento alguno, contristado el corazón por un gran dolor, pero secos los ojos por el coraje, sentimos el deseo de proclamar nuestra inquebrantable adhesión al Generalísimo, nuestro respeto a los Príncipes de España y nuestra fe en los destinos de la Patria gritando, con todo el impulso de nuestro espíritu, con toda la fuerza de nuestros pulmones, con el mismo brio que cuando durante la Cruzada o en los campos de Rusia enterrábamos a nuestros muertos:

Almirante Carrero Blanco: ¡Presente!



ENRIQUE RIUDAVETS DE MONTES

MEDICINA Y CIRUGIA AUXILIAR

órgano oficial del
consejo nacional de
ayudantes
técnicos sanitarios

Colegio Oficial de Enfermería
de Madrid

REVISTA MENSUAL

DIRECTOR:

Enrique Riudavets de Montes y Ferreiro

REDACTOR-JEFE:

Pedro Sierra Morán

REDACCION Y ADMINISTRACION:

Cuenta de Santo Domingo, 6
Teléfonos 241 00 22 y 247 00 22
MADRID - 13

AÑO XXXV • ENERO 1974

Depósito legal: M. 1.063 - 1958

Imprenta FARESO

Paseo de la Dirección, 3. MADRID-29

Sumario

	Págs.
EDITORIAL.—Faltan médicos en el campo ...	7
SECCION OFICIAL ...	8
CONSEJO NACIONAL ...	13
PREVISION ...	16
Lumbalgias ...	17
Traumatología laboral.—Patología del escafoides carpiano ...	19
Psicomotricidad en la rehabilitación del enfer- mo mental ...	20
La parafina, usada con fines terapéuticos ...	23
Colaboración del Ayudante Técnico Sanitario en la Lucha Antidiabética ...	25
SEVILLA.—Cooperativa de Viviendas para Ayu- dantes Técnicos Sanitarios ...	27
¡Qué felices seríamos todos! ...	28
Juventud y alcoholismo ...	29
Anecdótico líbico (V) ...	30
El tiempo descubre la verdad ...	35



*Colegio Oficial de Enfermería
de Madrid*

SANDRO BOTTICELLI:
La Primavera
(fragmento).
Pitti.—Florencia.

No dejes que en la espera / tu pobre corazón se desespere, / que si es
invierno cuando el año muere, / siempre vendrá detrás la primavera.

A. S. de Y.

EL DIRECTOR, REDACTOR-JEFE Y CUADRO DE REDACCION
DE «MEDICINA Y CIRUGIA AUXILIAR» DESEAN A SUS LECTORES,
COLABORADORES, CONFECCIONADORES Y ANUNCIANTES
TODA SUERTE DE PROSPERIDADES DURANTE EL AÑO 1974.

Aún no hace mucho tiempo, el diario madrileño Pueblo publicó un artículo, que ocupaba la totalidad de una de sus páginas, encabezado por grandes titulares, que decían: «Faltan médicos en el campo». Y en la información a que aludimos se le hacía saber al lector que, según la Organización Mundial de la Salud, en España se necesitaban cerca de 20.000 médicos, más de 70.000 enfermeras y unas 120.000 camas hospitalarias.

Debemos reconocer, por supuesto, que las cifras resultan en sí bastante aproximadas, no así los conceptos, toda vez que se habla de enfermeras, que es una profesión a extinguir en nuestro país a partir de la reforma de la carrera de 1953.

Lo verdaderamente asombroso es que la OMS, después de los veinte años transcurridos, siga utilizando el término enfermera refiriéndose a España, y, al mismo tiempo, desolador, por cuanto ello indica el enorme despiste que sobre nosotros demuestra la importantísima entidad sanitaria internacional.

¿A qué se debe esto? ¿De quién es la culpa?, nos preguntamos nosotros, por ser ésta una lamentable cuestión, que ignoramos en absoluto, aunque sospechamos que lo más probable será que responda a la deficiente información facilitada por nuestras primeras autoridades sanitarias, las cuales, por otra parte, nos parece imposible que no sepan que, por una disposición dictada por estas mismas autoridades, dejó de existir la enfermera nacional desde hace nada menos que veinte años. Claro que mirándolo bien, ¡qué son veinte años comparados con la continua evolución de la humanidad!

Así podría explicarse que todavía no hayan tenido tiempo de hacerle saber a la Organización Mundial que la enfermera, como tal profesión titulada, dejó de existir en nuestro país hace mucho tiempo, y que las pocas antiguas que aún quedan se encuentran a extinguir, siendo la única profesión que como auxiliar de la Medicina subsiste, la de Ayudante Técnico Sanitario.

Pero dejemos a un lado este lapsus incomprensible y sigamos comentando el referido artículo, porque, aun sin proponérselo, nos da, una vez más, la razón y viene a justificar nuestras lógicas aspiraciones, sugerencias y peticiones.

Reconoce cierto órgano oficial de la Dirección General de Sanidad que, de acuerdo con la cifra óptima que recomienda la OMS, se experimenta en España actualmente un déficit de 19.840 médicos y una falta de enfermeras (entiéndase de Ayudantes Técnicos Sanitarios, como ellos debieran haber entendido) de 73.389 titulados de ambos sexos, señalando, además, que el núcleo al que corresponde mayor escasez es el formado por las zonas rurales.

Como recordarán nuestros lectores, el Consejo Nacional, después de prolongados estudios, realizados conjuntamente con los Colegios provinciales, elaboró un proyecto de reforma de la carrera y otro plan de estudios para cursar la misma conducente a actualizarla. Para este nuevo plan de estudios se partía de la base, fundamental y lógica, de la creación de escuelas universitarias y se solicitaba la sustancial reforma de los programas, dotándolos de más vastos y eficaces conocimientos, sin adentrarse por ello en el campo reservado al médico, pero lo suficientemente amplios para poder realizar un diagnóstico de urgencia y conocer, sin posible duda, lo que se debe y lo que no se debe hacer en un momento determinado hasta que pueda ponerse al enfermo en manos del médico.

Tanto ellos como nosotros debemos pensar que lo que podía tener una clara justificación en tiempos pasados, hoy, en 1974, resulta anacrónico y trasnochado. Es preciso rendirse ante la evidencia y evolucionar grandemente, como, después de todo, está sucediendo con las demás profesiones, médicos inclusive. Aquel Practicante de 1900, tan respetable y tan útil en su tiempo, nada tiene que ver con el Ayudante Técnico Sanitario actual y mucho menos con el profesional que debiéramos ser y que, sin duda, seremos, Dios mediante. Resultaría ridículo pensar que con las naves victoriosas en Lepanto, en 1571, se hubiera podido intentar el desembarco en Normandía de 1944.

Hoy, los médicos jóvenes, en su inmensa mayoría, no quieren las zonas rurales, por muy sugestivos ofrecimientos que se les hagan, por una larga serie de circunstancias, que sería muy largo de relatar aquí. Como ejemplo puede servirnos el caso de aquel pueblo albaceteño que ofrecía al médico dispuesto a prestarle sus servicios una remuneración anual de 600.000 pesetas, además de una casa nueva dotada de todo género de adelantos y comodidades. No; el médico moderno no piensa tanto en recibir una elevada cantidad honoraria como en ser un perfecto facultativo, hacer su propia clínica, estudiar todo tipo de pacientes, utilizar el instrumental más adelantado, conocer a destacadas personalidades de su especialidad y practicar los revolucionarios procedimientos curativos.

Ahora, pues, acaso más que nunca, hace falta contar con técnicos medios de enlace, perfectamente preparados y técnicamente capacitados para suplir estas ausencias y para poderse poner en contacto con los centros sanitarios subcomarcales, que desde hace varios años, aunque con su característica lentitud, está poniendo en marcha la Dirección General de Sanidad.

La idea de la creación de centros semejantes nos parece maravillosa, sobre todo si se efectúa en estrecha colaboración con la Seguridad Social. A ellos, sin duda, si irán encantados los médicos jóvenes, los médicos con aspiraciones, porque, como reconoce la propia Dirección General, la falta de estímulo constituye una de las principales causas del absentismo de ellos en las zonas rurales.

Pero los pueblos continuarán desatendidos, olvidados, como proscritos, y sin tener la menor culpa, ellos serán los que paguen las consecuencias y, por tanto, la nación entera.

Abandonados, en manos muchas veces de brujos, ensalmadores y curanderos, en los que ya no cree nadie, se verán obligados a dejar la tierra que los vio nacer; a emigrar a las capitales, en las que sueñan con mayores posibilidades, y a desertar de su verdadero puesto, haciendo cada día más angustioso el problema. Vivimos época de realidades y ni las reflexiones ni la propaganda oficial, más o menos sofisticada, servirán de nada.

Por eso, lo más lógico es que el Gobierno, especialmente nuestra Dirección General de Sanidad, estudie a fondo esta solución interpuesta por nosotros y que, conscientes de la verdad, formen Ayudantes Técnicos Sanitarios adecuados y bien preparados para ello que actúen en estas zonas rurales carentes de médico, dejadas a la buena de Dios, solucionando sus dificultades sanitarias.

No es ello producto de una desbordada ambición ni de una imaginación más o menos exaltada. Se trata de una realidad que no ha de tardar en ponerse en práctica, como ya existe en otros países, como la Unión Soviética, cuyos notables felchers no son otra cosa que Ayudantes Técnicos Sanitarios.



SECCIÓN OFICIAL



CODIGO PENAL

Cotizaciones de la Seguridad Social

Decreto 2957/1973, de 16 de noviembre, sobre cómputo recíproco de cotizaciones en el sistema de la Seguridad Social.

El número dos del artículo noveno de la Ley de la Seguridad Social, de veintiuno de abril de mil novecientos sesenta y seis, determina que, a medida que los Regímenes Especiales configuren sus beneficios de acuerdo con los criterios del Régimen General, se dictarán normas relativas al tiempo, alcance y condiciones para lograr la conservación de los derechos en curso de adquisición de las personas que pasen de unos a otros Regímenes de la Seguridad Social a lo largo de su vida laboral. Conforme a lo previsto en dicho artículo, determinados Regímenes Especiales establecieron en sus respectivas regulaciones normas para el cómputo de las cotizaciones efectuadas a otros Regímenes de la Seguridad Social, a efectos del reconocimiento del derecho a las prestaciones.

Ahora bien, sin perjuicio de la regulación propia de cada Régimen al respecto, se estima conveniente dictar unas normas, en desarrollo de lo dispuesto en el indicado número dos del artículo noveno de la Ley de la Seguridad Social, que extiendan el cómputo recíproco de cotizaciones a aquellos Regímenes Especiales que, sin tenerlo establecido entre sí, coincidan en aplicarlo con respecto al Régimen General y que resuelvan determinados supuestos en los que, por diferir los requisitos exigidos en los distintos Regímenes, los interesados no pueden causar la prestación en el Régimen que correspondería, de acuerdo con las normas particulares aplicables, mientras que reúnan las condiciones requeridas al efecto en alguno de los restantes Regímenes comprendidas en la totalización de los períodos cotizados.

En su virtud, a propuesta del Ministro de Trabajo y previa deliberación del Consejo de Ministros en su reunión del día dos de noviembre de mil novecientos setenta y tres,

DISPONGO:

Artículo único.—Uno. Queda establecido el cómputo recíproco de cotizaciones entre aquellos Regímenes Especiales de la Seguridad Social que, sin haberlo reconocido expresamente entre sí en sus respectivas normas particulares, coincidan en tenerlo establecido con el Régimen General.

Dos. Cuando un trabajador no reúna el período mínimo de cotización exigido para el derecho a una pensión, de acuerdo con las normas particulares del Régimen que debería reconocerla, por ser aquel en el que el trabajador tenga acreditado mayor número de cotizaciones, y reúna, en cambio, el período mínimo de cotización requerido al efecto en alguno de los demás Regímenes que se hayan tenido en cuenta para la totalización de los períodos de cotización, se entenderá que es este último Régimen el que debe otorgar la pensión.

DISPOSICION FINAL

Se faculta al Ministerio de Trabajo para dictar las disposiciones que estime necesarias para la aplicación y desarrollo de lo establecido en el presente Decreto.

Así lo dispongo por el presente Decreto, dado en Madrid a dieciséis de noviembre de mil novecientos setenta y tres.

FRANCISCO FRANCO

El Ministro de Trabajo,

LICINIO DE LA FUENTE Y DE LA FUENTE

(Del B. O. del E. de 27 de noviembre de 1973.)

Publicado en el *Boletín Oficial del Estado* del día 12 de diciembre y siguientes el texto refundido del Código Penal, re-producimos, por considerar de interés su conocimiento, los artículos 321, 324, 415, 416 y 417, que dicen:

321. El que ejerciere actos propios de una profesión sin poseer el correspondiente título oficial, o reconocido por disposición legal o Convenio internacional, incurrirá en la pena de prisión menor.

Si el culpable se atribuyere públicamente la cualidad de profesional, se le impondrá además la pena de multa de 10.000 pesetas a 50.000.

324. El que usare pública e indebidamente título, diploma, nombramiento académico o profesional, uniforme, traje, insignia o condecoración será castigado con la pena de multa de 5.000 a 25.000 pesetas.

415. El facultativo que, con abuso de su arte, causara el aborto o cooperase a él incurrirá en el grado máximo de las penas señaladas en los artículos anteriores y multa de 25.000 a 250.000 pesetas.

La misma agravación y multa de 5.000 a 50.000 pesetas se impondrá a los que, sin hallarse en posesión de título sanitario, se dedicaren habitualmente a esta actividad.

El farmacéutico que, sin la debida prescripción facultativa, expendiere un abortivo incurrirá en las penas de arresto mayor y multa de 5.000 a 50.000 pesetas.

La sanción del facultativo comprende a los Médicos, Matronas, Practicantes y personas en posesión de títulos sanitarios, y la del Farmacéutico a sus dependientes.

416. Serán castigados con arresto mayor y multa de 5.000 a 100.000 pesetas los que con relación o medicamentos, sustancias, objetos, instrumentos, aparatos, medios o procedimientos capaces de provocar o facilitar el aborto o de evitar la procreación realicen cualquiera de los actos siguientes:

1.º Los que en posesión de título facultativo o sanitario meramente los indicaren, así como los que, sin dicho título, hicieren la misma indicación con ánimo de lucro.

2.º El fabricante o negociante que los vendiere a personas no pertenecientes al Cuerpo médico o a comerciante no autorizados para su venta.

3.º El que los ofreciere en venta, vendiere, expendiere, suministrare o anunciare en cualquier forma.

4.º La divulgación en cualquier forma que se realizare de los destinados a evitar la procreación, así como su exposición pública y ofrecimiento de venta.

5.º Cualquier género de propaganda anticonceptiva.

417. Los culpables de aborto, se hallen o no en posesión de título facultativo o sanitario, serán condenados a las penas señaladas en los artículos anteriores y, además, a la de inhabilitación especial, que comprende, aparte de los efectos propios de ella, el de prestar cualquier género de servicios en clínicas, establecimientos sanitarios o consultorios ginecológicos, públicos o privados.

I.N.P. (sustitución y rectificación)

Resolución de la Delegación General del Instituto Nacional de Previsión por la que se rectifica la composición del Tribunal constituido y el baremo de puntuación de méritos del concurso-oposición para cubrir vacantes de personal Técnico Facultativo y Técnico Auxiliar del Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo, integrado en el Instituto Nacional de Previsión. (Resolución de 29 de septiembre de 1973, *Boletín Oficial del Estado* número 262, de 1 de noviembre.)

Esta Delegación General, en cumplimiento del acuerdo adoptado por la Comisión Permanente del Consejo de Administración, en su sesión de 20 de noviembre de 1973, ha acordado:

1.º Sustituir al Vocal don José Manuel Cáceres Hernández en el Tribunal designado para juzgar el concurso-oposición a plazas de personal Técnico Facultativo y Técnico Auxiliar del Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo, por un Catedrático de "Química" de la Facultad de Ciencias.

2.º Rectificar el baremo de puntuación de "Méritos específicos en Medicina del Trabajo", de la misma convocatoria, en la siguiente forma:

Diploma de Médico, Ayudante Técnico Sanitario o Enfermera, de Empresa, en su caso, 5,00.

Madrid, 27 de noviembre de 1973.—EL DELEGADO GENERAL, J. Martínez Estrada.

(Del B. O. del E. núm. 303, de 19 de diciembre de 1973.)

Corrección de errores de la Seguridad Social

Corrección de errores del Decreto 2581/1973, de 17 de agosto, por el que se aprueba el texto articulado segundo de la Ley 24/1972, de 21 de junio, de financiación y perfeccionamiento de la acción protectora del Régimen General de la Seguridad Social.

Advertidos errores en el texto citado, publicado en el *Boletín Oficial del Estado* número 238, de fecha 4 de octubre de 1973, páginas 1913 a 19130, se transcriben a continuación las oportunas rectificaciones:

Exposición de motivos, párrafo 1.º, línea 7, donde dice: «... por lo que su...», debe decir: «... por lo que en su...».

Exposición de motivos, párrafo 2.º, líneas 2 y 3, donde dice: «... de acuerdo con el dictamen del Consejo de Estado...», debe decir: «... de conformidad con el dictamen del Consejo de Estado en Pleno...».

Artículo 1, párrafo 1.º, línea 3, donde dice: «... promueven...», debe decir: «... promuevan...».

Artículo 1, apartado 1, línea 4, donde dice: «... del Estado...», debe decir: «... el Estado...».

Artículo 1, apartado 1, párrafo segundo, línea 3, donde dice: «... adoptada...», debe decir: «... adoptadas...».

Artículo 50, línea 3, donde dice: «... constará...», debe decir: «... constarán...».

Artículo 41, párrafo 1.º, línea 3, donde dice: «... pase al...», debe decir: «... pase el...».

Artículo 41, párrafo 1.º, línea 5, donde dice: «... al que la preceda...», debe decir: «... al que le preceda...».

Artículo 54, párrafo 1.º, línea 7, donde dice: «... plazo de ocho días...», debe decir: «... plazo máximo de ocho días...».

Artículo 58, línea 5, donde dice: «... acuerdo resolución...», debe decir: «... acuerdo o resolución...».

Artículo 54, párrafo 1.º, línea 2, donde dice: «... de la fecha las...», debe decir: «... de la fecha, las...».

Artículo 64, línea 7, donde dice: «... y quince en los...», debe decir: «... y quince días en los...».

Artículo 66, líneas 2 y 3, donde dice: «... iniciativa del Magistrado y...», debe decir: «... iniciativa del Magistrado, y...».

Artículo 69, línea 7, donde dice: «... procesamiento...», debe decir: «... procedimiento...».

Artículo 70, línea 3, donde dice: «... actos solemnes y...», debe decir: «... actos solemnes, y...».

Artículo 71, demandas por accidentes de trabajo o por invalidez permanente, donde dice: «... la causa se hará...», debe decir: «... la causa, se hará...».

Artículo 73, párrafo 1.º, línea 1, donde dice: «... al Magistrado...», debe decir: «... el Magistrado...».

Artículo 75, párrafo 2.º, línea 1, donde dice: «La acción para impugnar la invalidez de la avenencia», debe decir: «La acción para impugnar la validez de la avenencia...».

Artículo 76, párrafo 3.º, línea 4, donde dice: «... necesarios que fundamenten...», debe decir: «... necesarios en que fundamenten...».

Artículo 78, párrafo 2.º, líneas 5 y 6, donde dice: «... en la demanda las cantidades...», debe decir: «... en la demanda, las cantidades...».

Artículo 89, párrafo 2.º, línea 2, donde dice: «... resultados...», debe decir: «... resultandos...».

Artículo 93, línea 2, donde dice: «... contra ellas procedan...», debe decir: «... contra ella procedan...».

Artículo 99, línea 4, donde dice: «... contra este sin...», debe decir: «... contra este, sin...».

Artículo 103, párrafo 1.º, línea 3, donde dice: «... condena...», debe decir: «... condenará...».

Artículo 108, línea 1, donde dice: «Concluido...», debe decir: «Concluso...».

Artículo 118, línea 5, donde dice: «... artículo 73...», debe decir: «... artículo 63...».

Artículo 118, línea 8, donde dice: «... ordenará su archivo...», debe decir: «... ordenará el archivo...».

Artículo 121, línea 4, donde dice: «... materia confirmada...», debe decir: «... materia confiada...».

Artículo 124, línea 2, donde dice: «... se le dictará...», debe decir: «... se le citará...».

Artículo 126, línea 5, donde dice: «... Seguridad Social podrán...», debe decir: «... Seguridad Social; podrán...».

Artículo 127, apartado 4, línea 1, donde dice: «Duplicado total o parcial en la reclamación por...», debe decir: «Duplicidad total o parcial en la reclamación, por...».

Artículo 136, líneas 4 y 5, donde dice: «... declaraciones oportunas...», debe decir: «... aclaraciones oportunas...».

Artículo 140, párrafo 2.º, línea 5, donde dice: «... compañía, si...», debe decir: «... compañía; si...».

Artículo 142, línea 5, donde dice: «... personas capacitadas; ...», debe decir: «... personas capacitadas, ...».

Artículo 143, párrafo 1.º, línea 4, donde dice: «... actor; debiendo...», debe decir: «... actor, debiendo...».

Artículo 143, párrafo 1.º, líneas 5 y 6, donde dice: «... presentación; remitiéndola...», debe decir: «... presentación, remitiéndola...».

Artículo 166, apartado 5.º, línea 2, donde dice: «... verse...», debe decir: «... versen...».

Artículo 178, norma 2.ª, línea 8, donde dice: «... cuantitativa mayor...», debe decir: «... cuantitativamente mayor...».

Artículo 180, párrafo 4.º, líneas 1 y 2, donde dice: «... dentro del plazo...», debe decir: «... dentro de plazo...».

Artículo 186, párrafo 1.º, línea 2, donde dice: «... tres meses a partir...», debe decir: «... tres meses, a partir...».

Artículo 186, párrafo 1.º, línea 2, donde dice: «... tres meses a partir...», debe decir: «... tres meses, a partir...».

Artículo 186, párrafo 1.º, línea 3, donde dice: «... Supremo ante...», debe decir: «... Supremo, ante...».

Artículo 204, línea 1, donde dice: «... se encontrase bienes...», debe decir: «... se encontrasen bienes...».

Artículo 214, párrafo 2.º, línea 1, donde dice: «... transcurrido...», debe decir: «... transcurridos...».

Artículo 216, párrafo 1.º, línea 2, donde dice: «... que señala...», debe decir: «... que señala...».

Artículo 222, párrafo 3.º, línea 9, donde dice: «... El original...», debe decir: «... el original...».

Artículo 222, párrafo 5.º, línea 2, donde dice: «... les dirigirá...», debe decir: «... le dirigirá...».

Artículo 227, párrafo 1.º, línea 1, donde dice: «... se ejercitan...», debe decir: «... se ejerciten...».

Artículo 228, párrafo 2.º, línea 1, donde dice: «... Superior...», debe decir: «... superior...».

(Del B. O. del E. de 27 de noviembre de 1973.)

Analgilasa®

la llave del bienestar

Analgésico no narcótico



Estuche con 40 comprimidos. P. V. P. 74'40 Ptas.
Caja con 12 supositorios. P. V. P. 65'70 Ptas.

Normas de aplicación de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales

Aprobadas por Orden de 16 de noviembre de 1973 (*Boletines Oficiales del Estado* núms. 291 y 292) las Tarifas de Honorarios y Retribuciones y sus normas de aplicación por la Asistencia Sanitaria de los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales protegidos por la Seguridad Social, reproducimos a continuación la parte relacionada con nuestra profesión:

TARIFA TERCERA Personal no facultativo

CATEGORIAS	RETRIBUCION MENSUAL			Observaciones
	Sueldo base inicial	COMPLEMENTOS		
		Incentivos	Destino	
1. Personal titulado				
a) Ayudantes Técnicos Sanitarios, Practicantes y Enfermeras.	9.614,50	1.750,00	1.050,00	Con siete horas de servicio:
b) Servicio de guardia:				Las cantidades incluidas en el concepto de incentivo tendrán carácter facultativo y eventual, no siendo acumulables en ningún caso al sueldo base. La percepción de este incentivo, dado que constituye un premio a la labor que realice el personal, podrá reducirse en aquellos casos en que, sin llegar a cometer falta sancionable el personal afectado, no se le considere acreedor a su percepción por la disminución del rendimiento en el trabajo, falta de puntualidad o falta de permanencia en el servicio. La no concesión total o parcial de los incentivos será acordada por la Entidad de que dependa el interesado.
1. El servicio de guardia realizado fuera de las horas normales de actividad laboral, es decir, de ocho de la noche a ocho de la mañana, siempre y cuando tenga las características de que durante ellas las actividades técnicas del Ayudante Técnico Sanitario, Practicante o Enfermera quedarán reducidas a la atención urgente de algunos accidentes que, con carácter extraordinario e imprevisto, se produzcan, no se regularán por la fórmula de horas de trabajo. Este servicio especial devengará los siguientes sueldos:				
Guardia de doce horas:	9.614,50	1.750,00	1.050,00	
Guardia de diez horas:	7.619,50	1.400,00	840,00	
Guardia de ocho horas:	5.769,00	1.050,00	630,00	
2. Si la actividad del servicio de guardia fuera equivalente a la de los servicios diurnos, se percibirán los siguientes honorarios:				
Guardia de doce horas:	13.460,00	2.450,00	1.470,00	
Guardia de diez horas:	11.537,50	2.100,00	1.260,00	
Guardia de ocho horas:	10.576,00	1.925,00	1.155,00	
c) Restante personal:				
a) Fisioterapeutas.	9.614,50	1.750,00	1.050,00	Jornada de seis horas.
b) Técnicos de laboratorio.	6.937,00	1.750,00	752,50	Jornada de ocho horas.
c) Técnicos de radiología.	6.937,00	1.750,00	752,50	Jornada de ocho horas.
d) Profesor de cultura física.	6.937,00	1.750,00	752,50	Jornada de ocho horas.
e) Profesor de terapia ocupacional.	9.614,50	1.750,00	1.050,00	Jornada de ocho horas.
f) Maestro de primera enseñanza.	6.937,00	1.750,00	752,50	Jornada de ocho horas.
g) Asistente social.	6.972,00	1.750,00	752,50	Jornada de ocho horas.

NORMAS PARA APLICACION DE LA TARIFA 3.ª

Primera.—Ámbito de aplicación.

El personal no facultativo que preste sus servicios en régimen de retribución fija en los Centros sanitarios dedicados a la asistencia de los trabajadores que sufran accidentes de trabajo o enfermedades profesionales se regirá por las presentes normas a efectos de la aplicación de la tarifa tercera.

Segunda.—Clasificación del personal.

A efectos de la aplicación de la tarifa, el personal a que las presentes normas se refieren se clasificará en la forma que a continuación se expresa; esta clasificación tiene un carácter meramente enunciativo, y cada Entidad cubrirá sus servicios de acuerdo con sus necesidades asistenciales.

1. Personal titulado.

2. Personal no titulado.
3. Personal religioso.

Tercera.—Personal titulado.

El grupo de personal titulado está constituido por:

- a) Ayudantes Técnicos Sanitarios, Practicantes y Enfermeras, todos los cuales se clasificarán con arreglo a sus funciones: de guardia, de especialidades y visitadoras.
- b) Fisioterapeutas.

Sexta.—Ayudantes Técnicos Sanitarios, Practicantes y Enfermeras de guardia.

1. Concepto y funciones.

Tendrán esta consideración los que permanecen en el Centro sanitario durante unas horas prefijadas, realizando a las órdenes del Médico las curas a cuantos lesionados se hallen en tratamiento. Asimismo atenderán y curarán de urgencia o por primera vez a los accidentados, si durante la guardia no hubiera facultativo.

2. Servicio nocturno de guardia.

El turno de guardia realizado fuera de las horas normales de actividad laboral, es decir, de ocho de la noche a ocho de la mañana, se considerará servicio especial a efectos de remuneración.

Séptima.—Ayudantes Técnicos Sanitarios, Practicantes y Enfermeras de especialidades.

Tendrán esta consideración aquellos que a las órdenes de los Médicos especialistas, y durante las horas que éstos tengan establecidas, los ayuden en sus servicios médicos o quirúrgicos o realicen las funciones que por su título especializado les sean encomendadas.

Octava.—Ayudantes Técnicos Sanitarios, Practicantes y Enfermeras visitadores.

Este grupo estará constituido por los encargados de realizar las curas a los accidentados en el domicilio de éstos, cuando a juicio del Médico no puedan acudir a tales efectos al Centro sanitario, siempre bajo las órdenes del Médico visitador.

Novena.—Funciones del restante personal.

El restante personal afectado por estas normas realizará las funciones inherentes a su específica profesión y, en su caso, categoría.

Décima.—Jornada reducida.

Cuando la jornada de trabajo sea inferior a la señalada en la tarifa, la cuantía de las retribuciones de la misma se reducirá en la proporción correspondiente.

Undécima.—Retribuciones.

1. Retribuciones base y complementos.

Las retribuciones del personal a que se refieren estas normas se ajustarán a las cantidades y, en su caso, complementos que, según el grupo profesional y la naturaleza de la función, se consignan en la tarifa tercera.

2. Premios de antigüedad y pagas extraordinarias.

El personal a que se refieren estas normas, con excepción del religioso, se regirá en cuanto a premios de antigüedad y a pagas extraordinarias por las normas aplicables al personal médico del servicio centralizado.

3. Participación del personal en el progreso de la Empresa.

El personal a que las presentes normas se refiere que preste sus servicios en Entidades y Empresas que colaboran en la gestión de la Seguridad Social y se encuentran comprendidas en el ámbito de la Orden de 30 de abril de 1962 tendrá derecho a percibir los complementos retributivos salariales correspondientes al plus de participación del personal en el progreso de la Empresa, establecido en dicha Orden.

Doodécima.—Diets y gastos de viaje.

En caso de que este personal, para actuar en sus funciones asistenciales, tenga que desplazarse de la localidad de su residencia (entendiendo por tal el partido médico donde ejerza sus funciones), dentro de la misma provincia, percibirá la cantidad de 400 pesetas diarias en concepto de dietas y gastos de viaje de ida y vuelta a razón de 2,50 pesetas kilómetro. Si el desplazamiento es fuera de la provincia, las dietas serán de 600 pesetas diarias y los gastos de viaje a razón, igualmente, de 2,50 pesetas kilómetro.

Ingreso en la Instrucción Militar Escala de Complemento

En el *Diario Oficial del Ministerio del Ejército* número 268, correspondiente al día 28 de noviembre de 1973, se publican las Normas para el ingreso y encuadramiento en la I. M. E. C. para el curso 1973-74.

Por primera vez, y tras laboriosas gestiones del Consejo Nacional, entre las plazas a cubrir figuran cien plazas para suboficiales ayudantes técnicos de Sanidad Militar.

Los aspirantes a las mismas, que han de tener diecisiete años de edad y haber aprobado el primer curso de la carrera, deberán solicitar su admisión al jefe del Distrito de la I. M. E. C. a que pertenezca el Centro de Enseñanza en que curse sus estudios.

Las instancias, ajustadas al modelo que se inserta al final de las mencionadas Normas, deberán tener entrada en las Jefaturas de los Distritos anteriormente citados antes de las quince horas del día 26 de enero de 1974, a la que acompañarán los siguientes documentos que el artículo 50 de la convocatoria determina.

Organismos autónomos

Decreto 3181/1973, de 14 de diciembre, por el que se da nueva redacción a la disposición transitoria primera 1, b), del Estatuto del Personal al Servicio de los Organismos Autónomos, aprobado por Decreto 2043/1971, de 23 de julio.

El Decreto dos mil cuarenta y tres/mil novecientos setenta y uno, de veintitrés de julio, por el que se aprobó el Estatuto de Personal al Servicio de los Organismos Autónomos, supuso un paso decisivo para la ordenación legal del personal al servicio de tales Entidades, de conformidad con las previsiones contenidas en la Ley de Entidades Estatales Autónomas, de veintiocho de diciembre de mil novecientos cincuenta y ocho.

La amplia variedad de Organismos que forman la Administración Institucional y la diversidad de supuestos y situaciones del personal afecto a los mismos han dificultado la realización de las diversas operaciones y actuaciones previstas en dicho Cuerpo legal para la plena aplicación del mismo. Por esta razón parece conveniente dar nueva redacción a la Disposición transitoria primera uno punto b), del aludido Estatuto, en la que se prevé la celebración de pruebas restringidas, a fin de evitar perjuicios a los interesados.

En su virtud y previos los informes preceptivos del Ministerio de Hacienda, de la Comisión Superior de Personal y de conformidad con el dictamen del Consejo de Estado, a propuesta de la Presidencia del Gobierno y previa deliberación del Consejo de Ministros en su reunión del día treinta de noviembre de mil novecientos setenta y tres,

DISPONGO:

Artículo primero.—El apartado uno punto b) de la Disposición transitoria primera del Estatuto del Personal al servicio de los Organismos autónomos, aprobado por Decreto dos mil cuarenta y tres/mil novecientos setenta y uno, de veintitrés de julio, queda redactado de la siguiente forma:

"b) Funcionarios interinos, si hubiesen sido designados legalmente para ocupar plaza de plantilla y no reunieran los requisitos del apartado a) de esta disposición.

La Presidencia del Gobierno podrá autorizar, a propuesta de los Ministros correspondientes, la convocatoria de concurso-oposición u oposición restringida para este personal, siempre que hayan prestado servicios ininterrumpidos por un período superior a dos años en el momento de la publicación del presente Estatuto y continúen en servicio sin interrupción hasta la celebración de las pruebas selectivas. Aquellos que no superaren las pruebas o no se presentasen a las mismas en dos convocatorias sucesivas, cesarán automáticamente, otorgándose una indemnización equivalente a los haberes de un mes por cada año de servicios o fracción.

La convocatoria de las primeras pruebas restringidas que se celebren en virtud de lo dispuesto en el párrafo anterior de-

berán ser publicadas en el *Boletín Oficial del Estado* antes del día treinta de abril de mil novecientos setenta y cuatro y concluirán antes del treinta y uno de diciembre de dicho año.

La convocatoria de las segundas y últimas pruebas restringidas previstas en aquel mismo párrafo serán anunciadas en el *Boletín Oficial del Estado* con anterioridad al treinta de abril de mil novecientos setenta y cinco.

Tendrán acceso a las convocatorias previstas en los párrafos anteriores el personal a que se refiere el apartado d) de esta Transitoria, siempre que reúna las condiciones de tiempo y permanencia señalados para los funcionarios interinos.

Las plazas ocupadas por funcionarios interinos a quienes no les sea de aplicación lo dispuesto en este apartado se cubrirán por el régimen regular establecido en el presente Estatuto.

Artículo segundo.—El presente Decreto entrará en vigor el día de su publicación en el *Boletín Oficial del Estado*.

Así lo dispongo por el presente Decreto, dado en Madrid a catorce de diciembre de mil novecientos setenta y tres.

FRANCISCO FRANCO

El Ministro Subsecretario
de la Presidencia del Gobierno,
JOSÉ MARÍA GAMAZO Y MANGLANO

(Del B. O. del E. núm. 302.)

Opositores aprobados en la Seguridad Social

Relación de opositores que han aprobado el concurso-oposición con la calificación correspondiente obtenida en su totalidad en el concurso-oposición convocado para proveer en propiedad plazas de Practicantes-Ayudantes Técnicos Sanitarios de Zona y del Servicio de Urgencia de la Seguridad Social:

	Puntos
1. Arias Moreno, Fernando	49,00
2. Ballester Santander, José	45,20
3. Elez Angel, Jorge	43,70
4. García Zamanillo, Francisco	42,25
5. Rodríguez Mediavilla, José	42,10
6. Figueroa Abel de la Cruz, José Antonio	42,05
7. Castillo Montes, José	41,35
8. Carretero Moreno, Fabio	41,05
9. Díez León, Modesto	40,95
10. Fernández Martínez, Alejandro	40,05
11. García San José, Dámaso	39,50
12. Baz Sánchez, Joaquín	39,40
13. González Montoya, Jesús Manuel	39,35
14. Suárez Sotura, Belarmino	39,20
15. Ruescas Cabezas, Alfonso	38,25
16. Sánchez Gómez, Pedro	38,15
17. García Fernández, Ciriaco	38,15
18. Domingo Hernández, Eugenio	38,15
19. Revuelta Soriano, Rafael	37,50
20. Frutos García, Julián	36,90
21. García Prieto, César	36,65
22. Botello González, Santiago	36,65
23. Río Laseca, Aquilino del	36,40
24. Paule Rubio, Luis Francisco	36,20
25. Rodríguez Conde, Rufino	36,15
26. Mazón Moreno, Luis	36,10
27. Fossas Berenguer, Ramón	35,50
28. Aparicio Sainz, José Luis	34,90
29. Díaz Rollán, Eulogio	34,80
30. Sánchez-Puerta González, Juan	34,80
31. Llobat Forner, José	34,70
32. Balseiro Casal, José	34,60
33. Cancelo Boyano, María Dolores	34,30
34. Gómez Morales, Pablo	34,15
35. Vidal Bote, Antonio	34,00
36. Lara López, José	33,55
37. Álvarez Mínguez, José Fernando	33,40
38. Serra Rodrigo, Ricardo	33,25
39. Pérez Veiga, César	33,15
40. Segura Berrueta, Alfredo	33,05
41. Sánchez Fernández, Francisco	32,75
42. Delgado Martínez, Manuel	32,25
43. García Andrés, Zacarías	32,20
44. Pérez Prat, María Teresa	32,10
45. Fernández Fernández, Francisco	31,90
46. Andrada Pacheco, Luis	31,80
47. Bretón Les, Miguel Angel	31,75
48. Urién Blázquez, Tomás	31,70
49. Sánchez Abellán, Ernesto	31,15
50. Meliá Mayrata, María Antonia	30,95
51. Casas Millán, Sebastián	30,90
52. Pinta Mediavilla, Vicente de la	30,70
53. Martín de Grado, Gregorio	30,60
54. Grau Gasch, Francisco	30,10
55. Puertas Serrano, Angel	30,10
56. Sáez Martínez, Juan	30,05
57. Blanco Pérez-Molinos, Enrique C.	29,85
58. Domingo Aliaga, Cecilio	29,75
59. García Gil, Miguel Angel	29,65
60. Rodríguez Secades, Juan Antonio	29,50
61. Rando Tamayo, Gabriel	29,20
62. Álvarez Rozada, Angel	29,15
63. Martínez Pino, José	28,70
64. García Calzada, Mariano	28,40
65. Martínez Jiménez, Antonio	28,35
66. Mejías Bona, Pedro Antonio	28,30
67. Bravo Bustamante, Andrés	28,25
68. Lobato Kronnick, Carlos	28,10
69. Jerez Sierra, Francisco	27,95
70. Albala Luque, Joaquín	27,95
71. Zancas García, María de los Angeles	27,50
72. Lebero Serrano, Pedro Francisco	27,40
73. Rodrigo de Sande, José	27,40
74. Arroyo Repila, Felicitas	27,25
75. Gálvez Carrasco, Teresa	27,25
76. Montesinos Sequién, Félix	27,15
77. Rodríguez Menchero, Antonio	27,15
78. García-Plata Boza, Ramón María	27,15
79. Mayordomo Cañas, José Luis	26,95
80. Urosa Salcedo, Juan	26,80
81. González de la Riva Lamana, María Teresa	26,55
82. López Peña, Eleuterio	26,45
83. López Martín, Lucio	26,45
84. Menoyo Salvador, Raúl	26,15
85. Rodríguez Arana, María Dolores	26,10
86. Solanes Guasch, Ana María	26,05
87. Viar Castillo, Vicente Javier	26,00
88. García-Diego Castiglioni	26,00
89. Ponce García, Luis Carlos	25,90
90. Franco Sánchez, José	25,85
91. Rica San Juan, Francisco Javier	25,80
92. Burgos Cid, María Luisa	25,50
93. Herrera Rodríguez, María	25,35
94. García Barroso, Florentino	25,30
95. Martínez Moratinos, José Luis	25,25
96. Surra Miguel, Gloria	25,25
97. Prieto Fernández, Silvestre	25,00
98. Tejedor Gómez, Priscilo	24,95
99. Arribas Gamero, Antonio	24,95
100. Aranda Vizcaíno, Juan Jesús	24,80
101. Abril Doñate, Tomás	24,70
102. Ebrí Bou, Agustín	24,65
103. Eiroa Rodríguez, Daniel Luis	24,20
104. Vázquez Asensio, Florentino	24,20
105. Cornejo Valle, Francisco	24,20
106. Silva Gil, Federico	24,10
107. López Arriba, María Pilar	24,10
108. Beltrán-Huertas López, Francisco	24,05
109. Polo Gilabert, Ignacio	23,80
110. Jiménez González, Alfredo	23,60
111. Sanchis Cervera, José	23,00
112. Landa Uralde, Rosalía	22,95
113. López Oto, José María	22,95
114. Iglesias Letona, Jesús Pablo	22,80
115. Casquero Casquero, Dioscórides	22,75
116. Serra Struch, Domingo	22,45
117. Vergés Martí, José María	22,35
118. Melero Pereira, José	22,30
119. Reyes Orrego, José María	22,20
120. Igual Marqués, José Antonio	22,15
121. Gago Vila, María del Pilar	22,10
122. Gómez Revuelta, María Begona	21,95
123. Huguet Carné, Angelina	21,95
124. Píera Pellicer, José Alfredo	21,75
125. Beldarraín Solachi, Pablo José	21,75
126. Durán Vera, Miguel	21,60
127. Molina Martos, Esteban	21,60
128. Martínez García, Celso	21,55
129. Sacristán Ramos, Felicitísimo	20,45

(REMITIDA A TODOS LOS COLEGIOS)

Con el ruego muy encarecido de que a la mayor brevedad se haga así saber a los señores colegiados de esa provincia, se comunica que el último ejercicio de las oposiciones para cubrir plazas de Zona y Urgencia de la Seguridad Social tendrá lugar, a las doce horas del día 5 de diciembre próximo (miércoles), en el Instituto Nacional de Previsión (calle de Alcalá, núm. 56).

Acuse recibo.

Dios guarde a usted muchos años.

Madrid, 28 de noviembre de 1973.—EL SECRETARIO GENERAL—
V.º B.º: EL PRESIDENTE.

Sr. Presidente del Colegio de Ayudantes Técnicos Sanitarios.

Circular 48/73

(REMITIDA A TODOS LOS COLEGIOS)

Por Orden de 13 de noviembre de 1973, publicada en el *Boletín Oficial del Estado* de 16 de dicho mes, se convoca concurso-oposición para cubrir diez plazas de la Escala Auxiliar del Cuerpo de Sanidad del Ejército del Aire.

Los aspirantes a esta convocatoria deberán reunir las condiciones siguientes:

- Ser español, varón y estar en posesión del título de Ayudante Técnico Sanitario.
- Edad máxima: treinta años, cumplidos dentro del año 1974.
- Contar con el consentimiento paterno o del tutor los aspirantes que tengan menos de veintiún años.
- Tener buena concepción moral y social.
- No hallarse procesado ni haber sido expulsado de algún Cuerpo del Estado o Centro Oficial de Enseñanza.
- Alcanzar los requisitos psicofísicos exigidos en las normas médicas vigentes para el Ejército del Aire.

Para ser admitidos y, en su caso, tomar parte en el concurso-oposición, bastará que los aspirantes manifiesten en sus instancias que reúnen todas las condiciones exigidas en este artículo, referidas a la fecha de expiración del plazo señalado para la presentación de aquéllas, y que se comprometen a jurar acatamiento a los Principios del Movimiento Nacional y demás Leyes Fundamentales del Reino.

Las instancias solicitando tomar parte en esta convocatoria serán dirigidas al Excmo. Sr. General Director del Instituto de Medicina Clínica y Aeroespacial (Arturo Soria, 82, Madrid), con arreglo al modelo que se inserta al final de la referida Orden.

El plazo de admisión de instancias será de treinta días hábiles, contados a partir del día 17 de noviembre.

Lo que comunico a usted para su difusión entre todo el Cuerpo colegial.

Acuse recibo.

Dios guarde a usted muchos años.

Madrid, 16 de noviembre de 1973.—EL SECRETARIO GENERAL.

Sr. Presidente del Colegio de Ayudantes Técnicos Sanitarios.

Circular 50/73

(REMITIDA A TODOS LOS COLEGIOS)

Publicada en el *Boletín Oficial del Estado* número 280, de esta fecha, una Resolución de la Subsecretaría del Ministerio de la Gobernación por la que se anuncian vacantes en turno ordinario de antigüedad para proveer por Practicantes procedentes de la Zona Norte de Marruecos, se ruega a esa Presidencia informe de ello a los compañeros de esa provincia por si entre ellos existiera alguno que le afectase dicha convocatoria.

Acuse recibo.

Dios guarde a usted muchos años.

Madrid, 22 de noviembre de 1973.—EL SECRETARIO GENERAL.

Sr. Presidente del Colegio de Ayudantes Técnicos Sanitarios.

Circular 52/73

(REMITIDA A TODOS LOS COLEGIOS)

Publicada en el *Boletín Oficial del Estado* número 286, de esta fecha, convocatoria para proveer nueve plazas vacantes del Cuerpo de Ayudantes Técnicos Sanitarios de Instituciones Penitenciarias, en turno de oposición directa y libre, se señala la conveniencia de que se informe de ello al Cuerpo colegial, haciéndole saber que, con arreglo a las bases de dicha convocatoria, el plazo de presentación de instancias, ajustadas al modelo que figura en dicho *Boletín*, es de treinta días hábiles, contados a partir de mañana día 30.

Acuse recibo.

Dios guarde a usted muchos años.

Madrid, 29 de noviembre de 1973.—EL SECRETARIO GENERAL—
V.º B.º: EL PRESIDENTE.

Sr. Presidente del Colegio de Ayudantes Técnicos Sanitarios.

ESTERILIZADOR

ELECTRICO DE BOLSILLO
PARA JERINGUILLAS

Perfecta
esterilización en seco

DISTRIBUIDO EN TODA ESPAÑA
POR LOS ALMACENISTAS
DE ORTOPEDIA

MODELOS: 125 V. y 220 V.

Pero ambos pueden conectarse a cualquiera de las dos tensiones.

Variando tan sólo su rapidez (de 30 a 50 segundos)

P. V. P. 990 pesetas

Alcalde Sanjurjo, 4 - LA CORUNA

(pídalo en los establecimientos
del ramo)

SI NO LO ENCUENTRA EN SU
PROVEEDOR HABITUAL, PIDA-
LO CONTRA REEMBOLSO



Industrias
BRANDA

Medalla de oro en la XIII Exposición
Internacional de Inventiones de Bruselas

El Consejo Nacional, con motivo del fallecimiento del Presidente del Gobierno, Almirante don Luis Carrero Blanco, testimonió su condolencia a S. E. el Jefe del Estado y Generalísimo de los Ejércitos, a S. A. R. el Príncipe de España, al Excmo. Sr. Presidente del Gobierno en funciones y al Excmo. Sr. Presidente de las Cortes:

«Pleno Consejo Nacional Ayudantes Técnicos Sanitarios en reunión extraordinaria acordó testimoniar a V. E. su condolencia con motivo luctuoso suceso que causó muerte Almirante Carrero Blanco y reiterarle nuestra inquebrantable adhesión.»

RIUDAVETS, Presidente

Nuestra felicitación

El Gobierno español, ya bien avanzado el pasado diciembre y, junto con él, el año 1973, ha declarado públicamente, utilizando todos los medios informativos, su intención de encauzar su política y sus actividades sociales dentro del régimen de restricciones y de austeridad. Aconsejaba también con este motivo que todos los españoles colaboraran en este saludable propósito, prescindiendo de gastos superfluos que, aunque muchas veces pequeños cada uno por separado, consumen englobados cantidades respetables y evidentemente innecesarias.

Oposiciones para Practicantes y A. T. S. Titulares de Asistencia Pública Domiciliaria (A. P. D.)

Dado el poco tiempo que queda para que sean celebradas las oposiciones hemos realizado una edición de las contestaciones en forma extractada, amena y abreviada, donde se contestan todos los temas. Esta edición nueva es muy útil para los señores Practicantes y Ayudantes Técnicos Sanitarios que disponen de poco tiempo para el estudio y también está más rebajada de precio que el de las otras ediciones anteriores.

Para las Oposiciones Libres:
2.250 pesetas

Para el Concurso-Oposición-Restringido:
1.650 pesetas

Por cada ejemplar solicitado, desde ahora *enviamos gratis* otro de las contestaciones de la Seguridad Social, para los señores que deseen realizar el concurso.

PIDALAS HOY MISMO CONTRA REEMBOLSO Y LAS RECIBIRA A VUELTA DE CORREO

DOCTOR RUIZ GALAN
Avenida de Alfonso XIII, núm. 104
Teléfono 259 06 55
MADRID - 16

Al efectuar semejantes declaraciones anunciaba también que, a partir de las presentes fiestas navideñas, los órganos rectores habían decidido suprimir la totalidad de las felicitaciones oficiales acostumbradas, ahorrando con ello una cantidad de tiempo importante y de trabajo exhaustivo tanto al servicio de Correos como a las diferentes entidades administrativas, evitando al mismo tiempo un gasto apreciable.

El Consejo Nacional, deseoso siempre de adoptar las normas que el Estado instituye y de seguir el ejemplo que la superioridad dictamina, ha optado también por no efectuar las acostumbradas felicitaciones a los Colegios y de más entidades con ocasión de estas tradicionales fiestas, sin que esto signifique en modo alguno que olvida un instante a sus compañeros y amigos, así como a ese gran número de personalidades que, de un modo o de otro, se mueven dentro del ámbito entrañable de la actividad profesional.

Una vez más deseamos hacer patente nuestro deseo de que, tras unas venturosas y familiares Navidades, el nuevo año que acaba de comenzar esté lleno de positivos resultados, tanto en el aspecto privado de cada uno como en el a todas luces trascendental de nuestra querida Clase.

Queden, pues, patentes con estas líneas las intenciones que animan en este concepto al Consejo Nacional—
E. R. DE M.

Suscripción abierta en favor de los compañeros damnificados por las recientes inundaciones del sudeste de España

Como ya el pasado mes informamos, la Presidencia de nuestro Consejo Nacional giró una visita de urgencia por toda la zona del sudeste de la Península, afectada por las grandes inundaciones últimas, acompañándole en aquella luctuosa visita los presidentes colegiales de Murcia, Almería y Granada, a quienes nuestro presidente nacional prometió interesarse con la mayor rapidez en prestar socorro a cuantos compañeros, que no habido pocos, se vieron implicados en el desastre.

No cabe la menor duda de que en estos momentos de penuria, lo mismo material que moral, es cuando el compañerismo debe ponerse de manifiesto más cumplidamente y cuando más se agradece la intervención de una mano amiga que procure poner lenitivo a nuestro dolor, demostrando así que, aun cuando nuestros recursos materiales no sean demasiado brillantes, poseemos bien adentrada en nuestro espíritu la deontología profesional.

Si como ciudadanos del mundo a que pertenecemos solemos atender la llamada de los aquejados por alguna calamidad en lejanos países; si dentro de nuestra Patria acudimos solícitos a contribuir con nuestro modesto óbolo en los problemas de tipo nacional que exigen frecuentes demandas a nuestros bolsillos, cuánto más justo y humano será todavía preocuparnos por nuestros hermanos en profesión, por los miembros de nuestra unida y gran familia sanitaria.

Cumpliendo con lo prometido, el Consejo Nacional de Ayudantes Técnicos Sanitarios abre con este objeto una suscripción encabezándola con *sesenta mil pesetas* e invitando a nuestros compañeros a participar en ella en la medida de sus posibilidades, para lo cual pueden remitir sus donativos, de la cuantía que sean y bajo el título "Pro damnificados del sudeste de España", al Consejo Nacional de Ayudantes Técnicos Sanitarios, Cuesta de Santo Domingo, 6, Madrid-13.

Circular 54/73

(REMITIDA A TODOS LOS COLEGIOS)

Por Resolución de la Administración Institucional de la Sanidad Nacional, Patronato Nacional de Enfermedades del Tórax, por la que se transcribe lista provisional de solicitantes admitidos y excluidos para tomar parte en las pruebas selectivas restringidas para la provisión de plazas de Ayudantes Técnicos Sanitarios, se concede un plazo de quince días, contados a partir de mañana, día 19, siguiente al de la publicación de dicha Resolución en el *Boletín Oficial del Estado* (núm. 302), para las reclamaciones a que haya lugar, de acuerdo con lo previsto en el artículo 121 de la Ley de Procedimiento Administrativo.

Lo que comunico a usted con el ruego de su difusión al Cuerpo colegial.

Dios guarde a usted muchos años.

Madrid, 18 de diciembre de 1973.—EL SECRETARIO GENERAL.—
V.º B.º: EL PRESIDENTE.

Sr. Presidente del Colegio de Ayudantes Técnicos Sanitarios.

Circular 57/73

(CURSADA A LOS PRESIDENTES DE LOS DISTINTOS
COLEGIOS PROVINCIALES)

Para su debido conocimiento, me complace comunicarle que en el proyecto de Decreto sobre Determinación o Modificación de Partidos Sanitarios, Clasificación de Puestos de Trabajo y Plantillas de los Cuerpos de Funcionarios Técnicos del Estado al Servicio de la Sanidad Local, actualmente en estudio en el Ministerio de la Gobernación, se establece que entre las autoridades que han de integrar la Subcomisión Provincial de Reestructuración de Partidos Sanitarios, de la Comisión Delegada de Sanidad, de la Provincial de Servicios Técnicos de cada provincia, figurará el Presidente del Colegio de Ayudantes Técnicos Sanitarios respectivo.

Tan pronto sea aprobado por el Consejo de señores Ministros y se publique en el *Boletín Oficial del Estado* dicho Decreto, se notificará a ese Colegio.

Dios guarde a usted muchos años.

Madrid, 27 de diciembre de 1973.—EL SECRETARIO GENERAL.—
V.º B.º: EL PRESIDENTE.

Acuse de recibo que deberá enviarse a este Consejo Nacional, a vuelta de correo, debidamente diligenciado.

COLEGIO DE AYUDANTES TECNICOS SANITARIOS DE Se ha recibido en
el día de hoy la Circular núm. 57/73 del Consejo Nacional.

....., a de diciembre de 1973.

El

Sello del Colegio.

FISIOTERAPIA

Concurso literario del Consejo Nacional

El Consejo Nacional de Ayudantes Técnicos Sanitarios, en su deseo de alentar y promocionar a cuantos compañeros estudiosos se propongan trabajar en beneficio de la cultura profesional especializada, a la que tanta importancia concede, ha decidido crear, durante el año 1974, un premio destinado a galardonar el mejor artículo publicado en MEDICINA Y CIRUGÍA AUXILIAR sobre temas exclusivamente relacionados con la Fisioterapia, ajustándose a las bases siguientes:

Primera.—Se instituye un único premio de cinco mil pesetas destinado al autor del mejor artículo sobre el tema publicado en nuestro Boletín Informativo a partir de la presente convocatoria y hasta el número correspondiente al mes de julio del año presente.

Segunda.—El Consejo Nacional se reserva el derecho de seleccionar para su publicación los trabajos remitidos a su domicilio social, Cuesta de Santo Domingo, 6, Madrid-13, hasta la fecha del 15 de junio, a las diez de la noche.

Tercera.—Los referidos artículos deberán versar exclusivamente sobre temas de la mencionada especialidad y su extensión no podrá ser menor de cuatro folios mecanografiados por una sola cara e interlineados a dos espacios, ni mayor de siete, en idénticas condiciones.

Cuarta.—Los concursantes podrán ilustrar sus envíos con fotografías o dibujos que sirvan para realzar o aclarar el texto de los mismos.

Quinta.—El artículo que resulte premiado será seleccionado por un Jurado competente, en el cual habrán de encontrarse, por lo menos, dos titulados en Fisioterapia y del que, a su tiempo, se dará a conocer la composición.

Sexta.—Al autor que resulte galardonado le será entregado, además, el correspondiente diploma acreditativo de la distinción otorgada.

Séptima.—El Jurado calificador se reserva la facultad de extender los diplomas de honor a favor de los autores cuyos trabajos le parezcan merecedores de ser destacados con aquella distinción.

Madrid, 1.º de enero de 1974.

PODOLOGIA

Concurso literario del Consejo Nacional

El Consejo Nacional de Ayudantes Técnicos Sanitarios, en su deseo de alentar y promocionar a cuantos compañeros estudiosos se propongan trabajar en beneficio de la cultura profesional especializada, a la que tanta importancia concede, ha decidido crear, durante el año 1974, un premio destinado a galardonar el mejor artículo publicado en MEDICINA Y CIRUGÍA AUXILIAR sobre temas exclusivamente podológicos, ajustándose a las bases siguientes:

Primera.—Se instituye un único premio de cinco mil pesetas destinado al autor del mejor artículo sobre el tema publicado en nuestro Boletín Informativo a partir de la presente convocatoria y hasta el número correspondiente al mes de julio del año presente.

Segunda.—El Consejo Nacional se reserva el derecho de seleccionar para su publicación los trabajos remitidos a su domicilio social, Cuesta de Santo Domingo, 6, Madrid-13, hasta la fecha del 15 de junio, a las diez de la noche.

Tercera.—Los referidos artículos deberán versar exclusivamente sobre temas de la especialidad y su extensión no podrá ser menor de cuatro folios mecanografiados por una sola cara e interlineados a dos espacios, ni mayor de siete, en idénticas condiciones.

Cuarta.—Los concursantes podrán ilustrar sus envíos con fotografías o dibujos que sirvan para realzar o aclarar el texto de los mismos.

Quinta.—El artículo que resulte premiado será seleccionado por un Jurado competente, en el cual habrán de encontrarse dos titulados en Podología, por lo menos, y del que, a su tiempo, se dará a conocer su personalidad.

Sexta.—Al autor que resulte galardonado le será entregado, además, el correspondiente diploma acreditativo de la distinción otorgada.

Séptima.—El Jurado calificador se reserva la facultad de extender los diplomas de honor a favor de los autores cuyos trabajos le parezcan merecedores de ser destacados con aquella distinción.

Madrid, 1.º de enero de 1974.

Previsión

RELACION DE ASOCIADOS FALLECIDOS, CON DETALLE DE LAS PRESTACIONES ABONADAS, DEL 16 DE NOVIEMBRE DE 1973 AL DIA DE LA FECHA

NOMBRES Y APELLIDOS	DELEGACIONES	IMPORTE SOCORRO DEFUNCION	PENSIONES COBRADAS	HUERFANOS A 300 PTAS.	TOTAL
D. Enrique García Luque	Granada.	25.000	—	—	25.000
D. Urbano Pellitero Alvarez	León.	18.000	85.280	—	103.280
D. Francisco Jorcano Sanz	Madrid.	25.000	—	—	25.000
D. Claudio Hernández Narros	Madrid.	18.000	69.460	—	87.460
D. José Rosales Torres	Pontevedra.	25.000	—	—	25.000
D. Manuel de la Peña Méndez	Sevilla.	1.350	—	—	1.350
D. Antonio Sacristán Sánchez	Barcelona.	25.000	72.250	—	97.250
D. Eduardo Alvarez Rojas	Barcelona.	15.000	54.512	—	69.512
D.ª Margarita Tapias Molins	Madrid.	20.000	—	—	20.000
D. Antonio de la Peña Olazábal	Madrid.	25.000	—	—	25.000
D. Antonio Jiménez Pérez	Murcia.	25.000	103.917	—	128.917
D. Juan Monreal Monreal	Murcia.	25.000	—	—	25.000
D. Manuel Meseguer Larosa	Murcia.	25.000	—	—	25.000
D. Manuel Jiménez Gómez	Murcia.	20.000	—	—	20.000
D. Joaquín Flores Martín Saucedá	Badajoz.	25.000	—	—	25.000
D.ª María del Pilar Sáez Aransay	Barcelona.	25.000	—	—	25.000
D. Cruz Moreno Daimiel	Barcelona.	25.000	—	—	25.000
D. José Pemán Ena	Navarra.	15.000	60.968	—	75.968
D. Florencio-Pedro Rubio Guerrero	Sevilla.	23.000	—	1.130	24.130
D. José María Aznar Pérez	Valencia.	25.000	122.667	—	147.667
D. José Moreno Batista	Valencia.	25.000	—	—	25.000
D. Valentín Villarroya Bayo	Valencia.	25.000	—	—	25.000
D. Luis Jiménez Sánchez	Zaragoza.	25.000	93.000	—	118.000
TOTALES		505.350	662.054	1.130	1.168.534

OBSERVACIONES.—De estos 23 asociados fallecidos, la media de prestaciones recibidas ha sido de 50.806 pesetas, y de cuotas abonadas, 12.668 pesetas, siendo 17.835 pesetas la mayor cantidad satisfecha por cuotas y 1.350 pesetas la menor, haciéndose constar que el 34,78 por 100 de mortandad eran pensionistas.

Madrid, 12 de diciembre de 1973.

ICTIOMEN[®] casen

FORMULA

Ictiol	0'48 gr.
Mentol	0'04 gr.
Talco	99'48 gr.

INDICACIONES

En el ICTIOMEN se reúnen fármacos que gozan de reconocida acción en los procesos irritativos de la piel. Su adecuada composición le hacen tener una untuosidad agradable al tacto, debidas al Ictiol principalmente.

Se ha comprobado la eficacia del ICTIOMEN en las afecciones irritantes de la piel, como dermatitis, eczemas, in-

tértrigos, eritema papuloso, herpes, herpes-zoster, y para el tratamiento tópico del sarampión, varicela y demás enfermedades eruptivas de la infancia.

Está indicado en la higiene íntima de la mujer y en las escocerías de los niños de pecho.

Es práctica su aplicación después del afeitado, pues calma y cura la irritación de la piel que se produce.

MODO DE EMPLEO

Espolvorear la parte afectada.

PRESENTACION

Bote de plástico con 100 gramos.

P. V. P.

28'00 ptas.

DERMITIS AFECCIONES IRRITATIVAS DE LA PIEL

Laboratorios casen
Roncalés, S.A.— Tenor Fleta, 5
ZARAGOZA

Las lumbalgias constituyen un problema patológico que se plantea al médico, en general, y al especialista, en particular, las cuales, por la frecuencia de su aparición, desbordan el marco de la patología y se convierten en un fenómeno social en virtud de sus repercusiones económicas, tanto en lo que respecta a actos médicos y terapias de todo tipo como por los subsidios y pensiones a que dan lugar.

Suele afirmarse que sólo el 50 por 100 de los pacientes que sufren dolores lumbares acuden a la consulta médica, y que tales dolores, con intensidades muy distintas, según los casos, afectan en un momento u otro de la vida a la casi totalidad de la población. Por otra parte, se aprecia que la frecuencia de las lumbalgias graves parece ir en aumento, alcanzando alrededor de la cuarta parte de las bajas laborales; englobadas en la denominación común de "cuadros reumáticos". Asimismo, esta afección se destaca en las estadísticas de enfermedades de larga duración e invalidantes. Por todos estos factores, creemos que la actualización de este tema puede resultar de interés.

En el desarrollo del mismo nos limitamos a exponer lo que hemos podido observar durante largos años desde nuestro puesto de trabajo en el servicio de reumatología del Hospital Municipal de "Nuestra Señora de la Esperanza", dirigido por el doctor don R. de Dalmases Gosé, director del mencionado hospital y jefe del

edad avanzada, debidas a la existencia de una osteoporosis; las que sufren los individuos jóvenes afectados de una enfermedad de Scheuermann; las lumbalgias funcionales o psicósomáticas, sin alteraciones orgánicas, que se inician en la juventud y persisten durante años, sobre cuya etiopatogenia se ha invocado una vulnerabilidad funcional de la región lumbar o lumbosacra. Finalmente, las lumbalgias crónicas de los traumatizados y de los pacientes sometidos a injertos óseos, que nutren copiosamente los centros de rehabilitación y las estaciones termales, son recidivas habituales al reanudar sus actividades.

En las lumbalgias reflejas, el origen debemos buscarlo especialmente en los órganos pélvicos o en las formaciones retroperitoneales. En la mujer, la causa más corriente suele ser la retroversión uterina o la afección de trompas u ovarios de diversa etiología. En estos casos, el dolor tiende a empeorar en el curso de la menstruación. En los hombres, los dolores lumbálgicos suelen tener su origen principalmente en una afección prostática. También hay que tener en cuenta, en uno y otro sexo, las afecciones renales y las neoplásicas de localización retroperitoneal.

En la consecución del diagnóstico, en este proceso como en cualquier otro, se seguirán las reglas emanadas de la patología general: historia, exploración clínica, hematología, radiología, etc., para concluir, finalmente, con el diagnóstico diferencial. Este es el orden que rigurosamente se sigue en el servicio.

En la historia clínica se hace espe-

cial hincapié en la anamnesis, pues es ella la que en muchas ocasiones permitirá explicarse la verdadera causa de la presente lumbalgia, lejana consecuencia de un proceso general que se padeció (melitococia, fiebre tifoidea, etc.), de un traumatismo o de cualquier otra circunstancia que haya podido, directa o indirectamente, quebrantar la integridad funcional o somática del raquis.

Agotados los antecedentes generales se pasa a los directamente relacionados con el proceso en cuestión, inquiriendo del enfermo la fecha de comienzo, circunstancias que concurren (aparición espontánea; después de esfuerzo o traumatismo; coincidencias con procesos infecciosos generales o de localización urinaria, ginecológica, etc.) y características del dolor (intensidad, calidad, área de distribución, duración, reproducción, factores que le exacerban o que le alivian, curso de intensidad progresiva o decreciente, etc.).

Después de este interrogatorio ya se puede intuir si se trata de lumbalgia propiamente dicha (inflamatoria, discal, estática, etc.) o bien de una lumbalgia refleja.

La exploración clínica, metódicamente practicada, proporcionará valiosos datos para establecer un diagnóstico correcto. Se efectuará con el paciente desnudo y cuan relajado sea posible. En estas condiciones se comenzará por la inspección, que a través de los plancos posterior, lateral (perfil) y anterior permitirá apreciar la constitución, el estado nutritivo (delgadez, obesidad, etc.), el desarrollo muscular, una deformidad (congénita o adquirida); si existe o no una postura correcta, factor éste de suma importancia en la génesis de las lumbalgias (hay quien afirma que el 90 por 100 de los dolores raquídeos

son debidos a una postura defectuosa); asimetría de hombros, escápulas o pliegues cutáneos del tronco; crestas ilíacas y espinas ilíacas anterosuperiores a distinto nivel; grado de las curvaturas cervical, dorsal y lumbar y si existe un equilibrio entre ellas; desviaciones del eje raquídeo hacia uno u otro lado (escoliosis); actitud del individuo, etc.

A continuación de este examen estático se explora la dinámica de la columna vertebral, mediante los movimientos de flexión, extensión, flexión lateral derecha, flexión lateral izquierda y rotaciones. El médico dirigirá estos movimientos y comprobará la perfecta ejecución de los mismos, pudiendo así apreciar mejor si existe rigidez y el momento en que se inicia el dolor provocado e interrumpir entonces el movimiento, a fin de no traumatizar al paciente. Con este tipo de exploración, lo que se busca es detectar el dolor provocado, que parte generalmente de los elementos móviles del raquis, especialmente del disco intervertebral y las limitaciones que en el orden funcional pueden registrarse.

Normalmente, la amplitud de los movimientos disminuye paulatinamente con la edad, especialmente las flexiones laterales, las que son muy amplias en un individuo joven y quedan limitadas a 10 ó 20 grados en el anciano. Para valorar correctamente esta exploración conviene hallarse familiarizado en el examen de sujetos normales de distintas edades y con las naturales diferencias individuales de amplitud y de flexibilidad.

En la flexión ventral podrá registrarse que la lordosis lumbar se aplanan primero y se invierte después; este cambio se produce de una manera regular y progresiva. Si no se realiza en estas condiciones puede ocurrir que el movimiento está abolido (rigidez), limitado o interrumpido, lo que, con o sin dolor, será generalmente la expresión de un estado patológico. La maniobra de Schober permite valorar esta limitación.

Cuando en el examen estático se ha descubierto una escoliosis, si es funcional, se verá desaparecer al flexionar el tronco, mientras que no se modificará si es fija o estructural.

En el movimiento de flexión dorsal o extensión se produce normalmente una exageración de la lordosis lumbar, y si no ocurre es que está limitado. La aparición de dolor al practicar este movimiento suele ser indicativo de una alteración del espacio intervertebral L-5, S-1 o en el arco posterior.

La exploración de todo paciente afecto de lumbalgia debe incluir también una palpación del abdomen y de las fosas lumbares altas, el examen de latidos de las arterias femorales y, en aquellos casos que el origen lumbosacro del dolor sea dudoso, del aparato urogenital. Asimismo, será preciso realizar una exploración articular completa, aunque el paciente sólo aqueje síntomas lumbares. Especialmente deberá comprobarse el estado del resto de la columna vertebral (segmento cervical y dorsal) y de las articulaciones coxofemorales, sin omitir la exploración neurológica y el registro de las posibles anomalías, congénitas o adquiridas, de las extremidades superiores.

La lumbalgia puede aparecer, desde el punto de vista clínico, bajo dos formas: aguda o lumbago y crónica o lumbalgia común.

El lumbago se acompaña de intenso dolor y contractura muscular, que inmoviliza

LUMBALGIAS

servicio de reumatología del mismo, y cuanto sobre esta materia nos ha sido posible recoger en la literatura médica.

Bajo el nombre de lumbalgias se agrupa una gran cantidad de entidades, que se diferencian considerablemente entre sí en cuanto a su etiología, duración y repercusiones sobre la vida profesional y social del paciente. Es preciso diferenciar la lumbalgia propiamente dicha, que consiste en una afección de la columna lumbar o lumbosacra, de la lumbalgia refleja, en la que el dolor es provocado por una afección extrarraquídea, es decir, que puede tratarse de afecciones ubicadas en las diversas estructuras que integran el raquis lumbosacro o bien de dolores de origen visceral. De unas y otras se ven frecuentemente en el servicio, acudiendo los pacientes a la consulta con la creencia, tan corriente, de que padecen "reuma".

Las lumbalgias son más frecuentes en el varón que en la mujer. En éstas, el número de casos es máximo alrededor de los cincuenta años; en el hombre aparece antes, aproximadamente a los cuarenta. Unas veces se trata de cuadros fugaces, que remiten en poco tiempo con una medicación simple; otras, de casos rebeldes a la mayoría de los tratamientos, recidivantes, que tienden a la cronicidad y a la incapacitación laboral del paciente.

En su mayoría, los casos de lumbalgia propiamente dicha tienen una explicación etiopatogénica. La causa más corriente la constituye la alteración del disco intervertebral. Existe un grupo de lumbalgias de tipo inflamatorio, pudiendo ser infecciosas o reumáticas; otro, de tipo o causa lumbar; otro, estático, que guarda relación con trastornos congénitos o adquiridos de la estática raquídea; las lumbalgias crónicas, que se observan en enfermos de

un grado variable al paciente. En unas ocasiones aparece bruscamente en el curso de un determinado movimiento, quedando el individuo fijado en la posición que tenía al irrumpir el dolor; en otras, las menos, su instauración tiene lugar lenta y progresivamente en el curso de unas horas, raramente breves días. Existen formas muy agudas, que impiden el menor movimiento, obligan al enfermo a permanecer en cama durante varios días y hacen imposible la exploración; el intento de moverle provoca terror al enfermo y exagera su rigidez. Otras formas más atenuadas permiten el desplazarse y ciertos movimientos, pero imprimen a éstos y a la actitud del individuo unos rasgos peculiares: caminan con el tronco más o menos inclinado hacia adelante y a un lado o en otras posturas antiálgicas; las caderas y rodillas en cierto grado de flexión, y los movimientos son lentos, limitados y efectuados con suma precaución. Es típica la manera de sentarse y de coger un objeto del suelo. A la exploración se observa una intensa contractura de los músculos paravertebrales, la desaparición de la lordosis lumbar y desviaciones antiálgicas del eje vertebral cambian según la posición del individuo, lo que no ocurre cuando las escoliosis son estructurales.

Aparte de los lumbagos que se presentan espontáneamente hay otros que tienen un origen traumático. En este caso se dan las formas más agudas, que suelen ocurrir después de una caída sobre las nalgas, al levantar un peso que exija gran esfuerzo o a consecuencia de cualquier mecanismo traumático que provoque una hiperflexión o una compresión violenta del raquis. El aplastamiento vertebral, cuando se produce, suele tener lugar a nivel de la unión dorso-lumbar.

En general, el lumbago cura espontáneamente en un período que oscila entre unos pocos días y dos semanas, como máximo. Cuando se complica con una ciática, antes de la aparición de ésta puede transcurrir un intervalo de latencia de diez a quince días; este intervalo puede reducirse a unas horas e incluso menos cuando el disco intervertebral afectado hace hernia inmediatamente en el agujero de conjunción. La etiología del lumbago es muy variada, pero, sin duda, la más frecuente es, con mucho, la discal, por ser esta formación anatómica de las más vulnerables de cuantas integran el raquis y por su relación topográfica con las raíces nerviosas, que emergen a través del agujero de conjunción. Cualquier tipo de lesión del disco puede provocar una irritación de la raíz nerviosa, ya determinando una congestión y edema de la atmósfera celular que envuelve la raíz, ya por una compresión directa de la misma (hernia discal).

La *lumbalgia común o crónica* suele aparecer de manera insidiosa, solapada, provocando una sensación de fatiga, peso o dolorimiento en la región lumbar, cuyos comienzos son sumamente difíciles de precisar. En ocasiones, este estado puede ir precedido de una o varias crisis de lumbago. Las molestias lumbares pueden ser permanentes y exacerbarse con el cansancio, variaciones climáticas, enfriamientos, etc., o bien aparecer bajo la acción de estos factores.

Estos individuos presentan una limitación o dificultad de movimientos lumbares; ello provoca la pérdida de la agilidad habitual al sentarse o levantarse del asiento; sus movimientos son lentos, cautelosos, y buscan siempre descargar la función del raquis ayudándose con la extremidad superior; su capacidad para permanecer de pie está muy limitada; después de estar largo tiempo en una determinada posición (sentado, en decúbito, etc.), al cambiar, los primeros movimientos que efectúan son dolorosos y se acompañan de sensación de rigidez; pueden sufrir crisis de agudización. Estas molestias mejoran o desaparecen con el reposo o con cualquier clase de soporte lumbar (fajas, corsés, etc.).

A la inspección, estos sujetos presentan corrientemente una disminución de la movilidad activa y pasiva, que determina una marcha rígida, una disminución o desaparición de la lordosis y unos signos de Schober y del arco de Forestier positivos; a la palpación se descubre la existencia de cierto grado de hipertonia muscular, raramente contractural, nódulos de fibrositis o miogelosis y puntos dolorosos a nivel de las apófisis espinosas y a dos o tres centímetros de la línea media, correspondiendo éstos a las articulaciones interapofisarias; la percusión, generalmente nos revela dolor a nivel de las apófisis espinosas relacionadas con el área lesional.

Todas las entidades etiológicas que hemos esquematizado al comienzo del trabajo pueden determinar el desarrollo de este tipo de lumbalgia; sin embargo, son las degenerativas de asiento discal, somático o articular las que se observan con mayor frecuencia.

Se ha descrito un cuadro clínico propio de la lumbalgia de origen discal, de la lumbalgia estática, de la lumbalgia del anciano, etc.; lo cierto es que ninguno de estos cuadros ofrece una semiología lo suficientemente específica para que a través de ella se pueda formular un diagnóstico categórico. Los síntomas fundamentales de las raquiopatías lumbares crónicas, el dolor, la hipertonia muscular, raramente contractura, y la limitación de movimientos se presentan en mayor o menor grado, sea cual sea la naturaleza y localización del proceso. En ocasiones, esta semiología ofrece matices, que se dan con mayor frecuencia según sea la localización o la etiología, pero en ningún caso son indicativos infalibles de un tipo determinado de lesión. A lo sumo, los referidos cuadros clínicos sólo permiten un supuesto diagnóstico, que confirmará o denegará la correcta interpretación de las exploraciones radiológica, hematológica y demás complementarias; éste es el criterio compartido por la mayoría de tratadistas, por lo cual, y para no dar una excesiva extensión a este trabajo, nos abstendremos de detallarlos.

En cuanto al *tratamiento*, haremos una somera exposición de lo que suele prodigarse en la terapéutica incruenta de las lumbalgias.

Lumbalgia aguda o lumbago.—Se somete al paciente a reposo en cama plana en la posición que más le alivie el dolor, aplicación de calor local, infiltraciones paravertebrales con invocalina, vendaje de esparadrapo y tratamiento medicamentoso

con una u otra de las siguientes sustancias: ácido acetilsalicílico, indometacina, dipirona, fenilbutazona, etc. Cuando con estas medidas no se haya conseguido más que una mejoría incompleta, es aconsejable recurrir a la onda corta, ultrasonido u otras modalidades de terapéutica física.

Lumbalgia crónica.—Se establece con tres tipos de terapéutica. *Profiláctica:* Tendente a evitar o corregir en lo posible los factores etiopatogénicos. Los medios utilizados suelen ser la cama plana, el corsé de sostén lumbar en sus diversas formas, el alza en una extremidad más corta, la corrección de posturas laborales, etc. *Sintomática:* Consistente en la aplicación de calor local, onda corta, radar, ultrasonido, etc. Los analgésicos utilizados en el lumbago. Aunque los resultados no son constantes, la radioterapia puede utilizarse con éxito. *Fisioterápica:* En general, la reeducación gimnástica se considera como uno de los mejores tratamientos de fondo en la mayoría de las lumbalgias crónicas, pues tiene la finalidad de fortalecer los músculos deficientes y alargar los retraídos, al mismo tiempo que mejora la vascularización y ejerce favorables efectos psicológicos. También hay que decir que requiere la perfecta colaboración del paciente y una exacta valoración de sus capacidades y alteraciones para adaptar los ejercicios en forma individualizada a su estado. La enseñanza de los ejercicios debe efectuarse en forma minuciosa y su progresión deberá ser bien dosificada, intercalando períodos de reposo. Una regla válida para todos los casos de lumbalgia es que los movimientos de recuperación practicados al paciente, cualquiera que éste sea, nunca deben despertar ni agravar los dolores.

Se distinguen diversos tipos de gimnasia lumbar: en cifosis, en lordosis, mixta, método de Klapp, los cuales no podemos detallar aquí por ser demasiado extensos. Basta señalar la importancia de una estrecha colaboración entre el médico, que establece la clase de gimnasia, las precauciones a observar, el número de sesiones y el ritmo de las mismas, y el fisioterapeuta, que cuidará de la exacta ejecución de los ejercicios prescritos.

Según diversas estadísticas, los resultados de una buena aplicación del masaje de recuperación serían especialmente favorables en los pacientes de más de cincuenta años de edad, que han llevado una vida sedentaria, en presencia de claros trastornos de la estática y cuando la lumbalgia ha comenzado de un modo gradual y progresivo. Algunos grandes especialistas obtienen los mejores resultados en los lumbagos de repetición y a continuación, por orden decreciente de frecuencia, en las lumbalgias crónicas interrumpidas por crisis de lumbago, las lumbalgias progresivas, las lumbalgias seguidas de ciática y también en las lumbalgias postraumáticas.

En general, los resultados de esta terapéutica son buenos si se cumplen los requisitos reseñados, puesto que siempre tienden a aumentar la potencia muscular y el tono general del organismo.

E. CLAVERÍA

PATOLOGIA DEL ESCAFOIDES CARPIANO

La lesión del escafoide suele presentarse con cierta frecuencia en el ambiente laboral: unas veces a consecuencia de un accidente de trabajo por un traumatismo de muñeca, y en ocasiones, como enfermedad profesional, como ocurre en operarios que manejan herramientas de aire comprimido.

La patología de este hueso suele ser insidiosa. Su curación, de muy largos plazos, y los resultados a veces son funestos e incapacitantes, por no haber sido diagnosticada la lesión en los momentos iniciales del trauma, y otras, que pese al estudio radiográfico practicado en los primeros días, la imagen fracturaria radiográfica no apareció hasta pasadas tres o cuatro semanas.

Ante todo traumatismo considerable de la muñeca no debe descartarse una posible lesión escafoidea. La exploración clínica del carpo debe ser minuciosa. El dolor, localizado en la tabaquera anatómica a la palpación, hace sospechar la fractura de este hueso.

Las radiografías realizadas para el estudio de este hueso deben practicarse en las proyecciones anteroposterior simple, oblicua y lateral.

Las radiografías oblicuas son las que con mayor frecuencia nos evidencian una imagen de fractura de este hueso. No obstante, se debe insistir, si no aparece dicha imagen, practicando una nueva radiografía en la proyección anteroposterior con la muñeca en ligera flexión dorsal y la incidencia del rayo ligeramente oblicuada.

Si a pesar del detenido estudio radiográfico no apareciese línea de fractura, es muy conveniente la inmovilización del antebrazo y mano, como si se tratase de fractura. Un compás de espera de unos quince a veinte días y nuevo examen radiográfico. A veces, las imágenes fracturarias del escafoide no han aparecido hasta los veinticinco a treinta días del trauma, una vez que la decalcificación, por falta de riego del hueso, ha dejado ver la línea fracturaria. Sin embargo, es entonces cuando, al no haber sido inmovilizado adecuadamente ese carpo, se ha iniciado un proceso de seudartrosis, cuyos resultados son deplorables en cuanto a tiempo de duración y por las secuelas de incapacidad, que suelen ser invalidantes.

El escafoide es un hueso de formación tardía. Su punto de osificación no aparece hasta los seis años; a partir de esta edad comienza a formarse, siendo en un principio un hueso corto y biselado, por faltarle el tubérculo.

Una de las afecciones que más comúnmente afectan a este hueso es la atrofia ósea aguda de Sudeck, generalmente consecutiva a un trauma no inmovilizado. Con sus tres períodos de:

1.ª Fase aguda o manchas claras (visibles radiográficamente) por pérdida de calcio en el período inflamatorio.

2.ª Distrofia o fase degenerativa con claridades difusas.

3.ª Atrofia con limpios dibujos de osteoporosis, que abarca amplias zonas.

Otra de las afecciones que se desarrollan en este hueso es la seudartrosis, también consecutiva a fisuras en traumatismos escafoideos, que degenera en destrucciones del hueso.

Como el semilunar, también este hueso puede ser afectado por la necrosis aséptica, abocando igualmente hacia su destrucción.

Las artrosis deformantes de las superficies articulares del carpo pueden en ocasiones ser una afección consecutiva a un trauma del escafoide, con sus correspondientes deformaciones y osteofitosis marginales, signos de atrofia ósea con decalcificación.

Fracturas del escafoide.—El escafoide es el hueso del carpo que más frecuentemente se lesiona. Su fractura puede ser solitaria o ir acompañada de tres tipos lesionales: la fractura de colles, el Rhea Barton y la luxación del semilunar.

Entre las líneas de fracturas más frecuentes del escafoide tenemos:

1.ª **Fractura del tubérculo escafoideo.** Este tipo de fractura precisa de un tiempo prolongado de inmovilización. Esta inmovilización se realiza con vendajes enyesados, consistente en férula dorsal, que abarque desde el codo a pliegues interdigitales, y vueltas de venda enyesada abarcando la primera falange del pulgar, con la muñeca ligeramente flexionada en sentido dorsal.

Esta inmovilización no debe retirarse hasta conseguir una buena consolidación, que normalmente no se aprecia hasta los tres meses.

2.ª **Fracturas del cuello escafoideo.**—Son las más frecuentes de este hueso. El proceso de consolidación es tardío. La inmovilización debe ser prolongada y rígida.

3.ª **Fracturas del cuerpo escafoideo.**—Constituyen la variedad de fractura más grave por el retardo en la formación del callo óseo, que a veces no se realiza hasta pasado un año del trauma.

Los retardos de consolidación de las fracturas del cuerpo escafoideo suelen abocar hacia la seudartrosis de este hueso, con las consecuencias de dolor y limitación funcional.

La seudartrosis del escafoide, cuando viene acompañada de dolor, signos artríticos y disfuncionalismo, suele ser intervenida quirúrgicamente con un injerto óseo cortical e inmovilización prolongada.

En ocasiones, después de una fractura de escafoide antigua, puede quedar comprimido el nervio mediano, constituyendo

una afección conocida con el nombre de síndrome del túnel carpiano. Esta afección sólo es corregida por un procedimiento quirúrgico.

Recuperación funcional.—La rehabilitación de una muñeca inmovilizada debe instaurarse desde el primer día de la reducción-inmovilización practicando ejercicios de las articulaciones libres y próximas al foco fracturario.

Una vez retirado el apósito inmovilizador es conveniente comenzar una terapéutica física y ejercicios activos de muñeca para restaurar el disfuncionalismo provocado y lógico de una inmovilización prolongada.

La recuperación activa debe ser suave, ejercitando, además de la muñeca y dedos, el codo y hombro. La atrofia muscular en este tipo de fractura suele restaurarse rápidamente.

La terapéutica física, en forma de calor suave por infrarrojos o microondas, proporciona excelentes resultados, desapareciendo el edema residual postraumático típico de estas fracturas.

La rehabilitación pasiva y forzada suele tener funestos resultados debido al aumento del edema y el dolor, que forzosamente disminuye la movilidad global de la articulación, abocando hacia rigideces que suelen ser irreversibles o incluso forzando una intervención quirúrgica, que no hubiese sido necesaria de emplear otros procedimientos.

Debido al prolongado tiempo de inmovilización en algunas fracturas de escafoide, una vez practicadas las primeras semanas de ejercicios activos y fisioterapia, es conveniente, aun con una limitación residual de menos de un 50 por 100 de los movimientos articulares de la muñeca, la vuelta al trabajo, readaptándolo a un nuevo puesto, donde ejercite dicha articulación sin forzarla excesivamente. Como es lógico, esta incorporación laboral es condicionada y revisable en una serie de períodos mensuales de estudios clínico-radiográficos, sufriendo al final una revisión de la movilidad, que si ha quedado limitada es susceptible de pase, por la comisión técnica calificadora, para valoración de secuelas incapacitantes permanentes. Al mismo tiempo, una rehabilitación realizada en el puesto de trabajo y vigilada por el propio S. M. E. evita esos largos períodos de rehabilitación en un centro de recuperación y que conducen al aburrimiento por monotonía de ejercicios.

A la vez, el operario presta menos atención a su secuela y se evita la tan temida sinistrosis de renta.

JOSE BARROSO MARTÍN
Ayudante Técnico Sanitario
Unión Explosivos Río Tinto, S. A.
(Factoría de Sevilla)

Psicomotricidad en la rehabilitación del enfermo mental

El pasado año tuvo lugar una mesa redonda en el Dispensario de Higiene Mental, ubicado en el Centro Nacional de Rehabilitación, sobre la rehabilitación psicomotriz, en la que disertó el profesor Ricardo Hernández Gómez, con el título «Cinesiterapia en Psiquiatría», a la cual tuve el honor de ser personalmente invitado por el conferenciante. Dado el enfoque y contenido de los conceptos que comenté considero importante sean conocidos por todos los compañeros, fisioterapeutas, diplomados en Psiquiatría y todos los que, en general, dedicamos nuestra vida profesional al apasionante tema del enfermo y de la rehabilitación del minusválido, en particular.

Con sus juicios señala esas orientaciones apoyadas en la razón, que evitan que cualquier disciplina se torne difusa y desconcertada. Resume aquí lo que matiza ampliamente en otros trabajos dando vida, entre otras cosas, a nuestro querido binomio arte-ciencia de la Fisioterapia y prestándole madurez, objetividad y proyección al señalar el verdadero camino de su eficacia, que evitará la relegación científica (aunque su conocimiento se transmita y se siga desarrollando), como consecuencia de la falsa imagen de una pobre Fisioterapia (sin patomecánica), mantenida por particulares deseos, temores o incompetencias.

Doy paso a lo que interesa.

Partes fundamentales de la conferencia tomada en magnetófono:

Hace algún tiempo me encargaron participar en una mesa redonda sobre psicomotricidad en la rehabilitación del enfermo mental. Inmediatamente me puse a pensar e hice este pequeño escrito, no se asusten ustedes, porque no leeré casi nada; pero después me cambió un poco el concepto el doctor Sanz, que me dijo que hablaríamos de «Cinesiterapia en Psiquiatría». Pero realmente si ustedes me obligaran a poner un título a este tema, quizá yo le llamaría «Cinesiterapia y personalidad». Voy a explicar el porqué de esta charla, que pretendo sea muy breve, porque quiero dar paso a un coloquio, que será el que realmente importe en esta reunión.

«Cinesiterapia y personalidad»... Primero tendríamos que definir qué es personalidad; parece absurdo decirles esto. Allport escribió un libro importante en 1937, donde nada menos describe cincuenta definiciones y luego da la suya; como las cosas siguen igual podríamos decir también, por qué no, nuestra definición: «Es el conjunto de cualidades que nos permite distinguirnos de los demás.» Bien, una vez que ya tenemos conciencia de que vamos a entrar en este mundo apasionante, importante, de la personalidad, es decir, de la integridad de cada individuo, no de una parte física ni de una parte psíquica, como comentábamos con el doctor Sanz, sino en la integridad de esta persona, conocemos que en ella existen unos factores intelectuales; unos factores físicos, unos emocionales, otros sociales; unos factores morales, y, por último, unos factores religiosos; es un conglomerado de características, cuyo conjunto es este individuo.

Es lógico pensar que todas estas características estén imbricadas, estrechamente unidas, relacionadas e interrelacionadas de forma tal, que lo psíquico es lo que crea lo motor, pero que lo motor también crea lo psíquico; tras la breve exposición paso a mostrarles el concepto de Cinesiterapia que tengo desde hace ya bastante años, concepto que, en principio, ha sido bastante discutido, pero que cada vez se va aceptando más. Si ustedes se fijan en las definiciones de los libros clásicos e incluso de algunos modernos, unos dicen que Cinesiterapia es una parte de la Fisioterapia, o sea de la terapéutica física; otros, que es la

terapéutica por medio del movimiento o el ejercicio. Entonces yo razonaba hace años que: Primero, no puede ser una parte de la Fisioterapia algo tan biológico, entrañado en el ser humano, como es los desplazamientos en el espacio, por tanto, no puedo compararlo ni a la utilización del agua, ni a la de onda corta, ni a la de rayos X, pues me parece que se sale completamente del conjunto. En segundo lugar, nosotros, que estamos constantemente enfrentándonos con problemas psicofísicos de pacientes que han tenido por nacimiento o enfermedad alteraciones de su aparato locomotor y de su sistema psicológico, sabemos que no se puede emplear un movimiento del que carecen por completo como posible arma terapéutica. Imagínense un niño paralítico cerebral, un poliomielítico o un hemipléjico, que carecen totalmente de la capacidad motórica suficiente para poder realizar un ejercicio con el cual nosotros pretendemos curarle, esto es algo que también lucha contra las leyes de la lógica. Nos queda, naturalmente, un concepto, también muy peregrino, que es la utilización de técnicas gimnásticas y deportivas; contra esto se podría decir que los gimnastas y los deportistas jamás tendrían lesiones, puesto que están utilizando aquellas técnicas con las cuales se cura todo el mundo. Claro, esto no es cierto; otro hecho que lucha contra la lógica.

Mi concepto de Cinesiterapia es «que es la aplicación terapéutica de las leyes, principios y conocimientos que nos brinda una ciencia auténtica, genuina, muy poco conocida hasta estos últimos años, que es la Cinesiología». Si nosotros a la Cinesiología la estudiamos como ciencia, es decir, la ciencia del movimiento, la traslación de las actitudes motoras del ser humano a un libro o a una ciencia que lo estudia, entonces podremos entresacar una serie de aspectos que utilizados terapéuticamente nos van a servir, y esto es lo que se llama Cinesiterapia. Tal vez el concepto así no quede del todo claro, pero voy a aprovechar esta ocasión, que me brinda el doctor Sanz, para desarrollarles la idea; vamos a partir de la base de que el movimiento es uno de los aspectos de la personalidad del ser humano, entonces el movimiento ¿para qué nos sirve?

1.º Para traslación. Efectivamente, aquí están todas estas leyes, todos estos aspectos de tipo matemático, de índole física, pero me parece lo menos importante para hablar hoy.

2.º Comunicación. Darrow y Van Allen dicen que cuando el niño está haciendo un aprendizaje, primero es capaz de captar, después de organizar, luego de crear y, por último, de comunicar; ésta es la parte más importante de todo el aprendizaje y cuando el niño pasa a la etapa de comunicabilidad ha conseguido crear una personalidad. Yo he dicho en alguna ocasión una frase: «Lo más terrible para el que acaba de morir es no poder expresar los pensamientos que todavía acuden a su mente.» Camón Aznar, con un sentido poético, da una idea maravillosa: «A mí no me aterra el silencio de los muertos, lo que me aterra es el silencio de Lázaro después de resucitar.» Es decir, aterra esta imposibilidad que tiene el recién muerto para poder expresar lo psíquico que seguramente todavía queda en él, no sabemos; pero el no poder expresarlo no es tan terrible como el silencio del que sabe, del que ya ha vivido esto y conoce algo que los demás ignoramos y se calle. La comunicación sería otro tema para una mesa redonda auténtica. Efectivamente, la comunicación es lenguaje, y el lenguaje es cualquier forma de expresión; el corporal también es una forma de lenguaje: por tanto, el movimiento también es expresarse. Una de las facetas de la personalidad es la manera de andar, la manera de

hablar, la manera de mover nuestras manos cuando hablamos, etc..., pero, en fin, vamos a dejarlo.

El tercer aspecto del movimiento que nos interesa es la elaboración de la personalidad. Existe un autoconocimiento, sabemos todas las etapas autista-egocéntrica, hasta llegar a la etapa de relación exterior, de objetividad, que hacen Piaget y Wallon en las distintas edades, etc. Es decir, a través de unos desplazamientos, de unas acciones manuales, de unas acciones con la boca o de unos actos simplemente motores el niño va elaborando su propia personalidad. Esto es innegable, pero tampoco es éste el aspecto que más me interesa resaltarles.

Vamos al cuarto aspecto, que es donde entra, para mí, el concepto de Cinesiterapia. Reparación de la personalidad.

Spongamos que nos hallamos ante una personalidad anómala; el niño con una malformación congénita, sea psíquica, sea física, es indiferente. Este niño está incapacitado, discapaz o discapacitado, como digo yo. Es decir, alterado en sus posibilidades para llegar hasta el mundo exterior, por tanto, la elaboración de su personalidad se va a ver retrasada proporcionalmente a la incapacidad que padezca. Si nosotros somos capaces de poner en marcha una serie de mecanismos motores, que no llegan a producirse precisamente por esta incapacidad, vamos a suponer que es de orden psicológico fundamental, entonces podremos influir sobre la esfera psicológica del niño; a través de estos movimientos que nosotros le estamos creando somos capaces, pues, de actuar sobre los aspectos psicológicos de la personalidad a distancia. Es lo mismo que hacemos sobre las ruedas de un automóvil con el volante, es lo mismo que hacemos con una simple cuerda y un cubo sacando agua de una profundidad que ni siquiera vemos: nosotros, la cuerda y el cubo que utilizamos somos métodos físicos y, sin embargo, el contenido está allí, profundo, y llega hasta nuestras manos a través de este sistema de cuerda y cubo. Naturalmente que no es lo importante la cuerda, ni el cubo, ni el cerco que los sujeta, ni el brocal del pozo, lo importante es el agua, y éste es el grave error de la Fisioterapia, confundir la cuerda con el agua. Lo importante es llegar a este hontanar, llegar a estas profundidades de la mente del ser humano a través de lo que podemos, de lo que tenemos en nuestras manos, hasta tanto no seamos capaces de descubrir métodos directos de actuación sobre la mente humana. Hasta ahora tenemos métodos psicoterápicos, me dirán ustedes; bien, pero en la actualidad estos métodos psicoterápicos están basados en elementos sensoriales, es decir, del individuo que ve, oye o toca aquello con lo cual le estamos influyendo, que, en el fondo, es lo mismo que les estoy diciendo, no hay nada directo sobre la mente humana, por lo menos apenas nada. Habría mucho que hablar sobre esto, pero la realidad es que las técnicas que nosotros utilizamos son a través de algo físico. Entonces a través de ese algo físico hay algo muy importante, que es el aparato locomotor; hay algo muy importante, que es la capacidad de desplazamiento de cada ser humano, que nosotros podemos utilizar, y la técnica que lo utiliza es lo que llamaríamos Cinesiterapia.

Por tanto, Cinesiterapia es la forma de influir sobre la personalidad psicofísica de cada individuo a través de acciones motoras. Vale la pena que lo discutamos todo lo que ustedes quieran.

La Cinesiterapia para mí es muy importante; no me importa llamarle Fisioterapia, es un término consagrado por los anglosajones, y existe una denominación internacional, que me parece muy respetable, pero siempre que sepamos el concepto que queremos; la Fisioterapia, naturalmente, sería un auxiliar de la Cinesiterapia. Todos los medios físicos que nosotros empleamos son lícitos, no

tenemos otra cosa; pero debemos recordar que nosotros lo que estamos pretendiendo es influir sobre la personalidad de cada sujeto a través de todas estas acciones, esto es lo importante. Entonces quiero decirles que para mí Cinesiterapia es importante, por poseer un claro elemento reparador de la personalidad y actuar también en estas otras facetas, que les he citado anteriormente, de traslación, comunicación y elaboración normal de la personalidad; en estos últimos seguramente influye también, pero lo que me interesa resaltar es el aspecto reparador.

Pero hay otro ángulo, que me apasionó inmediatamente, casi con miedo, por qué no, cuando me dio Juan Sanz el título de la mesa redonda: «Técnicas de psicomotricidad en la rehabilitación del enfermo mental». «El enfermo mental», esto me hizo pensar y he escrito una serie de cosas, que les voy a intentar decir en pocas palabras, porque me parece que me estoy extendiendo demasiado y hay mucho que hablar entre todos. La rehabilitación, como ustedes saben, nace con una idea básica y fundamental, más o menos bartardeada por intereses, por ignorancias, por lo que sea, pero que es la del recogimiento dentro del seno de la sociedad de unas personas hasta entonces rechazadas, que eran los inválidos, y digo inválidos en general, no me importa que sean deficientes mentales, deficientes físicos o deficientes sensoriales, para mí son todos lo mismo; bien, creo que quedó suficientemente demostrado que su personalidad es una unidad, por tanto, el señor que nace con un déficit mental tendrá también un déficit motor y viceversa, y la rehabilitación es aceptación del inválido en todos los aspectos. En cuanto al inválido es, por definición, aquel que tiene un detrimento en la aptitud que como humano le corresponde, es decir, en la personalidad social. ¿En qué faceta de la personalidad? En cualquiera de las que hemos apuntado. Entonces el enfermo mental, por tener un detrimento de su personalidad, es también un inválido y, por consiguiente, tiene derecho a la rehabilitación como cualquier otro. Pero ¿qué sucede aquí? Vamos a poner la comparación entre lo que es un enfermo mental auténtico y lo que es un deficiente mental. Para mí, la diferencia es fundamental. El individuo deficiente mental, como el parálítico cerebral o el oligofrénico, que nace ya con detrimento o que lo adquiere de pequeño, es decir, que no ha llegado a la evolución de su personalidad, tiene un futuro evolutivo por delante y la rehabilitación es, ante todo, evolución, esperanza. Un parálítico cerebral podrá estancarse, podrá no avanzar más, lo que no vuelve es nunca atrás; no es enfermedad lo que tiene, es un estado, un detrimento, con el que ha nacido o se le ha creado en unas etapas muy iniciales del desarrollo de su personalidad. Esto no es psiquiátrico. Para mí, no es una cura mental lo que esta gente necesita, sino un estímulo de su personalidad, exactamente igual que el poliomielítico, el amputado o el ciego. Pero nos encontramos ante el enfermo mental (este concepto es de los «papas de la psiquiatría», de Kraepelin, de Schneider, de Jaspers). Como les decía, la enfermedad mental, como todas las enfermedades, sucede en un estado de salud; entonces este individuo, que ha tenido una personalidad completamente desarrollada, de repente cae enfermo. Enfermo, ¿cómo? Pues enfermo por padecer unas fiebres tifoideas, una lepra, una esquizofrenia o lo que quieran ustedes. Pero vamos a seguir profundizando en esto, que a mí me preocupa profundamente, porque yo veo lo siguiente: así como, les insisto, cualquier otro de los enfermos tributarios de rehabilitación, con derecho a la integración social y laboral (que es, repito, lo que es rehabilitación y nada más), tiene unas posibilidades enormes dentro de la sociedad, que le acoge generosamente, el enfermo mental, ¿qué pasa con él? Tiene un peligro, y es que su enfermedad continúa, el peligro de las recaídas

das; entonces esa sociedad, que acoge todas estas personas con una invalidez, con un detrimento de su personalidad, se encuentra con que este individuo que ha acogido se le convierte en peligroso, y esto yo no lo veo tan claro. La rehabilitación del enfermo mental es un problema de terapéutica. Yo les querría pedir ayuda a todos los psiquiatras porque entiendo que es un problema común. A nosotros, en rehabilitación, la terapéutica del proceso inicial no nos interesa, la suele hacer el compañero que trató al enfermo; a nosotros no nos interesa la fractura para nada en absoluto, nos tiene sin cuidado; lo que nos interesa es la secuela que esa fractura produjo, si es que la produjo; nos interesa siempre la secuela, y de acuerdo con esa secuela acoplamos el mundo circundante de cada inválido para hacerle la vida más llevadera; no nos metemos a tratar corazones, ni nos metemos a tratar huesos, ni nos metemos a tratar nada, como no sea con el fin de mejorar la situación laboral de cada uno de estos sujetos, ¿me comprenden? Pero pienso que el psiquiatra va a ser absolutamente necesario a lo largo de todo el proceso de rehabilitación del enfermo mental. Así como el traumatólogo, terminada su misión de reducir la fractura y dejarla perfectamente consolidada, ya no tiene nada que hacer en la vida de este posible inválido, creo que el psiquiatra tiene un papel fundamental, a mi modo de ver, en una vía doble: terapéuticamente, para mejorar las técnicas psiquiátricas, para que el enfermo mental y la enfermedad mental se conviertan en una auténtica secuela tributaria de rehabilitación; entonces el psiquiatra puede tranquilamente desprenderse de esta persona y decirle: toma este tren, que te va a llevar a una estación mejor que en la que tú estás, que es la rehabilitación; pero mientras esto no sea así, el psiquiatra debe seguir casi codo con codo la rehabilitación o incluso él mismo ser rehabilitador y aprenderse todos estos problemas sociales, laborales e incluso de biomecánica necesarios para el acoplamiento laboral de todos estos enfermos. El camino a seguir no lo sé, tal vez sean los dos, esto es lo que me gustaría que ustedes me aclarasen, pero creo que es importante esta idea.

Seguramente se me ocurrirán más cosas, pero creo que lo mejor es que interrumpamos aquí y charlemos entre todos y no yo solo. Mi idea al venir aquí hoy era sugerir cosas; a mí me interesa que ahora me comentéis, porque así aprendo yo y me voy formando a mi vez. A pesar de los años que llevo, como al principio comentó Juan Sanz, necesito seguir aprendiendo.

A continuación intervinieron en estimulante diálogo:

Doctor Sanz Jiménez (psiquiatra).

Doctor Soria (psiquiatra).

Doctor Castaño (psiquiatra).

Doctor Valiente (psiquiatra).

Doctor Navarro (delegado de Sanidad).

Doña Eloísa Bosolle (psicólogo).

Don Marcos de Antonio (fisioterapeuta).

Doña Carmen Martínez (terapeuta ocupacional).

Doña María Teresa Rodríguez (terapeuta ocupacional).

Doña María José Román (terapeuta ocupacional).

Doña Cecilia Rodil (terapeuta ocupacional).

Doña Magdalena Bragado (especialista en expresión corporal).

Doña Pilar Leiva (asistente social).

Doña Efigenia Sierra (asistente social).

Por último, deseo destacar el diálogo que puso broche de oro a la mesa redonda y nuestra profesión.

Cuando el doctor Sanz preguntó si serían útiles las técnicas de psicomotricidad, como una parte del enfermo mental, y que quién sería la persona indicada para llevarlas a cabo, el doctor Hernández respondió:

«Por supuesto que los fisioterapeutas, que son los únicos llamados a desempeñar esta faceta de la rehabilitación del enfermo mental.»

Ante la nueva pregunta de «¿algún tipo de fisioterapeuta determinado?», la respuesta del conferenciante fue también tajante:

«Cualquier fisioterapeuta está perfectamente capacitado para saber qué técnicas debe aplicar en cualquier tipo de inválido.»

Estas declaraciones producen fuerte contraste con la realidad de las impresiones obtenidas a lo largo de la mesa redonda, ya que la asistencia de colegas fisioterapeutas, así como sus intervenciones, fue verdaderamente escasa. El profesor Hernández se lamentó durante el diálogo de que la única bibliografía de prestigio que teníamos sobre técnicas terapéuticas de psicomotricidad hubiese sido escrita en el extranjero y por profesores de educación física (menos mal que un compañero ha realizado la estimable labor de sus buenas traducciones).

«El tratamiento del deficiente mental...»

He aquí un hermoso y nuevo horizonte totalmente nuestro. Pero no nos quejemos si somos despojados por incompetencia o falta de «estar a tiempo».

MARCOS DE ANTONIO GARCÍA

Presidente de la Junta Directiva Provincial
para la Asociación Española de Fisioterapeutas

!! NOVEDAD !!

Acaba de publicarse un nuevo tratado sobre
Podología, que se titula

HIPERQUERATOSIS, PAPILOMA Y CANCER

Su precio de V. P. es de 300 pesetas. Para los señores Podólogos se les hace un 20 por 100 de descuento y libre de gastos y embalaje

Puede solicitarlo a la siguiente dirección:

P. García Férriz

Calle Bernabé Soriano, 30 - JAEN

La PARAFINA, usada con fines terapéuticos

La aplicación del calor con fines terapéuticos tiene unos orígenes tan antiguos como la enfermedad y el dolor.

Las diferentes formas de aplicar el calor se encuentran en los escritos de Medicina más antiguos bajo diversos métodos, aprovechando fuentes naturales, como la del calor solar, y en otras ocasiones mediante elementos que siendo calentados previamente transmitan ese poder térmico al organismo doliente: baños de agua caliente, vapor, fomentos, cataplasmas, arena caliente, aceite, ceras, etc., y así nos encontramos con tantos y extensos tratados de Medicina natural, en los que se defendía con verdadero entusiasmo cada una de las formas de aplicar el calor para mitigar el dolor y curar las enfermedades. De sobra son conocidos los efectos benéficos de este medio tan sencillo y popular terapéutica, que por estar al alcance nuestro es muchas veces desechado para ir en busca de otros remedios más complicados y en ocasiones peligrosos.

La aplicación del calor, sea de la forma que lo apliquemos al organismo, produce efectos analgésico-sedan-

tes, vasodilatación periférica, disminuye la excitabilidad y el espasmo, favorece la relajación muscular haciendo desaparecer la fatiga; estando indicado en los casos de contusiones musculares y articulares, en las artritis, miositis, mialgias, etc.

La parafina caliente es uno de los medios de gran eficacia para transmitir calor local al organismo, y tiene la ventaja de que los tejidos sometidos a un baño de parafina toleran temperaturas más altas que las que soportarían con otros elementos, por ejemplo, baños de agua caliente, y su descenso de temperatura es más prolongado, con lo que la zona tratada conserva el calor durante un largo período de tiempo. Siendo por ello un gran auxiliar en los tratamientos de fisioterapia.

Para usar la parafina con fines terapéuticos, como medio transmisor de dar calor al organismo, se emplean los baños de parafina caliente, en los que se utiliza una mezcla de parafina sólida y líquida en la proporción de cinco a siete partes de la primera por una de la segunda, consiguiéndose un punto de fusión que varía entre los 51° y 54° C. Esta mezcla se puede preparar en un baño maría corriente o también en baños de parafina especiales con control termostático, que para este fin se encuentran a la venta en el comercio.

Para aplicar este tipo de termoterapia local se pueden seguir dos sistemas: por pincelación y por inmersión.

a) La forma de aplicar por pincelación es, mediante un pincel o una cuchara de madera, ir revistiendo la región a tratar con parafina caliente hasta formar una capa; se espera que solidifique y a continuación se van superponiendo varias capas hasta un número de ocho o diez, sin que exista peligro de quemadura, ya que la primera de las capas de parafina actúa de protectora. Este sistema de aplicación se suele usar siempre que la región a tratar sea una zona amplia, como puede ser la espalda.

b) El segundo método, inmersión, consiste en introducir una y otra vez la parte a tratar en el baño de parafina. Siempre esperando que se forme una primera capa protectora, para después que ésta se haya solidificado ir sumándole varias capas más.

En los dos métodos a seguir de aplicar el tratamiento, lo que varía es la forma; pero el fin es el mismo y, en términos generales, el método de aplicación más aceptado por el paciente es una combinación de ambos, es decir, formar una primera capa de parafina con el pincel y después introducir varias veces la región pincelada en el baño; una vez que se ha formado una gruesa capa de parafina, se envuelve primero en un papel de plástico y a continuación se cubre éste con una toalla para conservar el calor, manteniéndose de esta forma un tiempo que varía entre media y una hora. Pasado este tiempo se le retira la parafina y se comienzan los ejercicios de cinesiterapia: activos, pasivos, activos libres, asistidos, resistidos o forzados, según el caso lo requiera.

Los baños de parafina, como auxiliares y preparatorios para un posterior tratamiento de cinesiterapia, están particularmente indicados en los casos de rigideces, contracturas articulares y tendinosas, siendo las regiones más aconsejadas a tratar las partes distales de las extremidades, y en términos generales son recomendables en todos los procesos reumáticos, puesto que el calor prolongado que se logra produce un gran alivio local y un primer paso para conseguir un máximo funcional de las articulaciones y músculos.

Si hay edema ya constituido no son recomendables los baños de parafina, ya que la hiperemia puede producir más extravasación.

Tampoco es aconsejado el tratamiento descrito en el caso de que existan heridas en la región a tratar, ya que sería una zona más sensible al calor y el tratamiento carecería de efectividad.

J. ALBERTO QUINTANA GONZÁLEZ
Fisioterapeuta



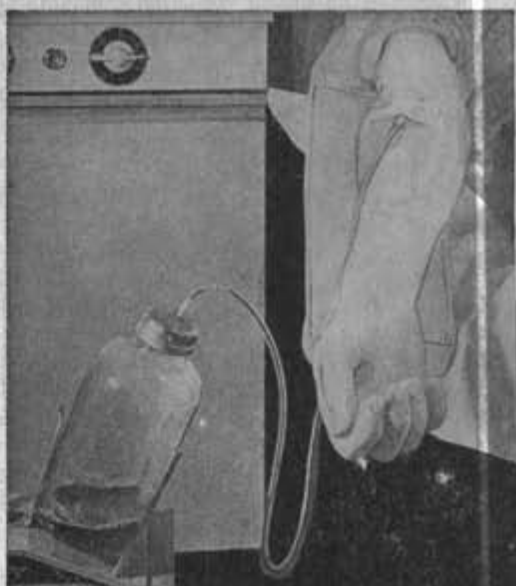
REPARAL REPARAL SIMPLE

2 Reguladores del aparato digestivo.

60 comprimidos
y 20 grageas

60 comprimidos

Obtenida
de donantes
hiperinmunizados



GLOGAMA ANTITETANICA

*Globulina gamma humana antitetánica
liofilizada*
*Colegio Oficial de Enfermería
de Madrid*

Presentación:

**GLOGAMA ANTITETANICA,
500 U. I.**

**GLOGAMA ANTITETANICA
INFANTIL, 250 U. I.**

P.V.P. 490,30 y 292,35 ptas.



INSTITUTO LLORENTE

Dedico con especial cariño este trabajo a todos los «Practicantes españoles», y muy en especial a los de mi bella tierra murciana, que, presididos eficientemente por don Juan Antonio Olmo, realizan una labor a la par callada y abnegada, de cuyos frutos somos los médicos los primeros beneficiados.

El trabajo continuo, la modestia y la eficacia han sido los mejores galardones que pueden ostentar todos los que sienten dentro de sí una verdadera vocación profesional.

I. Desde que en 1963 se inició la Lucha Antidiabética, patrocinada por la Cruz Roja Española y dirigida por el profesor Pallardo, numerosas campañas de divulgación se han realizado, enfocadas primordialmente a médicos y enfermos, con el fin de dotarles de un mejor conocimiento de dicha enfermedad y, por ende, estar en condiciones más idóneas para combatirla. Sin embargo, creo que, a mi entender, se ha menospreciado o, dicho de otra forma, no se ha valorado en su verdadera dimensión al Ayudante Técnico Sanitario, cuya postura intermediaria entre médico y paciente puede tener una gran importancia, tanto para el diabético como para el diabetólogo. De aquí que aproveche la coyuntura que se me ofrece en las páginas de esta Revista para exponer en breves trazos algo de lo mucho y bueno que se puede alcanzar contando con la abnegada labor del Ayudante Técnico Sanitario, que si en cualquier faceta médica es un colaborador digno de estima, en esta lucha antidiabética cobra un especial realce, en el intento de proporcionar al paciente diabético una adecuada instrucción o, dicho de otro modo, una verdadera educación diabetológica.

Con el fin de sentar ideas claras divido el presente trabajo en los siguientes apartados:

- 1) ¿Qué es la diabetes?
- 2) El Ayudante Técnico Sanitario y la diabetes.
- 3) Colaboración del Ayudante Técnico Sanitario en la lucha contra la diabetes.

Iremos desarrollando muy brevemente cada uno de estos epígrafes para, finalmente, realizar unos comentarios que sirvan para comprender mejor las ideas expuestas.

II. ¿Qué es la diabetes? Etimológicamente, la *diabetes mellitus* deriva del griego y latín, viniendo a significar «pasar a través» (diabetes) y «miel» (*mellitus*), lo que traduce ya uno de los síntomas importantes de la enfermedad, es decir, el paso de azúcar a través de la orina.

El conocimiento de la enfermedad se remonta a épocas muy remotas, estando ya descrita en el famoso papiro de Ebers, y los pasos de su identificación han supuesto etapas tan trascendentales, que abarcan desde que Willis probó las orinas, comprobando que eran dulces, y separando esta enfermedad de la llamada diabetes insípida, al gran escalón que supuso el descubrimiento de la insulina, hace ya más de cincuenta años, por Banting y Best.

Queda fuera de lugar explicar las causas de la diabetes, aunque casi todo el mundo admite que se debe a una deficiente secreción de insulina por el páncreas. Pero, en cambio, tiene una gran importancia destacar las siguientes facetas de la misma, a saber:

a) Es una enfermedad muy frecuente, hasta el punto de ocupar un tercer lugar, a escala mundial, detrás de la arteriosclerosis y del cáncer. En España se calcula que aproximadamente habrá un millón de diabéticos.

b) Tiene un marcado carácter hereditario, de aquí el que enfoquemos todos nuestros desvelos hacia los hijos y familiares de diabéticos, como posibles candidatos a padecer dicho mal en un futuro más o menos lejano.

c) La diabetes se actualiza a cualquier edad: lo mismo la padece un niño, que un adulto o un anciano, teniendo a cada edad un sello propio; que la distingue e individualiza, cosa que más adelante comentaremos.

d) Los síntomas fundamentales de este proceso son: aumento marcado de la sed, ganas continuas de orinar, adelgazamiento, ostensible aumento del apetito y cansancio generalizado.

e) Finalmente, como causas desencadenantes o factores de realización de la diabetes podemos citar los siguientes: obesidad, infecciones, embarazos, enfermedades de las glándulas de secreción interna, intervenciones quirúrgicas, traumas psicofísicos, etc.; cualquiera de ellos recayendo sobre un terreno propicio pueden originar la eclosión de la enfermedad diabética.

III. El Ayudante Técnico Sanitario y la diabetes. Si en las líneas precedentes hemos intentado explicar, muy a grandes rasgos, algunos conceptos fundamentales de la diabetes, es lógico suponer, dada la frecuencia de dicha enfermedad, que un porcentaje muy elevado de los pacientes que tengan a su cargo serán diabéticos, que les acosarán a preguntas y, lo que aún es peor, por las consecuencias que puedan acarrear, les pedirán «consejo» acerca de la mejor manera de conllevar su enfermedad, siendo lo usual que en dicho consejo siempre busquen la forma de encontrar un «amigo» que los libere de la esclavitud condicionada por la disciplina prescrita por el médico de cabecera. En este sentido, creo que la mejor «receta» es hacer caso omiso de dichos «cantos de sirena» y limitarse a que cumplan la orientación mé-

dica. Pero lo que sí debe hacerse es instruir en lo posible, aprovechando cualquier coyuntura que se presente.

El tratamiento de la diabetes se cimenta sobre tres pilares básicos: régimen de alimentación, régimen de vida y medicación, siendo labor fundamental del Ayudante Técnico Sanitario colaborar a que dicho esquema terapéutico se realice lo mejor posible.

Les puedo asegurar que una de las principales causas de agravación de la diabetes la constituye la «ignorancia y credulidad del paciente diabético», dato éste que no viene en los libros, pero que, sin embargo, es una diaria enseñanza que aprendemos los que nos dedicamos al campo de la diabetología. Estoy firmemente convencido de que el diabético cree a pies juntillas todo lo que le dicen (portero, señor de la oficina, vecino del tercero, aficionado a poner inyecciones, etc.). Por el contrario, triste es decirlo, cree poco a su médico, con el que a veces discute, otras reniega y las menos le olvida. Para un diabético, la prensa sensacional, que habla de comprimidos, por lo general extranjeros, que «curan» la diabetes «comiendo de todo», tiene un valor que raya en lo sagrado. Otras veces, por consejos recibidos, come tramusos; ingiere diversas hierbas; bebe aguas de mágicas virtudes; consume «dulces y golosinas» especialmente elaborados para ellos, más caros y de peor sabor que los naturales, y, en una palabra, da un trabajo exagerado a su ángel de la guarda, que se las ve y se las desea para lograr tenerlo compensado. No piensen que exagero ni generalizo, en todos los órdenes de la vida hay honrosas excepciones; pese a lo cual, las ideas esbozadas se acercan mucho a la realidad y no es necesario indicar que, en este sentido, la labor consejera del Ayudante Técnico Sanitario, como elemento intermediario entre médico y paciente, puede tener una verdadera eficacia, máxime si con el trato a diario, el «Practicante de familia» tiene un respeto y un influjo sobre la misma superior, a veces, a la del mismo médico.

IV. Colaboración del Ayudante Técnico Sanitario en la lucha contra la diabetes. Es muy importante y digna de tenerse en cuenta, hasta el punto de poderse afirmar que si el paciente es un buen colaborador y tiene la suerte de ser ayudado por un Ayudante Técnico Sanitario con ideas claras en el terreno diabetológico, lo más probable será que la enfermedad evolucione libre de complicaciones. El tema es muy amplio y sugestivo, de aquí que me limite a destacar sólo algunas de las situaciones que con mayor frecuencia se les pueda presentar en su actuación profesional. Sintetizo dichas coyunturas en los siguientes epígrafes:

- a) Clases de diabetes.
- b) Régimen de vida.
- c) Régimen de comidas.
- d) Controles analíticos.
- e) Medicación.
- f) Errores sobre la diabetes mantenidos por el vulgo.

Desarrollaremos lo más escuetamente posible estos apartados para ulteriormente realizar un resumen global de las ideas expuestas.

Fundamentalmente, podemos decir que existen dos grandes grupos o variedades de diabetes: la que acaece en la infancia, diabetes juvenil, cuya secreción de insulina es nula o muy deficiente, siendo, por tanto, su tratamiento inexcusablemente con insulina, y la que se desarrolla en la edad adulta, que puede ser tratada con régimen solo, régimen más comprimidos hipoglucemiantes o incluso ser preciso el concurso de la insulina. No obstante, pese a esta distinción esquemática tan simple, cada diabetes es un «mundo aparte», y aun dentro del mismo grupo tiene una serie de rasgos que la individualiza, echando por tierra esa mala costumbre que muchos diabéticos tienen de aconsejar

a sus congéneres que tomen unos comprimidos mejores, en su criterio, a los aconsejados por el médico.

El régimen de vida es fundamental en el diabético, siendo aconsejable que coman a horas fijas, realicen a diario ejercicios físicos, eviten disgustos, controlen mensualmente su peso, usen calzado cómodo, lleven unas elementales normas higiénicas (especialmente cuiden mucho sus pies) y realicen revisiones periódicas de los diversos órganos de nuestra economía (ojos, boca, corazón, etc.). Si importante es el régimen de vida, el plan de comidas es la mejor arma terapéutica para llevar bien controlada una diabetes, y que, desgraciadamente, menos se cumple, en lo que influye, no cabe duda, el carácter vitalicio de la enfermedad. Los errores alimentarios son múltiples: unos, por defecto, y otros, los más, por exceso, y realmente, el diabético que tiene una adecuada instrucción sobre dietética sabe muy bien que sus diferencias con el que no lo es son mínimas o poco apreciables. No obstante, insisto en que el régimen de comidas debe ser variado, pero mesurado, debiendo abandonar de una vez para siempre ese concepto tan difundido, como equivocado, de que el diabético puede «comer de todo, excepto azúcar».

Los controles analíticos son muy importantes y hay que desechar las falsas ideas de si se «tiene azúcar en la sangre o en la orina». La diabetes afecta a todo el organismo, desde la cabeza a los pies, y la interpretación de los análisis siempre correrá a cargo del médico; pero, en cambio, cabe instruirlos acerca de cómo se debe recoger la orina de veinticuatro horas y medir la cantidad eliminada en dicho tiempo.

En la medicación, el Ayudante Técnico Sanitario desempeña un gran papel; conviene enseñar que hay diversos tipos de insulina, cada uno de los cuales tiene cierto tiempo de acción. Es de un gran interés describir la sintomatología de la hipoglucemia y los medios adecuados para prevenirla.

Los errores acerca de la diabetes mantenidos por el vulgo son tan numerosos, que llenarían por completo páginas y páginas de esta Revista. Si para muestra vale un botón, expongo algunos de los más usuales: «La insulina deja ciego...» «Si no estoy a cero, no me puedo sacar una muela...» «Hay un médico que cura la diabetes...» «Las heridas no cicatrizan en el diabético...» «Comiendo tramusos baja el azúcar...» «La sacarina produce cáncer...» «La miel sana la diabetes...» «Me pongo insulina y como de todo...» Como comprenderán, tales afirmaciones manifiestan un bajo nivel sanitario y es un estímulo más para luchar contra esa verdadera enfermedad de la civilización que constituye la *diabetes mellitus*.

V. Como corolario de todo lo expuesto en esta, por así decir, «tertulia informal de sobremesa» o «charla de café», he querido llevar al ánimo de ustedes alguno de los muchos puntos con los que se podrán encontrar en su actuación profesional. Considero que el Ayudante Técnico Sanitario, y si me perdonan (soy enemigo de las siglas en uso), creo que la terminología de «Practicante» sigue teniendo plena vigencia, puede desempeñar un gran labor en esta Lucha Antidiabética, en la que es posible ostente el papel de simple «soldado», pero las batallas no sólo se ganan con «generales», sino con el esfuerzo, la abnegación y el desprendimiento de ese selecto grupo de profesionales vocacionales constituido por los Practicantes españoles.

DR. LUIS LLANOS ALCÁZAR

Jefe provincial de la Lucha Antidiabética de Murcia

Cooperativa de Viviendas para Ayudantes Técnicos Sanitarios

Digno de destacarse nos ha parecido, a manera de ejemplo de la actividad desplegada en todo nuestro ambiente social, nuestro Colegio de Sevilla, cuya Junta de gobierno, encabezada por su dinámico presidente, don Alfonso Ramos Salcedo, ha sido siempre modelo de tales inquietudes profesionales de defensa colectiva y cuya labor durante el año que acaba de concluir ha culminado en la constitución de la Cooperativa de Viviendas para Ayudantes Técnicos Sanitarios, ambicioso proyecto cuyos estatutos fueron aprobados en el mes de julio pasado.

El objeto primordial de la mencionada Cooperativa es la promoción de viviendas para ser adjudicadas exclusivamente a los asociados, pudiendo adquirir, parcelar y urbanizar con este objeto los terrenos—o los inmuebles, en su caso—para poder construir los edificios y disponer de las necesarias parcelas destinadas a instalaciones complementarias, zonas ajardinadas locales comerciales, servicios escolares, etc.

Era ésta la gestión inicial que pu-



Momento de la entrega del cheque de compra de los terrenos al director del Banco Hispano Americano.

diéramos designar con el nombre de *primera piedra* de tan estupenda como necesaria empresa; pero era tal el deseo de esta Junta rectora ejemplar de que sus colegiados experimenten cuanto antes el beneficio real y las ventajas efectivas de la Cooperativa, que antes de terminar 1973 ya se habían

adquirido los primeros terrenos y se había comenzado el trabajo preliminar de la construcción.

Para constituir la Junta directora de la Cooperativa fueron designados por rigurosa elección don Mariano Hernández Barahona, presidente; don Manuel García Paz, secretario, y don Manuel Cabezas Domínguez, tesorero.

Señalar la trascendencia de este proyecto nos parece innecesario, toda vez que uno de los más acuciantes problemas que constituye la vida moderna es el de disponer de un hogar decente, acondicionado a las exigencias del vivir actual, dotado de los adelantos que el progreso nos ha proporcionado y de las debidas condiciones.

Felicitemos de todo corazón a nuestro querido compañero señor Ramos Salcedo y a su Directiva colegial, a la Junta presidencial de la flamante Cooperativa sevillana y, sobre todo, a los colegiados de Sevilla, que muy en breve podrán disponer de tan patente mejora gracias al esfuerzo, al entusiasmo y al tesón de sus dirigentes más inmediatos.—G. Z.



Presidente, don Mariano Hernández Barahona; secretario, don Manuel García Paz, y tesorero, don Manuel Cabezas Domínguez.

¡QUE FELICES SERIAMOS TODOS!

Qué felices seríamos todos si cada día nos impusiéramos, como régimen dietético espiritual, leer un pasaje de la Biblia, no por motivos religiosos, porque eso ya lo somos todos o casi todos, no sólo de nacimiento, también de corazón y de conciencia, sino como enseñanzas humanas para desenvolvernos mejor y más seguros en la vida, sin que tengamos nunca que arrepentirnos de nuestras actuaciones, ya que por mucho que queramos disfrazar nuestro mal proceder con el prójimo, el tiempo se encarga siempre de aclararlo todo y ponernos al descubierto no sólo ante los demás, sino con nuestra propia conciencia, que suele ser la voz y juez que menos perdona las injusticias que cometemos.

La Biblia creemos que no debiera

leerse desde el principio hasta el fin, porque se nos haría tan pesada, que nunca llegaríamos a terminarla, sino que cada día la abramos por sitio distinto, y así en cada pasaje recibiremos una lección de moral tan extraordinaria, que estamos seguros de que seguiríamos siendo más hermanos, más amigos y más compañeros.

Hace unos días, al abrirla para leer un pasaje, tropezamos con uno muy conocido de todos desde nuestra más tierna infancia, cuando lo estudiábamos en el colegio, en las clases de primaria: este pasaje es la historia de Jacob y sus doce hijos.

Muchas generaciones habrán leído este pasaje de Jacob; muchas de ellas lo habrán asimilado en sus conciencias, y también en ellas habrán fruc-

tificado esas semillas para no hacerlas caer en la insensatez de condenar y vender a las personas libres de culpas, como ocurrió con la condena de José por sus hermanos.

Este es un pasaje que puede repetirse en cualquier época de nuestra vida, incluso en la actual, y que por el solo hecho de que algunas personas sean objeto de la consideración y afecto por sus amigos y personas que le traten, debido a sus conductas honradas y sensatas, haya otras que por celos mal entendidos a estas consideraciones se pongan en su contra y traten de hacerles la vida imposible, hasta llevarlos a caer en los abismos empleando los procedimientos menos nobles e inhumanos.

Todos sabemos que los hermanos de José vendieron a éste simplemente por los celos o envidias que sentían hacia él por la consideración y cariño con que le distinguían los demás, no teniendo ninguna piedad sus hermanos para con José, y, sin embargo, la Providencia hizo que después de muchos años



EN CIRUGIA, TRAUMATOLOGIA...
Y EN TODA ESPECIALIDAD

flexo
ficial de Enfermería
FLEXOPLAST

VENDAJE
ELASTICO
ADHESIVO



PRESTIGIA AL CIRUJANO Y A SU TECNICA

MEDIDAS:

- 4 m. x 8 cm.
- 4 m. x 8 cm.
- 5 m. x 10 cm.
- 10 m. x 10 cm.
- 3 m. x 20 cm.

NORDICA DE ADHESIVOS, VENDAJES Y ESPARADRAPOS. S. A.

Tres Torres, 29

BARCELONA (17)

Teléfono 203 54 88

no sólo tuvieran un remordimiento constante, sino que necesitaran de la bondad de José al encontrarse todos en un gran apuro, resolviéndoselo éste lo mejor que pudo y restableciéndose nuevamente la unidad de la familia y el arrepentimiento de los hermanos por aquella indigna acción, ya que José les devolvió todo el bien que pudo por el mal que le hicieron.

También recordamos en la vida actual, por haberlo visto primero en las pantallas de cine y últimamente en Televisión Española, la obra o guión de Reginald Rosse titulada *Doce hombres sin piedad*, donde reunidos como jurado en torno a una mesa, uno de ellos, de carácter fuerte, haciendo a manera de acusador, culpa a un hombre de un delito que no ha cometido e intenta convencer a los compañeros de que debían condenarlo por unanimidad de aquello que le imputaban.

La mayoría del jurado, quizá por tener prisa en hacerlo o por no enfrentarse con el acusador, están con sus ánimos inclinados hacia la condena, pero hay uno que valiente, concienzudo y honradamente, como pocas veces suele ocurrir, se erige en defensor de la causa contra todos, alegando argumentos tan poderosos como para convencer de la inocencia del inculcado, primero a unos y después a otros e incluso al acusador, para que el veredicto sea de inocente.

En este extraordinario caso hubo un miembro del jurado que desde el principio estuvo fuertemente convencido de la inocencia de aquel hombre y luchó hasta convencer a todos de ello, incluyendo al acusador. Pero ¿existirá siempre y en todos los casos ese miembro del jurado, honrado y valiente, que no sólo crea en la inocencia, sino que trate y pueda convencer a los demás miembros de los jurados o directivos de los organismos de la inocencia de aquellas personas criticadas o difamadas por los demás?

¡Qué gran satisfacción interna tan extraordinaria se debe de sentir cuando esto se consigue!

JUAN PÉREZ LÁZARO

Podólogo extremeño residente en Madrid

JUVENTUD Y ALCOHOLISMO

Hace pocos años, el mayor porcentaje aparecía en la edad adulta; sin embargo, por la forma inconsciente con que hoy se bebe, el alcoholismo se incrementa de forma considerable en la juventud y en la mujer, y la edad media sigue disminuyendo.

En los centros psiquiátricos se ven a hombres de veintitantos años atacados de *deliriums tremens*, mientras que antes solían ser personas que habían rebasado los cuarenta y cinco.

Los que estamos familiarizados con los síntomas—nos decía hace poco un alcohólico anónimo—vemos entre la juventud actual a un gran número de alcohólicos potenciales. Cada vez se ingiere alcohol a edad más temprana. Han cambiado los modos de beber. Ahora toman menos vino, pero más licores. Y absorben más alcohol. Por tanto, la rapidez de intoxicación es muy superior. Mucho influye la propaganda, que induce continuamente a beber.

¿POR QUÉ EL ALCOHOL ATRAE A LOS JOVENES?

El uso immoderado del alcohol se extiende por la juventud, libre de este hábito en otro tiempo. Los que han sufrido el impacto en mayor grado son los adolescentes y jóvenes de ambos sexos.

El doctor Enrique Arzúa Zulaica, en la revista *Medicamenta*, en su artículo «El alcoholismo y los jóvenes», hace las siguientes manifestaciones: «El joven se siente empujado por esa fuerza irrefrenable que le obliga a hacerse hombre y abraza, por tanto, con entusiasmo todo aquello que hacen los mayores. Esta identificación lleva también a la imitación de sus vicios, pequeños o grandes. El tabaco y el alcohol atraen de este modo a los jóvenes. Es un juego más entrar en un bar, como hacen los hombres.»

«Si el joven empieza a beber por identificación-imitación, sigue haciéndolo por rebeldía. Puesto en marcha, la evolución del hábito alcohólico estará determinada por diversos factores y, en última instancia, por la misteriosa personalidad de cada uno, que hace a dos individuos iguales seguir un camino diferente.»

Muchos alcohólicos comenzaron a serlo de niños. De hecho se produce, por un factor de contagio, dentro del propio hogar, en la familia. Todavía en muchas regiones de España se desteta a los niños con pan mojado en vino. La madre, con la mejor buena fe, pero también con la mayor ignorancia, inculca así el hábito a esta criatura.

NECESIDAD DE UNA EDUCACION PREVENTIVA

Nuestros adolescentes y jóvenes están entrando en un mundo en que el abuso de las bebidas alcohólicas es considerado como un hecho normal perfectamente encajado en las costumbres de la época.

Dado el prestigio y autoridad del médico, es éste principalmente quien debe dirigirse a la juventud para prevenirla contra los peligros del abuso del alcohol. Esta labor preventiva debiera realizarse, como se hace en Francia, a escala nacional y dirigida a la juventud escolar y universitaria, con exposición detallada del origen, evolución y consecuencias del alcoholismo. Hay que hablarles de la desintegración de la personalidad del alcohólico; de su pérdida de inteligencia, de eficacia profesional y social; de la disminución en la estima que a los demás merece, insistiendo, finalmente, en las graves enfermedades que del abuso del alcohol se derivan.

Una exposición objetiva y científica causa mucho impacto. Siempre el aspecto médico en sus vertientes psíquica y física impresiona mucho más que otra cualquier consideración de tipo moral.

ESCUCHE Y REFLEXIONE

Una persona con buena salud, ¿cuánto vino o su equivalente en alcohol puede beber al día? La cantidad es variable, según la edad, constitución, trabajo y alimentación.

Si es un adulto vigoroso, con buena actividad física y alimentación completa, el máximo aconsejable es de tres cuartos de litro de vino al día. Si tiene una vida o trabajo sedentario, medio litro. Idéntica dosis para el sexo femenino.

Los menores de catorce años y las mujeres gestantes, absolutamente nada.

Beber siempre durante las comidas. De hacerlo fuera de ellas, las cantidades indicadas deben reducirse a una tercera o cuarta parte, pues con el estómago vacío, el alcohol se incorpora a la corriente sanguínea mucho más rápidamente.

¡Ah! A muchos padres yo les diría: No se feliciten si su hijo o hija adolescente toma sus traguitos de combinaciones, pero no fuma marihuana ni toma píldoras anfetamínicas. El joven —o la joven— que se encuentra despedazado dentro de un coche, borracho con vino u otras bebidas, como ginebra, whisky, etc., está tan muerto como el drogadicto, que muere con la jeringuilla encima del brazo.

GUILLERMO ELORZA AYERBE

Este anecdótico debía haberse terminado ya, pero que hacer más importantes para nuestra profesión, por un lado, me han restado tiempo, y por otro, espacio en la Revista, han demorado el final. Este quinto capítulo está dedicado a contar costumbres raras y casos clínicos extraños más que a puras anécdotas, como lo fueron los anteriores, pues uno de los objetos de este anecdótico, amén de recordar a los que pasamos unos años en Libia por aquellos tiempos, era el de dar a los que no lo conocen una idea de ese país por los años 1962 a 1964, que son en los que yo le conocí. Por ello, aunque el anecdótico lo termino con este capítulo, la serie la cerraré con un último y próximo artículo, en el que describiré mi impresión de Libia en aquellos años, cuando era reino, y su jefe de Estado, el rey Idriss El Sinussi.

* * *

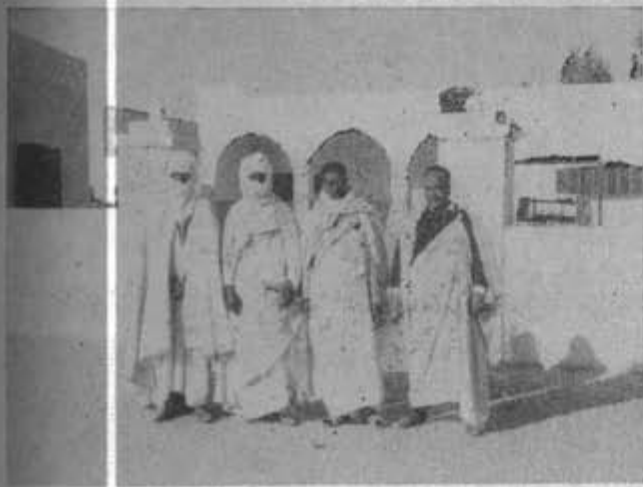
Que la circuncisión es un acto obligatorio para los árabes y judíos a los pocos días de su vida es algo muy conocido por todos. Que podríamos llamar casi el acto bautismal de los varones de estas razas, hasta el extremo de que



Vestuario típico "de casa" de la mujer libia.

un adulto no circunciso es un individuo despreciable entre ellos, también. Que la circuncisión la realizan profanos a la profesión sanitaria, generalmente el jueves siguiente del nacimiento del *ulid* o niño, pues la fiesta semanal musulmana, como es archiconocido, es el viernes, y el acto de la circuncisión se hace la víspera, otro tanto. Pero lo que ya es menos conocido son los entuertos que el referido acto organiza. La frecuencia con que se presentan en los hospitales niños con cicatrices monstruosas, que hay que destruir, y reconstruir quirúrgicamente la circuncisión, dentro de lo que se puede, es mayor de lo que parece. Asimismo, es también corriente que en el servicio de guardia se presenten el viernes los niños paliduchos, que llevan los padres asustados, porque desde la noche anterior está sangrando la arteria del frenillo, que ha sido cortada también por la navaja circuncidante, y hay que hacer una hemostasia correcta y de paso una buena sutura de piel y mucosa. Porque la causa de esas cicatrices retráctiles no es otra, como es sabido, que el corte hecho al niño está a distinto nivel en la piel que en la mucosa, y la primera va cicatrizando a expensas de su borde cortado y retrayéndose para buscar el lado contrario, donde apoyar su epitelización, haciendo a veces mínimo el meato al pegarse la piel al glande. Esto viene a cuento porque entre los muchos niños a los que vimos en necesidad de arreglar su pene hubo uno que nos llamó poderosamente la atención. Era un niño de Beni Ulid, un pueblo del desierto, donde casi todos los habitantes son nómadas, como así lo era el padre del paciente. Este niño nos apareció por el Reparto, orinando por un orificio puntiforme en la región suprapúbica, inmediatamente por encima del escroto. Era un enfermito mal constituido, en un estado de anemia, que hubo que tratar primero, antes de tocarle, y con aspecto de hipogenital. Al haberle desaparecido el pene, el padre debió de creer que se lo había amputado el barbero al circuncidarlo, y nos lo abandonó en el hospital, pues nunca más volvimos a verle hasta que, arreglado el niño, la Policía se encargó de encontrarle y enviarle al hospital a recoger a su hijo. La verdad es que nosotros creímos siempre que al barbero se le fue la mano y había hecho una amputación parcial, pues siempre tocábamos algo bajo la capa adiposa donde estaba el meato uretral. La intervención se realizó bajo anestesia general cuando el Reparto Pediátrico nos lo puso en correctas condiciones de hacerlo, y nuestra sorpresa, muy agradable sorpresa, porque el enfermito era un crío muy simpático, fue encontrarnos enterrado bajo la piel el pene íntegro, que se despegó de adherencias y sustituyó la piel de que carecía con un injerto a expensas de la pared abdominal.

* * *



GADAMES.—Tuaregs, habitantes de la ciudad santa de la frontera con Túnez y Argelia.

Una mañana, cuando ya nos marchábamos, ingresó de urgencia un enfermo procedente de Zavía, localidad a 45 kilómetros de Trípoli, de gran raigambre hispana, porque en su pequeño hospital había siempre médicos y enfermeras españoles. El referido enfermo venía con una gran placa necrótica en la pared abdominal, que alcanzaba desde el ombligo al pubis en una anchura de unos ocho traveses de dedo y por la que rezumaba orina. Era enfermo con historia en el servicio de urología, porque había sido operado hacía algunos años de nefrectomía por un cálculo coraliforme y posteriormente de ureterolitotomía en el uréter del otro lado. Como se ve, su historia litiasica era muy grave e importante. Su estado general era gravísimo. Hicimos una radiografía simple y apareció un cálculo vesical de grandes dimensiones, que había estallado la vejiga, seguramente por decúbito, produciendo la gangrena de la pared abdominal por filtración de orina a través de sus planos. Conseguimos meter una sonda uretral, y a través de la susodicha placa gangrenosa, otra de Pezzer hipogástrica, con lo que se derivó la orina y de momento se suspendió la causa que había originado la catástrofe. Días después, cuando la herida abdominal estuvo limpia, se hizo la extracción del cálculo, como la cabeza de un feto de término y cuyo peso no recuerdo, sin necesidad de cistostomía, a través del hueco que había quedado en la pared del abdomen, usando un fórceps normal de parto. Como ven, el enfermo era extraordinariamente interesante, incluso en un país donde la litiasis del aparato urinario era tan corriente, que yo no recuerdo una sola sesión quirúrgica en los dos años que estuve allí donde no se operase algún cálculo ni semana que no se interviniera algún niño por la misma razón. Pero lo más curioso de este enfermo fue la forma de limpiar su herida. Ante la gravedad del paciente a su ingreso, la verdad es que estábamos un poco descorazonados por su pronóstico, porque no veíamos cómo íbamos a resolver aquel galimatías y no se tenía, una vez derivada la orina, una línea clara a seguir, cuando surgió la voz de la experiencia en la del Capo Infermieri Bescir Abdessalam. Este propuso hacer una práctica común en el país de los abscesos periuretrales, antes tan

frecuentes: bolas de naftalina previamente machacadas y convertidas en polvo en un mortero. Ellos tenían mucha y buena experiencia positiva y se aceptó. El resultado fue espectacular. Al día siguiente, cuando levantamos la cura, la herida estaba absolutamente limpia, aunque ante la evidencia del resultado volvimos a rellenar nuevamente con naftalina. Veinticuatro horas después se veía claramente tejido de granulación y parecía increíble que dos días antes diese la impresión de que el enfermo iba a morir irremisiblemente. Como digo, en cuanto el estado general permitió una anestesia general, una de las últimas que dio ese ejemplar único de simpatía y galanura, el doctor Luis Corrales, antes de marcharse a Argelia, se le extrajo el monumental cálculo dándole unos puntos de aproximación en la pared vesical y reconstruyendo lo mejor posible la abdominal. El curso postoperatorio del paciente, teniendo en cuenta sus características, fue cortísimo, pues veinte días después se le dio de alta con la propuesta de enviarle a Alemania, cosa que se hizo un mes después, para que le estudiaran sus problemas de formación de cálculos.

Esta práctica del polvo de naftalina la volvimos a usar dos o tres ocasiones más en heridas infectadas y otra en un ántrax, con el mismo espectacular y positivo resultado.

Nuestra colaboración con el Pronto Soccorso era muy armoniosa, pues aunque mi jefe era italiano, su relación con sus compatriotas de cirugía general dejaba mucho que desear, y en un país donde había diferencias de nacionalidad muy marcadas, las nuestras con los italianos generalmente eran malas, éste se había apoyado mucho no sólo en mí, sino en los españoles del Pronto Soccorso y en pediatría, el otro gran bastión de la presencia española en Libia. Un día fuimos requeridos a visitar un enfermo que había en la Astantería, una sala de la que disponía el servicio de urgencia, con cuarenta y tantas camas para ingresar enfermos urgentísimos hasta que hubiere *posto* en los servicios normales del hospital. La noticia que teníamos del paciente era que padecía hematuria intensa, pero nos encontramos con un enfermo con diátesis hemorrágica por mordedura de serpiente. El enfermo tenía el hemicuerpo derecho convertido en un hematoma. Su volumen habría aumentado, como mínimo, al doble y sangraba por varios sitios, además de por su riñón derecho. Aquel enfermo, que le recibió y trató hasta su curación el doctor González, el de la «Pensión», en la Astantería, excepcionalmente, había sido mordido en el desierto y cabalgado en estas circunstancias unos 50 kilómetros hasta el puesto de socorro de Beni Ulid, a 500 kilómetros de Trípoli, adonde en ambulancia fue trasladado milagrosamente vivo. Recuerdo perfectamente que se le veían, a pesar del tremendo equimosis de su muslo derecho, los tres puntos donde la serpiente había dejado su, esta vez no mortal, veneno, en el tercio medio, cara externa, del mismo.

* * *

Aunque no por su curiosidad, sí por lo excepcional, debo destacar dos enfermitos cuyo primer síntoma de polio fue su parálisis vesical. Ya he descrito antes que la litiasis

vesical o uretral era muy frecuente. Niños en retención completa era corriente ingresarlos para hacerles una talla o, a veces, una uretrolitotomía perineal. Siempre recordaré dos operaciones de este tipo. Una, la primera vez que vi operar un negro, por el contraste que produce la diferencia de coloración entre el negro de la piel y el blanco marfil de la aponeurosis. La otra, un niño que llegó al Pronto Soccorso con una retención urinaria de cuarenta y ocho horas por un cálculo enclavado en el meato uretral, y que se resolvió con un corte de unos dos milímetros en el meato, momento en que el niño lanzó el cálculo, a impulsos del chorro urinario, a más de dos metros de altura. Pues bien, un día nos ingresó un muchachete de unos ocho años en retención completa de orina. Le sondamos y nuestra sorpresa fue no encontrar obstáculo alguno. Practicada radiografía simple de aparato urinario, fue negativa de cálculos. Sin embargo, el niño hubo de ser sondado de nuevo por la noche y a la mañana siguiente, en que se le dejó un sondaje permanente. Dos días después aparecieron síntomas inequívocos de poliomyelitis y se le trasladó al pabellón de infecciosos. La causa de la retención, como pueden suponer, fue parálisis vesical. La tarde siguiente al traslado del niño a infecciosos ingresó otro, algo mayorcito, de iguales características; pero éste ya no nos cogió desprevenidos ni a nosotros ni al Pronto Soccorso, entre otras cosas, porque ya se habían hecho varios ingresos por una epidemia de polio que acababa de comenzar, y que fue tan importante, que se hizo una vacunación masiva de la población infantil, de los enfermos ingresados en el hospital y del personal sanitario que trabajábamos en él. Si reseño esta incidencia es, como decía al principio, por su excepcionalidad, pues no es frecuente que la parálisis vesical sea el primer síntoma que aparezca en una poliomyelitis.

Otro caso curioso de retención urinaria en niño lo fue por un atracón de higos chumbos. Una tarde nos ingresó un crío de unos diez años en estas condiciones, sin causa lógica que la provocase. Después de efectuarle un cateterismo vesical evacuatorio sin encontrar obstáculo causante en la uretra ni cuello vesical, procedimos a practicarle una radiografía simple del aparato urinario, que fue negativa de cálculos visibles, pero que, sin embargo, nos sorprendió



GADAMES.—Parte superior de la ciudad. Los picos triangulares de las casas son amuletos para librarse de distintos males.

con una imagen extraña, al estar todo el intestino grueso lleno de unas imágenes puntiformes apenas visibles. Estaba de servicio un enfermero libio gran amigo y mejor persona, Hag Ali (Hag quiere decir que ha peregrinado, cuando menos, una vez a la Meca). Con mucha sorna nos dijo que él ya tenía diagnosticado al niño por la conversación mantenida con él, que el caso no tenía importancia y nos pidió permiso para resolverlo, como así hizo, pues para él era conocido e incluso de niño lo había padecido. La solución ya pueden figurársela. El atracón de higos chumbos había dejado en el intestino una gran cantidad de pepitas, que mezclándose con las heces forman un bloque durísimo, y la retención urinaria era debida a que la vejiga no tenía fuerza bastante para vencer el obstáculo que la prominencia de la ampolla rectal, completamente llena, hace sobre la vejiga y el cuello vesical. El tratamiento es sencillo y sucio. Hay que meter el dedo en el recto y vaciarlo lo que se pueda para hacer espacio a que quepa luego el enema, que le vaciará del todo. Tras esta práctica, el enfermito lo devolvimos a casa entre el regocijo de todos.

• • •

Recuerdo, por su espectacularidad, el caso de un camellero del sur del país. Este hombre nos ingresó en el servicio por una retención completa de orina; pero ése, como es lógico, no es el motivo de llegar a estas páginas. Este

sabortonic®

defatigante*energético

vitamina C
glucosa
fósforo
calcio



TUBOS CON 15 COMPRIMIDOS EFERVESCENTES

P.V.P. 78'30 (L.I.)

bombre no había estado en su vida más arriba del mismísimo suelo. En Libia entonces era corriente dormir sobre el suelo, pero lógicamente estos hombres nómadas con más motivo, pues su casa la portaban con ellos en el camello. Ya en más de una ocasión alguno de estos hombres nos había pedido bajar de la cama y dormir en el suelo, cosa a la que, naturalmente, no habíamos accedido. Pero con éste hubo que hacer una excepción, pues cuando el pobre hombre, de unos sesenta años, se asomó al borde de la cama y se vio a esa altura del suelo sintió tal terror, que empezó a pegar gritos de pánico. Al principio intentamos convencerle que no le pasaría nada, pero no hubo forma y aquella primera noche, en la esperanza de que esta situación fuese transitoria, le permitimos dormir bajo su cama. Pero nuestro fracaso fue absoluto, pues en cuanto intentábamos dejarle sólo sobre la cama se reproducían las escenas de vértigo y miedo. Decidimos, pues, tenerle medio dormido con largactil y aplicarle en la noche un somnífero para que descansase, en espera de que pasase aquella locura transitoria, cosa que duró cerca de quince días, antes de adaptarse a estar a esa «terrible altura» cual otro enfermo cualquiera. Como en este tiempo tuvo delirios mientras dormía, acordándose del desierto, del fuego del campamento, de la caravana, etc., el psiquiatra, en evitación de males mayores, nos aconsejó tenerle con tranquilizantes por el día y somníferos en la noche los primeros días del postoperatorio, que, afortunadamente, fue muy bueno y muy corto.

• • •

Antes de acabar esta serie de recuerdos debo hacer una mención especial a dos enfermedades muy frecuentes en el país. Una, por la gran cantidad de casos que se daban: el tétanos. La otra, porque es enfermedad totalmente desconocida en España: la bilharciosis vesical. El tétanos, supongo que habrá disminuido mucho con las campañas de vacunación que la O. M. S. organiza en los países subdesarrollados, era un azote tremendo en Libia. Era raro el día que el hospital no recibía algún paciente con la terrible enfermedad. La mayoría, parturientas y recién nacidos. Las causas, que a la madre, para evitarle la hemorragia postpartum, la taponaban la vagina con arena, y la misma en los neonatos, al aplicarles el mismo sistema en el cordón umbilical. La ignorancia de la profilaxis era total. Nadie sabía nunca si en otras ocasiones se le había aplicado seroterapia antitetánica, única arma entonces contra la enfermedad. Tan era así, que a los heridos que aparecían por el Pronto Soccorso se les aplicaba suero antitetánico casi sin preguntarles antecedentes. Era preferible el peligro de un choque anafiláctico que la casi seguridad de la enfermedad.

La otra enfermedad, la bilharciosis vesical, no era originaria del propio país, sino que la padecían los procedentes de países de la cuenca del Nilo, especialmente los sudaneses. Entre los habitantes de Tripolitania y Cirenaica apenas había; sin embargo, era muy frecuente en los fezzane-

ses, entre los que abundaban los negros. Si este gusanillo de escribir que me ha entrado continúa, prometo un artículo más científico en otra ocasión de esta interesante enfermedad parasitaria. Se adquiere al bañarse en las charcas y los ríos. El parásito, en forma de larva, entra a través de un vaso linfático de la piel, se asienta en el sistema porta y desde ahí lanza los huevos a través del riñón, por su sistema excretor, a la mucosa vesical, donde se instalan en las cercanías del meato uretral. Estos huevos, que no salen al exterior, forman un conjunto de pequeños gránulos, con una imagen muy típica a cistoscopia, de los que el organismo se defiende calcificando las cicatrices, y produciendo estenosis de la porción intramural del uréter con los consiguientes trastornos de éxtasis urinaria superior, para acabar el enfermo muriendo al cabo de muchos años—es enfermedad incurable, pese a los grandes progresos hechos en los últimos años en su tratamiento, pero de lentísima evolución—por insuficiencia renal. Su sintomatología es exclusivamente las hematurias repetidas con los naturales trastornos en las series hemáticas. Su diagnóstico es muy fácil, pues basta tomar una muestra por biopsia de esos granitos vesicales y sin otra preparación verla al microscopio, donde se observan unos huevos oscuros en forma de pipa de calabaza, que si están vivos se ve perfectamente un pequeño y lento movimiento en la parte más gruesa y ancha del huevo. No tiene contagio directo de individuo a individuo, pues en el proceso de su evolución precisa el paso por el intestino del caracol, que es el verdadero transmisor de la enfermedad, ya que el parásito lanzado al exterior en la micción no puede entrar en el organismo humano.

Y aun cuando tendría unos artículos más para seguir contando mis memorias de este país, que tan bien me acogió y trató, y que hoy es noticia por causas distintas a las por mí descritas, es bien cierto que tampoco es justo abusar de la paciencia de mis lectores, por muy tolerantes que éstos sean, y aun cuando al final de este anecdotario se hayan espaciado demasiado sus últimos capítulos, algún día había que terminar. Este es hoy. Espero que se hayan distraído y, aunque sólo sea por curiosidad, les fuese útil su lectura. Gracias.

FERNANDO MATEOS MARTÍNEZ

ULLOA OPTICO

Carmen, 12 y 14 - Avda. José Antonio, 16 - Alcalá, 147
Avda. de la Albufera, 12 - Bravo Murillo, 151 y 256
P.º de Extremadura, 55 - Hortaleza, 56 - Alberto Aguilera, 43
P.º de las Delicias, 16 - Luchana, 36 - Avda. Donostiarra, 19

Descuentos a señores Practicantes



La nueva aguja

ICO/3

reúne todas las cualidades que exigen los profesionales:

- Triple afilado. muy penetrante. fuerte, eficaz.
- Cono anatómico. que facilita la sujeción, y se adapta fácil y exactamente a la jeringa.
- A toda prueba. Resiste cualquier esterilización. Siempre nueva.

Pida agujas

ICO/3

de triple afilado. la próxima vez que compre. Están disponibles en todo tipo de medidas.



Hispano ICO, S.A

FABRICA DE MATERIAL MEDICO QUIRURGICO
PUERTO PRINCIPE, 56 - 68 - BARCELONA - 16

El tiempo descubre la verdad

SENECA

A mi distinguido amigo José Cintora Fernández

El tiempo, ese discurrir cronológico de los hechos que ininterrumpidamente se suceden en la vida, tiene el atributo de conservar imperecedero el recuerdo del pasado, que señala inexorablemente la conducta de los hombres en los distintos aspectos de sus actividades.

La buena conducta no necesita certificado, porque indefectiblemente queda registrada en las merecidas consideraciones de homenaje a la verdad. En cambio, su opo- nente, la que tergiversa, falsea o engaña, tiene como aliada la precariedad de su existencia, porque tarde o temprano se descubre la verdad dejando al descubierto la desaprensiva conducta de quien incurre en tal comportamiento.

Ese constante ir y venir de los humanos, ansiosos de superación, se asienta sobre la base de la civilización y el progreso, cuya clave fundamental es una enorme, poderosa y efectiva palanca que eleva el nivel de vida: la publicidad. Por este medio, empleado con la sistematización que lo caracteriza y utilizando sus infinitos recursos técnicos, lanza a los cuatro vientos, sin discriminación alguna, sus mensajes, promoviendo cualquiera que sea la actividad: comercial, industrial, cultural y social.

Todas las ciencias—y la psicología publicitaria también lo es—, que de forma más o menos directa se relacionan con el hombre, han venido girando alrededor de un concepto implícito de felicidad o placer en niveles y grados diferentes. En ello, la publicidad tiene una fuerza preponderante porque ha creado un ambiente propio, que influye satisfactoriamente en la opinión pública, haciéndole comprender que la labor que presta es notable, útil y necesaria a la comunidad. Por eso estamos convencidos de que la publicidad se ha situado en una trayectoria inequívoca y al igual que hace apenas una década alcanzó un grado de madurez técnica muy aceptable, en un futuro más o menos próximo no sólo consolidará aún más sus propias aptitudes, sino que en la ardua tarea por conocer la verdad habrá logrado la totalidad de su responsable capacidad, tanto en la muy diversa índole de su trabajo como en sus múltiples influencias. Señalemos que a finales del pasado año el INSTITUTO NACIONAL DE LA PUBLICIDAD convocó un ciclo de conferencias, en las que intervinieron relevantes personalidades de las letras, que, bajo el común denominador de «Las responsabilidades de publicidad», expusieron brillantemente los más variados y complejos conceptos de las mismas.

De ello deducimos que se trata de evitar que los servicios de la publicidad se utilicen para nutrir ideas confusas o ambiguas, cuyas consecuencias son siempre imprevisibles. Se

altera el sentido ético y se corre el riesgo de la crítica. Como ocurre en el caso de la actividad médica, en que al olvidar su profunda responsabilidad se le da un trato publicitariamente común y otras veces sensacionalista.

El público capta con marcado interés el aparato propagandístico que rodea la aparición de nuevos medicamentos y condiciona luego la actividad del médico, perturbando la relación de éste con el enfermo e incluso forzando los criterios del facultativo, exigiendo en muchos casos la prescripción de productos que el propio médico no ha tenido la oportunidad de conocer.

Por otra parte, se consumen espacios—en el peor de los casos, televisivos—para divulgar tal o cual supuesto procedimiento, cuando en realidad no existe nada concreto sobre el mismo. Pretender avivar una esperanza pública sobre determinada enfermedad sin ningún fin práctico son ganas de falsear una divulgación y malograr otra que en su verdadera oportunidad puede ser efectiva.

En un artículo titulado «¿Es posible rejuvenecer?», de reciente aparición, el destacado colaborador de ABC Carlos Dávila examina de manera magistral el sensacionalismo a que ha dado lugar cierta medicina rejuvenecedora rumana. Entre otras cosas, dice el autor: «Parece de un tiempo a esta parte que los vientos de la propaganda médica no son los propios ni adecuados. Culpa de ello tienen muchos voceros del sensacionalismo, que miden escasamente el alcance de sus palabras y juegan con el bien máspreciado del ser humano: la salud, cosa que todo el mundo pregona, contra la que se producen agresiones frecuentes y que muy pocos defienden con amor.» «No es lícito, ni mucho menos humano, alentar en las personas infundadas esperanzas de salud alimentadas con dudosos mensajes terapéuticos. El hombre y su cuerpo nos debe merecer un respeto imponente.» «Publicidad, sí; pero auténtica, objetiva e imparcial.»

No olvidemos la frase del articulista Carlos Sanz cuando dice: «La verdad es la roca viva donde se fundamenta todo lo que ha de sobrevivir y perdurar.» Asimismo, recordemos también a Balmes, que puso raíles al pensamiento de la verdad en su gran obra *El criterio*, al fundar sus consideraciones en este breve concepto: «Si deseamos pensar bien hemos de procurar conocer la verdad, es decir, la realidad de las cosas.»

FERNANDO MUÑOZ CAMPOS

Ayudante Técnico Sanitario de la Beneficencia Municipal de Málaga

OPOSICIONES

Editorial SOTECNA, S. A., con la colaboración de prestigiosos especialistas en las distintas materias, ha confeccionado las contestaciones a las próximas oposiciones de los Cuerpos de Matronas Titulares y Practicantes Titulares.

¡LA SOLUCION PARA EL PRINCIPAL PROBLEMA DEL OPOSITOR!

Pensando en la gran cantidad de trabajo del profesional sanitario, pensando en su tiempo, Editorial SOTECNA, S. A., ha preparado para usted las contestaciones adecuadas a todos y cada uno de los temas exigidos por los programas oficiales.

ESCUETOS, SENCILLOS, CIENTIFICOS, ASIMILABLES, ADECUADOS AL TIEMPO DE EXPOSICION ORAL Y ESCRITA

Cuerpo de Practicantes Titulares

Contestaciones a los programas de la oposición libre y del concurso-oposición restringido para el ingreso en el Cuerpo de Practicantes Titulares («B. O. E.» de 2 de julio de 1973). A cargo de los doctores

ANGEL COSME GIMENEZ,
FRANCISCO-JAVIER FIGOLS LADRON DE GUEVARA y
EVELIA OJEDA PEREZ.

de los Departamentos de Medicina Interna y Anatomía Patológica de la Ciudad Sanitaria «La Paz», de Madrid.

OPOSICION LIBRE.—69 temas. 2 volúmenes. Grupos I, II, III y IV. Precio: 2.930 ptas.

CONCURSO-OPOSICION RESTRINGIDO.—35 temas. 2 volúmenes. Grupos I y II. Precio: 1.850 pesetas.

Cuerpo de Matronas Titulares

Contestaciones a los programas de la oposición libre y del concurso-oposición restringido para el ingreso en el Cuerpo de Matronas Titulares («B. O. E.» de 21 de abril de 1973). A cargo de los doctores

EUSEBIO BENEZET CASARRUBIOS y
ROBERTO LOPEZ DE MEDINA,

del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central de la Cruz Roja, de Madrid.

OPOSICION LIBRE.—39 temas, 2 volúmenes. Grupos I, II, III y IV. Precio: 1.750 ptas.

CONCURSO-OPOSICION RESTRINGIDO.—27 temas, 1 volumen. Grupos I y II. Precio: 1.350 ptas.

PEDIDOS A:

SOTECNA, S. A. - Montera, 10-12 - Teléfono 231 82 71
o al Apartado de Correos 3.330 - MADRID

discoide.—adj y m.—En forma de disco. || Pastilla, comprimido. || Excavador de hoja circular que se emplea en odontología.

discolia.—f. *Pat.*—Alteración biliar.

discomicosis.—f. *Pat.*—Enfermedad causada por hongos discomices.

discomices.—m. *Biol.*—Nombre vulgar con el que se designa a ciertos hongos del género *Dyscomices* que se encuentran en el micetoma indico de los pies. A veces se confunden con los *Actinomyces*, *Nocardia* y otros géneros semejantes.

discondroplasia.—f. *Pat.*—Irregularidad en la formación de cartilagos. Llám. tam. *condrodisplasia* y *enfermedad de Ollier*.

discondrosteosis.—f. *Pat.*—Discondroplasia acompañada de micro-melia.

discontinuo.—adj.—Falto de continuidad, intermitente.

discoplasma.—m. *Hemat.*—Estroma, capa superficial del glóbulo rojo.

discoria.—f. *Oftalm.*—Deformación de la pupila; reacción ante la luz diferente en ambas pupilas.

discreto.—adj.—Moderado, efectuado con discreción. || *Pat.*: Lesiones, marcas de algunas enfermedades eruptivas, especialmente de la viruela, bien definidas y separadas entre sí.

discrinismo.—m. *Pat.*—Trastorno del metabolismo producido por mal funcionamiento de las hormonas endocrinas. Llámase también *discrinia*, *disendocrinia*, *disendocrisis*.

diseroia.—f. *Derm.*—V. *discromia*.

discromatodencia.—f. *Pat.*—Coloración característica amarilloverdosa que adquiere la dentadura, acusando un síntoma revelador de la ictericia hemolítica en su iniciación.

discromasia.—f. *Derm.*—V. *discromia*. || *Oftalm.*: V. *discromatopsia*.

discromatopsia.—f. *Oftalm.*—Ceguera parcial para los colores, determinación imperfecta de los mismos. || *d. cromática*: Distinción de los colores, pero no de sus diversos matices. || *d. discromática*: Distinción solamente de dos colores: blanco para los tonos claros y negro para los oscuros. Llámase también *discromista*.

discromia.—f. *Derm.*—Voz genérica que comprende todas las posibles alteraciones del color de la piel. Llám. tam. *diseroia*, *discromasia* y *discromodermia*.

discromodermia.—f. *Derm.*—V. *discromia*.

discronismo.—m.—Alteración en relación con el tiempo, por ejemplo, en la intermitencia febril, en el período de gestación, en la periodicidad menstrual, en la dentición o en el crecimiento infantiles, etc.

dislacia.—f. *Oftalm.*—Alteración en la secreción lacrimal.

diadococinesis.—f. *Neurol.*—Alteración en la facultad diadococinética de ejecutar voluntariamente movimientos sucesivos rápidos y antagonicos.

disdiemorrhis.—f. *Cardiol.*—Alteración circulatoria sanguínea, particularmente referida a la circulación capilar.

disdipsia.—f. *Med.*—Dificultad en la deglución de los líquidos. Trastorno cualquiera relacionado con la sensación de sed.

disecante.—adj.—Que diseca, que separa, que divide, se aplica a algunos aneurismas y a ciertas inflamaciones.

discción.—f. *Anat.* (del latín *dissectio*, dividir en dos).—F. e I., *dissection*; A., *dissectio*, *zerschneidung*; It., *dissezione*; P., *P., dissecao*.—Conjunto de operaciones que consisten en poner al descubierto y separar metódicamente las diferentes partes y órganos de un cuerpo con objeto de estudiarlos anatómicamente.

disecia.—f. *Otorrin.*—V. *disacusia*.

disecioia.—f. *Otorrin.*—V. *disacusia*.

disectasia.—f. *Pat.*—Dificultad en la abertura voluntaria de un orificio o conducto (esfínter del ano, cuello de la vejiga, etc.).

disector.—adj y m.—El que disecciona o divide: preparador anatómico, anatomista, prosector.

disembrioma.—m. *Pat.*—Tumor originado en restos fetales, enclavoma.

disembrioplasia.—f. *Ginecol.*—Malformación de origen embriionario.

disembrioplasma.—m. *Pat.*—Término genérico para designar cualquier tumor benigno de la mama.

disematosis.—f. *Pat.*—Alteración de la sangre. || Dificultad para distinguir o reproducir los grafismos del lenguaje. Llámase también *disemia*.

disemesis.—f.—Vómito doloroso o difícil.

disemia.—f. *Pat.*—V. *disematosis*.

diseminación.—f.—Difusión, extensión, propagación de enfermedades, gérmenes patógenos, etc.

disencefalia.—f. *Pat.*—Malconformación del encéfalo. || *d. esplanco-guística*: Encefalocele asociado con quistes formados en los riñones, hígado y páncreas.

disencrisia.—f. *Pat.*—Alteración de carácter morboso de las funciones secretorias; discrinia, discrinismo.

disendocrinia.—f. *Pat.*—Alteración en las funciones de las glándulas endocrinas. Llám. tam. *discrinismo*, *discrinia*, *disendocrisis*.

disendocrisis.—f. *Pat.*—V. *disendocrinia*.

disendografía.—f. *Neurol.*—Agrafia central, trastorno que impide el lenguaje gráfico interno o que, al menos, lo dificulta de manera sensible.

disenfisia.—f. *Med.*—Nombre genérico aplicado a toda alteración patológica de origen hereditario.

disenteria.—f. *Pat.* (del griego *dis*, mal estado, desorden, y *enteron*, intestino).—F. y A., *dysentèrie*; I., *dysentery*; It., *disenteria*; P., *dysenteria*.—Enfermedad infecciosa, epidémica, de fácil contagio, muy extendida, particularmente en los países tropicales. Se caracteriza por ulceraciones e inflamaciones más o menos extensas del intestino grueso y de la porción inferior del fleón. Se manifiesta por crisis agudas de intensos dolores, en especial durante las evacuaciones, muy frecuentes, de tipo diarreico, acompañadas de materia mucosa sanguinolenta parecida a la clara de huevo que, al avanzar la enfermedad, se convierten en masas de sangre pura. Conduce a un estado general grave y tiene tendencia a la recidividad y hasta a convertirse en crónica. La disenteria puede proceder de causas específicas diferentes. La forma más generalizada es la *d. bacilar*, *epidémica* o *de Flexner*, extendida por todo el mundo, sobre todo en el período estival, de junio a septiembre; su agente es el *Shigella dysenteriae*, descubierto por el profesor americano Flexner en 1863 y estudiado exhaustivamente por Chantemesse y Widál en 1888, muy parecido al bacilo tífico. Dicho bacilo disenterico presenta bastantes variedades (bacilos de Shiga, Hiss, Sonne, Strong, etc.) y desde la pared del recto va invadiendo con su toxina sucesivamente todo el organismo, resultando contagioso tanto directa como indirectamente. Asimismo puede dar origen a diversas complicaciones: peritonitis, parálisis de los miembros superiores o inferiores, reumatismo infeccioso de la rodilla o el tobillo, conjuntivitis, flebitis, colapsos, etc.

Otros tipos de disenteria son la *amibiana* o *amibiasis*, causada por la *Endamoeba histolytica*; la *d. ciliar* o *balantidiana*, provocada por el *Balantidium coli*; la *d. espirilar*, producida por el *Spirillum helcogenes* o *de Finkler-Prior*; *d. maligna*, *purulenta*, *nostras* o enteritis disenteriforme, etc.

disenteriforme.—adj.—Parecida a la disenteria.

discretisia.—f. *Neurol.*—Confusión o disminución de las reacciones ante los estímulos. Dic. tam. *discretismo*.

discretismo.—m. *Neurol.*—V. *discretisia*.

disergasia.—f. *Pat.*—Alteración funcional, disergia. || Tipo de deficiencia mental acompañada de alucinaciones y períodos de reacciones delirantes.

disergia.—f. *Pat.*—Disergasia, disfunción. || Falta de coordinación motora. || Reacción anormal ante la infección.

diserigmia.—f.—Imposibilidad de eructar o gran dificultad para realizarlo.

disestesia.—f. *Neurol.*—Trastorno general de la sensibilidad. || *d. gustativa*, *olfativa*, *visual*, *auditiva*, *táctil*: Trastorno localizado en un determinado sentido.

disfagia.—f. *Pat.* (del griego *dis*, dificultad, y *phagēin*, comer).—F. y A., *dysphagie*; I. y P., *dysphagia*; It., *disfagia*.—Dificultad o imposibilidad de deglutir. Puede ser motivada por diversas causas: *espástica* o *esofagismo*, por espasmo del esófago; *globosa*, por formación de bolo o globo histérico; *lusoria*, por compresión de la arteria subclavia derecha sobre el esófago; *sideropénica* (síndrome de Plummer-Vinson), por glositis y anemia hipocrómica de tipo microcítico; *de Valsalva* (anatomista italiano del siglo XVII), debida a la rotura del asta mayor del hioides, etc.

disfasia.—f. *Neurol.*—Afasia moderada, trastorno sintáctico de las palabras emitidas con evidente falta de coordinación.

disfatnia.—f. *Odont.*—Irregularidad en la situación de los alvéolos en el arco alveolar correspondiente.

disfemia.—f.—Tartamudez y, en general, cualquier tipo de trastorno en la forma de hablar.

disfonía.—f.—Ronquera o cualquier otra anomalía en la emisión de los sonidos vocales.

disforia.—f. *Neurol.*—Malestar, angustia, depresión, tristeza; es término opuesto a *euforia*.

disfrasia.—f. *Neurol.*—Irregularidades en la pronunciación de las palabras; dislalia, disartria.

disfrenia.—f. *Neurol.*—Tipo de psicosis secundaria. || Dificultad respiratoria por anomalía en el diafragma.

disfunción.—f. *Med.*—Función incorrecta de un órgano; disergia.

disgalactia.—f. *Ginecol.*—Trastorno en la secreción láctea.

disgenesia.—f. *Pat.* (del griego *dis*, dificultad, y *gēnēin*, engen-

drar).—F. y A., *dysgenesis*; I., *dysgenesis*; It., *disgenesia*; P., *dysgenesis*.—Anomalía en la facultad de procrear. || Cruzamiento en el cual los descendientes son estériles entre sí. || Apareamiento de sujetos afectados de enfermedades hereditarias; es término opuesto a *eugenesia*. || Desarrollo anómalo de un individuo. || *d. cerebral*: Desarrollo defectuoso mental, psicosis constitucional degenerativa. Llám. tam. *disgenia*.

disgenia.—f. *Pat.*—V. *disgenesia*.

disgenitalismo.—m. *Pat.*—Desarrollo imperfecto o anómalo de los órganos genitales, ya externos o internos. || Defecto funcional consecuencia de una cualquiera de estas imperfecciones formales.

disgeria.—f. *Geriatr.*—Estado de ancianidad muy acusado, vejez penosa, anómala con respecto a la senilidad normal.

disgerminoma.—m. *Pat.*—Carcinoma ovárico o testicular.

disgeusia.—Perversión del sentido del gusto; disestesia gustativa.

disglandular.—adj.—Relacionado o consecuente con una defectuosa función glandular.

disgnatia.—f. *Odont.*—Malconformación de los maxilares.

disgnosia.—f. *Neurol.*—Desarreglo en las funciones intelectuales.

disgrafía.—f. *Neurol.*—Dificultad en la expresión de las ideas valiéndose de la escritura. || Sensación desagradable o dolorosa, generalmente acompañada de angustia, que experimenta el paciente al escribir. || Calambre sufrido por la persona que escribe durante largos períodos; llám. tamb. *calambre del escribiente*.

disgramatismo.—m. *Neurol.*—Agramatismo moderado.

disgregación.—f. (del latín *disgregare*, desunir).—F., *désagregation*; I., *disaggregation*; A., *trennung*; It., *disgregazione*; P., *desagregação*.—Acción y efecto de disgregar o disgregarse; separar, desunir, apartar lo que estaba junto; dispersar, disociar. En los estados histéricos, pérdida de la facultad de asociar las sensaciones normalmente encadenadas; puede terminar en un estado de doble conciencia.

disgripnia.—f.—Sueño anormal, incompleto, trastornado.

dishafia.—f. *Pat.*—V. *disafia*; disestesia táctil.

dishematopoyesis.—f. *Pat.*—Hematopoyesis defectuosa, trastorno en la formación de la sangre.

dishematosis.—f. *Dermat.* y *Cardiol.*—V. *cianosis*.

dishemia.—f.—V. *disematosis*, *diseemia*.

dishepatitis.—f. *Pat.*—Enfermedad o alteración relacionada con las funciones hepáticas.

dishidria.—f. *Pat.*—V. *dishidrosis*.

dishidrosis.—f. *Pat.* (del griego *dis*, dificultad, e *idrosis*, sudor).—F. y P., *dyshidrose*; I. y A., *dysidrosis*; It., *disidrosi*.—Sudación moribunda. || *Derm.*: Erupción cutánea que aparece en la cara lateral de los dedos, acompañada de ardor y prurito localizados. Llám. tam. *dishidria*, *ponfóliz* y *disidrosis*.

dishipnia.—f. *Pat.*—V. *disgripnia*.

dishipofisias.—f.—Trastorno funcional del cuerpo pituitario.

dishormónico.—adj.—Trastorno relacionado con las glándulas endocrinas.

dishormonismo.—m.—Trastorno de la secreción hormonal.

disialia.—f.—Trastorno en la secreción salival.

disidrosis.—f. *Pat.*—V. *dishidrosis*.

disimbolia.—f. *Neurol.*—Asimbolia moderada. || Trastorno conceptual de las ideas que impide comunicarlas mediante el lenguaje de una manera inteligente.

disimetría.—f.—V. *asimetría*.

disimilación.—f.—V. *desasimilación*.

disimulación.—f. *Neurol.*—Actitud demencial en la que el paciente, suponiéndose perseguido, objeto de la malevolencia de cuantos le rodean, a punto de ser maltratado, oculta celosamente sus alucinaciones, sus delirios, sus celos, etc., disimulando en lo posible su estado moribundo.

disinergia.—f. *Pat.* (del griego *dis*, dificultad; *sin*, junto, y *ergon*, trabajo).—Trastornos producidos en la coordinación muscular.

disistolia.—f. *Cardiol.*—Hiposistolia, asistolia, alteración de la sístole cardíaca.

dislaceración.—f. *Traum.*—Desgarro, dilaceración.

dislalia.—f. *Neurol.*—Dificultad de expresión con anomalías somáticas de los órganos del lenguaje. Llám. tam. *disartria*, *dífasia*.

dislexia.—f. *Neurol.*—Alexia moderada caracterizada por la necesidad sentida por el paciente de interrumpir la lectura con intervalos de silencio más o menos prolongados.

dislocación.—f. (del latín *dis*, separación, y *locus*, sitio, lugar).—F. e I., *dislocation*; A., *dislokation*, *verschiebung*; It., *dislocamento*; P., *dislocação*.—Acción y efecto de sacar una cosa

de su lugar, de desplazarla de su sitio habitual, empleándose en especial tratando de los huesos. || Luxación.

dislogia.—f. *Neurol.* (del griego *dis*, desorden, y *logos*, discurso).—F. y A., *dyslogie*; I. y P., *dyslogia*; It., *dislogia*.—Trastorno mental que impide expresarse razonablemente. || Anomalías de lenguaje debidas a crisis mentales más o menos prolongadas. Llám. tam. *disfasia*, *logoneurosis*.

disloquia.—f. *Tocol.*—Desaparición o anomalía del flujo loquial.

dismasesis.—f. *Pat.* (del griego *dis*, dificultad, y *masesis*, masticación).—Imposibilidad o dificultad dolorosa de masticar.

dismegalopsia.—f. *Oftalm.*—Falta de apreciación visual del verdadero tamaño de los objetos, distancias, alturas, separaciones, etc.; inadecuación de la vista para calcular las proporciones reales de las cosas. Llám. tam. *dismetropsia*.

dismenorrea.—f. *Ginecol.*—Trastorno, irregularidad en la función menstrual con períodos difíciles y dolorosos. Sus diversas causas pueden ser por *inflamación*, *congestión*, *espasmo del útero*, *nerveiosa*, *ovárica*, *tubárica*, *vaginal*, etc., o bien *obstructiva* o *mecánica* o *funcional*, sin alteración anatómica o causa patológica conocida.

dismetria.—f. *Neurol.*—Falta de apreciación de las distancias al ejecutar movimientos musculares, particularmente los de extensión. || *Ginecol.*: Anomalía en la función uterina.

dismetropsia.—f. *Oftalm.*—V. *dismegalopsia*.

dismimia.—f. *Neurol.*—Dificultad o imposibilidad de expresión mediante la mímica; incapacidad para hacer e entender por gestos. || Falta de habilidad imitativa.

dismiotonía.—f. *Pat.*—Tonicidad muscular anómala, distonía de los músculos.

dismnesia.—f. *Pat.*—Falta, disminución sensible de la memoria.

dismorfia.—f. *Pat.*—V. *dismorfismo*. || Deformidad corporal.

dismorfismo.—m. *Pat.*—Defecto de conformación en un aparato u órgano. || Evolución, cambio de la forma orgánica debida a condiciones ambientales diferentes. || Alomorfismo.

dismorfofobia.—f. *Neurol.*—Temor anormal a las deformidades.

dismorfosis.—f.—Deformidad.

disnea.—f. *Pat.* (del griego *dis*, dificultad, y *pnéin*, respiración).—F., *dyspnée*; I. y P., *dyspnea*; A., *dyspnoe*, *kurzatmigkeit*; It., *dispnea*.—Dificultad respiratoria provocada por la insuficiente entrada de aire puro en los pulmones y, en consecuencia, acumulación de ácido carbónico.

En estado normal, el número de respiraciones vienen a ser de 16 a 18 en el adulto y de 22 a 24 en el niño, siendo la relación de aire entre la inspiración y la espiración como 1 es a 3. La disnea, trastornando dicho ritmo, puede afectar a ambas fases respiratorias o a una sola de ellas, como el asma y el enfisema pulmonar, que trastornan la espiración, o como en el hipo, la bronconeumonía infantil y la encefalitis letárgica que afecta solamente a la inspiración.

La disnea puede tener un carácter *transitorio* o *permanente*, con manifestaciones leves o de mayor gravedad, acompañada de accesos paroxísticos de frecuencia variable. Según su origen, la disnea puede ser laríngea, pleural, pulmonar, cardíaca, nerviosa, humoral, etc. Según la enfermedad que la motiva podrá ser diftérica, tuberculosa, sifilítica; por pleuresía, nefritis, asistolia, uremia, diabetes, meningitis, histeria, tabes laríngea, etc. Como consecuencia de intervención quirúrgica puede haber sido causada por intubación, traqueotomía, neumotórax artificial, etc.

disnefrotropia.—f. *Pat.* (del griego *dis*, trastorno; *nefros*, riñón, y *topos*, lugar).—Prolapso del riñón, ectopía renal.

disneuria.—f. *Neurol.*—Anomalía de la inervación, disminución del potencial nervioso.

disnistaxis.—f. *Med.*—Sueño breve, ligero, sin profundidad.

disnoia.—f. *Neurol.*—Anomalía de la mente, trastorno de la inteligencia. Llám. tam. *disnosia*.

disnosia.—f. *Neurol.*—V. *disnoia*.

disociación.—f. (del latín *dis*, separar, y *sociatio*, reunión).—F. e I., *dissociation*; A., *dissoziation*, *trennung*; It., *dissociazione*; P., *dissociação*.—Acción y efecto de separar una cosa de otra. En química, proceso limitado y reversible por el que un compuesto se descompone, mediante la acción del calor o de un disolvente, en otros elementos simples. En química física la que, con la formación de iones, se produce en un electrólito en solución. En medicina, mecanismo mental por el cual un grupo de ideas se separan de la conciencia normal y funciona con independencia. || *d. bacteriana*: Cuando en un cultivo microbiano puro aparecen formas claramente distinguibles de la raza original. || *d. de la sensibilidad*: Pérdida de la sensación ante el dolor o la temperatura, conservando empero la sensibilidad táctil y muscular; es síntoma con frecuencia observado en la síringomielia o gliomatosis medular.

disodia.—f.—Fetidez, mal olor de aliento, halitosis. || Rinitis atrofica.

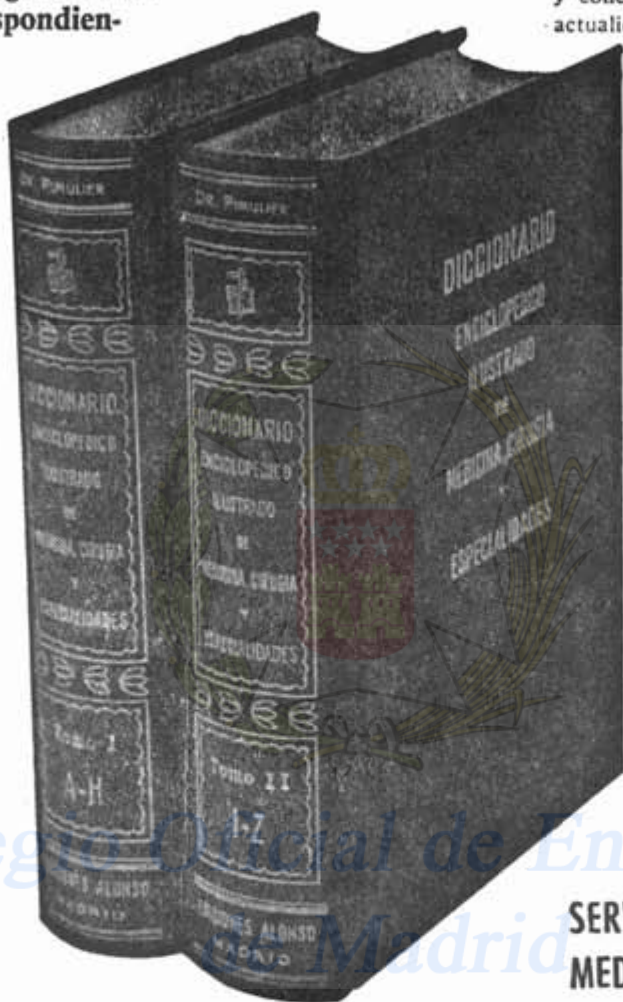
disódico.—adj. *Quím.*—Que posee dos átomos de sodio en cada molécula. || Relacionado con la disodia.

¡Ya están a la venta los dos Tomos del DICCIONARIO ENCICLOPÉDICO ILUSTRADO DE MEDICINA, CIRUGIA Y ESPECIALIDADES

— POR EL DR. PIMULIER —

SEGUNDA EDICIÓN

aumentada, corregida y puesta al día mediante un Apéndice general de la obra e índices correspondientes a los diferentes temas de la misma. (Datos que se insertan en el Tomo II.)



Esta obra ofrece en conjunto un resumen claro y concreto de los conocimientos médicos en la actualidad. Cuidadosamente revisada, comprende por orden alfabético toda la terminología médica, síntomas, síndromes, medicamentos técnicos, diagnósticos y tratamientos, con la descripción adecuada de las distintas materias y disciplinas de la Medicina, Cirugía y Especialidades; Biología general e histología humana, Anatomía funcional, Microbiología y Parasitología, Higiene y Profilaxis, Patología médica y quirúrgica. Técnicas diagnósticas y de terapéutica médico-quirúrgicas (cuidado y asistencia de enfermos y operados, técnicas de laboratorio, curas, inyecciones, anestias, reanimaciones, recuperación y rehabilitación, instrumental de instrumentación quirúrgica, vendajes, etcétera), Terapéutica y Farmacología, Medicina y Cirugía de urgencia, Medicina social, Psicología médica, primeros auxilios, intoxicaciones, historia y moral profesional y especialidades (Oftalmología, Otorrinolaringología, Obstetricia y Ginecología, Cirugía, Traumatología, Cirugía plástica, Urología, Puericultura, etc., etc.)

CARACTERÍSTICAS

- * 2 tomos
- * 13.000 voces médicas más apéndice e índices
- * 2.100 páginas
- * 1.768 ilustraciones, varias de ellas en color
- * Encuadernado en Guaflex con estampación en oro y verde en lomo y tapa
- * Tamaño: 25 x 19
- * Lujosa presentación
- * Impreso en papel de primera calidad

De gran utilidad para
**SERVICIOS MEDICOS DE URGENCIA,
MEDICOS DE A. P. D.**

y para toda clase de

AYUDANTES TECNICOS SANITARIOS

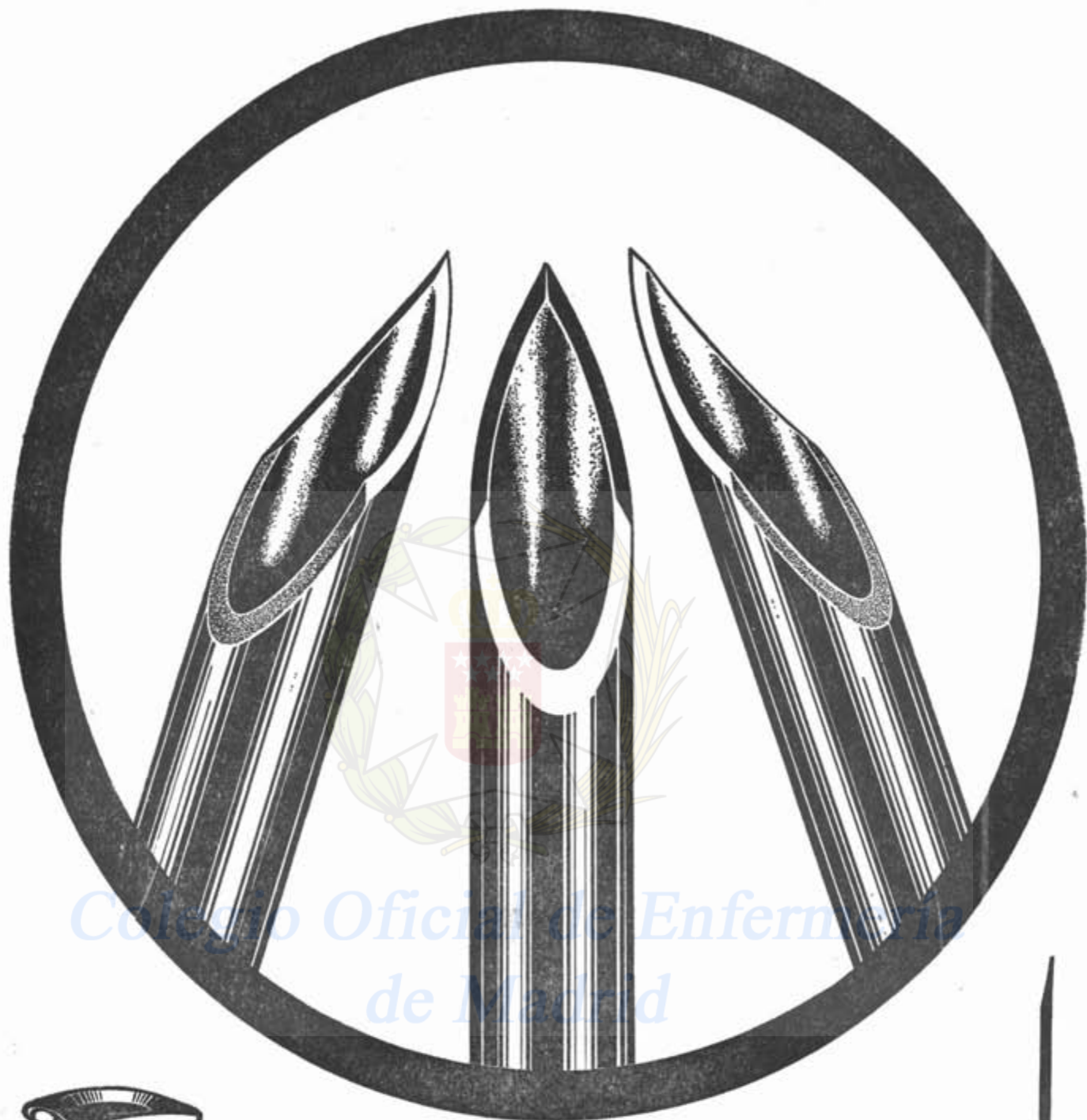
EDICIONES ALONSO Esparteros, 4 MADRID (12)

BOLETIN DE PEDIDO que hace D.
....., residente en
calle, núm., provincia

a EDICIONES ALONSO (Esparteros, 4, Madrid-12) de un ejemplar completo (los dos tomos), del «DICCIONARIO ENCICLOPÉDICO ILUSTRADO DE MEDICINA, CIRUGIA Y ESPECIALIDADES», del Dr. Pimulier. Comprometiéndose a abonar el importe total de la obra en el precio y condiciones siguientes: indique con una X en el recuadro la forma de pago que se adopte.

- Al contado 1.600 pesetas, contra entrega de la obra completa.
- En cuatro plazos, 1.650 pesetas los dos tomos. El primero de 450 pesetas contra entrega de la obra, y los otros tres restantes, de 400 pesetas cada uno, a treinta, sesenta y noventa días fecha factura, mediante giro bancario.
- 1.760 pesetas en ocho plazos. El primero de 360 pesetas, a la entrega de la obra completa, y los otros siete restantes de 200 pesetas cada uno al día primero de cada mes, mediante giro bancario.

..... de de 19.....
Firma del interesado,



Colegio Oficial de Enfermería
de Madrid



ICO/3

la aguja estudiada para mejor servicio

- NUEVO TRIPLE AFILADO
- NUEVO RECORD DE PERFIL ANATOMICO
- NUEVA TECNICA

Hispano ICO, S.A. FABRICA DE MATERIAL MEDICO QUIRURGICO - BARCELONA - 16

