Boletín Cultural e Informativo

AÑO XXIX · ENERO 1968

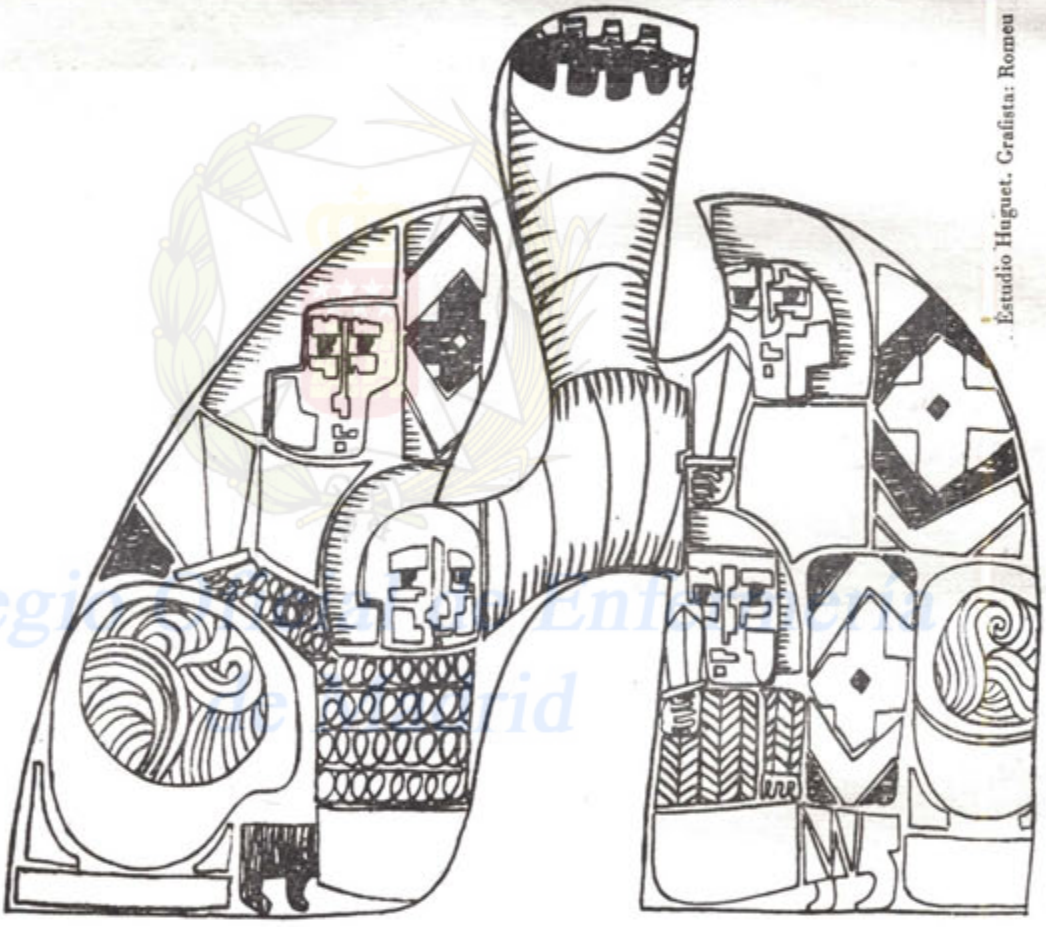
Colegio Oficial de Enfermería de Madrid

CONSEJO NACIONAL DE AYUDANTES TECNICOS SANITARIOS

septobiol

Una terapéutica segura para las broncopatías inflamatorias porque asocia en su fórmula:

Dos antibióticos de amplio espectro en una sola molécula,
Balsámicos solubles,
Analgésicos, antipiréticos, antiflogísticos y vitamina c.



Estudio Huguet. Grafista: Romeu

Colegio Oficial de Enfermería de Madrid

en dos presentaciones

Fórmula	septobiol-500	septobiol-niños
N-pirrolidinometiltetraciclina cloranfenicol succinato	500 mg.	300 mg.
Vitamina C	200 "	120 "
Guayacolglicolato sódico	100 "	60 "
Dipirona	200 "	100 "
Lidocaína ClH	40 "	20 "
Agua destilada apirógena c. s. p.	4 c.c.	5 c.c.

septobiol niños Cajas de dos viales con mitad de la fórmula en cada vial de la molécula, tetraciclina-cloranfenicol y vitamina C, y dos ampollas de disolvente de 2'5 c.c. con el resto de componentes, en igual forma. Presentación ésta, muy práctica para pediatría.

LABORATORIOS JORBA Madrid - Barcelona

MEDICINA Y CIRUGIA AUXILIAR

órgano oficial del consejo nacional de ayudantes técnicos sanitarios

REVISTA MENSUAL

DIRECTOR:
ENRIQUE RIUDAVETS DE MONTES
Y FERREIRO

REDACTOR-JEFE:
PEDRO SIERRA MORAN

REDACCION
Y ADMINISTRACION

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

AÑO XXIX ENERO 1968

Depósito legal: M. 1.063 - 1958

Imprenta FARESO - Pedro Tejeira, 3 - Madrid

Sumario

Págs.

EDITORIAL.—Frente al nuevo año 5

SECCION OFICIAL 6

CONSEJO NACIONAL 6

PREVISION 7

Cádiz.—Homenaje de los Ayudantes Técnicos Sanitarios Titulares al Iltmo. Sr. Jefe provincial de Sanidad, D. José Manuel Pérez Alvarez 9

Cursillo de Urología en Madrid 10

Origen-evolución y destino del pie humano. 11

Técnicas radiográficas en la exploración renal 18

Crónica del Congreso Argentino de Podología «XXX Aniversario» 28

Podología.—El «hallux valgus» 29

Glosando opiniones 29

Desde las cumbres de Gredos.—«Armando Buscariny» 30

Atalaya sanitaria.—Carta de los Reyes Magos 31

En el cuarto aniversario de la muerte de un gran presidente 32

Colegio Oficial de Enfermería de Madrid

Colegio Oficial de Enfermería de Madrid

EL DIRECTOR, REDACTOR-JEFE Y TODO EL CUADRO DE REDACCION DE MEDICINA Y CIRUGIA AUXILIAR *DESEAN A TODOS SUS LECTORES, COLABORADORES, ANUNCIANTES Y AMIGOS UN FELIZ AÑO, ASI COMO A TODOS ELLOS Y SUS FAMILIAS UN PROSPERO Y DICHOSO 1968*

Editorial

FRENTE AL AÑO NUEVO

Cuando este número de nuestra Revista esté en vuestras manos habrá entrado ya el año 1968. Trazamos, apresuradamente, estas líneas oyendo ya pasar la alegre muchedumbre que, indiferente con la agonía del que acaba, se asoma, esperanzada y contenta, al pórtico engalanado del año que empieza.

Todos, a lo largo y a lo ancho de nuestra corta vida, esperamos siempre encontrar algo extraordinario, maravilloso, al arrancar la primera hoja de cada nuevo calendario. Nunca satisfechos bastante con lo obtenido, parece como si esperásemos que al volver la página fuéramos a encontrarnos con la grata sorpresa, casi milagrosa, de ver en ella escrita la culminación de nuestros anhelos, el logro de nuestras más caras ilusiones, la realización de nuestras más grandes venturas.

Y, siempre, indefectiblemente—lo sabemos por dura experiencia—nos sentimos defraudados un poco, un poco como engañados, ya que nunca, ni en los mejores momentos de la existencia, llega la realidad a alcanzar la altura de nuestra fantasía.

Dios quiera que, al menos, queridos amigos, entrañables compañeros de profesión, éste que ahora vislumbramos todavía firmemente selladas sus credenciales, desconocidos e insondables aún sus designios, sea de paz y de progreso, de justicia y serenidad, ya que, caminando hacia el futuro con resolución, seguros de nosotros mismos, con fe en nuestras razones y con cierto atemperante optimismo, podremos llegar algún día a remontar la azarosa cumbre y vernos al fin en la deseada cúspide, luminosa y feliz, que tantas amarguras y tan fatigosos esfuerzos nos viene costando año tras año.

No son en realidad malos los auspicios que, a manera de testamento, nos deja el año que termina.

Ciertamente en los pasados meses se han ido cubriendo objetivos que, si no grandes, por lo menos eran necesarios como puntos de partida. Hemos logrado un clima de comprensión, una atmósfera de simpatía, un ambiente de conocimiento y de relaciones, de los que, en verdad, nos hallamos muy necesitados, y—posiblemente gracias a ellos mismos—conseguido algunas mejoras materiales, tangibles, como las que afectan, por ejemplo, a nuestros compañeros de A P. D.

Con profunda satisfacción vemos que la razón va triunfando, cosa que no por lógica y natural deja de ser menos importante.

Así, pongamos por caso, en la última reunión interministerial del año, en la cual estuvo presente nuestro Presidente nacional, habiendo éste defendido con acertadas palabras la insostenible situación actual de nuestros Rurales, se consiguió que tanto la Dirección General de Sanidad—que desde un principio estuvo siempre a nuestro lado—como los representantes del Excmo. Sr. Ministro de Hacienda y de la Comisión Superior de Personal no se opusieran, ni mucho menos, a la concesión de incentivos para esta sufrida clase de funcionarios que en otras muchas ocasiones habían quedado indefinidamente congelados.

Junto con dichas concesiones, que, sin eufemismos, podemos calificar de extraordinarias, más en el campo espiritual que por lo que puedan suponer en el orden económico y utilitario, existen en vías de resolución diversos proyectos, normas y disposiciones que, aunque todavía no gocen del imprescindible carácter dispositivo, con fundadas razones esperamos que pronto se han de convertir en tajante, clara, patente y provechosa realidad.

No ha sido, por tanto, tacaña la herencia qu nos deja el fenecido año. Por eso decíamos en un principio que éste que nace para España bajo el signo de la restricción y de la austeridad no debe estar exento por ello de ser a la vez el del reconocimiento de evidentes y justos derechos, el de la solución de caducas situaciones que por largo tiempo venimos padeciendo y lealmente impugnando; el año en que buscando los seguros y amplios cauces legales encontremos los rectos derroteros tan distintos de las viejas trochas, difíciles de recorrer, a las que estábamos, para nuestra desgracia, acostumbrados.

Saludemos, pues, con alegría, con noble optimismo, con meditada esperanza al nuevo año que ya asoma por el umbral de la vida. Mantengamos esa fe en Dios que nunca nos debe faltar, incluso en los momentos más graves, y esperemos confiados—aunque siempre alerta—que 1968 nos aporte unas vindicaciones y el logro de unas ilusiones que de antiguo se encuentran grabadas con caracteres imborrables en nuestra atribulada mente y en nuestro anchuroso corazón.

SECCIÓN OFICIAL

Consejo Nacional

Servicio Urgencia Seguridad Social de Sevilla

Resolución de la Delegación General del Instituto Nacional de Previsión en el concurso-oposición convocado con fecha 28 de mayo de 1966 para cubrir plazas de Practicantes del Servicio Especial de Urgencia de la Seguridad Social de Sevilla.

En cumplimiento de lo dispuesto en la Orden ministerial de 28 de marzo de 1966 *(Boletín Oficial del Estado* de 16 de abril) y de las atribuciones conferidas a esta Delegación General, se convocó, con fecha 28 de mayo de 1966 *(Boletín Oficial del Estado* de 12 de julio), concurso-oposición para cubrir plazas de Practicantes del Servicio Especial de Urgencia de la Seguridad Social de Sevilla.

Terminados los ejercicios del concurso-oposición, el Presidente del Tribunal ha elevado la correspondiente propuesta a favor de los Practicantes que han superado dicho ejercicio.

Consecuentemente, y en virtud de las referidas atribuciones conferidas, esta Delegación General aprueba la propuesta elevada, y cuya relación por el orden con que figura en la misma es la siguiente:

D. Juan Manuel Rodríguez Quintero.
D. José Barroso Martín.
D. Baldomero Ariza Campos.
D. Joaquín Avilés Lora.
D. Diego Salas Beato.
D. Juan Miguel Gómez de Tejada López.
D. José Reyes del Castillo.
D. Ricardo Ruiz Holgado.
D. Manuel Parrilla Navarro.

Madrid, 11 de noviembre de 1967.—El Delegado general, *José María Guerra Zunzunegui.*

(Sigue Sección Oficial en la pág. 33)

NUESTRA NUEVA CUBIERTA

Coincidiendo con el comienzo del año nuestra Revista estrena portada.

La obligada austeridad y sencillez, no reñidas en modo alguno con la elegancia y las tendencias de la moda vigente, se compaginan, a nuestro modesto entender, eficazmente en este nuevo modelo de cubierta que corresponde totalmente a las premisas antes citadas.

Con ello, esperamos que nuestros lectores acojan con agrado esta nueva presentación, perseverando en el cariño y la atención de que han dado muestras siempre a la ya veterana MEDICINA Y CIRUGIA AUXILIAR.—R.

FUTURAS PROFESIONALES MASAJISTAS

ANTES de ADQUIRIR sus APARATOS para INSTALARSE

Consulte a

TALLERES CARRIÓ

Primera casa de España, especializada en la fabricación de todos los

APARATOS de BELLEZA

Llame al teléfono 258 18 69
y le facilitaremos información,
o escríbanos a

Córcega, 361, 1.°, 3.ª BARCELONA
(junto a Lauria)

OFICINAS · EXPOSICION y VENTAS

CIRCULAR 15/67

(REMITIDA A TODOS LOS COLEGIOS)

En el *Boletín Oficial del Estado* núm. 296, correspondiente al día 12 del actual, se publica una Resolución de la Diputación Provincial de Murcia por la que se anuncia convocatoria para el nombramiento por concurso-oposición y servicios contratados de dos Matronas o Ayudantes Técnicos Sanitarios femeninos especializados en Ginecología y Obstetricia del Hospital Provincial "San Juan de Dios", con derecho a las percepciones siguientes:

a) Retribución fija anual de 39.060 pesetas, que se percibirá por dozavas partes.

b) Gratificaciones concedidas o que se concedan con carácter general para el personal al servicio de la Diputación Provincial.

c) Una paga extraordinaria con motivo del 18 de Julio y otra en Navidad, por importe, cada una, de la retribución mensual.

d) Participación en las tasas por asistencia a enfermos no calificados legalmente de pobres, conforme al régimen establecido con carácter general.

Las solicitudes para tomar parte en el concurso-oposición, dirigidas al Iltmo. Sr. Presidente de la Excma. Diputación, deberán presentarse en el Registro General de la misma durante el plazo de treinta días hábiles a partir del citado día 12, debiendo declarar en ella expresa y detalladamente que se reúnen todas y cada una de las condiciones exigidas, acompañando los documentos que en la convocatoria se determinan.

Lo que comunico a usted para su conocimiento y el de los señores colegiados de esa provincia.

Acuse recibo.

Dios guarde a usted muchos años.

Madrid, 14 de diciembre de 1967.—El Secretario.—V.º B.º: El Presidente.

Sr. Presidente del Colegio de Ayudantes Técnicos Sanitarios.

Colegio Oficial de Enfermería de Madrid

Previsión

Es costumbre, cuando llegan los últimos días de cada año, rememorar los acontecimientos que en ese período de tiempo se han producido, y así se va a intentar hacer por medio de estas líneas.

El año 1967 ha sido para nuestra PREVISION particularmente importante, porque en él ha tenido lugar la última reforma del Reglamento con la actualización de las prestaciones en forma bastante interesante, ya que, por ejemplo, las pensiones de vejez e invalidez se han elevado de 700 pesetas mensuales a 2.500 (se entiende que para quienes las hayan solicitado con posterioridad a la fecha de entrada en vigor del nuevo Reglamento). Por cierto que debemos aclarar que precisamente esta cuantía se otorga sólo a los asociados mayores de setenta años que solicitan por primera vez las pensiones de jubilación o invalidez después de 1.º de julio de 1967. Con esto salimos al paso de muchas consultas que se nos hacen y solicitudes que nos dirigen algunos pensionistas que perciben cantidades inferiores a 2.500 pesetas, quienes pretenden por el abono de una sola vez del importe de las cuotas correspondiente al período de carencia de cinco años, que se establece en el artículo 127 del Reglamento, percibir la pensión en su nueva cuantía, ignorando el segundo párrafo del artículo 125, que establece que los pensionistas en el momento de aprobarse el Reglamento constituirán un grupo cerrado, por lo que continuarán percibiendo idénticas pensiones que tuvieran reconocidas. Ello es natural; por cuanto reglamentariamente obtuvieron su cuantía de pensión en forma vitalicia y para garantizar la continuidad en su percepción, la PREVISION ha tenido que constituir un fondo de reserva especial con las aportaciones no sólo de ellos, sino del resto de los asociados españoles.

Desde la fecha de entrada en vigor del nuevo Reglamento han solicitado y obtenido la pensión de vejez o invalidez 128 asociados, que perciben la cantidad de 2.500 pesetas mensuales cada uno. Esta prestación ha producido un incremento aproximado de 320.000 pesetas mensuales en la cuantía total de pensiones de vejez e invalidez. Del número citado de pensionistas, 32 son jubilados por incapacidad, número que consideramos elevado con arreglo al colectivo de nuestra Entidad. Como lo único que hasta el momento se exige para conceder esta prestación es una certificación médica que acredite que el solicitante padece lesión o enfermedad que le incapacita total y definitivamente para el ejercicio de la profesión, si persistiera el número de solicitantes, que consideramos excesivo, nos veríamos obligados a proponer a la Asamblea un sistema especial de Tribunales Médicos de nuestra PREVISION para constatar la incapacidad que se alega.

Se podrá pensar que un incremento de tal importancia de las prestaciones tiene como contrapartida un aumento también importante en las cuotas. En efecto, las cuotas han experimentado también un incremento sensible, ya que de 55 pesetas mensuales que venían abonándose hasta el 30 de julio último, se ha pasado a satisfacer por este concepto la cantidad de 150 pesetas.

A primera vista puede parecer un tanto alta esta cuantía de cuotas, pero nos vamos a permitir realizar un examen comparativo de la proporción que existe entre nuestras cuotas y prestaciones y las correspondientes al Mutualismo Laboral Autónomo, Entidad que escogemos por su similitud a la nuestra, ya que acoge también a profesionales libres y se nutre con aportaciones personales de cada uno de ellos, sin que empresas u organismo alguno efectúen aportaciones complementarias. Pues bien, el Mutualismo Laboral Autónomo hace cotizar como mínimo a partir de primero de enero de 1968 sobre una pensión base de 2.500 pesetas mensuales, y la cuota resultante corresponde al 11 por 100 de esta cantidad, es decir, 275 pesetas mensuales. Es obvio que la comparación entre la cuota sobre la prestación de vejez e invalidez (que se cifran como máximo en el 90 por 100 de estas 2.500 pesetas, después de un período de cotización de nueve años como mínimo), y que importa 275 pesetas, resulta altamente superior a la de nuestra Entidad, que también otorga mayor cuantía de pensión, toda vez que nuestra prestación es de 2.500 pesetas netas. A ello habrá de añadirse que el Mutualismo Laboral Autónomo concede solamente un Socorro de Defunción de 5.000 pesetas en caso de fallecimiento del titular, y nuestra PREVISION, por el contrario, facilita un capital mínimo de 20.000 pesetas en el mismo caso. Bien es verdad que el Mutualismo Laboral Autónomo también concede otras prestaciones, tales como pensión de viudedad, equivalente como máximo al 50 por 100 de la pensión reguladora, y orfandad, del 15 por 100; otras a favor de los derechohabientes, similares a las de orfandad, etc.

Hasta la fecha en que se redactan estas líneas se tienen concedidos 68 créditos para vivienda y dos para adquisición de vehículos. No se han podido conceder en mayor cantidad por cuanto las disponibilidades para esta clase de prestaciones se obtienen por aplicación del 25 y del 5 por 100 de los excedentes de los ejercicios anteriores, y estos excedentes, con las cuotas de 55 pesetas, han sido relativamente bajos. Esperamos que para años sucesivos las cantidades disponibles serán de más importancia, ya que los excedentes serán también de mayor consideración. Todo ello se reflejará en los documentos oficiales contables que se someterán, en su día, a la Asamblea General de Representantes para su aprobación o reparos.

Como hemos dicho más arriba, éste ha sido un año más en que la PREVISION ha venido cumpliendo con las normas estatuidas en el Reglamento y otorgando las prestaciones en él fijadas. Esperamos que en ejercicios sucesivos estas prestaciones puedan ir incrementándose para atemperarlas al nivel de vida actual, a fin de que nuestra PREVISION llegue a ser lo que todos deseamos que sea: una Entidad que acoja todas las peticiones de los socios que algo necesiten, sobre todo en aquellas circunstancias en que la vida o la fortuna no sean propicias.

No podía faltar un recuerdo para todos nuestros compañeros fallecidos durante el año que ha terminado. Nuestra PREVISION ha cumplido sus obligaciones facilitando el capital que a su muerte tiene que entregar a sus familiares. Sin embargo, también en este momento piensa en ellos y ruega a Dios que les conceda su eterno descanso.

EL CONSEJO DE ADMINISTRACION

HALIBUT POMADA

LABORATORIOS LASA

ACELERA LA CICATRIZACIÓN DE TODAS LAS HERIDAS

RELACION DE ASOCIADOS FALLECIDOS, CON DETALLE DE LAS PRESTACIONES ABONADAS DEL 15 DE NOVIEMBRE DE 1967 HASTA EL DIA DE LA FECHA

NOMBRE Y APELLIDOS	DELEGACIÓN	IMPORTE SOCORRO DEFUNCIÓN	PENSIONES COBRADAS	HUÉRFANOS QUE COBRAN HASTA LOS CATORCE AÑOS		TOTAL
				A 300 PTAS.	A 225 PTAS.	
D. Emilio Camón Llonch	Barcelona	24.000	—	—	—	24.000
D. Manuel Castañeda Signes	Barcelona	23.000	—	—	—	23.000
D. Pedro Casanovas Manent	Barcelona	14.000	31.016	—	—	45.016
D. Pelegrín Nebot Palomar	Barcelona	9.000	15.408	—	—	24.408
D. Jesús García Lozano	Cádiz	34.000	—	—	—	34.000
D. Sebastián Arroyo Martínez	Granada	24.000	—	—	—	24.000
D. Luis García Arregui	Guipúzcoa	24.000	—	—	—	24.000
D. Roberto Cordovilla Ortiz	Madrid	20.000	—	40.840	16.680	77.520
D. Emilio Escudero López	Madrid	24.000	—	—	—	24.000
D. Juan de Dios Martínez Sánchez	Murcia	9.000	29.538	—	—	38.538
D. José Moreno Luzuriaga	Navarra	17.000	28.100	—	—	45.100
D.ª Visitación Felicidad Tolosa	Santander	9.000	24.756	—	—	33.756
D. Pablo Lenguas Albo	Toledo	17.000	35.520	—	—	52.520
D. José Roig Agrasot	Valencia	17.000	—	—	—	17.000
D. José Guillén Hualte	Zaragoza	24.000	—	—	—	24.000
D.ª Dolores Dalmau Mustori	Barcelona	14.000	27.810	—	—	41.810
D. Martín Muñoz Corgoll	Barcelona	24.000	—	—	—	24.000
D. Rafael Rubio Rasso	Guadalajara	24.000	—	—	—	24.000
D. Pedro Caballero Ruiz	Huelva	9.000	27.695	—	—	36.695
D.ª Ceferina Quinta Bernal	La Coruña	21.000	—	—	—	21.000
D. Juan Galán Gutiérrez	León	9.000	27.500	—	—	36.500
D. Nicolás Moriente Provenza	Madrid	23.000	—	—	—	23.000
D. Manuel Romero Calderón	Madrid	24.000	—	—	—	24.000
D. Manuel Miguel Gracia	Zaragoza	9.000	28.368	—	—	37.368
D. Gregorio Zapater Egaña	Zaragoza	17.000	27.580	—	—	44.580
TOTALES		463.000	303.291	40.840	16.680	823.811

OBSERVACIONES.—De estos 25 asociados fallecidos, la media de prestaciones recibidas ha sido de 32.952 ptas., y de cuotas abonadas, 4.804 ptas., siendo 9.573 ptas. la mayor cantidad satisfecha por cuota, y 3.065 ptas. la menor.

Madrid, 14 de diciembre de 1967.

EN CIRUGIA, TRAUMATOLOGIA...
Y EN TODA ESPECIALIDAD

FLEXOPLAST

VENDAJE
ELASTICO
ADHESIVO

PRESTIGIA AL CIRUJANO Y A SU TECNICA

MEDIDAS:
4 m. x 6 cm.
4 m. x 8 cm.
5 m. x 10 cm.
10 m. x 10 cm.
[illegible]

NORDICA DE ADHESIVOS, VENDAJES Y ESPARADRAPOS, S. A.
Tres Torres, 29 BARCELONA (17) Teléfono 203 54 88

CADIZ

Homenaje de los Ayudantes Técnicos Sanitarios Titulares al Iltmo. Sr. Jefe provincial de Sanidad, D. José Manuel Pérez Alvarez

El señor delegado provincial de Rurales, señor Cepillo, hace entrega de la placa-homenaje al jefe provincial de Sanidad, señor Pérez Alvarez, en presencia del presidente del Colegio Provincial, señor García Jiménez.

Los Ayudantes Técnicos Sanitarios Titulares de la provincia de Cádiz ofrecieron un delicado homenaje de adhesión y simpatía al ilustrísimo señor don José Manuel Pérez Alvarez, jefe provincial de Sanidad de esta provincia, con motivo de su reciente ingreso en la Orden Civil de Sanidad.

Con tal motivo tuvo lugar en el despacho oficial de la citada autoridad sanitaria gaditana el acto de ofrecer al ilustre y querido jefe una artística placa de plata como prueba de la adhesión, cariño y simpatía de los Ayudantes Técnicos Sanitarios Titulares de la provincia, que quisieron así testimoniarle su total identificación con la merecida condecoración recibida.

Don Antonio Cepillo Bolay, delegado provincial de Titulares, después de breves palabras pronunciadas en nombre de todos los compañeros de A. P. D., hizo entrega al ilustrísimo señor jefe provincial de Sanidad de la mencionada placa-homenaje en presencia de la Junta de Gobierno del Consejo Provincial, de compañeros llegados expresamente de algunos pueblos, personal técnico y administrativo, Practicantes y Enfermeras afectos a la Jefatura, entre una fuerte salva de aplausos.

El presidente del Colegio Provincial, don Luis García Jiménez, se adhirió al acto en nombre de sus compañeros de Junta y colegiados en general, como asimismo dejó constancia de la representación que también ostentaba del Consejo Nacional de Ayudantes Técnicos Sanitarios.

Don José Manuel Pérez Alvarez, visiblemente emocionado, dio a todos las más expresivas gracias, diciendo que guardará de este momento un gratísimo recuerdo, haciendo patente el cariño que siempre tiene para los eficaces Ayudantes Técnicos Sanitarios, que se han hecho en todo momento merecedores de la gratitud y el reconocimiento de la sociedad por su constante afán de superación y su total dedicación a las tareas tan importantes que la Sanidad española tiene depositadas en estos magníficos y competentísimos colaboradores.

El acto, que resultó sumamente emotivo y agradable, tuvo por epílogo el ofrecimiento por el ilustre señor Pérez Alvarez de unas copas de Jerez en honor de sus visitantes.

LABORATORIOS LASA
Carnitina Lasa
ESTIMULANTE DEL APETITO Y DEL DESARROLLO

Cursillos de Urología en Madrid

Durante los días 20 al 30 del pasado mes de noviembre, organizado por el Colegio Provincial de A. T. S. de Madrid, se celebró un cursillo de capacitación urológica para nuestros profesionales, que tuvo lugar en la Facultad de Medicina de la capital, bajo la dirección del profesor don Alfonso de la Peña, con el concurso de sus más inmediatos colaboradores: doctores Sánchez Cañas, Páramo, Villar y Avila, y doctoras D. Ocón y Prat, actuando como auxiliar de los mismos nuestro compañero del Servicio de Urología del Hospital Clínico, don Alejandro del Llano.

La primera lección del curso estuvo a cargo del profesor Peña, magnífica de exposición y pródiga en enseñanzas, sobre el tema "La especialización del A. T. S. en Urología". La pieza oratoria, modelo en su género, causó certero impacto en los cursillistas, que rebasaban la treintena, tanto por su profundo cooncimiento de la materia como por la forma sobria, cálida y sencilla de tratarla, como correspondía a la talla científica del profesor.

Entre otras afirmaciones de gran interés para la Clase, el eminente urólogo preceptuó "la imprescindible necesidad de capacitar debidamente en esta especialidad al Ayudante Técnico Sanitario como importantísimo colaborador del médico y su más próximo y valioso auxiliar".

El profesor don Alfonso de la Peña haciendo entrega del diploma a uno de los cursillistas; entre ambos el presidente del Colegio de Madrid, señor Santos Morales. (Foto Podadero. Madrid.)

Seguidamente, el asesor religioso del Colegio madrileño, reverendo padre don Andrés Pérez Aznar, disertó sobre el tema "Principios morales del A. T. S. en la especialidad urológica", provechosa lección también, acertadamente elegida y admirablemente desarrollada.

Cerró el acto don Manuel Santos Morales, presidente del Colegio, quien pronunció tan breves como elocuentes palabras para exaltar la importancia de cursillos semejantes, para agradecer al doctor De la Peña este brillante apoyo que ha hecho posible el que iba a celebrarse, y para recomendar a los cursillistas la máxima atención e interés hacia las enseñanzas de que iban a ser objeto.

Abundantes en ellas han sido todas las sesiones del curso, las que, por falta de espacio, nos es imposible reseñar detalladamente.

Finalizado el mismo, en un céntrico hotel, se verificó la entrega de diplomas a los cursillistas, los cuales recibieron de manos del propio profesor don Alfonso de la Peña, al que acompañaban sus colaboradores, así como el presidente y secretarfio del Consejo Nacional, presidente del Colegio de Madrid y miembros de su Junta de Gobierno, celebrándose a continuación una cena de confraternidad que fue presidida por las autoridades académicas y profesionales mencionadas y que resultó muy grata y animada.—*R.*

SECCION COMERCIAL

ANUNCIOS POR PALABRAS

TEMAS DE BELLEZA (curso completo), por Carlos Martí Raso. Buena encuadernación. Ejemplar, trescientas pesetas. Librería Reus. Preciados, 6. MADRID - 13.

ORIGEN-EVOLUCION Y DESTINO DEL PIE HUMANO

Ponencia del Primer Congreso Nacional de Especialidades Paramédicas

Ponente: Don ANTONIO BAEZ PRIETO

Ilmo. Sr., señoras, señores congresistas, amigos todos:

Es para mí, y creo que para el resto de mis compañeros conferenciantes, un momento un poco difícil el comienzo de esta charla, ya que si algunos de nosotros es cierto que estamos algo avezados a realizar este tipo de, digamos, intervenciones colectivas, el hecho es que en esta ocasión difiere enormemente la cuestión por la enorme trascendencia de este acto, que, organizado por el Consejo Nacional, va dirigido no solamente a determinado sector de profesionales, sino a la flor y nata de todas las especialidades aquí representadas, con lo que íntimamente unidos vamos a intentar realizar algo en total colaboración por la superación de la Clase.

Cuando, no hace mucho tiempo, fui invitado por nuestro presidente nacional para colaborar en este Congreso, me presté al momento, sin duda ni reparo, con más ilusión que nunca, para ayudar en lo posible a este Certamen profesional y en particular a la Podología, a la que pertenezco.

Es aquí donde pido permiso a los dirigentes del mismo para agradecer de todo corazón a aquellos compañeros con quienes mantuve correspondencia sus cartas y frases de aliento, ya que con cada una de ellas me llegaba un nuevo acicate para continuar, que haciéndome olvidar pasadas desventuras me impulsaba a entregarme por completo, en la medida de mis modestas facultades.

Y como me ha sido imposible dar las gracias uno a uno, es a vosotros, amigos podólogos, a quienes dedico la primera parte de mi charla, que, apartándose un poco de los temas fijados, puede actuar un tanto de prólogo o introducción al resto de nuestras conferencias, ya que aun siendo netamente de la especialidad, tiene un alcance general que puede ser de interés a todos los presentes, y si bien no parece tener una utilidad inmediata en la práctica diaria de nuestras consultas, nos llevará a todos con la imaginación sobre un problema tan hondo, oscuro y apasionante cual es la *filo-ontogenia del pie humano.*

No existe otra región del cuerpo donde sea más necesario conocer al detalle su historia evolutiva si queremos comprender gran parte de los trastornos que intentamos explicar con frecuencia, como consecuencia de las condiciones actuales, pero que, en realidad, se deben más bien a estadios imperfectos de su anterior evolución.

Parece ser que en esta región del cuerpo se han venido produciendo cambios con una relativa rapidez, apreciados, claro está, en relación a las etapas cronológicas de la vida del planeta, si bien en todo momento de acuerdo con una LEY BIOLÓGICA YA EN PRINCIPIO ESTABLECIDA.

Sucede en este campo que al remontarnos a la prehistoria nos encontramos faltos de medios para establecer con exactitud el proceso de la evolución del miembro inferior, ya que nuestros conocimientos se derivan, en la mayoría de las ocasiones, de algunos restos de fósiles diseminados, que no siempre nos suministran los datos que en ellos desearíamos encontrar.

Por esto hay un amplio campo a las deducciones y opiniones autorizadas, que varían a este respecto. Pero en términos generales, es posible intentar construir una teoría, que no estará muy lejos de la verdad y que nos arrojará gran cantidad de luz sobre las posteriores malformaciones y defectos congénitos de los pies.

El primer punto a notar es que el miembro inferior está basado en un antiquísimo PLAN BIOLÓGICO ARQUITECTÓNICO, el cual fue posiblemente establecido cuando de algunas especies aventureras, y persiguiendo a la presa, surgió el PRIMER PEZ ANFIBIO sobre la fangosa superficie de la tierra, en remotísimas épocas de la prehistoria.

Posteriormente, y a pesar de todos los subsiguientes cambios y modificaciones secundarias que le han sucedido, este miembro ha permanecido fiel al mencionado plan anterior, quedando formado, en general, en tres SECCIONES: MUSLO, PIERNA y PIE, estandarizados en PENTADACTILIA, plan que vino fuertemente introducido en las células germinales de la mayoría de los animales superiores.

Naturalmente, en ocasiones se han producido cambios, reducciones en las cadenas de huesecillos; otras han dado lugar a la aparición de huesos supernumerarios, como un retorno atávico, y si bien es cierto que en ocasiones han tornado el miembro irreconocible, como en el *único dedo del caballo,* la garra del pájaro o el *ala del murciélago,* ha sido el PRIMITIVO MIEMBRO PENTADACTILIO la formación sobre la cual todas las variaciones posteriores se han producido.

Vean ustedes una diapositiva que muestra el *esqueleto tarsal* de una tortuga, con una increíble similitud en sus elementos esenciales con el pie humano, a pesar de la enorme separación en la escala biológica de ambos seres.

Así, pues, aceptado que el miembro inferior depende de un antiguo plan PENTADACTILIO, vamos ahora a intentar descubrir lo más difícil, es decir, de cómo se ha podido llegar a la maravilla de la creación, que el ser humano representa, y cuáles han sido las fases de su evolución por las que ha pasado en el transcurso de la vida.

Para buscar un primer punto de partida ante la misma, aunque no sea más que una hipotética referencia, si lanzamos una mirada retrospectiva en la oscura noche de la historia, hemos de posar esta mirada sobre el LÍQUIDO ELEMENTO en un apacible rincón de los primeros mares, un lugar tibio y sereno, pero tan cargado de materias en suspensión como para hacer con su impureza posible la aparición tímida y vacilante POR PRIMERA VEZ DE LA VIDA.

La existencia de la primera masa que vivió debió transcurrir fácil y sencilla, alimentándose de continuo, hasta llegar un momento que, adoptada la forma esférica para conseguir la mayor relación entre superficie y volumen, tuvo, para poder seguir existiendo, que estrangularse por el centro de su protoplasma, dividiéndose en dos y constituyendo de este modo la más primitiva y elemental familia.

Ya en ésta, encontramos los primeros esbozos del MOVIMIENTO, puesto que se desplazan estos microscópicos seres gracias a unas prolongaciones de su masa llamadas PSEUDÓPODOS, que a la vez les sirven para englobar partículas alimenticias.

La familia creció y crecieron sus necesidades; se llegó a la especialización del trabajo mediante la agrupación de seres iguales con funciones diferentes en las llamadas colonias, dando paso a los seres de mayor complicación: los METAZOOS.

Han pasado millones de años; la vida todavía sigue circunscrita a las aguas marinas, en tanto que los continentes ofrecen un alucinante cuadro de rocas peladas, de llanuras que ignoran el verde de los pastos y de montes que no sintieron nunca el alegre canto de los pájaros.

Pero al subir de las mareas y en el límite de la bajamar, van depositándose unos seres vegetales llamados ALGAS, que precisamente por estas circunstancias quedan expuestos a los rigores de la sequedad ambiental.

La mayoría de estas algas mueren de continuo, pero entre período y período, a lo largo de millones de años, han desarrollado en estos ciclos repetidos órganos de resistencia, soportando las extremas temperaturas del sol y el aire, consiguiendo con ello expandirse por la superficie del planeta, preparando para un futuro lejano la conquista animal de la tierra firme.

Todos sabemos que el armazón de los vertebrados está constituido por una serie *de piezas óseas que le sirven de SOPORTE,* cuyo conjunto es el ESQUELETO y al que le corresponde fundamentalmente la CONSERVACIÓN DE LA FORMA, si bien otros tejidos, como el cartilaginoso y adiposo, contribuyen a esta función.

Pero hay que retroceder en los milenios de la historia, hasta la aparición de un animal que representa el grado inferior de los vertebrados y cuya estructura seguía un nuevo plan, para encontrar el origen de nuestro esqueleto: es el ANFIPHOSUS, ser de la más elemental simplicidad, que estaba provisto de un tubo liso y fibroso, el *notocordio,* sobre el que discurría un cordón nervioso dorsal, que accionaba los rudimentarios músculos que en él se fijaron.

Anteriormente, los pólipos, esponjas y medusas y gusanos han dado paso a los TRILOBITES, animales que, aparecidos durante la era PALEOZOICA, fueron un grupo de seres de formas muy variadas: los hubo pequeños, de algunos milímetros; otros, hasta de medio metro; unos eran herbívoros; otros, carnívoros; comían de forma parecida a

los *actuales crustáceos*, es decir, por medio de apéndices maxilares, que son, en última instancia, PATAS MODIFICADAS PARA DESMENUZAR LOS ALIMENTOS. Y fue tal su poderío, que otros animales más inferiores, como los gusanos, se vieron obligados a refugiarse en los estuarios de los ríos para escapar a su voracidad, donde lentamente evolucionaron hacia otras especies, como CICLOSTOMOS y OSTRACODERMOS, animales extinguidos hace mucho tiempo, cuya forma recuerda la de los peces; eran malos nadadores y sus días transcurrían medio enterrados en el fango, de donde retornaron al líquido elemento para disputar a los trilobites el dominio de los mares.

Pronto aparece un nuevo grupo, los ARTRODIRAS, o peces primitivos. Tenían forma de huso y poseían un aparato masticador, que les daba preeminencia, unido a su desplazamiento por aletas poderosas, sobre todos sus competidores.

Unos son cartilaginosos, como los ELASMOBRANQUIOS; otros, en parte cartilaginosos, en parte óseos, como los GANOIDEOS, cuyos descendientes, como el ESTURIÓN, sobrevivirán hasta nuestros días, y de los que saldrán los primeros vertebrados que se lanzaron con éxito a la conquista de la tierra firme.

En estos animales, la LOCOMOCIÓN se realiza mediante expansiones dorsales de la piel, apareciendo más tarde otras expansiones laterales de equilibrio. Más posteriormente estas aletas se fragmentaron, desapareciendo en parte, mientras otras se especializan y refuerzan con radios cartilaginosos. La aleta central quedó como órgano de propulsión, mientras que las aletas laterales hacían de palas o remos.

Volvamos a los GANOIDEOS, únicos que lograron desarrollar un órgano especial: una VEJIGA RUDIMENTARIA, que marca el primer jalón de la conquista de la tierra, ya que representa el esbozo más simplificado del futuro pulmón, gracias al cual los vertebrados podrán un día poblar por completo la inhóspita superficie del planeta.

Durante uno de estos períodos geológicos, con sus variantes climatológicas, la sequía se prolongó; llegó la reproducción, faltó el alimento y como los huevos habían de ser puestos en las mejores condiciones en el líquido elemento, los ganoideos emigraron apoyándose en sus aletas, que utilizan, y entramos un tanto en PODOLOGÍA, como RUDIMENTARIAS PATAS para pasar de charco en charco río abajo. La mayoría perece en su intento, pero los que al fin encuentran el agua salvadora transmiten a su descendencia no sólo LA CAPACIDAD DE RESPIRAR, SINO TAMBIEN LA DE ARRASTRARSE POR LA TIERRA.

Actualmente, y como prueba lejana de esto, existen algunos peces, como el RAÑO, que habitualmente deja el agua y salta a tierra apoyándose en sus aletas pectorales.

Bien. pues estas aletas, reforzándose con radios y soldándose, dieron lugar a uniones articuladas y músculos rudimentarios, que situaron a estos peces anfibios en el grupo de animales radiados o digitados, que perdiendo gradualmente el número de *estas digitaciones, hasta quedar* en CINCO, fijaron la cifra, que fue posteriormente establecida como NORMAL POR LA NATURALEZA.

En los anfibios se inició un nuevo retroceso; algunos retornaron al líquido elemento, en tanto que un nuevo salto en la evolución nos plantea la aparición de seres dominantes durante millones de años: LOS REPTILES.

Un nuevo cambio se produjo en la forma y uso de las extremidades, puesto que la norma había sido hasta este momento USAR LAS PATAS PARA ANDAR, ya que si bien algún anfibio se servía de las patas delanteras para ayudarse a llevar el alimento a la boca, fueron precisamente los reptiles quienes llegaron a SOSTENERSE SOBRE LAS PATAS POSTERIORES, empleando las delanteras para alcanzar el alimento.

El continuo desarrollo de esta actividad, encomendado el SOSTEN DEL CUERPO A LAS PATAS TRASERAS, se hizo notorio en algunas especies, que incluso rastreaban sobre las mismas.

Podemos hacernos una idea relativa observando una ardilla actual al mordiscar su alimento o *un canguro* cruzando una cerca de la forma en que aquellos gigantescos animales usaban las patas delanteras.

No obstante, no se llegó a obtener un éxito completo y ningún reptil actual conserva este uso de sus patas delanteras, salvo algunas especies de lagartos, que se ponen de pie sobre estas patas en la carrera.

Otra rama de estos animales, en un nuevo esfuerzo por la supervivencia, convirtió las patas delanteras en ELEMENTALES ALAS: LOS PTERODÁCTILOS, pero no habiendo triunfado en su empeño, tal vez por su falta de termorregulación y la limitación de su inteligencia, se vieron extinguidos por otros animales mejor dotados.

Luego, al final del cretáceo, desaparecieron gran número de reptiles, evolucionando otros animales de sangre caliente, en los que nuevas y extraordinarias mutaciones se produjeron, convirtiendo sus extremidades delanteras en ÓRGANOS QUE RESUELVEN CASI POR COMPLETO EL PROBLEMA DEL VUELO, pudiendo así escapar a los peligros y proporcionarse más fácilmente los alimentos, con los que dominan la escena de la vida, y se convierten, por tanto, LAS AVES en una de las especies más numerosa y variada, incluso en los actuales seres de la creación.

La tranquila vida de las aves se vio más tarde turbada por otra especie superior de animales: LOS MAMÍFEROS MERODEADORES, que acabaron en poco tiempo por enseñorearse del planeta, haciendo más insegura la vida de las mismas, de las cuales gran número se hacen de nuevo pescadoras.

Algunas de estas especies quedan al margen del vuelo, bien por no haber logrado una habilidad en el mismo, bien por haberla perdido más tarde en la incesante lucha y adaptación al medio, como LOS PINGÜINOS y AVESTRUCES.

En estas épocas remotas, las tierras de Australia, Nueva Zelanda, Nueva Guinea y las Indias Orientales formaban un gran continente, prolongación del asiático. Diversas especies de mamíferos aparecen en el viejo mundo y emigran en todas direcciones, coincidiendo con un período de contracciones y plegamientos, en uno de los cuales fue desgajado este continente en las mencionadas islas y, por tanto, los mamíferos, emigrantes en su mayor parte, quedaron detenidos por las barreras marítimas, mientras que considerable número de aves voladoras lograban poner pie en estas islas separadas; por tanto, como consecuencia de la falta de enemigos naturales, éstas encontraron inútil su facultad de vuelo, transformando sus patas delanteras en aletas natatorias, siendo el pingüino la única ave acuática incapaz de volar. Si bien logran mantenerse en posición vertical, ofreciendo el regocijante espectáculo de un caminar renqueante, como *viejos afectados por una poliartritis dolorosa.*

Otras aves, como consecuencia de haber perdido la posibilidad de usar como manos las extremidades delanteras, inician una tendencia a usar las patas traseras para los fines aludidos. Con los dedos reducidos a cuatro, el último posterior, en las *aves que pasan largo tiempo en las ramas* este dedo posterior es fuerte y reviste tanta importancia en las aves rapaces, de largas y afiladas garras, que si un halcón tiene un accidente en las mismas, su habilidad de buscarse la vida queda notoriamente disminuida.

La lucha por la existencia y el reflejo de la huida modificaron las patas, adaptándose más y más a la veloz carrera, y en los AVESTRUCES, que tuvieron que convivir con fieras sanguinarias, se modificaron sus patas, haciéndose largas y potentes, y de nuevo la Naturaleza comenzó de inmediato a alterar este estado de cosas. Habiendo producido la extremidad de cinco dedos, decidió que tal vez eran demasiados veinte dedos para estar dedicados a la LOCOMOCION, y poniendo más confianza en un SOLO ORGANO FUERTE QUE EN VARIOS DEBILES, redujo a dos el número de dedos de cada extremidad; incluso uno de éstos es más pequeño y casi no roza el suelo en la veloz carrera, encontrándose en trance de su total desaparición.

Entre los MAMÍFEROS se dan tres líneas de evolución. La primera, análoga a la anterior, se presenta en los HERBÍVOROS, en los que la mayoría apela a la fuga para eludir el peligro y la evolución de sus extremidades se hizo sacrificándolo todo a la velocidad; ejemplo, el CABALLO, ha perdido todos sus dedos salvo el central; los ANTÍLOPES, CERDOS, CIERVOS, etc., sólo tienen dos dedos, fundiéndose *en un casco las uñas* de los mismos, es el llamado grupo de los UNGULADOS.

Si bien alguno de estos animales adquirió elementos de fuerza, como los ELEFANTES, muy bien adaptados, son una familia, podológicamente hablando, muy conservadora: no han perdido ni un solo dedo y han mantenido la forma general. Si bien estos dedos son tan cortos y macizos que no son visibles exteriormente y están recubiertos por uñas, en forma parecida a un casco o pezuña. Vean uno de estos *proboscidios utilizando los servicios del callista*, si bien suponemos que en este caso no le hará falta el título de PODÓLOGO.

Las FIERAS o CARNÍVOROS: Generalmente menos veloces y algunos extremadamente pesados, son en su mayoría PLANTÍGRADOS, como los osos, que si bien son carnívoros facultativos, se alimentan ordinariamente de vegetales, o los feroces *felinos, de andar cauto y sigiloso.*

De una forma parecida a las aves, algunos de estos mamíferos se hacen marinos. Las FOCAS Y LOS LEONES MARINOS, descendientes de carnívoros terrestres, cambiaron sus zarpas por aletas; si bien los leones marinos pueden marchar por tierra a respetable velocidad, las focas,

demasiado especializadas en la natación, no pueden desplazarse en tierra más que en un torpe y pesado movimiento.

Hemos visto, pues, a grandes rasgos, cómo desde los pseudópodos vamos llegando al miembro actual; cómo nuevas y variadas especies, continuamente modificadas, aparecen, y cómo el movimiento pasa por sus múltiples formas: LA NATACIÓN, EL ARRASTRE, LA REPTACIÓN, LA CARRERA, EL VUELO. Vemos que en los VERTEBRADOS SUPERIORES queda claramente diferenciada la función sustentadora: PATAS DELANTERAS, Y LA FUNCIÓN TRACTORA: PATAS POSTERIORES.

Y al final de esta historia, hace ahora aproximadamente un millón de años, el clima de la tierra se va haciendo más y más riguroso. Van a comenzar las glaciaciones de los últimos tiempos. Los animales, habituados a un clima más suave, se ven ante el dilema de emigrar o quedarse, adaptándose a las nuevas condiciones reinantes.

Grandes bandadas de monos pasan corriendo velozmente: carecen de cola y sus dedos presentan ventosas adhesivas para sujetarse a las ramas; avanzan a grandes saltos, apoyándose en los nudillos de sus patas anteriores. Tras ellos, grandes antropoides corren semierguidos. De ellos PRECISAMENTE, EL CHIMPANCE se considera el arquetipo del que parten las ramas evolutivas *hacia el orangután y gorila*, por un lado, y hacia *el hombre, por otro*.

Finalmente, pasa una extraña banda. No se apoyan en las manos; marchan erguidos, si bien todavía muy inclinados al suelo; miran temerosamente a los lados, pero en los ojos, bajo su chata y escasa frente, hay algo que denota que no se libran a la simple guía del instinto y en ellos se percibe una LUZ REFLEXIVA, que considera detenidamente cada árbol, cada peñasco, cada matorral: ES UNA BANDA DE HOMBRES PRIMITIVOS y en sus células germinales llevan no sólo el dominio de la tierra, sino también el del espacio aéreo que los rodea.

Llegados a este punto, y antes de considerar las funciones del pie en el HOMO SAPIENS y las alteraciones que la civilización le impone, acabada esta ojeada, más romántica que científica, pasaremos a la parte árida y expositiva de la ARQUITECTURA DEL PIE HUMANO.

No se han puesto de acuerdo los diferentes investigadores sobre el origen exacto del pie humano. Algunos opinan que nuestro ancestral en aquella época pudo ser representado por algunos animales arborícolas, como los LEMURES, cuyo dedo gordo es más parecido al del hombre que a los de los menos en general.

Y podemos citar la opinión de otros autores relacionada con esto, que consideran que no habiendo tenido el hombre antecesor directo de cuatro patas, su origen fué primero arborícola y que posteriormente retornó al suelo, tras haber adquirido algún rudimento de la marcha erguida. Este cambio pudo ser forzado en los primeros ANDADORES por su aumento de tamaño, como está comprobado que sucede en los actuales antropoides, de los cuales el gorila joven es arborícola, en tanto *que los machos adultos*, al aumentar considerablemente el PESO Y VOLUMEN, pernoctan al pie de los árboles y su marcha es sobre el terreno bajo.

Pero examinados los hechos anatómicos y embriológicos, se encuentra una cerrada relación entre el hombre y los monos. Se puede hablar de dos corrientes en este aspecto. Unos ven la estructura del pie derivada del gorila, en tanto que otros ven a ambos como ramas paralelas descendientes de un tronco común en remotas épocas del MIOCENO. Estos encuentran en el pie del gorila un principio de especializaciones, que fueron luego acabadas en el hombre.

Volvamos al pie humano prehistórico, que debió ser un órgano flexible musculado, con una enorme capacidad prensil y un moderado talón, pero sin apenas arco *longitudinal*, ya que los fósiles encontrados en Africa del Sur han mostrado que estos, digamos, HOMBRES-MONOS del final del PLIOCENO marchaban en postura erecta y sus miembros estaban construidos en un plan esencialmente humano.

Así, pues, en ausencia de mejores datos, debemos, para llegar a un conocimiento exacto del pie humano, utilizar la anatomía y fisiología, comparada con otros animales, y los estudios de embriología humana, ya que la ontogenia se repite luego en la filogenia y los cambios producidos en la evolución de una especie animal pueden verse repetidos en la edad fetal.

En general, podemos considerar DOS TIPOS DE PIE: PRONÓGRADOS Y ORTÓGRADOS.

Los primeros *están adaptados a trepar* en las necesidades de una vida arbórea, en tanto que los segundos han sido modificados por el hecho más trascendental, que evidentemente *fue la POSTURA ERECTA*, adaptándose lentamente a la marcha sobre el suelo, si bien esta marcha es un desmañado y titubeante arrastre de sus pies.

Los PRONÓGRADOS *sujetan las ramas entre el primer* dedo y los restantes; el talón, que es muy movible, se encuentra elevado y no soporta peso alguno. Pero si ustedes observan la segunda figura de la izquierda (ORTÓGRADO), verán que se ha perdido la habilidad de OPOSICIÓN DEL DEDO GORDO debido a su alineación, cada vez mayor, junto a los otros; que el talón no está elevado, sino aplicado al suelo, si bien no soporta demasiado peso, y en este peso los músculos, que primero servían a la prehensión, llegan secundariamente a convertirse en estabilizadores del pie, *en especial del dedo gordo*.

La figura superior de esta DIAPOSITIVA muestra un PRONÓGRADO con los dos vientres musculares del tibial anterior, que en el hombre se funden en uno, y las variaciones del ligamento en Y, observando que solamente en el pie HUMANO puede verificarse la presencia de UN ARCO LONGITUDINAL.

Sigamos un poco esta antropina comparación y contemplen esta figura, mostrando un *diagrama de conjunto de las variaciones* ocurridas en el esqueleto del pie sobre sus tres segmentos fundamentales.

El chimpancé los presenta aproximadamente iguales y en el hombre, pasando por el gorila, se refuerza notoriamente la importancia del TARSO, a expensas de la porción terminal o falanges, salvo en el caso del dedo gordo, que veremos aumenta de tamaño y solidez, sobrepasando incluso al resto.

Esto puede verse con cierta claridad en la siguiente DIAPOSITIVA. La figura izquierda muestra la proporción entre los elementos pédicos en un feto con el dedo gordo corto y separado, a la vez que los elementos del tarso son cónicos y menores, mientras que en el pie adulto (figura derecha) se perciben la forma cuadrada sólida maciza del pie adulto con la preponderancia actual del primer dedo y aumento del tarso, que ha de soportar durante toda la vida el peso corporal.

Vale la pena hacer notar, en relación a todo lo anterior, que si bien es cierto que el pie del gorila se parece más al humano que cualquier otro primate, no puede decirse si estas similitudes son indicaciones de un cerrado parentesco o simplemente son debidas a convergencias producidas por la interacción del medio ambiente sobre el arquitectónico y antiquísimo plan del miembro inferior, tanto en los primates como en el hombre. Ya que, como otro punto de contradicción, digamos que así como en el pie fetal el dedo gordo es menor que en el adulto, en los fetos animales es mayor que en la edad adulta, lo que parece indicar una DIVERGENCIA EN OPUESTAS DIRECCIONES DESDE UN ORIGINAL COMÚN.

Pero evidentemente, el cambio más importante es la aparición de UN ARCO, que para Keit se debe al tono muscular, que actúa posteriormente de mantenedor, ya que, según éste, la Naturaleza nunca usa los ligamentos como primeros soportes, utilizándolos sólo cuando desfallece el tono muscular.

La teoría muscular ha colocado a los ligamentos en una secundaria e insignificante posición, y si bien es cierto que la importancia de éstos había sido anteriormente exagerada, esto es normal, sobre todo a la vista de los poderosos ligamentos sacroilíacos, ya que también es aceptado el principio normal de ECONOMÍA TISULAR y tampoco podemos, en este caso, a la vista de la fuerza y medida de éstos, creer que sirvan de meros sustitutos musculares, entrando en acción sólo cuando éstos faltan; antes al contrario, en esta articulación son la principal línea de soporte y entonces tales circunstancias podrían darse en el pie, con sus pequeñas articulaciones de movimientos restringidos, más parecidos a la sincrondrosis mencionada que a la libre y amplia articulación de la rodilla.

Se admite normalmente que el recién nacido no tiene arco, en apoyo de la TEORÍA POSTURAL, y que este arco aparece cuando el tono de los músculos antigravitatorios comienza al iniciarse la marcha normal.

Pero esta observación es un tanto ligera, ya que si no existe arco en la huella plantar de un bebé se debe a la existencia de un cojinete adiposo que le disimula, pero en niños raquíticos o debilitados, cuando este paquete adiposo ha desaparecido puede evidenciarse el arco, que es conformado por la DISECCION DEL PIE FETAL. Vean ustedes esta *diapositiva*, que muestra un pie fetal de siete meses, en el que se aprecia su arco óseo, que no hubiera evidenciado la radiografía por su falta de osificación.

Lo que prueba que ontogénicamente el desarrollo del arco es anterior a la entrada en juego del tono muscular, dependiendo luego principalmente de la forma de los huesos y tensión ligamentosa, aunque no se desprecie la acción muscular, sobre todo durante el movimiento activo. Pero resulta difícil creer que alguno de los huesos del arco,

como los cuneiformes medio y externo, puedan mantenerse en posición por el tono de ningún músculo normal.

Y así como en la cadera, con el peso basculando sobre las cabezas femorales, a ambos lados de la línea de gravedad, por un delicado ajuste muscular y sus poderosos ligamentos, sería difícil hablar de primeros soportes, tanto en músculos como en ligamentos, ya que ambos cumplen más bien la función de conseguir que el peso corporal gravite sobre una base estable ósea con el menor esfuerzo muscular, en el pie habría que revisar estas ideas volviendo a antiguos anatomistas y considerando más bien el arco una estructura estática, cuyo principal factor evolutivo fue el crecimiento y elevación del talón, a la vez que la marcha erecta, cada vez más conseguida desde los antropoides al hombre.

Y si bien en pocas regiones del cuerpo el peso de éste es mantenido por los huesos, el arco del pie constituye, a este respecto, una importante excepción.

Mas de todas formas, tanto si fue el tono muscular o la disposición ósea, nuestra concepción del arco del pie es profundamente alterada, según el punto de vista del que partamos.

Ahora bien, esta bóveda maravillosa está formada por una serie de huesos y huesecillos ensamblados que permiten al pie cumplir las funciones fundamentales que le están encomendadas, y que son: soporte corporal, placa de marcha y amortiguador de choques.

Para llenar los requisitos que esta función le impone, el pie humano, en la historia, hemos visto que ha experimentado una serie de variaciones desde los antropoides a nuestros días y que si bien el desarrollo ontogénico no está perfectamente claro, podemos hacer una inmediata comparación con los primates mencionados y obtener ciertas consecuencias de la función modificando el órgano.

1.ª *Vemos que en los primates la marcha no es perfecta ni continua*, pues se apoyan en los nudillos de los dedos de sus extremidades anteriores.

En el hombre, por su perfecta posición erguida, el apoyo recae totalmente sobre el talón y éste sufre un aumento de tamaño, a la vez que el calcáneo gira y se eleva hacia afuera para constituir el arco y dar importancia al apoyo externo del triángulo de sustentación.

2.ª El pie trepador tenía por característica primordial la oposición del primer dedo y la mayor longitud del tercer dedo, a la vez que una cierta supinación para facilitar esta tarea trepadora.

Pero en el ser humano esta supinación queda limitada al arco y la parte proximal del metatarso, ya que el primer metatarsiano se coloca en toda su longitud en pronación, como la cabeza del resto de los metatarsianos, para contribuir a la formación abovedada del arco anterior.

3.ª En el feto, la primera articulación del gordo es de encaje recíproco, restos atávicos de la facultad prensil, si bien más tarde sobreviene la fijación, aunque en ocasiones subsiste un *espacio normal entre el primero y segundo* dedos. También es marcada la separación del dedo gordo en los recién nacidos, que durante la infancia se dispone en línea e incluso adquiere un ligero valguismo, que en gran parte se hace patológico, como consecuencia de algún zapato apretado o del uso indebido de tacón alto, que amontona los dedos hacia la línea media colocándolos en una posición violenta y antinatural.

4.ª *El tercer dedo se acorta, como asimismo las falanges* de los demás a la vez que aumenta la longitud del primer metatarsiano y dedo, que por aproximación a los restantes y su disposición casi paralela a los mismos se incorpora a la estatura más rígida el pie, en consonancia con los cambios que se producen al pasar de la trepación a la bipedestación.

5.ª El primer metatarsiano, primera cuña y escafoides descienden a la planta y dedo el reparto del peso corporal en decúbito erecto; el borde interno del pie desciende hasta tocar el suelo por el arco interno en su apoyo anterior, que radica, como hemos visto, en la cabeza de dicho metatarsiano.

Luego visto cómo y por qué se han producido variaciones en cuanto a la longitud de los dedos comprenderemos ahora en qué grado tan elevado éstas pueden interesar, como factor evolutivo, interviniendo en la etiología de muchas de las posteriores alteraciones que se producen en la vida normal del individuo.

Así, pues, cuando en lugar de recaer el esfuerzo *durante el despegue de la marcha sobre el dedo gordo*, con sus sólidos huesos bien estabilizados, lo hacen sobre el segundo o tercer dedo, bien por ser éstos más largos o por inestabilidad del primero, dichos dedos, más débiles, se *hipertrofian*, tratando de compensar con esta hipertrofia su fallo ante el esfuerzo, a la vez que se manifiestan *dolores y callosidades en la zona afectada*.

Otro factor importante es el grado de aproximación del dedo gordo, y desde este punto de vista resultará el más satisfactorio pie aquel que haya conseguido una más completa incorporación del primer dedo, encontrándose en los fallos de esta aproximación lesiones como el metatarso primum varus.

Y ahora, para obtener una idea del todo y de cada una de las partes de la bóveda plantar, vamos a proyectar unas diapositivas que muestran la belleza arquitectónica del pie humano considerado como elemento geométrico.

CANON DEL PIE.—Si juntamos ambos pies, uno contra otro, y trazamos sus contornos, observamos que los ejes principales del pie son oblicuos y forman entre ellos un ángulo de doce grados. El vértice de este ángulo se encuentra, en forma general, atrás y a una distancia igual a la longitud del pie. El eje principal del pie pasa entre el *segundo y el tercer dedo*, más cerca del primero que de éste, y en él se encuentran los elementos más importantes de sus bóvedas.

ANGULO DE INSCRIPCION.—Es el formado por *sus dos ejes sagitales. Vale unos doce* grados y puede variar *entre diez y trece*, según el tipo de pie, toda vez que intervienen otros factores, como la longitud y la forma del pie, es decir, el pie estrecho y largo anglosajón o el corto y ancho mediterráneo. Existen pies que se inscriben en su totalidad en el mismo ángulo, pero en otros varía la amplitud entre antepié y retropié, casi siempre más abierto del antepié. También las deformaciones en valgus o varus obran variando el valor de estos ángulos. Generalmente se toma como *ANGULO PROPIO el que corresponde al talón* y la diferencia indicará el porcentaje de ensanchamiento.

PERFIL DEL PIE.—Si marcamos dos líneas que delimiten la longitud del pie y desde la extremidad anterior trazamos un ángulo de VEINTICUATRO GRADOS, formamos un triángulo rectángulo que inscribe totalmente el perfil del pie. Ahora, trazando una serie de ángulos de *un tercio* podemos comprobar que todos los huesos tienen la misma inclinación, salvo el calcáneo, que la tiene opuesta, factor fundamental, como vimos, en la evolución del arco para la aparición de las bóvedas plantares.

ARCO INTERNO.—Formado por el primer metatarsiano en contacto con la hipotenusa y ocupando la mitad superior lo completan el sistema del dedo gordo con los sesamoideos y posteriormente apoya en el talón, lo que le confiere una longitud igual a la MITAD DEL PIE.

ARCO EXTERNO.—Cuarto y quinto metatarsianos cuboides y apófisis-estiloides.

ARCO ANTERIOR TRANSVERSO.—Muy discutido y ampliamente elástico actúa como amortiguador y toma apoyo por los sesamoideos en su zona interna y por la externa en las cabezas del cuarto y quinto MT. En posición, todas las cabezas de los MTS se definen por un arco, cuya cuerda se confunde con la base del triángulo de apoyo.

LLAVE DE LOS ARCOS.—Es el punto nodal situado en la intersección del eje axial del pie *con los dos quintos* de la longitud y se encuentran en la mitad de la longitud de los arcos. Visto en el perfil, coincide en el cruce de la rama *que limita el tercio superior* y la que define el *ángulo de inclinación del calcáneo*.

La integran la articulación de segunda y tercera faceta anterior del escafoides y apófisis coronoides del cuboides.

Visto a grandes rasgos, sin parar en detalles, la situación de los componentes normales de la bóveda plantar, vamos a recordar algunas de las líneas más importantes ante los trastornos de las mismas.

LINEA DE MEYER.—Es el eje propio del dedo gordo, que prolongado hacia atrás pasa por el centro del calcáneo.

LINEA DE FEISS.—Es la recta que une la punta del *maléolo interno (tibial)* con el borde inferior de la *cabeza del primer metatarsiano*. Pasa por la prominencia del escafoides o algo por encima de ella. Cuando esta prominencia se halla a DOS CENTIMETROS POR DEBAJO DE DICHA LINEA, puede admitirse que existe aplanamiento de la bóveda.

LINEA DE SHADE.—Es la prolongación del eje propio del *primer metatarsiano* en el perfil del pie, que corta normalmente a la primera cuña escafoides y astrágalo. En el pie plano pasa por la parte inferior de éste, incluso a veces por el calcáneo.

ANGULO DE FICK.—Mide unos DIECIOCHO GRADOS y está formado por el eje principal del pie (para Ledos, unos doce grados) y el plano sagital. En esta posición, las cabezas de los metatarsianos primero y segundo deben quedar al mismo nivel. Este ángulo sufre

variaciones exagerándose en su abertura en los aplanamientos del pie, dando lugar a la marcha denominada "MARCHA DE CHARLOT".

ANGULO DE BHOLER.—Formado por las líneas BITUBEROSITARIA y *articular* del calcáneo. Abierto hacia la parte posterior, MIDE DE VEINTE A CUARENTA GRADOS. Suele variar en las fracturas de este hueso, en las que el pie se aplana disminuyendo de amplitud hasta incluso hacerse negativa en su orientación.

LINEA DE HELBING.—Es la perpendicular trazada desde el centro del hueco poplíteo hasta el suelo y divide el TENDÓN DE AQUILES en DOS PARTES IGUALES. Sus desviaciones denotan alteraciones de las bóvedas y puede medirse con una plomada.

COEFICIENTE DE ALARGAMIENTO.—Thonseb ideó un aparato para medir el alargamiento por gravitación de los pies planos laxos, pies débiles, por lo que respecta a su aparato pasivo de sostén, pero con musculatura poderosa. Estos se alargan mucho en carga, pero puede corregirse activa y pasivamente incluso cargados y, sobre todo, en descarga, lo que se pone de manifiesto por la variación de su longitud.

ROTACION MALEOLAR.—Se produce en algunas alteraciones de pie y puede valorarse proyectando los maléolos sobre el contorno del pie, a la vez que medimos sus alturas respectivas para valorar los ángulos bimaleolares. Sabemos que el maléolo tibial se encuentra aproximadamente *un centímetro por delante y arriba* del peroneo y que ambos están unidos por la llamada LÍNEA INTERMALEOLAR.

Si tomamos el segmento rectilíneo que une ambas proyecciones en su centro, encontraremos el punto de gravitación en el que se concentra todo el peso que la pierna soporta.

ESTE PUNTO GRAVITATORIO DEBE, POR TANTO, CAER PRECISAMENTE EN EL CENTRO DE LA LÍNEA INTERMALEOLAR Y SIEMPRE DENTRO DEL TRIÁNGULO DE SUSTENTACIÓN.

Si existe valgus cae por dentro y en los pies varus cae por fuera.

TRIANGULO DE APOYO.—Está formado por una serie de puntos sobre los que descansa el peso corporal. Existen diversas teorías a este respecto, pero, en general, nos encontramos en la parte posterior de un robusto apoyo constituido por la tuberosidad posterointerna calcánea y cuyo punto de máxima gravitación se encuentra exactamente a UN DOCEAVO DE LA LONGITUD DEL PIE y a caballo sobre su eje longitudinal.

EL APOYO EXTERNO.—Lo forma la interlínea del cuarto y quinto MT, cuyas cabezas son, en conjunto, una superficie análoga a la del apoyo interno. Para otros, lo forma sólo el QUINTO METATARSIANO.

EL APOYO INTERNO.—Lo representa la CABEZA DEL PRIMER MT y SUS SESAMOIDEOS.

REPARTO DE PESO.—Vistas las referencias fundamentales y los puntos de apoyo clásicos, veremos cómo obran las cargas sobre el pie. Sobre las cantidades de peso que obran en cada hueso del pie se han producido múltiples controversias, si bien la mayoría están de acuerdo al considerar que la mayor parte, SETENTA Y CINCO por ciento, gravita en la parte posterior y el resto en el ante-pie.

El peso total de un hombre repartido en ambas piernas llega, por cada una de éstas, a la POLEA ASTRAGALINA, desciende por el sistema TALÁMICO y alcanza la TUBEROSIDAD POSTERIOR DEL CALCÁNEO. En tanto que otra parte se dirige adelante dividiéndose en dos columnas. *La INTERNA vía escafoidea* va a repartir el peso entre *primero por segundo y tercer dedos*. En tanto que la COLUMNA EXTERNA, transmitida por el cuello del astrágalo al tálamo, pasa al cuboides y se reparte entre *cuarto y quinto* MTS.

El ARCO INTERNO recibe la carga por intermedio del astrágalo y posee poderosos ligamentos, que se oponen a la pronación del poderoso componente interno, que tiende a hacer descender la cabeza del astrágalo, siendo en condiciones normales evitado esto por la ACCIÓN CONJUNTA DE LIGAMENTOS Y MÚSCULOS ESTABILIZADORES, COMO LOS TIBIALES peronel lateral y flexor del gordo.

El ARCO EXTERNO recibe parte de la carga a través del cuboides y la ZONA MEDIA, que es la más elevada, a través del ESCAFOIDES.

Del peso que se dirige al metatarso parece ser que el PRIMER MTS toma doble carga que los demás. Naturalmente, todo depende de la estructura del pie, razas y, sobre todo de la posición considerada, ya que el arco anterior es marcadamente elástico y actúa como resorte AMORTIGUADOR, adaptándose a las distintas fases y tipos de marcha.

EFECTOS DE LA CARGA SOBRE EL PIE.—El peso del cuerpo al obrar sobre los arcos produce la inflexión de sus flechas con aplanamiento, a la vez que un aumento de su longitud y ensanchamiento del MT. Parece que el arco que más se alarga es *el segundo, que puede alcanzar unos DOCE MILIMETROS*, en tanto que la anchura aumenta también DOCE MILÍMETROS.

En decúbito erecto parece ser la parte central del pie la que sufre mayor carga. En la posición de FIRMES, con el pecho propulsado hacia adelante, el apoyo es prestado casi exclusivamente por las eminencias digitoplantares. En la POSICIÓN DE PUNTILLAS recibe la máxima carga la cabeza del PRIMER MT y primer dedo, que se aplica extendido fuertemente al suelo, en tanto que el resto de los dedos se flexiona en garra ayudando a mantener el cuerpo en esta posición. En realidad, la cabeza del metatarsiano no se apoya directamente, sino por intermedio de dos pequeños huesecillos, los sesamoideos, incluidos en una masa ligamentosa que forma una CAVIDAD GLENOIDEA, con lo que al colocarse de puntillas el pie gira, permaneciendo fijos estos sesamoideos, que reciben ahora todo el peso corporal ayudados por el DEDO GORDO.

CONSECUENCIA DE LOS APLANAMIENTOS.—La acción del peso cuando no es debidamente compensada por los mecanismos mencionados produce un aplanamiento de los arcos con reducción de sus flechas, pudiendo hundirse todas en conjunto o por separado, lo que hace que el diagnóstico diferencial sea bastante complicado.

Para ayudarnos en este diagnóstico sería conveniente establecer una tabla de medidas en función de: VALOR DE LAS FLECHAS, ESPESOR DEL PIE, ALARGAMIENTO DE LOS ARCOS, PERÍMETROS.

Teniendo presente que las alteraciones por aplanamiento de las bóvedas se manifiestan geométricamente por: *Desaparición de las bóvedas*. Ensanchamiento de los pies a nivel del metatarso. Alargamiento de los arcos y del pie. Desbordamiento del trapecio de inscripción. Saliente interno a nivel del astrágalo y escafoides. Disminución del ángulo de Bholer. Ampliación de los ángulos de COSTA BARTANI. Cierre del ángulo del calcáneo. Alteraciones de las líneas de Feiss. *Shade Helbing*. Cociente de aplanamiento. Desviación del centro de gravedad. Rotación maleolar. Alteraciones de los ejes de marcha.

ARTRITIS.—Debidas a pinzamientos, particularmente a nivel del superior o del medio tarso, provocando osteofitis e incluso verdaderos puentes óseos, que transforman el pie en PLANO IRREDUCTIBLE.

MIALGIAS.—Sobre los trayectos de los músculos tensores de la bóveda, que son elongados como consecuencia del tibial posterior y la presión de los sesamoides, causan dolores vivos. Cuando está afectada la zona media, los dolores son a nivel del cuello del pie. Si el afectado es el arco exterior, existen dolores a nivel *del cuboides*. En las perturbaciones del arco posterior, sólidamente mantenido por los ligamentos y tendones, guarnecido por los músculos plantares, cuando se aplasta quedan comprimidos, con tendencia a la atrofia; la aponeurosis tensa se hace saliente y se manifiestan puntos dolorosos a nivel de las cuñas.

HIPERQUERATOSIS. — Podemos también deducir en cierta forma de toda hiperqueratosis plantar un índice de aplanamiento del arco anterior, que se manifiesta además por una sensación de quemadura a nivel de las articulaciones descendidas, con aparición de callos e incluso higromas.

SECUNDARIAMENTE.—Se presentan los dedos en garra; la falange proximal se encuentra en extensión, en tanto que la última falange se aplasta al suelo; el extensor de los dedos contracturado aumenta esta garra y se puede notar que los tendones son altamente pronunciados.

En el dedo inflexionado se produce sobre la articulación, en forma de martillo, una callosidad muy dolorosa rodeada de un eritema violáceo. También pueden aparecer callos en el pulpejo de los dedos, como consecuencia de la presión excesiva contra el suelo.

Tras haber recorrido con la imaginación la historia evolutiva del miembro inferior y la aparición de las bóvedas plantares, hemos visto cuáles son los síntomas externos más destacados, ante los que EL PODÓLOGO DEBE PENSAR en la patología de los mismos.

Hemos visto cómo cualquier pequeña alteración en el reparto de peso puede ocasionar desastrosas consecuencias y cómo la falta de estabilización de un solo dedo lleva a deformaciones irreducibles, siendo el ideal la fijación de estos dedos. Por tanto, nos vemos obligados a concluir que el pie humano está dirigido a la producción de UNA RIGIDA ESTRUCTURA DE FORMA ARQUEADA dotada de ciertos movimientos.

Si esta idea es correcta, entonces la adopción de un rígido y ajustado zacato por el hombre fue funcionalmente como una anticipación de su transformación, ya que el

pie, sometido a una restricción de sus movimientos, ha tendido al aumento en el grado de su rigidez alcanzado actualmente, no dependiendo tanto del calzado como del general estadio evolutivo, y esto es lógico al observar cómo se produce cierta especialización, aun a costa de la pérdida de una general utilidad.

Imaginemos un hombre marchando en el selva; cada paso entre los matorrales y pedriscos será totalmente, a diferente del anterior, el peso del cuerpo estará variando de continuo. En estas condiciones, los esfuerzos y tracciones son ampliamente repartidos entre músculos, huesos y ligamentos.

Pero cuando el hombre marcha sobre un terreno preparado y provisto de un rígido calzado, que actúa como palanca artificial de despegue y cada paso es una auténtica repetición del anterior, cualquier anomalía en el reparto de sus pesos y fuerzas puede ocasionar desastrosas consecuencias.

Así, pues, vemos que para un paso ESTEREOTIPADO sobre superficies preparadas, como encontramos en la vida civilizada, el mejor pie es aquel que alcanza mayor grado de unificación; sin embargo, un pie malamente dotado para la marcha normal puede ser de completa efectividad si se emplea en plena naturaleza, y podemos catalogar qué clase de pie es el mejor adaptado a las demandas de la vida actual no sólo por los factores evolutivos, sino por la observación de qué pies se conservan íntegros o cuáles desfallecen ante las mencionadas artificiales demandas de la actual civilización.

Y ahora, para acabar, debo señalar que el objeto de la enumeración de estos principales cambios en la reciente historia evolutiva del pie ha sido sugerir que estos factores tienen una definitiva influencia sobre la etiología de muchas deformaciones. Teniendo presente que no sólo éstos originan, ni siquiera son el principal factor de las mismas, sino más bien los factores externos del medio ambiente, que actuando SOBRE UNA ESTRUCTURA PÉDICA TODAVÍA EN FASE DE INESTABLE EVOLUCIÓN Y CAMBIO sirven de base a muchos de los desórdenes del pie.

Desgraciadamente, el ser humano no quiere aceptar que muchos de los males que sufre se deben a sí mismos e intenta siempre referirlos a factores ambientales en una psicología de superación, que si bien, desde el punto de vista humano es admirable, a la hora de reconocer la verdad médica debemos comprender que no es más que una forma de autoengañarse. Ya que el pie no es excepción, sino, antes al contrario, un lugar del cuerpo respecto al cual ha llegado a ser constante el culpar de todos los males, salvo aquellos casos de deformidad patente *aceptadas como congénitas, a las causas externas del calzado.*

Que estas causas pueden alterar profundamente el pie lo demuestran las deformidades de éstos en CHINA, que son convertidos en informes muñones mediante la aplicación, desde la infancia, de unas bandeletas apretadas. Por tanto, no podemos exonerar al calzado de toda culpa, pero si recordamos en todo momento los mencionados FACTORES EVOLUTIVOS, un pie juzgado con este criterio puede mantenerse largo tiempo en postura erecta, fallando sólo si se llega a un excesivo mal trato, en tanto que un pie mal desarrollado puede fallar incluso ante el normal esfuerzo de una locomoción ordinaria, y este pie humano será propicio a toda suerte de trastornos, que YA FUERON TRAZADOS EN EL MISMO MOMENTO DE SU NACIMIENTO.

Por todo ello, nosotros, LOS PODÓLOGOS, y a fin de prevenir, en la medida de nuestras posibilidades, tales POSTERIORES DEFORMACIONES, SOLICITAMOS de quien corresponda nos sea CONCEDIDA Y ORGANIZADA la REVISIÓN ESCOLAR DE LA INFANCIA y la vigilancia o chequeo "podológico", como actualmente se dice de los adultos en los distintos centros y organismos de TRABAJO. He dicho.

Scholl

ORGANIZACION MUNDIAL PARA EL CONFORT DE LOS PIES

FABRICAS Y GABINETES DE APLICACION EN LAS PRINCIPALES POBLACIONES DEL MUNDO

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

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

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

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

¡Ya están a la venta los dos Tomos del

DICCIONARIO ENCICLOPEDICO ILUSTRADO DE MEDICINA, CIRUGIA Y ESPECIALIDADES

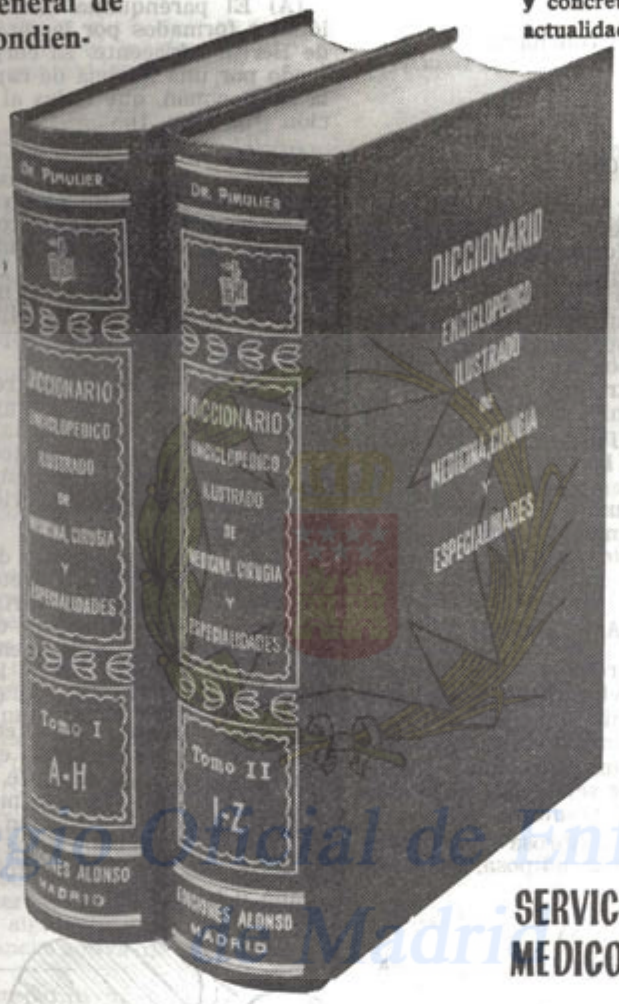
POR EL DR. PIMULIER

SEGUNDA EDICION

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).

CARACTERISTICAS:

- **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 × 19**
- **Lujosa presentación**
- **Impreso en papel de primera calidad**



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, anestesias, 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.).

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 ENCICLOPEDICO 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 196...

Firma del interesado,

Colegio Oficial de Enfermería Madrid

Técnicas radiográficas en la exploración renal

Este trabajo lo desarrollaremos pensando en los A. T. S. que ocupan su mayor parte de labor profesional en servicios de radiología y también a los que tienen la intención de dedicarse a esta especialidad, así como a todos los compañeros en general.

Lo detallaremos de la siguiente forma:

I. Introducción.
II. Anatomía.
III. Técnica radiológica.
IV. Exploración renal radiográfica funcional.
V. Cistografías funcionales.
VI. Otras técnicas.

I. INTRODUCCION

Desde que en el año 1923 el doctor Rowntree y colaboradores iniciaron con sus trabajos la era radiourológica, las técnicas han ido evolucionando de forma verdaderamente considerable hasta la actualidad, en que se puede decir que se ha llegado al extremo de que no hay problemas en lo que a estudio completo del aparato urinario se refiere.

Siendo de gran interés un desglose exacto de este órgano tan vital del ser humano, es por lo que nos hemos decidido a efectuar este pequeño trabajo, con el fin de orientar, en lo posible, al futuro técnico radiógrafo o al ya iniciado, para poder desempeñar un papel, el más brillante posible en bien de un diagnóstico preciso, en favor del enfermo y del propio urólogo.

En el presente artículo hacemos una somera definición anatómico-fisiológica del aparato urinario, así como la técnica standarizada de su estudio radiográfico.

II. ANATOMIA

Los riñones, órgano par, situado retroperitoneal en pared posterior de abdomen, entre la XI vértebra dorsal y la III lumbar; el derecho está descendido, en relación al izquierdo, unos dos centímetros aproximadamente. De forma parecida al de una judía vertical, con unos diámetros de vertical de unos seis centímetros, por seis de ancho y unos tres de grueso, siendo algo mayor el izquierdo.

El riñón está fijado en una cápsula fibrosa denominada fascia renal y envuelto en una cápsula adiposa. Esto permite que el riñón se desplace ligeramente con los movimientos respiratorios. Los vasos renales y el peritoneo también fijan el riñón.

En el interior del riñón encontramos: seno renal, donde se halla la pelvis y los cálices renales, vasos, nervios y tejido adiposo.

La cápsula es una cubierta resistente que envuelve al parénquima renal.

(A) El parénquima renal está constituido por varios lóbulos formados por la pirámide de Malpighi y columna de Bertin adyacente. El corpúsculo de Malpighi está formado por una madeja de capilares sanguíneos y la cápsula de Bowman, que rodea al glomérulo y recoge su secreción (fig. núm. 1).

Conductos excretores del riñón.—La orina es recogida por unos conos membranosos denominados cálices, que al unirse constituyen un reservorio llamado pelvis renal (B). Al reservorio se le une un conducto largo, de unos 30 centímetros de longitud, denominado uréter (C), que desemboca en la vejiga urinaria. Los cálices se dividen en dos grupos, cálices mayores, en número de tres, que es el conjunto de la unión de los cálices menores, que se forman en número igual a las papilas en que se fijan en su base (D).

El uréter corresponde su recorrido a la pared abdominal posterior y casi toda su trayectoria es vertical, pero podríamos decir que se oblicúa en convergencia hacia la vejiga. El uréter se fija en toda su longitud al peritoneo; en la última porción no está fijo al peritoneo, sino que está rodeado de vasos, nervios y tejido conjuntivo (figura número 1).

Vejiga.—La vejiga es un depósito en que se acumula la orina conducida por los uréteres, siendo su forma, cuando está vacía, aplanada, y varía al llenarse, dependiendo en cada caso de la cantidad de orina almacenada (E).

Está fijada por un ligamento fibroso, la uretra y la próstata en el hombre, y en la mujer, por la aponeurosis sacrorrectogénito pubianas (fig. núm. 1).

Uretra.—La uretra es el conducto excretor de la vejiga; en el hombre está dividida en uretra anterior (A) y uretra posterior (B); clínicamente, la uretra esponjosa constituye la uretra anterior; la membranosa y la prostática, la uretra posterior. La fijación de la uretra, la prostática con la próstata, la membranosa al diafragma urogenital y la esponjosa es fija en la porción perineal y móvil en la peniana (C) (fig. núm. 2).

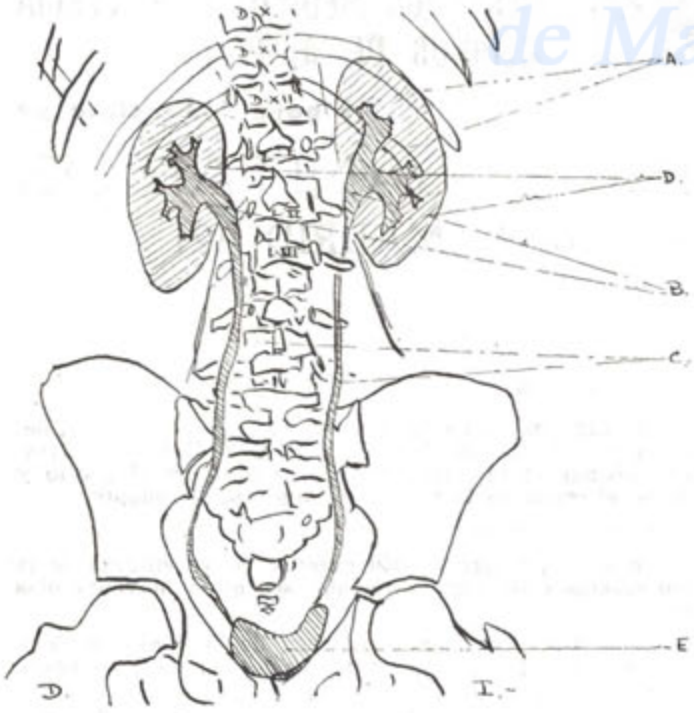


Figura núm. 1

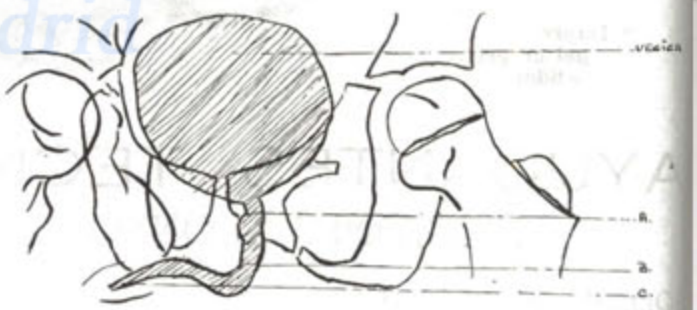


Figura núm. 2

En la mujer, la uretra se dirige oblicuamente hacia abajo, siguiendo la vagina y estrechándose en el orificio vesical. Es un conducto distendible, que permite la introducción de sondas. Su orificio externo o meato urinario se halla en la vulva, por debajo del clítoris.

III. TECNICA RADIOLOGICA

1.º Necesitamos un generador de gran rendimiento (500 mA o 1.000) (Tubo Rotalix de 1 mm.).

2.º Tubo de ánodo giratorio, indispensable para detallar partes blandas y por sus características de mayor capacidad radiógena.

3.º Utilización de Potter Bucky, móvil o fijo; recomendamos el primero. En recién nacido se puede prescindir

del mismo, especialmente si no disponemos de ánodo giratorio, lo que permite disminuir el tiempo de exposición.

4.º Tendremos en perfecto estado de conservación todo el material que hemos de utilizar, placas y pantallas reforzadoras, así como disponer de una buena cámara oscura.

5.º Las radiografías las obtenemos en espiración profunda, recomendando al enfermo no respire mientras dura la exposición; también le pedimos se tape la nariz con dos dedos a guisa de pinza.

En la infancia, y por las dificultades propias de la edad, que no pueden hacer apnea ni aun en breves instantes, practicamos la radiografía en el preciso momento que instaura la espiración.

Recomendamos siempre controlar el centraje en cada radiografía a practicar, para cuidar al máximo detalle de presentación, que enriquece una exploración.

IV. EXPLORACION RENAL RADIOGRAFICA FUNCIONAL

En primer lugar, y antes de cualquier exploración urológica radiográfica, procederemos a recomendar una buena limpieza intestinal, de forma que no quede superposición de residuos que se interpongan a la zona a examinar, para evitar dudas posteriores sobre anomalías de fino calibre que puedan existir en el tramo excretor.

Al iniciar la exploración procuraremos indagar datos complementarios de laboratorio, que nos serán de gran utilidad para el desarrollo de la investigación; dichos datos, tales como la cantidad de urea y densidad de orina, son primordiales en cuanto a la buena transparencia renal urográfica (ver anexo final de análisis). Algunos autores (Gouvernaur) citan una urea máxima de 0,60 por 100 para un buen resultado urográfico, así como la densidad por debajo de 1.010.

Preparación que utilizamos para enfermos que se les debe practicar urografía descendente (ver cuadro núm. 1). En esta preparación se pueden apreciar dos tipos de limpieza: una, la que nosotros consideramos ideal, es la *toilette* por enemas, y la otra, con supositorios. Esta última preparación la destinamos a enfermos que residan en otra localidad o imposibilidad de practicarse enemas.

También en la infancia es de buen criterio el cambio de limpieza intestinal, motivado por la capacidad inferior del enfermito y a la vez aprovechamos para sedar al niño y poder efectuar la exploración con máximas garantías de relajamiento que nos impidieran un normal desarrollo del estudio, además de evitar con los lloros la ingestión de aire, que nos enmascararía el abdomen (cuadro núm. 2).

Asimismo tenemos que observar en la administración de contrastes en la infancia la siguiente regla: inyectar al niño un centímetro de sustancia activa de contraste por kilogramo de peso.

Posteriormente de estos preparativos, que creemos indispensables, pasamos a efectuar la exploración propiamente dicha.

Primeramente, tal y como hemos comentado, haremos una somera historia clínica de la enfermedad que aqueja al enfermo para poder orientar la exploración hacia un determinado objetivo. A continuación haremos desnudar al enfermo hasta quedarse en ropa interior, no sin antes haberle recomendado que evacuase su vejiga, para que en el momento oportuno de practicarse cistografías (caso de ser precisas) encontremos un contraste vesical más puro posible.

Después procederemos a tender al enfermo encima de la mesa de Bucky (previamente se le habrá colocado a la mesa una sábana de algodón), tapándolo con una toalla, dejando al descubierto el torso del mismo en el área a radiografiar, que comprenderá desde el pubis hasta la línea inferior de mamas; debemos procurar que tanto la sábana como la toalla no produzcan arrugas, pues de lo contrario nos daría imagen en la radiografía en forma de rayas.

Pasaremos a continuación a efectuar el centraje del enfermo, así como la medición de penetración que deban corresponder según la anatomía del enfermo, para acto seguido efectuar la primera toma radiográfica, que se denomina radiografía simple o de vacío (dibujo núm. 1).

Radiografía simple o de vacío.—Radiografía importante bajo el aspecto de orientación para el explorador, debido a que nos debe marcar la pauta de la exploración en cuan-

CUADRO NUM. 1

PREPARACION PARA EL ESTUDIO RADIOGRAFICO DE APARATO URINARIO

Dos últimos días antes de la exploración .....

Alimentación sin féculas.
Alimentos permitidos:

— Verdura hervida.
— Carne.
— Pescado.
— Confituras, compotas de frutas.
— Pan tostado.

Tomar dos grageas de Aero-Red en cada comida.

Vigilia de la exploración .....

Por la mañana temprano: purga enérgica.

Por la noche, al acostarse: enema de dos litros de agua hervida.

(Los dos litros deben administrarse de una sola vez, con el enfermo colocado sobre la cama boca arriba: el irrigador bajo, practicándose masaje abdominal y cerrando la espita por unos minutos si las molestias lo aconsejan.

Después del primer litro, el enfermo debe colocarse sobre el lado derecho hasta el final del enema.)

Desde este momento restringir los líquidos al máximo.

Día de la exploración .....

A las ocho tomar una tableta de Postafén con un sorbo de agua. Desde este momento repetir la toma cada tres horas hasta el examen.

A las diez y media comer carne asada con pan tostado y dos grageas de Aero-Red.

A las catorce nuevo enema de limpieza, con los mismos cuidados que la víspera.

A las dieciséis acudir al consultorio de Rayos X para la práctica de las radiografías con el inyectable de FORTOMBRINE 70 por 100, que será administrado en el curso de la exploración.

LA PERFECTA PREPARACION ES LA BASE DE UNA BUENA Y UTIL EXPLORACION

CUADRO NUM. 2

PREPARACION PARA U. I. V. NIÑOS HASTA SEIS AÑOS

VIGILIA EXPLORACIÓN

Mañana ..... laxante suave .....

Noche ..... lavativa de .....

(La lavativa se administra con el niño echado boca arriba, mientras se practica masaje abdominal enérgico. Siempre con irrigador, nunca con pera de goma.

Una vez ingresada la cantidad prescrita, déjese al niño que la evacue espontáneamente.)

A las ..... administrar ..... gotas de FENERGAN.

Alimentación .....

.....

.....

hasta las ..... horas.

DÍA DE LA EXPLORACIÓN

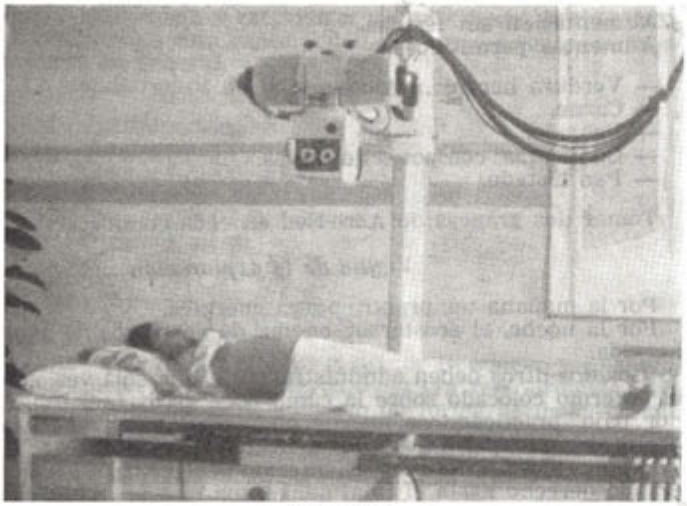
A las ..... horas administrar ..... gotas de FENERGAN.

A las ..... horas nueva lavativa, con los mismos cuidados que la víspera.

A las ..... horas un supositorio de TIOPENTON de ..... miligramos.

Venir al departamento de Rayos X a las ..... horas, con el niño en ayunas.

to a centraje y características radiográficas se refiere; ofrece también la posibilidad de constatarnos alguna calcificación, que puede ser correspondida a litiasis, así como también el ver perfectamente siluetas renales, apreciando su situación, tamaño, etc. También nos informará si la preparación previa recomendada ha sido de utilidad y poder opinar si la exploración en tales circunstancias será



Número 1

útil al diagnóstico posterior o, por el contrario, desestimar el proseguir y aconsejar que se efectúe nueva preparación. La radiografía simple debe abarcar desde sínfisis púbica hasta el borde del área diafragmática (radiografía núm. 1).

Seguidamente, y después de sopesados todos los pormenores en la radiografía simple, procederemos a inyectar la sustancia de contraste en vena (nosotros utilizamos un preparado que está compuesto por: sal metilglucamínica de un compuesto orgánico triyodado, el ácido 3-acetilamino-2.4.6-triyodobenzoico (acetrizoate U. S. P.).

Importante.—Teniendo en cuenta la posibilidad de reacción de estos preparados en cuanto a alergia se refiere, y que pudieran ser graves, efectuaremos con sumo cuidado la administración del contraste, de la forma siguiente: Inyectar de entrada un centímetro y esperar sin retirar la aguja unos cinco minutos, para que a continuación, y después de observar que no se ha producido ninguna anomalía de tolerancia, continuar inyectando con toda lentitud (lo ideal es invertir de diez a quince minutos). Cuando el enfermo tiene historia de alergias medicamentosas procederemos en el día anterior de la exploración a efectuar el *test* de alergia inyectando una décima de centímetro en vía subcutánea de los diversos preparados que existen. El día de la exploración debemos observar la reacción dérmica; dicha reacción se forma de manera similar a una prueba de tuberculina, dejando ver una ampolla de diferente tamaño, según sea la intolerancia del enfermo; este *test* también se puede practicar en conjuntiva, colocando en dicha parte una gota de contraste, esperando la reacción local, que se puede presentar en un enfermo alérgico al yodo. Si a pesar de ser positivo el *test*, el enfermo dijera de efectuar la exploración, nosotros debemos desestimar la demanda por los peligros que pueden sobrevenir, incluso la muerte. Estos peligros los enumeraremos de forma que cualquier A. T. S. que efectúe la exploración sepa la sintomatología de los mismos. Los más importantes son: edema de glotis, náuseas y vómitos importantes, pérdida de conocimiento, ampollas alérgicas generalizadas en todo el cuerpo, temblores, escalofríos, taquicardia, hipotensión y hasta el paro cardíaco. Por eso es importante tener siempre a mano un equipo de urgencia compuesto de poderosos antialérgicos, estimulantes cardíacos e incluso oxígeno y depresores de lengua.

No mencionamos estos peligros con el fin de que no se hagan estas exploraciones, puesto que no siempre tienen que sobrevenir las mismas, pero no creemos correcto que el A. T. S. desconozca estas circunstancias tan elementales (en nuestra modesta experiencia, de alrededor de 6.500 urografías practicadas hemos tenido dos reacciones algo importantes, que se han podido solventar con la administración del equipo de urgencia, no habiendo sido necesario recurrir al oxígeno).

Radiografía núm. 1

Radiografía núm. 2

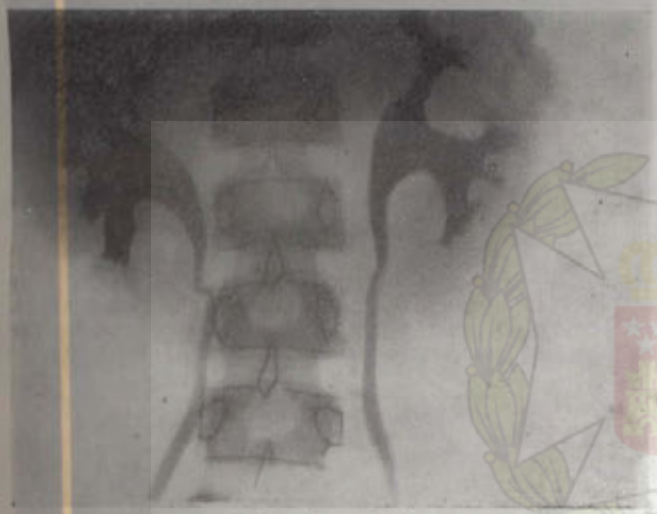
Colegio Oficial de Enfermería de Madrid

También pueden presentarse reacciones tardías. Estas no acostumbran ser importantes (cefaleas, náuseas, escalofríos, etc.), pero son más molestas por su duración y resolución, aunque remiten paulatinamente sin más complicaciones.

Aclarado este punto importante y continuando con la exploración, una vez efectuada la primera urografía y a la vista de la misma (acostumbramos efectuarla a los cuatro minutos de finalizada la administración del contraste), procederemos a colocar compresión ureteral siempre y cuando no exista un retraso de eliminación renal (motivada por litiasis, estenosis, fimia muy avanzada, silencio renal, etcétera) (radiografía número 2).

Esta compresión se ha de efectuar de una manera gradual y progresiva, para que de esta forma el enfermo lo asimile sin molestias, que le producirían de efectuarla de una manera brusca, en que podría sobrevenir un *shock* y la compresión quedaría sin eficacia por producirse una inhibición renal (radiografía núm. 3 y dibujo núm. 2).

La compresión debe ser situada (para que se produzca lo antes expuesto, o sea, la ectasia renal) a nivel del borde superior del pubis, sobrepasando el nivel de crestas ilíacas unos dos centímetros. Nosotros utilizamos bolas hinchables de diversos tamaños, por su mayor facilidad de adaptarse al abdomen del enfermo, pero también se pueden utilizar diferentes elementos que cumplan con esta misión (bolas de algodón, almohadillas, etc.).



Radiografía núm. 3

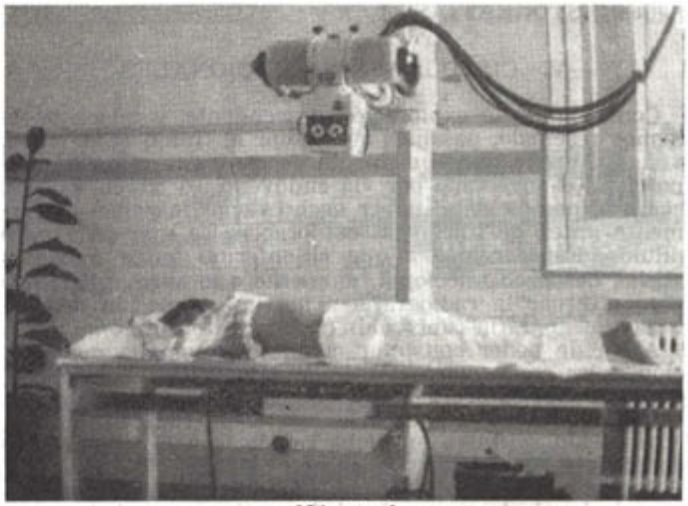
A la vista de la radiografía compresiva, practicada aproximadamente a los diez o doce minutos de llevar el enfermo la bola compresora, y siempre y cuando hayamos conseguido el fin perseguido, procederemos a efectuar otra radiografía: la descompresiva, para poder constatar en el preciso momento de la descompresión la normalidad o anormalidad de las vías de vaciaje, tanto altas como de uréteres a vejiga (radiografía núm. 4).

Número 2

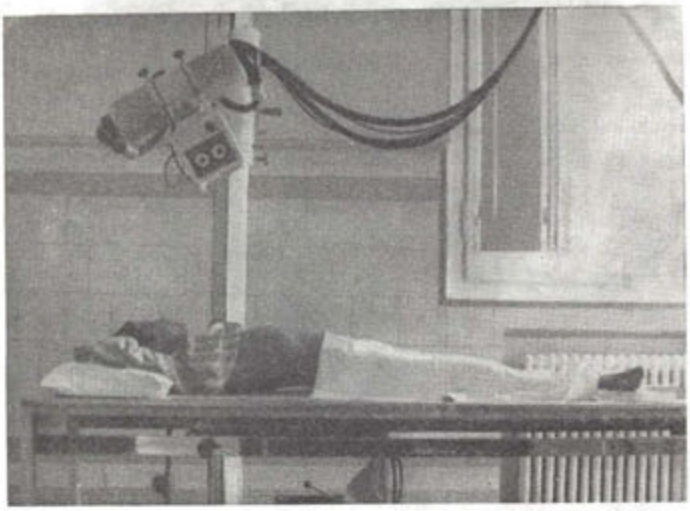
Radiografía núm. 4

Este tipo de control urográfico es sumamente útil para descartar procesos fímicos, neoplásicos, estenosis de diferentes orígenes, malformaciones de todo tipo, etc. A la vez de la gran utilidad que tiene en pediatría por su gran capacidad de descubrir precozmente malformaciones congénitas, tales como agenesias, riñones en herradura, etc. Aparte de ellas, todo recién nacido, lactante o de primera infancia, niño con sintomatología urinaria cualquiera, o bien con un cuadro de infección recidivante, debe ser recomendada una exploración urográfica.

También se pueden efectuar más tomas radiográficas en la misma exploración descendente cuando pretendamos poder despistar algún flebolito que nos dé sospecha de litiasis, o bien cuando haya cierto retraso de eliminación renal por cualquier circunstancia; estas tomas supletorias vendrán delimitadas siempre a la vista de la exploración, siendo las más útiles las proyecciones oblicuas, cráneo-caudal, caudo craneal y la pronografía (dibujos números 3, 4 y 5).



Número 3



Número 4

Número 5

Por último, destaquemos su gran importancia determinada por:

— Su fácil manera de efectuar la investigación.
— Indice muy bajo de peligrosidad.
— Imposibilidad de infección.
— Precisión y variedad de datos morfológicos.
— Información sobre el estado del parenquimatoso.
— Por fin, es considerada por todos los autores como *test* de función renal global o separada.

Para dar un máximo aprovechamiento a la exploración ya iniciada, y sobre el estado del paciente, edad o sospecha de afectación de vejiga urinaria procederemos a estudiar detenidamente esta región con las radiografías denominadas CISTOGRAFIAS.

V. CISTOGRAFIAS FUNCIONALES

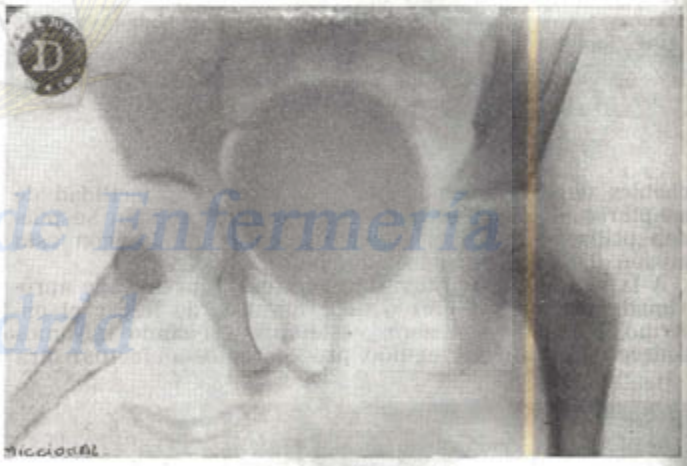
Continuando la exploración descendente, y tal como ya hemos reseñado, pasamos a estudiar el tramo bajo, o sea, vejiga. Aprovechando el medio de contraste que nos proporciona el inyectado por vía endovenosa y gracias a que, como hemos dicho, al haber hecho vaciar la vejiga previamente antes de iniciar la exploración se mantiene poco diluido. Esperaremos a que el enfermo tenga máximas ansias de deseo miccional, momento que aprovecharemos para efectuar la radiografía a máxima repleción de contraste (cistografía funcional) (radiografía núm. 5).

A fin de poder constatar cualquier anomalía de repleción, tales como pólipos, edemas, neoplasias, divertículos, etcétera, y si es preciso, se efectuarán oblicuas en proyecciones adecuadas a cada caso, así como radiografías con compresión selectiva en dicha región, con la finalidad de comprimir las paredes vesicales.

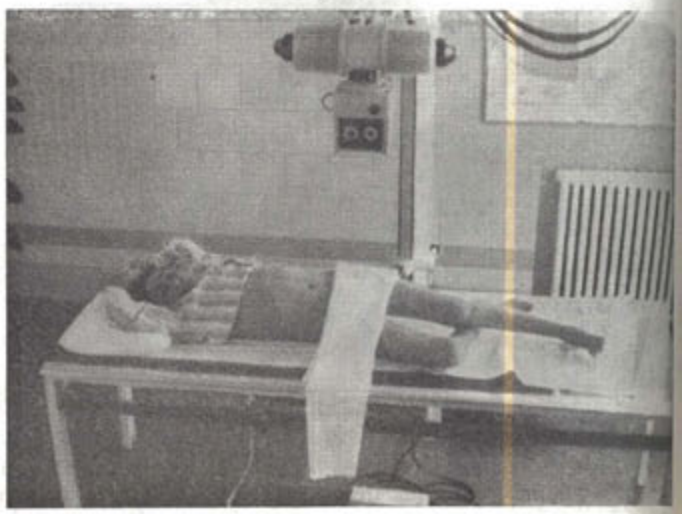
Seguidamente intentaremos efectuar la cistouretrografía miccional, de gran valor informativo para el descubri-

Radiografía núm. 5

miento de anomalías de cuello vesical y de uretra. Muy útil en la infancia para el diagnóstico de válvulas de cuello, así como para aclarar motivos de infección causados por reflujos vesicoureterales (radiografía núm. 6).



Radiografía núm. 6



Número 6

Colegio Oficial de Enfermería de Madrid

Por último, efectuaremos la radiografía post-micción, de utilidad para constatar la existencia de retenciones urinarias, en casos de prostatismo, obstrucciones de diversas etiologías, vejigas hipotónicas, etc. (radiografía núm. 7).

Debemos hacer resaltar que estas radiografías deben ser localizadas sobre la región a estudiar, salvo cuando interese ver radiografía retardada del funcionalismo renal. Resaltemos solamente la colocación correcta en que debemos situar al enfermo para la práctica de la cistouretrografía miccional; instalaremos al enfermo en decúbito supino, dándole una oblicuidad de unos 30°, con la pierna tocando a la mesa de exploraciones, tal y como indica el dibujo número 6.

VI. OTRAS TECNICAS

Como complemento a la exploración standard del sistema excretor renal, se pueden efectuar exploraciones que nosotros denominamos complementarias, pero por ello de menos valor diagnóstico.

Radiografía núm. 7

1.1. Uretrografías retrógradas

Este tipo de exploración se practica cuando lo que se pretende estudiar es la región uretral o altura prostática, así como las anomalías implantadas en el cuello vesical (estenosis, válvulas, etc.).

Colocaremos al enfermo de la misma manera descrita en la cistouretrografía miccional y con una jeringa "Gentile", de 100 c.c., previamente esterilizada, y con sustancia de contraste diluido en una proporción de 20 c.c. de contraste por 60 c.c. de suero fisiológico.

Una vez preparado todo lo anteriormente enunciado insinuaremos una pequeña cánula de goma de la misma jeringa y entonces efectuamos, a modo de lavaje, la introducción del líquido retrogradamente; para este tipo de radiografía será necesario la colaboracion en el momento del disparo de grafía de otra persona auxiliar, que lo efectuará en el momento indicado, por el que introduce el líquido contenido en la jeringa, o sea, a los 30 ó 35 c.c. aproximadamente.

También se pueden emplear otros medios de contrastes, tales como papilla baritada, aire o ambos combinados, lo que en muchos casos nos da unas imágenes muy nítidas del estado en que se encuentran las paredes vesicales por el relieve contrastado que nos ofrecen ambas sustancias.

En la infancia solemos efectuar la doble uretrografía retrógrada, de gran utilidad segun la edad del niño, estado en que se encuentra, etc., por lo que denominamos doble uretrografía retrógrada en aprovechar el contraste inyectado y para que a continuacion, y al retirar el pequeno catéter que obstruía la uretra (casi en un 100 por 100 de los casos), surja la miccion espontánea, momento que aprovechamos para practicar la cistouretrografía miccional.

1.2. Técnica de la Universidad de Columbia

Cuando una vez realizada la urografía descendente y ésta no ha sido lo satisfactoria que esperábamos o bien en interés del diagnóstico que pretende hallar lo requiera, emplearemos la técnica denominada CISTOGRAFIA DE GRAVEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE COLUMBIA, que preconizan Dean y colaboradores.

La misión concreta de este tipo de exploración es el estudio exhaustivo del tramo bajo urinario. ¿Cuándo debe practicarse? Cuando se sospeche malformación renal, reflujo vesicoureteral motivado por pielonefritis que nos ha revelado la exploración descendente, vejigas neurógenas, hipertónicas, incontinentes, etc.

La forma en que efectuaremos dicha exploración la detallaremos someramente a continuación.

Ante este tipo de estudio debemos:

1.° *Extremar* la asepsia, esterilizando todos los útiles que han de intervenir en la exploración (tallas, sonda, conductores de goma, recipiente que desciende la mezcla, vasija mezcladora, etc.).

2.° *Comprobar* el perfecto estado de funcionamiento de todos los elementos antes descritos, así como su esterilidad, procederemos a iniciar la investigación radiológica. Para ello sondaremos al enfermo y vaciaremos su vejiga totalmente y entonces conectaremos todos los tubos esterilizados e iniciaremos la penetración de contraste (previamente deben estar purgados todos los elementos conductores).

Personalmente en el servicio hemos adaptado a este sistema de Dean lo que aconseja Lefevre, que es el añadir un cistomanómetro, muy útil para determinar el momento en que aparece el reflujo, tono vesical, presiones miccionales, etc.

Toda exploración de este tipo la efectuamos bajo control

NO TIRE VD. LAS JERINGAS ROTAS de PUNTA

También Reparamos las jeringas de VETERINARIA

CASA DE LAS JERINGAS

EL SANATORIO DE LAS JERINGAS REGISTRADO

PALMA, 40 - MADRID

Mándelas por correo BIEN EMBALADAS evitando más roturas

Nosotros a reembolso las enviaremos arregladas

SIEMPRE Mándelas a PALMA, n.° 40 MADRID (10)

Teléfonos: 221 90 53 221 56 43

de scopia, pero por medio del circuito cerrado de roengentelevisión, el cual nos permite la exploración casi en un tiempo indefinido, sin peligrar el enfermo ni el mismo observador a las dosis excesivas de radiación gracias al empleo del intensificador de imágenes adaptado al aparato de rayos X, puesto que el miliamperaje convencional que era preciso antes, de 3 mA. se ha reducido a 0,3 mA.

Efectuaremos disparos radiográficos en los instantes precisos en que creamos oportuno, según indique el momento de la exploración (aparición de reflujo, micción espontánea, etc.).

No obstante, nosotros practicamos tomas radiográficas de una manera sistemática (amén de las efectuadas en casos especiales durante el desarrollo de la investigación). 1.º Cuando la columna de contraste ha dejado de bajar de la vasija receptora a la vejiga (hemos de hacer constar que la vasija receptora de contraste debe ser situada a una altura aproximada de unos 60 centímetros del nivel del pubis), lo cual indica que ha llegado a su punto de capacidad óptima fisiológica la contención de la vejiga. 2.º Aconsejamos al enfermo efectúe esfuerzos miccionales para registro en el cistomanómetro de las presiones vesicales, llgando incluso, en la mayoría de los casos, a la expulsión espontánea de la sonda, momento indicado y que aprovechamos para la práctica de la radiografía miccional. 3.º Por último, practicamos la radiografía post-micción.

Autores como Lattimer efectúan la técnica de la *triple micción*, lo cual permite:

1.º En la primera radiografía post-miccional, *a)* vaciaje de vejiga y uréteres.

2.º En la segunda radiografía y después de dos minutos de la primera, *b)* vaciaje de vejiga y no de uréteres (Trapping).

3.º Y en la última radiografía y después de la tercera micción, *c)* retención vesicoureteral.

Por supuesto que lo anteriormente descrito es cuando el paciente presenta reflujo ureteral (dibujos núms. 7, 8 y 9).

Dibujos, 7, 8 y 9

1.3. Pielografía retrógrada

Este tipo de exploración debe practicarse cuando por silencio renal el urólogo indique la conveniencia de efectuarla, a la vez que él será el encargado de ejecutarla como un acto más de la pre-operación, por lo que nosotros nos limitaremos a plasmar las radiografías que él nos indique.

Su utilidad es manifiesta en casos de procesos tumorales, silencio renal, obstrucción por litiasis, etc.

Las características radiográficas serán las mismas que una exploración descendente si la efectuamos sin control roengentelevisivo; si es bajo visión directa, la practicaremos como la técnica de Columbia.

1.4. Retroneumoperitoneo

Su utilización es poco extendida y a la vez poco aconsejable por los peligros que representa la misma para el enfermo.

Tan sólo es empleada cuando se sospecha tumoraciones retroperitoneales o de celda renal. También se efectuará de común acuerdo con el urólogo.

Las características radiográficas no difieren en nada con las ya expuestas.

1.5. Tomografía

Muchos radiólogos aconsejan este tipo de estudio radiográfico por motivo de eliminación de gases en los cortes planigráficos, que dificultan la perfecta visión de los sistemas excretores renales; su utilidad es manifiesta en tuberculosis, tumoraciones, quistes, etc., y que, como hemos comentado, su perfecto diagnóstico por urografía descendente no es posible por su mala visualización por las imágenes artefactas.

1.6. Técnica de la perfusión

Esta técnica, de reciente utilización, la empleamos cada día más cuando el caso a investigar se trata de silencio renal por causas no determinadas en exploraciones descendentes, a pesar de nuestros esfuerzos por conseguir el resultado satisfactorio de las mismas.

Procederemos al igual que en la explotación standard: radiografía simple o de vacío para a continuación (y al igual que en la descendente) inyectar la sustancia contrastada, pero siendo lo único que difiere la cantidad de contraste urográfico que se le debe administrar al enfermo. Emplearemos una solución de glucosa pura al 5 por 100 conjuntamente con una cantidad de contraste de las mismas características que el ya enunciado anteriormente de 150 c.c., siendo la misma vía de administración, o sea, por la vena, con la única particularidad que debe ingresar toda la mezcla en un tiempo no inferior de quince minutos.

A los diez minutos procederemos a efectuar la primera toma radiográfica y a la vista de la misma procederemos en consecuencia, como la exploración normal (se sobrentiende que estará finalizada la administración).

Los peligros de intolerancia son exactamente los mismos que los descritos en la nota antes mencionada, por lo que tenemos que estar provistos del equipo de emergencia.

Las características radiológicas serán las mismas que imperan en todo este trabajo para la exploración standard.

1.7. Arteriografía renal

Es la forma de estudio perfecta de la vascularización renal y cuya técnica es llamada de Seldinger, que permite introducir una sonda por vía percutánea en una arteria femoral común y a través de ilíaca y aorta abdominal llegar a cateterizar las arterias renales.

Se obtienen óptimos resultados utilizando sondas de Odman-Ledin, radiopacas y contrastes triyodados (Jurado y colaboradores).

LABORATORIOS LASA
Carnitina Lasa
ESTIMULANTE DEL APETITO Y DEL DESARROLLO

Se efectúa esta exploración bajo control radioscópico y se practican radiografías en las fases arterial y venosa.

Es muy útil en los casos de malformaciones renales.

Duplicidades, que permite ver el doble sistema vascular.

Ectopías, proporcionando el diagnóstico diferencial de la ptosis.

Hipoplasia, es cuando demuestra una pobre vascularización.

Agenesia renal unilateral, cuyo diagnóstico preciso por otros medios es dudoso.

Hidronefrosis y quistes, en los que permite apreciar el parénquima renal, que conserva su funcionamiento. También permite prever el éxito del tratamiento quirúrgico conservador.

1.8. Neupielografía

Es una exploración muy conveniente para la localización de cálculos radiotransparentes y en la papilomatosis piélica. Nunca debe sobrepasarse de la presión de 30 mm. de mercurio, en inyección lenta y gradual del aire. Sirve muy poco para las malformaciones descubiertas en la infancia.

1.9. Punción pelvis renal

Esta técnica es poco empleada por los peligros que entraña el efectuarla y como es de práctica poco útil y sólo se empleará en casos extremos, la vamos a describir nada más que someramente.

Se practicará junto al urólogo y se empleará todo el material estéril; a saber, agujas de punción lumbar, tallas, tubo de ensayo para la recogida de muestras.

Características radiológicas, las mismas que las empleadas en las exploraciones bajo control directo.

Por último, enunciaremos la gran utilidad que actualmente se le está dando a las exploraciones urográficas funcionales y dinámicas, en las cuales se está dando un gran impulso a la radiocinematografía, técnica cada vez más usada por los sorprendentes resultados diagnósticos.

ANALISIS RELACIONADOS CON LA NEFROLOGIA. ORINA

Color de la orina.

Hematuria.

Descarga ureica de Van Slyke. Los resultados indican el número de mililitros de sangre que han sido depurados en urea en una unidad de tiempo: V. g. 1 h.

Depuración máxima: 75 ml. de sangre por minuto.

Depuración mínima (o standard): alrededor de 54 ml.

Prueba de concentración y dilución.—Densidad. Estas dos pruebas vienen sustituidas hoy día por el estudio de la *osmoralidad* en la orina.

De 1.000 a 1.300 miliosmoles por litro = densidad máxima 1.040.

Mínima, 50 miliosmoles = a 1.001.

Estudio de la albúmina.—Estudio del sedimento de la orina. Interesante la observación de hematíes, leucocitos, cilindros y células de distintas procedencias urinarias.

Hoy día hay el examen llamado *sedimento minuto* (readaptación y perfeccionamiento del sedimento de Addis), cuya técnica acompañamos. Son normales menos de 5.000 hematíes o leucocitos.

Urea en orina.—Generalmente se demuestra en orina de veinticuatro horas.

Normal, de 15 a 25 gramos por 1.000 en veinticuatro horas.

Urea en sangre.—Normal, de 0,20 a 0,30 gramos por 1.000.

Puede ser de gran interés la determinación, tanto en sangre como en orina de veinticuatro horas, el estudio de la creatinina, cloro, sodio, potasio, fósforo y calcio. También en sangre, el proteionograma.

Nosotros damos de buen resultado radiográfico hasta urea en sangre de 0,60 gramos por 1.000, como indica Govenaur.

Análisis de orina standard.—Técnica del sedimento minuto.

Primera parte

1.º El enfermo debe estar en ayunas y en reposo.

2.º Recogerle la orina de la siguiente manera:

a) Debe orinar a las seis horas de la mañana. La orina de esta micción se tira. No sirve.

b) A partir de esta hora y micción se recoge del enfermo toda la orina que evacue. Frecuentemente no orinará durante las tres horas siguientes por falta de necesidad.

c) A las nueve horas de la mañana, el enfermo *obligatoriamente* debe orinar. Esta orina se junta con la que posiblemente haya de las tres horas anteriores.

3.º Esta orina recogida durante tres horas se lleva al laboratorio clínico para continuar su análisis y estudio.

Segunda parte

1.º Medir la cantidad de orina.
2.º Determinar la cifra de proteínas.
3.º En tubo graduado centrifugar horizontalmente 10 mililitros de orina.
4.º Aspirar del tubo, sin revolver el fondo, nueve mililitros de orina.
5.º Mezclar bien en el fondo del tubo el mililitro de orina reservado.
6.º Llenar la cámara cuenta células de Neubauer y contar los elementos hemáticos y renales que aparezcan en los 25 cuadros grandes del retículo.

CALCULOS

Aplicar la fórmula: N × F × 5.000.

N = Corresponde a los elementos en 25/5 cuadros del retículo.

F = Factor de los mililitros de orina partidos por los 180 minutos.

5.000 = Corrección de las medidas milimétricas de la cámara.

INFORME

Sedimento minuto

Cantidad de orina emitida en ciento ochenta minutos	mls.
Proteínas cuantitativas	gr/l.
Hematíes	por minuto
Leucocitos	"
Cilindros	"
Cristales	"
Células descamadas	"

RECONOCIMIENTO

Agradecemos la colaboración prestada para la consecución de este trabajo al insigne doctor A. Domenech Clarós, jefe del servicio.

A los Hermanos de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, por la amabilidad que han tenido en la cesión de radiografías de archivo, así como dibujos y trabajos de laboratorio facilitados.

F. Aromi Salcedo

Delegado Provincial de Radiología y Electrología del Ilustre Colegio Oficial de A. T. S. de Barcelona. A. T. S. de Radiología del Hospital de San Juan de Dios de Barcelona

BIBLIOGRAFIA

Taure: *Biorradiología humana*. E. Médico Científica, 1962.

— *Compendio de Anatomía y Fisiología humana*, 1951.

Domenech Clarós: *Malformaciones congénitas de las vías urinarias de la infancia*. Alicante, 1961.

alongamicina

cloramfenicol
gamma-globulina
estreptomicina

Desde los trabajos de Fisher sobre doble efecto cruzado de Cloramfenicol-Gamma Globulina, la investigación farmacológica centró su trabajo en el hallazgo de la solución GALENICA de esta asociación. Laboratorios Lafarquim, S. A. (AlongA) ha sido el primero en el mundo en conseguir la resolución de este problema tras largos y laboriosos trabajos. ALONGAMICINA es INDOLORA cuando se observan las normas establecidas (F.D.A.) para la inyección de productos biológicos.

Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid

1º.- Se inyecta sólo por vía intramuscular profunda.

2.º- Para la esterilización se utiliza exclusivamente la ebullición (no inmersión en alcohol)

3.º- Inyectando en la parte ventral o anterior del glúteo menor, utilizando como referencia la espina ilíaca antero superior, la cresta ilíaca y el trocanter mayor con el paciente en decúbito prono y pinchando perpendicularmente o procurando dirigir la punta de la aguja hacia arriba y hacia afuera.

4.º- En tratamientos prolongados, repartiendo las inyecciones en diferentes zonas (ambas regiones glúteas, cara externa de muslos en su tercio medio y regiones lumbares).

ALONGA

Laboratorios LAFARQUIM, S. A. - Avenida de Aragón, 18 - Madrid-17

ALONGAMICINA

cloramfenicol

gamma-globulina

estreptomicina

indolora

doble ataque cruzado a la infección

Colegio Oficial de Enfermería

Crónica del Congreso Argentino de Podología "XXX Aniversario"

Bajo los auspicios de la Federación Internacional de Podología, y organizado por la Asociación Argentina de Pedicuros, se llevó a cabo durante los días 2, 3 y 4 de noviembre pasado el Congreso Argentino de Podología en homenaje al XXX aniversario de su fundación.

El mismo tuvo lugar en el aula magna de la Facultad de Medicina de la ciudad de Buenos Aires. Cabe destacar el señalado éxito que representó la gran afluencia de colegas que concurrieron desde todos los puntos cardinales del país, dejando como saldo positivo una promoción de unión y amistad entre los profesionales de la Podología argentina.

Estuvieron presentes los delegados de todo el interior de la República con nutridas delegaciones de profesionales, asistiendo además colegas de las Repúblicas de Perú y Chile.

El acto inaugural fue divulgado por el canal 9 de Televisión y difundido a través de un reportaje al presidente de la A. A. P. por la difusora "Radio Rivadavia". Todo ello fue motivo de gran satisfacción para sus organizadores, muchos de los cuales pudieron vivir la emoción de pertenecer a la plana mayor del equipo fundador de la entidad que hace treinta años comenzó a dar sus primeros pasos, cada vez más firmes y más sólidos, en el camino institucional, de sociedad y profesional.

Por haber elegido el más recto institucionalmente, el más correcto y el más noble—o sea, el cultural—profesionalmente, hoy, después de realizado el Congreso celebratorio, puede decirse, sin ambages y con felicidad, que la Asociación Argentina de Pedicuros ha conocido los halagos de un triunfo justiciero y merecido.

Durante el desarrollo de su programa, cuyo detalle se publica seguidamente, se presentaron diecisiete trabajos de gran interés profesional, vertidos sobre el tema del Congreso: "Importancia de la Podología en su función técnica y social", cuatro de los cuales obtuvieron premios en las categorías "técnico" y "social", y cuyo detalle es el siguiente:

"El Onico-Plast y su complemento", por el podólogo don Manuel J. Mato, que obtuvo el primer premio "Prócer" en la categoría "técnica" por el gran valor que reviste para la Podología moderna el hallazgo de un producto que evita la penetración de humedad en el lecho ungueal, favoreciendo el tratamiento de la micosis. El mismo debe ser aplicado en combinación con el Onico-Plast, producto que se aplica para la reparación de la lámina ungueal.

"Helomas, durezas e hiperqueratosis", por el podólogo don Francisco del Pozo, distinguido con primer premio en la categoría "técnica".

"Importancia de la Podología en su función técnica y social", por el podólogo don Luis Tejo, delegado de la A. A. P. en la provincia de Salta, distinguido con el primer premio en la categoría "social".

"Importancia del podólogo en la sociedad moderna", por la podóloga señorita Catalina Zlachevsky, que mereció el primer premio en la categoría "social".

De excelente contenido y valor profesional los siguientes:

"De ayer a hoy", por la podóloga doña María V. de Pietrobono, delegada de Azul, tema "social".

"Mal de pique", por el podólogo don Dante S. Ioras, tema "técnico".

"Historiando el tema del Congreso", por el podólogo don José María Herrero Deltell, delegado de Villa María, provincia de Córdoba; tema "social".

"La Podología en su función técnica y social", por la podóloga señorita Carlota Kahle, tema "técnico".

"El acondicionamiento psico-somático como parte de la técnica integral y su importancia en la Podología", por el podólogo don Salvador Algieri, tema "social".

"La pedicuría en su función técnica y social", por la podóloga doña Irma A. G. de Bujosa, tema "social".

"La Podología en su función social. Primera entrevista", por la podóloga doña Felisa de Agüero, tema "social".

"Función técnica y social de la Podología", por la podóloga señorita Rosalía Stancanelli, tema "social".

"El pie plano de la mujer embarazada", por el podólogo don Héctor Juan Cichero, tema "técnico".

"Importancia de la Podología en su función técnica y social", por el podólogo don Hugo Raúl Perroni, tema "técnico".

"El podólogo en la República Argentina", por el podólogo don José Alfredo Ramos, tema "social", y "La Podología desde su origen hasta nuestros días", por el mismo autor, tema "social".

"Importancia de la Podología en su función técnica y social", por el podólogo don Ernesto C. Foggia, tema "social".

Se contó además con la valiosa colaboración de los doctores don C. E. Defilippi Novoa y don Antonio M. Sánchez, socios honorarios de la A. A. P., cuyas disertaciones versaron sobre "La columna vertebral y el ordenamiento de la postura" y "Prevención de accidentes en Podología", respectivamente.

Se expusieron tres ponencias de relevante contenido tanto desde el punto de vista profesional como promocional y societario, presentadas por los colegas señores don Manuel J. Mato, don José María Herrero Deltell y don Luis Tejo. Aprobadas por unanimidad en la totalidad de sus articulados.

Se nombraron socios vitalicios a un grupo reducido de asociados con treinta años de antigüedad y actual vigencia en la institución.

Se realizó un paseo en micro por la ciudad de Buenos Aires y alrededores, del que participó regular número de congresistas.

Como acto final del programa tuvo lugar una cena y baile de confraternidad en los salones del Savoy Hotel, cuyo número de concurrentes superó al de años anteriores.

Con orgullo puede decirse que el Congreso Argentino de Podología, XXX aniversario, ha sido un galardón más que se suma a las conquistas obtenidas por la A. A. P. en el terreno de la Podología nacional.

Podología

El "hallux valgus"

El *hallux valgus* es una de las afecciones pédicas más conocidas. Tanto que incluso el vulgo lo ha popularizado con el nombre de juanete, siendo objeto de ponderaciones irrisorias relacionadas con la edad. Nada más absurdo, ya que el *hallux valgus* se origina generalmente por causa adquirida en la adolescencia, en particular cuando la del género femenino cambia su calzado de tacón bajo por el de tacón alto, iniciándose entonces la deformidad, cuya tendencia se hace cada vez más acentuada, alterando la disposición normal del primer metatarsiano y terminando por colocar el metatarso en la posición conocida por "metatarso varo primo".

Desde el punto de vista congénito, rara vez se da el caso de *hallux valgus* en los niños, pero de observarse en la primera infancia se debe principalmente a aquella anomalía congénita del metatarso. Sin embargo, esto no significa que lo ya apuntado sea la única causa de esta deformación; existen otras muchas, directas e indirectas, comunes, que dependen de ciertos factores mecánicos y posturales, que lo mismo afectan al hombre que a la mujer. En este último aspecto más concreto, por ser mayor el abundamiento de causas adquiridas correspondientes al sexo femenino.

En la práctica podológica confirmamos frecuentemente los distintos caracteres morfológicos a que da lugar esta afección, como asimismo las complicaciones al desarrollo de la tumoración ósea, que es secundaria a la anomalía estructural y anatómica primaria.

Es de particular importancia conocer los tres períodos en que evoluciona el proceso. En el primero se considera el alargamiento del pie por efecto del descenso del arco longitudinal interno o también por ensanchamiento del antepié, debido a la caída del arco transversal anterior. El pie no puede acomodarse a la horma del zapato, cuyo número se acorta, teniendo que seguir la línea que le imponen las paredes de éste, que se cierra en punta, lo cual obliga a la desviación de los dedos hacia afuera, comenzando por el dedo gordo. Por el contrario, el primer metatarsiano se desvía hacia adentro, adquiriendo gradualmente con el dedo una posición angular que puede llegar a los veinte grados, subluxándose entonces la articulación metatarsofalángica. Por otra parte, un tanto parecido ocurre cuando por efecto del uso del calzado de tacón alto, la distribución del peso del cuerpo no corresponde proporcionalmente a las diferentes partes del pie y deriva sólo hacia el antepié. En este estado de la afección comienza el segundo período, con la evolución manifiesta de la clinodactilia. El *hallux valgus* aumenta de volumen por el crecimiento de la tumoración exostósica, dando lugar a mayores presiones del calzado, con cuya incidencia sobrevienen las complicaciones inflamatorias crónicas o agudas, traducidas unas veces en bursitis, por infección de la bolsa serosa articular, y otras en higromas, por presión de helomas implantados en la prominencia de la región. Este estado de la afección, muy dolorosa, por cierto, predispone al tercer período, en que la degeneración de los tejidos puede presentar síntomas de artrosis y calcificaciones óseas que anquilosan o limitan los movimientos articulares del dedo gordo.

Aunque al tratamiento del *hallux valgus* no se le ha encontrado aún una solución definitiva, se considera indicado el tratamiento quirúrgico cuando la afección ha alcanzado un grado apropiado para ello y debe ser orientado luego de una cuidadosa valoración de las *condiciones locales y generales del paciente*, por cuanto que al existir aproximadamente unas cuarenta técnicas quirúrgicas diversas aplicables ha de elegirse la que corresponda a cada caso en particular. Sin embargo, las técnicas que más se utilizan son las de MacBride, Mayo, Keller, Keller Brandes, Porter, Girldestone y Lapidus.

Es de vital importancia prever el desarrollo del proceso en su estado incipiente adoptando la más fundamental y efectiva regla profiláctica que puede aconsejar el podólogo y que se resume en el sentido imperativo de esta frase: "use calzado anatómico".

FERNANDO MUÑOZ CAMPOS
De la Agrupación de Podólogos de España.
Delegación de Málaga

Glosando opiniones

Amparado bajo el título que encabeza estas líneas, quisiera unirme a las múltiples opiniones de compañeros que, perteneciendo a una u otra especialidad de las ya creadas en la profesión, se vienen sucediendo por doquier cuando surge alguna innovación profesional, promulgando a la vez la mía en particular.

Son tantos los comentarios e interpretaciones a que da lugar cualquier mejora obtenida dentro de la esfera profesional, que, sin lugar a dudas, encuestados uno por uno, todos daríamos nuestro parecer..., más o menos acertado, o quizá también más o menos paradójico, porque de todo puede haber; el caso sería que todos daríamos opinión.

Antes de seguir adelante, quiero hacer presente mi gratitud y fiel reconocimiento a los componentes del Consejo Nacional y muy especialmente a nuestro presidente, por su ardua y perenne labor llevada a cabo últimamente en pro de la profesión.

Decir que estamos satisfechos con las mejoras alcanzadas hasta el momento actual sería algo así como dictarnos nosotros mismos la máxima sentencia; ahora bien, tampoco debemos olvidar que si no se ha conseguido más no habrá sido por falta de empuje e interés por parte de quienes rigen los destinos de la profesión, sino por otras causas que con el correr del tiempo hemos de superar.

Soy el primero en reconocer que el camino es largo y que nos queda mucho por hacer, pero no hay que desmayar, puesto que todo se andará, y para ello nada mejor que en lugar de dedicarnos a censurar esto, aquello o lo de más allá, quebrantando con nuestras críticas el ánimo de los que hoy nos defienden y representan, dediquémonos, por el contrario, a intentar superarnos, poniendo nuestro nivel cultural y profesional a la altura de las exigencias actuales.

Son muchos todavía los objetivos que nos faltan por conquistar, hay que reconocerlo, pudiéndose citar, por ejemplo:

Nuestra representatividad en las Cortes.

Falta de una adaptada orientación legislativa que haga de los organismos rectores de los servicios médicos de empresa no tener que precisar padrinaje para encontrar puestos de trabajo.

Falta también de una más rígida y controlada legislación acerca del ejercicio de la medicina auxiliar deportiva, encomendada, en gran parte, a personal incompetente.

Coeficiente asignado al Cuerpo de titulares, junto con la media jornada, un tanto insatisfactorio actualmente.

Subsanar lagunas en el estatuto del S. O. E., a todas luces inadmisibles.

Dar más amplitud y efectividad a nuestras funciones profesionales.

Acceso directo a la Universidad.

Etcétera, etc.

Hoy por hoy, y aun cuando sea a paso lento, la Clase parece ir colocándose dentro del marco que le corresponde. Por ello, creo que por el momento no nos queda otra *alternativa que darnos por contentos con lo hecho*, diciendo incluso, si así me lo permitís, «tan acostumbrados estamos a perder, que ganar nos ofende».

Abriguemos la esperanza o «sueño del hombre despierto» (Aristóteles) (y con ello pongo punto final), que con el acertado enfoque se le ha dado a las conclusiones del Congreso Nacional de Especialidades Paramédicas llegaremos a lograr por otros cauces varias—por no decir todas—de las metas que comentamos.

F. BONILLO CASTRO
(Titular)
Santa Cruz de la Zarza

Desde las Cumbres de Gredos

"ARMANDO BUSCARINY"

Por el año 1926, entre otras cosas, Madrid era una ciudad con pinceladas de un provinciano subido. Pero a pesar de ese estilo de población de 900.000 habitantes no dejaba de ser la Corte de una nación que, en tiempos no muy lejanos, fue tan poderosa, que su nombre se registraba en todos los almanaques del mundo.

En ella pesaba con mucho rigor la generación del 98.

La ciudad del Manzanares seguía siendo fastuosa en sus recepciones y saraos. Las funciones del Teatro Real eran un acontecimiento que desbordaban los límites de nuestras fronteras. Las grandes damas y los encopetados caballeros lucían sus magníficos troncos de caballos, de nalgas relucientes, trote acompasado y cabeza inquieta, o los famosos coches Hispano-Suiza.

Todavía se encontraba algún que otro duelo de poca monta por el honor ofendido, que entre cabildeos de padrinos y amigos venía a quedar en aguas de cerrajas. Se habían enmohecido las trágicas noches en la Alameda de los Duques de Osuna. Era como si largáramos el último fustazo al derruido baluarte de una época que agonizaba con sus defectos y alguna que otra escasa virtud.

Muchas figuras del carnaval de aquella época eran una sátira sangrante para todo lo que se aproximaba a su fin.

Rosales, la Castellana eran la escalera por donde descendían, con la mascarada, los últimos vestigios de una nobleza que, colectivamente, fue inoperante y causó la decadencia y el ridículo de España.

Sus intrigas y su incapacidad dieron al traste con el gran país que levantaron hombres geniales, entre los que recordamos a Don Pelayo, Rodrigo Díaz de Vivar, Jaime I el Conquistador y así personaje tras personaje hasta terminar en la cúspide con los Reyes Católicos.

En el referido año 1926, el cine mudo y el fútbol empezaban a privar un poco; la fuerza del espectáculo, aparte de los toros, era, con la comedia y el drama, el más popular el llamado género chico. Entre ellos hicieron dulce el paladar al costumbrismo de la capital.

Se barajaban nombres como los de los Quintero, Marquina, Arniches, Muñoz Seca, Benavente y tantos otros. Los que sentíamos en nuestro fuero interno la admiración hacia los destacados de las bellas artes, no perdíamos ocasión de seguirles a prudente distancia. Conocimos a Valle-Inclán, Pío Baroja, Andrenio, Gómez de la Serna, *Azorín* y tantos otros que, con Ortega y Marañón, encontrábamos por calles, librerías y algún que otro café muy del regusto de la época, cual Pombo, Varela, Gijón, por no citar otros.

Proliferaban cientos de aficionadillos a emborronar cuartillas, buscando alcanzar la gloria de los grandes del género. Noble ambición en verdad, pero aquí se quedaba todo, y así se daba el original caso de pobres jóvenes de sucias melenas y lazo largo al cuello que a horas avanzadas de la noche hacían la crítica verbal del último drama, comedia o zarzuela que acabara de ponerse en escena. Sus comentarios apenas salían de su pobre e ilusionado mundo, lleno todo él de estómagos vacíos, deseosos de encontrar al caritativo amigo o conocido que les invitara a tomar el primer cafetito caliente, para después seguir divagando sobre la noticia intelectual del momento.

Se discutía con pasión de la Xirgu, María Guerrero, Rosario Pino, Hortas, Zorrilla, Borrás, Sagi-Barba, Selica Pérez Carpio, Fleta, Delfín Pulido y hasta del propio Ramper. Todo entraba en la redoma de estos noctámbulos que nadie nos explicábamos su vida ni la resistencia física para casi sin alimentarse poder ir sobreviviendo. Era un mundo original. Una de estas noches paseaba yo con unos amigos, entre los que se encontraba un compañero de mi curso cuyo nombre me le ha borrado el tiempo. Fue entonces cuando me hablaron de un mozalbete que tenía su recorrido por la Puerta del Sol y las calles más céntricas a partir de las doce de la noche. Era muy conocido en los antiguos cafés de Levante, Puerto Rico, Lisboa, Correos y Fornos. A medida que uno y otro establecimiento se iba cerrando, él se refugiaba en el que quedaba abierto hasta altas horas de la madrugada. Fue tan viva la pintura moral, física y estrafalaria que me hicieron de nuestro hombre, que a partir de ese momento ardía en deseos de conocer al bohemio personaje. Cuando las ocupaciones me dejaban salía en unión de otros amigos en su busca por los establecimientos y calles más propicias donde habitualmente desgranaba sus horas en charla continua.

Era muy frecuente su trato con rameras y otros desgraciados que pululaban en las horas paraíso de los murciélagcs. Solían estos degradados lastimarse de él y le invitaban. Por fin, una noche, frente al antiguo café Colonial, fui presentado al tránsfuga callejero. Le dieron mi nombre después que me hicieron el panegírico de su gran talento literario. Armando en cuestión; debía llamarse así, ya que tanto en su mal editadas novelas como los que a él se dirigían era el nombre por el que era conocido. Su estatura de hombre medio tiraba a bajo. Enjuto en carnes, pálido, melenas largas que le caían por los hombros en desorden, negras, y ojos del mismo color. Vestía un traje raído, sucio y negro; botas del mismo color y porte que su atuendo; se podía apreciar que habían sido hechas para unos pies de talla superior. Un lazo negro, sucio, largo, le caía sobre el pecho, al par que envolvía un cuello de camisa de color indefinido. Debajo del brazo izquierdo, seis u ocho novelas cortas para su venta. Después de la presentación me da un pequeño discurso; como fin le compro uno de sus libros. Creo que me costó una cincuenta.

Paseamos aquella noche como los mejores amigos del mundo. Le conté mis aficiones literarias. Cómo admiraba a todos los grandes de ese mundo. Cuando terminé tomó de nuevo la palabra y me dio unas fuertes palmadas aprobatorias en las espaldas; de pronto, se volvió a los que nos acompañaban con una voz en cierta forma sonora, pero que se adivinaban en ella las huellas de una tuberculosis incipiente, y nos fue contando las excelencias de su mundo. No era de envidiar por la penuria económica a que se veían sometidos. Pero, según él, de una grandeza de espíritu incapaz de ser alcanzada por los vulgares seres del dinero y la buena mesa. Sentía un tremendo desprecio hacia ese estado material que conmovía y conmueve a la Humanidad y que a muchos les sirve para zambullirse de lleno en el lujo, la holganza, el regalo y el vicio. Los trataba de plebeyos de la peor condición, faltos de reflejos mentales para gozar de la excelsitud espiritual de un estado mental superior. De esa casta que era la compasión mirando más hacia abajo, que llevaban un traje cortado en Londres y tenían asiento reservado de palco en los teatros más principales de la capital.

Decía Buscariny que estos encopetados personajes, ante una obra de trascendencia, eran estatuas de roca fría e inexpresiva, incapaces de elevarse a las regiones del pensamiento sublime del escritor.

Varias noches compartí horas agradables con aquel bohemio que ni llegó a ser un novelista conocido, ni supe jamás dónde vivía, ni, pasado el tiempo, se hallaron huellas de sus últimos pasos en aquel Madrid que llevaron en el alma Carrere y Antonio Casero.

EUGENIO CORREDOR PAZOS
Del Colegio de Avila

LABORATORIOS LASA

REPARAL
REPARAL SIMPLE

60 comprimidos y 20 grageas

60 comprimidos

2 Reguladores del aparato digestivo.

Carta de los Reyes Magos

Estaba pensando que cualquier día de estos tenía que escribir a los Reyes Magos, y que ya era hora de ir recogiendo datos de las cosas que pensaba pedirles, cuando a mi llegada a casa hallo una carta a mi nombre que me deja sorprendido por su texto, que dice así:

"De toda consideración y afecto:

"Cada año parece ser que ha tomado usted la costumbre de escribirnos, y hemos de serle sincero si al coger su carta cualquiera de nosotros, algo enfurruñado, no suelta un "¡Otra vez ese latoso!" La aceptamos con resignación, aunque alguno de nosotros la acoge con alguna simpatía. La verdad es que nos tiene preocupados y esperamos que ésta sirva para aclarar ciertas cosillas.

"Antes que usted piense que nos llamamos andana, nos anticipamos a su carta porque pide cosas que se escapan de nuestra misión no dedicada a los adultos, aunque nos considere muy Magos. Nos dedicamos especialmente a los niños, y esto no quiere decir que no nos encontremos moralmente al lado de los adultos con alma de niño. No obstante, se olvida también de que actualmente reinamos, pero no gobernamos; si acaso viajamos mucho, pero nada más.

"Adelantándonos a sus pensamientos, ya sabemos que nos iba a pedir lo siguiente: Que en vez de tres organismos profesionales, haya colegiación única; es decir, profesionales masculinos y femeninos en un solo Colegio. Que el apelativo o título guarde auténtica consonancia con sus funciones profesionales. Que la última legislación para los titulares sea corregida con mayor acierto. Que los Cursos de algunas Especialidades, e incluso de la propia Carrera, sean de mayor duración. Que se nombren subinspectores adjuntos en Medicina de Empresa. Que se proteja y respete las funciones y derechos de los profesionales, de acuerdo con lo legislado, etcétera, etc., etc. En fin, eso, y quizá mucho más, nos pensaba pedir.

"Y nosotros esperamos que lo desee y lo pida. Pero no a nosotros, hombre de Dios, sino a los hombres de su época, a la conciencia general. Pensará que esa conciencia está algo abotagada, y quizá tengamos que darle la razón; lo que sí es seguro es que eso ha de ser logrado por los mismos hombres, orientado y apoyado en las normas cristianas.

"Para que no crea que nos llamamos andana, vayamos por partes. No es que creamos inútil que se nos escriba con tales peticiones, sino que entendemos que el ejemplo es el mejor espejo. Ustedes son docenas de miles de profesionales, viven en el siglo XX, aunque con adherencia de una edad pasada, y solamente se embriagan con palabrería para morir con ella; se les olvida la unidad, la disciplina y los afanes de superación. "Eso que no tendría nada de particular" lo soslayan. ¿Cree usted que es normal dejar que las cosas las hagan los demás, cuando es asunto de todos ustedes? ¿Acaso por hallarse en estos momentos como "los tontos de la estera", y excesivamente subordinados, es para acomplejarse o considerarse en inferioridad?

"Lo más triste de todo es que ustedes vuelven a tropezar siempre en la misma piedra, pues no se dan cuenta de que en realidad son unos productores o trabajadores y existe una magnífica legislación. ¿No comprenden que la mentalidad de hace cincuenta años es diferente a la de ahora, y que dentro de diez o quince años será distinta a la actual? ¿Qué creen que pensarán algunas personas de entre ustedes si comprueban que siguen aferrados a módulos antiguos? Pues lo mismo que piensan hoy algunos descendientes de los de hace cincuenta o cien años.

"Nosotros, que viajamos, vemos, oímos y callamos, nos hacemos cruces por lo que vemos. Naturalmente que exageramos un poco, pues también nos damos cuenta que muchas veces ustedes claman en el desierto; no obstante, aunque lentamente, está creciendo una conciencia universal. Posiblemente con cierta lentitud porque existen obstáculos con símbolos muy bonitos y hasta mitificados. Por otra parte, tienen sus propios enemigos, que son ustedes mismos, y no saben verlos.

"Usted, señor López, nos parece un hombre de buena fe, aunque bastante tontón. Nos permitimos aconsejarle que en vez de escribirnos a nosotros escriba a sus contemporáneos; ya sabemos que no puede hacer lo que quiere, sino lo que le dejan, pero aun así y todo usted es más rey mago que nosotros. Claro que usted sabe que la vida es corta, y por eso pide resultados inmediatos. Podemos decirle que es una equivocación. Formar una conciencia humana es trabajo de mucho tiempo, a veces muchísimos años. Quizá con los medios existentes hoy día se acorte bastante, pero no mientras no se marquen una pauta. No se preocupe por su obra; si es buena, quedará, y si es mala, caerá en el olvido. En cualquiera de los casos no lo sabrá mientras viva. Haga las cosas o no las haga, pero no se queje. Si vive en una sociedad que considera injusta, trabaje sin descanso para reformarla, pero sin caer en rebeldías estériles ni violencias antiejemplares.

"No pida cosas que no estuviera dispuesto a conceder si, verdaderamente, fuera rey con poderes temporales. No ataque los problemas desde una atalaya desmedida. Nivélese y no pida que la gente se vuelva buena de golpe y porrazo. Cada cual cojea por causas diferentes. Respecto a sus peticiones particulares, no confesadas y que adivinamos, sigue pidiendo demasiado. ¿Mejor sueldo para evitar ciertos apuros? ¿Un lugar para aparcar? ¿Salud para seguir trabajando? Bueno, usted se hace un lío. ¿Usted quiere estar con sus compañeros? Pues a aguantarse. Si le hiciéramos rico se iría a Málaga o a las Canarias a pasar el invierno a lo grande, o bien se buscaría tantas comodidades que le aislarían del resto, como sucede con los ricos.

"Confórmese con que le regalemos un objeto de adorno, y no se tome más berrinches por nada, pues su corazón se lo agradecerá.

"Un atento y afectuoso saludo,

LOS REYES MAGOS."

ADOLFO LÓPEZ LÓPEZ DE MATURANA
(Barcelona)

EL USS JOHN F. KENNEDY (CVA-67)

En el cuarto aniversario de la muerte de un gran presidente

El día 22 de noviembre se cumplieron justamente cuatro años de la inexplicable muerte del presidente John F. Kennedy, en Dallas (Texas), durante su visita oficial a este Estado. Kennedy hace el número cuatro de los presidentes norteamericanos asesinados. Antes que él lo fueron Abraham Lincoln, en 1865; James A. Garfield, en 1881, y William McKinley, en 1901. Otros sufrieron atentados frustrados. Entre éstos, Andrew Jackson, Teodoro Roosevelt, Flanklin D. Roosevelt y Harri S. Truman. El mismo Kennedy recibió también amenazas de muerte en tres ocasiones distintas durante su mandato presidencial.

Y aunque al término de cuatro años no esté todavía definitivamente despejada la misteriosa incógnita de este terrible magnicidio se asegura, por otra parte, que no pudieron asesinar a Kennedy las balas de un anormal que actuara por su cuenta y en solitario. Así lo afirman estudios e informes muy completos y documentados sobre el caso. El mismo campeón del mundo de tiro de pistola, don Angel León Gonzalo, español, demostró también que los disparos hechos al coche del presidente no es posible que los hiciera, en un blanco perfecto, un "tirador de segunda", categoría en la que estaba clasificado el ex marine Lee Harvey Oswald, su presunto asesino.

La muerte de Kennedy causó un tremendo impacto en todo el mundo. Nadie podía imaginar que contra un hombre como él, amante y ardoroso defensor de la paz y la libertad; hombre de relevantes cualidades para la política, héroe en la guerra y héroe en la paz, se tendieran en turbio juego las redes del odio y la intriga para eliminarlo de la forma más alevosa y criminal. Su trágica desaparición fue unánimemente sentida por todos los pueblos honrados de la tierra. El presidente norteamericano gozaba de una enorme popularidad y estimación ante el mundo entero. Su juventud, dinamismo y afanes de lucha en pro de la dignidad e igualdad de derechos civiles le hicieron granjearse la confianza y admiración de millones de personas pertenecientes a todos los países. Era general la simpatía de que gozaba.

John F. Kennedy, en los tres años que duró su mandato como presidente, tuvo que enfrentarse a no pocas dificultades. El año de su elección, 1960, fue de gran tensión política. Y en octubre de 1962, ante la peligrosa situación suscitada en Cuba, evita el choque, que parecía inminente, entre las dos más grandes potencias, y que de haberse producido a estas horas la Humanidad estaría sufriendo las consecuencias penosas de la mayor catástrofe de todos los tiempos. Pero su genio político y su visión clara de los acontecimientos superaron aquellos críticos momentos, haciendo que la tranquilidad y la esperanza renacieran de nuevo. Sin duda alguna había ganado una gran batalla.

Existen muchas posibilidades de que el apellido Kennedy vuelva a resonar en la Casa Blanca. No es ni mucho menos imposible, de acuerdo con el panorama político actual de los americanos, que otro Kennedy, el senador Robert Francis, rija los destinos del pueblo yanqui. Si esto llegara a cumplirse en un futuro próximo, y lo más probable es que se cumpla, en este caso se cumplirían también los deseos de la señora Rose Kennedy, al declarar en cierta ocasión que le gustaría ser la madre de dos presidentes. Y ojalá que así sea y ella siga viviendo para poder conocerlo.

Es un deber de gratitud y ciudadanía recordar y honrar a los héroes y mártires de la patria. A cuantos valientemente lucharon y dieron sus vidas por los demás. John F. Kennedy, a quien tanto debe la Humanidad, fue uno de esos héroes. Uno de esos mártires inmolados en aras del bien común. Norteamérica, su pueblo, premia y reconoce todo el esfuerzo y noble lucha del finado presidente, honrando su memoria al darle el nombre suyo a uno de los mayores portaaviones de ataque de la flota estadounidense: el "Uss John F. Kennedy (CVA-67)".

La botadura de este portaaviones tuvo lugar el día 27 de mayo de este año, en los astilleros de Newport New (Virginia). Y a la ceremonia de los actos se calcula que asistieron unas 350.000 personas. En ella estuvo presente toda la familia Kennedy, llegada de Nueva York, Washington y Boston. Asimismo, acudió el presidente Johnson y los miembros de su Gobierno, así como una nutrida representación de la Marina de guerra. No faltando tampoco los ex combatientes de la guerra 1939-45 que habían luchado a las órdenes del valeroso e intrépido John en la lancha P. T.-109, que él mandaba como oficial. Fue la madrina del buque la pequeña Carolina, hija del presidente asesinado, quien por dos veces hubo de golpear la tradicional botella de champaña contra el casco del soberbio navío.

El "Uss John F. Kennedy (CVA-67)", segundo portaaviones que lleva el nombre de un presidente de EE. UU. (el primero fue bautizado con el de "Roosevelt"), desplaza normalmente unas 64.000 toneladas y tiene 1.051 pies de eslora. E incluyendo el ala aérea que lleva a bordo, su tripulación excede de los 5.000 hombres. Lo que se dice un auténtico pueblo flotante. La quilla de este gigantesco potaaviones fue colocada el 26 de octubre de 1964, habiendo transcurrido casi tres años desde esta fecha a la de su botadura.

Le deseamos al flamante "Uss John F. Kennedy (CVA-67)" las más felices singladuras por los caminos del mar. Y que su misión más importante no sea otra sino la de poder contribuir siempre a la defensa y afianzamiento de la paz, así como a la instauración del orden y la justicia en todos los lugares del planeta. Para el llorado presidente, de cuya muerte se han cumplido cuatro años, toda nuestra admiración, todo nuestro respeto y el recuerdo más emocionado.

JESÚS CONDE DELGADO
Del Colegio de Huelva

SECCION OFICIAL

(Viene de la página 6)

Asistencia Sanitaria en la Seguridad Social

(CONCLUSION)

Tres. Los Servicios de Urgencia funcionarán con el siguiente horario:

a) El nocturno, desde las diecisiete horas de cada día hasta las nueve horas del día siguiente.

b) El diurno en domingo y días festivos, desde las nueve hasta las diecisiete horas.

Artículo treinta y tres. *Asistencia en régimen de internamiento.*—Uno. La asistencia en régimen de internamiento se prestará en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, así como en las Clínicas, Sanatorios y Establecimientos de análoga naturaleza, públicos o privados, o en los de la Organización Sindical, con los que se haya establecido el oportuno concierto, viniendo obligado el personal sanitario a realizar la asistencia en la Institución fijada al efecto por la Seguridad Social.

Dos. El personal sanitario que actúe en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social quedará obligado a observar las prescripciones contenidas en el Reglamento de Ambulatorios y Residencias, que deberá ser informado por la Comisión Especial de Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social.

Tres. El traslado del enfermo para ingreso en Instituciones Cerradas, cuando haya de efectuarse con carácter de urgencia, o concurran circunstancias especiales, se efectuará a cargo de la Seguridad Social. Igualmente si al ser dado de alta existiera imposibilidad de que el enfermo utilizara los medios ornarios de transporte, el mismo se efectuará a cargo de la Seguridad Social.

Artículo treinta y cuatro. *Cupo base de Medicina General.*—Uno. El cupo base de Medicina General se determinará en las diferentes localidades en que exista un número de titulares del derecho a la asistencia sanitaria igual al asignado a las Especialidades Médicas del tercer grupo a que se refiere el artículo treinta y cinco de este Decreto, teniendo en cuenta la siguiente escala de niveles de proporcionalidad, que relaciona la población total de la localidad y el número de titulares y beneficiarios que en ella residen:

a) Si la proporción existente entre el total de beneficiarios y la población total de las localidades es igual o inferior al cincuenta por ciento, el cupo base de Medicina General será de seiscientos cincuenta.

b) Si la proporción anteriormente mencionada fuera superior al cincuenta e inferior al setenta por ciento, el cupo base de Medicina General será de setecientos.

c) Si la proporción citada es superior al setenta por ciento, el cupo-base de Medicina General será de setecientos cincuenta.

Dos. Igualmente en aquellas localidades en las que la proporción existente entre el total de beneficiarios y la población total de la localidad sea igual o superior al ochenta por ciento, el cupo base de Medicina General será de setecientos cincuenta, con independencia del número de titulares existentes en la misma.

Tres. El cupo base, una vez cubierto el cupo base global de la zona y los cupos máximos reconocidos en la misma, será utilizado a los solos efectos señalados en los artículos ciento diez y ciento once de la Ley de la Seguridad Social.

Artículo treinta y cinco. *Cupos de Especialidades.*—Uno. Los cupos de titulares determinantes de las plazas de Especialidades Médicas serán los siguientes:

Especialidades del primer grupo: once mil.
Especialidades del segundo grupo: veintidós mil.
Especialidades del tercer grupo: cuarenta y cuatro mil.

Dos. A los efectos de la agrupación de especialidades a que se refiere el número anterior, se establece la siguiente clasificación:

a) Son especialidades del primer grupo:
Análisis clínicos, Aparato digestivo, Aparato respiratorio y circulatorio, Cirugía general, Electrología y Radiología, Odontología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Traumatología y Ortopedia.

b) Son especialidades del segundo grupo:
Dermatología, Ginecología, Neuropsiquiatría y Urología.

c) Son especialidades del tercer grupo:
Nutrición y secreciones internas.

Tres. El número de Especialistas guardará relación con el de Médicos generales, cuando así lo aconseje la organización de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

Artículo treinta y seis. *Cupos máximos.*—Uno. Se entenderá por cupo máximo el que resulte de incrementar el cupo base asignado a la zona en un cincuenta por ciento.

Dos. El cupo máximo limitará el número de titulares del derecho que puedan aceptar los facultativos de Medicina General por encima del cupo base asignado a la zona.

Tres. No podrá aceptarse elección para cupo máximo hasta que todos los facultativos de Medicina General que presten servicio en la misma zona tengan cubierto el cupo base correspondiente.

Artículo treinta y siete. *Limitaciones en los cupos.*—Uno. Los Médicos de la Seguridad Social estarán facultados para rechazar nuevas asignaciones de titulares por encima del cupo base correspondiente a la plaza que desempeñen. También podrán rechazar, salvo caso de urgencia, cualquier adscripción, siempre que en cada caso concreto exista, a juicio de la Inspección Médica, causa que justifique dicha determinación.

Dos. Sin perjuicio de lo dispuesto en el número anterior, todos los Médicos tendrán la obligación de atender, con carácter excepcional y transitorio, a los titulares que les elijan una vez rebasados los cupos base, o máximo en su caso, hasta que las posibilidades de la asistencia permitan la elección normal de facultativo.

Artículo treinta y ocho. *Elección de Médico general.*—Los titulares del derecho a la prestación de asistencia sanitaria elegirán dentro de su zona a los Médicos generales por quienes deseen ser asistidos, según lo preceptuado en el artículo nueve del presente Decreto. Para el ejercicio de este derecho será condición indispensable que en la zona médica que corresponda al domicilio del titular del derecho presten sus servicios a la Seguridad Social más de un Médico de Medicina General.

Artículo treinta y nueve. *Elección de Pediatra-Puericultor de familia y Tocólogo.*—Uno. Los titulares del derecho a la asistencia sanitaria elegirán Pediatra-Puericultor, para sus beneficiarios menores de siete años, entre los diversos especialistas que actúen en la zona de su domicilio, efectuándose dicha elección de conformidad con lo dispuesto en el artículo nueve para la elección de Médico general.

Dos. Los titulares del derecho a la asistencia sanitaria elegirán para sí o para sus beneficiarios especialistas en Tocología en el momento en que deba serle otorgado el documento maternal y entre aquellos Tocólogos de la Seguridad Social que actúen en la localidad correspondiente.

Artículo cuarenta. *Especialidades a cargo del Médico general.*—Cuando en la localidad donde el titular esté domiciliado la asistencia de Pediatría-Puericultura de Familia y de Tocología esté a cargo del Médico general, la elección de éste llevará implícita la asistencia de dichas especialidades por el mismo facultativo.

Artículo cuarenta y uno. *Adscripción de titulares.*—Uno. La adscripción de los titulares a los facultativos como consecuencia del ejercicio del derecho de elección, o bien directamente cuando éste no pueda tener lugar, se hará por el Instituto Nacional de Previsión.

Dos. Asignado un titular o, en su caso, beneficiario, a un facultativo, no se variará esta asignación contra la voluntad de aquél, salvo en caso de traslado del facultativo afectado a otra zona o circunscripción territorial, por cese en su actuación en la Seguridad Social o por producirse cualquiera de las situaciones previstas en el artículo nueve de este Decreto, excepto en los casos en que la elección tenga carácter excepcional y transitoria.

Artículo cuarenta y dos. *Plazas de Médicos generales.*—Uno. Corresponderá una plaza de Médico general por cada cupo base de titulares del derecho a la asistencia sanitaria que exista en cada localidad o término municipal, teniendo en cuenta el cupo global base de la zona y los cupos máximos reconocidos en la misma. En aquellas localidades en que actúe un solo facultativo, corresponderá una segunda plaza cuando la totalidad de titulares del derecho en la localidad completen dos cupos base.

Dos. Cuando las especiales características geográficas, demográficas y laborales lo aconsejen, se podrá excepcionalmente agrupar dos o más localidades o parte de ellas para constituir una zona médica, en cuyo caso la zona se considerará como localidad.

Tres. Igualmente, cuando una o varias partes de un término municipal se diferencien entre sí de forma tan acusada que las posibilidades asistenciales sean notoriamente distintas, se podrá excepcionalmente considerar dichas partes a efectos

de la determinación de plazas de Medicina General como localidades independientes.

Cuatro. En los supuestos excepcionales que establecen los números dos y tres de este artículo, será preceptivo el informe de la Dirección General de Sanidad y de la Organización Médica Colegial.

Artículo cuarenta y tres. *Plazas de Médicos Especialistas.*—Uno. Corresponderá una plaza de Médico Especialista por cada uno de los cupos de titulares asignados a cada Especialidad, referido al Sector o Subsector a que se extienda el ámbito de la Especialidad.

Dos. Las plazas de Especialistas de Pediatría-Puericultura de Familia se determinarán de conformidad con el número de beneficiarios con derecho a esta asistencia, de acuerdo con los cupos que se establezcan.

Tres. Las plazas de la especialidad de Tocología se determinarán en función del número de documentos maternales otorgados en las localidades en que dichos Tocólogos actúan. El documento maternal será otorgado en el momento en que se haga el diagnóstico de embarazo.

Artículo cuarenta y cuatro. *Alteración del número de plazas.*—Uno. El aumento del número de titulares del derecho a la prestación de la asistencia sanitaria en una cifra equivalente a un cupo base de Medicina General determinará la creación de una nueva plaza, una vez rebasado el cupo base global de la zona y los cupos máximos reconocidos en la misma.

Dos. La disminución del número de titulares del derecho a la prestación de la asistencia sanitaria en la misma proporción señalada en el número anterior determinará la reducción de las plazas que correspondan, a cuyos efectos se amortizarán cuando queden vacantes por cualquier causa.

Tres. El aumento del número de titulares del derecho en una cifra equivalente a un cupo completo de una especialidad determinará la creación de una nueva plaza. En el caso de que actúe en el sector un solo Especialista se creará otra plaza cuando el número de titulares exceda en un cincuenta por ciento el cupo establecido.

Cuatro. Excepcionalmente, cuando se considere necesario en base a las necesidades de la asistencia, se podrá contratar Especialistas en una determinada unidad asistencial con independencia del número de plazas de Médicos generales o de los cupos existentes en la misma, en cuyo caso dichos Especialistas no cubrirán plaza.

Artículo cuarenta y cinco. *Plazas de los Servicios nacionales, regionales y jerarquizados.*—Las plazas de los Servicios de Especialidades, tanto de ámbito nacional como regional, y de aquellos que se organicen en forma jerarquizada, constituirán unidades funcionales que incluirán a todos los facultativos que las constituyan y se fijarán de conformidad con las necesidades reales de la asistencia.

Artículo cuarenta y seis. *Plazas de Médicos de los Servicios de Urgencia.*—Uno. Para la asistencia urgente, nocturna y diurna de domingos y días festivos, en todas las capitales de provincia y en aquellas localidades que tengan un número de titulares superior a cinco mil se constituirán servicios de urgencia, en los cuales las plazas de Médico se establecerán de conformidad con la siguiente escala:

a) Cuando el Servicio tenga adscritos hasta diez mil titulares del derecho a la asistencia: dos Médicos.

b) Cuando tenga adscritos más de diez mil y hasta veinte mil: tres Médicos.

c) Por encima de veinte mil titulares se creará una plaza de Médico por cada diez mil titulares, o fracción de esta cifra, que se adscriba.

Dos. En aquellas localidades en las que el número de titulares domiciliados en ellas excedan de noventa mil, se crearán Servicios Especiales de Urgencia, en los cuales la organización funcional y el número de plazas de Médicos se determinarán, para cada caso, de conformidad con las necesidades objetivas de la asistencia.

Artículo cuarenta y siete. *Plazas de Médicos internos y Médicos residentes.*—Uno. De conformidad con las necesidades de la asistencia en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social y con la finalidad de contribuir a la formación y especialización de los Médicos en sus primeros años de profesionalidad y especialización, se establecen en aquéllas dos categorías de plazas, que serán denominadas Médicos internos y Médicos residentes.

Dos. La actuación de estos facultativos será la determinada en los Reglamentos de las Instituciones sanitarias y de acuerdo con las normas del Estatuto jurídico del personal médico de la Seguridad Social.

Artículo cuarenta y ocho. *Plazas de Médicos Ayudantes.*—Uno. Los Especialistas Quirúrgicos y Médicos-Quirúrgicos que realicen una asistencia completa serán auxiliados por un Médico Ayudante. Cuando el Especialista no actúe en Institución propia de la Seguridad Social, y mientras las circunstancias lo aconsejen, se podrá autorizar el nombramiento de aquellos Ayudantes que deban constituir el equipo.

Dos. El número de Médicos Ayudantes y de Anestesistas-Instrumentistas que deban actuar en equipo para atender a los Especialistas Médico-Quirúrgicos del Subsector que no realicen la asistencia completa será de un Ayudante y un Anestesista-Instrumentista por cada cuatro Especialistas nombrados en la cabecera del Subsector, siempre que el volumen y las características de la asistencia no aconsejen aumentar o reducir dicha proporción.

DISPOSICION FINAL

El Ministerio de Trabajo dictará las disposiciones que estime necesarias para la aplicación y desarrollo de lo preceptuado en el presente Decreto.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Primera.—Uno. La elección de Pediatra-Puericultor de familia y de Tocólogo con independencia de la del Médico general, se llevará a efecto en un plazo no superior a dos años, a partir de la entrada en vigor del presente Decreto.

Dos. Provisionalmente se mantendrán los siguientes cupos:

Pediatría-Puericultura de familia	1.950
Tocología y Maternología	10.000

Tres. La regulación y desarrollo de lo dispuesto en el número uno de la presente transitoria se llevará a efecto por el Ministerio de Trabajo, oída la Comisión Especial de Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social.

Segunda.—Los reconocimientos a que se refiere el artículo trece de este Decreto, en tanto no se disponga lo contrario, serán efectuados por los Tribunales Médicos existentes en la actualidad. Dichos Tribunales asumirán las funciones atribuidas en el número cuatro del artículo diecisiete del presente Decreto a las Comisiones Técnicas Calificadoras, en tanto éstas no se constituyan.

Tercera.—En tanto no se dicten las disposiciones a que se refiere el apartado *b)* del número uno del artículo segundo y el apartado *b)* del número uno del artículo catorce del presente Decreto, la asistencia sanitaria a los beneficiarios a que los mismos se refieren continuará rigiéndose por las normas vigentes en la actualidad.

Cuarta.—De conformidad con lo preceptuado en el artículo noveno del Decreto dos mil cuatrocientos diecinueve/mil novecientos sesenta y seis, de diez de septiembre, los trabajadores que, aun estando asimilados por razón de su categoría profesional al grupo primero de la Tarifa de bases de cotización, se hallasen incluidos en la fecha de promulgación de dicho Decreto en el Seguro Obligatorio de Enfermedad, continuarán incluidos en la cobertura del Régimen General respecto a la asistencia sanitaria.

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

FRANCISCO FRANCO

El Ministro de Trabajo,
JESUS ROMEO GORRIA

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

ASOCIACION DE ESCRITORES Y ARTISTAS, A. T. S.

En plena actividad Literaria y Artística

El pasado 15 de diciembre, en el salón de conferencias de nuestro Colegio madrileño, organizó Pepe Avalos una de sus más brillantes "tardes poéticas", dedicada esta vez a tres destacados rapsodas femeninos.

Adelaida Las Santas, gentil autora del admirable volumen de versos *Poetas de café*, deleitó al numeroso auditorio con una bien cuidada selección de composiciones ajenas y propias; Mari-Paz Viloria, que con su delicada y musical voz tal sentido místico sabe imprimir a sus versos; Felisa Sanz, que leyó magistralmente varias poesías y que, finalmente, supo llevar la emoción del público al máximo extremo con su laureado poema *Los ojos*, dedicado a la doctora Soriano con ocasión del patético momento en que la llorada dama había perdido la luz penetrante de sus ojos...

Todo, en fin, se mantuvo al tono exquisito y elevado que Avalos Andrés sabe imprimirle, y que tanto parecen agradecerle el número cada día más considerable de asistentes a estas veladas.

El 23 del postrero mes del año, víspera de la Nochebuena, y con el patronato de la Asociación Cultural Popular del Ministerio de Información y Turismo, José Véliz, el ya para nosotros popular recitador, dedicó la audición a los tradicionales villancicos, espigados de los más notables autores, y con los que, como siempre, obtuvo muchos aplausos premiando su magnífica interpretación.

HOMENAJE A JOAQUIN DICENTA, HIJO

"Noches poéticas", la asociación literaria que tan bien dirige nuestro querido y erudito amigo don Agustín Fonseca en el seno de la Casa de León, dedicó la última velada del ciclo correspondiente a 1967 a rendir póstumo homenaje al insigne escritor don Joaquín Dicenta Alonso, fallecido en octubre pasado, asistiendo a la misma distinguido público, en el cual se contaban numerosos y viejos amigos del admirado maestro, hijo del inolvidable e ilustre autor de *Juan José*, don Joaquín Dicenta Benedicto.

Inició el homenaje con una charla biográfica por demás documentada y amena el señor Fonseca Vázquez, actuando como presentador, ya veterano en estas lides, José Avalos Andrés, quien, convirtiéndose durante un momento de introductor en ofrendante poético, leyó también una de sus más inspiradas composiciones.

Intervinieron a lo largo del emocionado acto prestigiosas figuras de nuestras letras, entre las que recordamos al siempre lozano Federico Mendizábal, a Joaquín Dicenta Sánchez, hijo del laureado escritor objeto de la reunión; Raimundo Alfonso y García Conde, José Luis Fernández-Díaz Trujillo, Pedro G. Arias, Adelaida Las Santas, Luis Molina Santaolalla y Alfonso Yuste, así como el magnífico recitador Javier Molina y las actrices Josefina Bernal, Cristina Montero y Josefina Robeda.

Cálido y ferviente resultó este justo homenaje a la gran figura desaparecida, por cuyo brillante resultado nos complacemos desde estas columnas en felicitar a la Casa de León, a Agustín Fonseca, a Pepe Avalos, a Federico Mendizábal, entrañables amigos todos, y cuantos tomaron parte en el mismo, realzando con su participación la memoria de Joaquín Dicenta Alonso, perteneciente ya a la posteridad gloriosa de la poesía y del teatro españoles.

A. S. DE Y.

I CURSO DE AUDIOLOGIA CLINICA-PRACTICA PARA A. T. S.

Organizado por el Servicio de O. R. L. especializado del Centro Nacional de Especialidades Quirúrgicas de la Seguridad Social (jefe, doctor Antolí-Candela), tendrá lugar del 12 al 17 del próximo febrero el I Curso de Audiología clínica-práctica, especialmente destinado a Ayudantes Técnicos Sanitarios y profesorado especializado en reeducación auditiva.

El Curso constará de sesiones teóricas y prácticas, teniendo lugar ambas en el Centro arriba indicado (Pabellón núm. 8, Ciudad Universitaria, Madrid).

Los derechos de admisión serán de 2.000 pesetas.

Para informes e inscripción dirigirse a: Dr. Alvarez de Cózar, O'Donnell, 37, 1.º, Madrid-9.

PLANTILLAS ORTOPEDICAS Y ELASTICAS "FERRIZ"

MEDALLA DE PLATA EN EL X SALON INTERNACIONAL DE BRUSELAS

Se fabrican blandas: para pacientes con rigidez articular, anquilosamiento, artrosis, artritis, edad muy avanzada, etcétera.

Se fabrican duras: para niños, cadetes y adultos sin otros trastornos pédicos que la anomalía plantar congénita o adquirida.—Se construyen varios modelos.

Se fabrican semiduras: para personas de pies muy sensibles, de edad avanzada, pies que cursan también con inflamación, etc.

En general se construyen prótesis para acortamiento de miembros, verificándose su alza a su justa medida; para pies varo, valgo, cavo, etc., y toda clase de anomalía pédica.

Por la *elasticidad* de las plantillas se favorece el juego articular, especialmente la articulación de Chopart o línea mediotarsiana, ganando en eficacia la acción activa (masaje, gimnasia, etc.), imprescindible para fortalecer las partes blandas.

P. García Férriz

Bernabé Soriano, 30
JAEN

HOMBRES JUNTO A HOMBRES

La vida es una constante cita con la historia; la primera no tiene más misión que buscar al personaje; la segunda, inmortalizarlo.

Sin embargo, hay etapas en ese ciclo que se llama Humanidades en el que el ocultismo no hace posible asomarse al exterior al elegido; poseedor de condiciones excepcionales, podría llenar páginas de oro en el libro de la inmortalidad; es el hombre que, habiendo llegado a esa fase de penitud intelectual, puede entregar al mundo el arcano de su sapiencia.

Mas la vida, ruleta trágica del sí y del no, deja pasar a miles de seres humanos sin pulsarlos, sin acercarse a ellos, sin saber sus condiciones éticas, culturales o históricas.

Son los eternos hombres que no llegaron a cumplir su misión en la tierra, que pasaron por ella con la eterna pregunta del porqué de tantas cosas.

Son los que componen el no, escrito por servidores de ínclitos personajes—los eternos amanuenses del favor y de la dádiva—.

Falsa Antología con ruido pesetero, limosnero barato de caros servicios.

Ellos, los hombres que soñaban asomándose al balcón de sus pensamientos puros, ya no están en este espacio; sobran palabras y faltan hechos. Solamente nos queda el recuerdo de un presente que bien pudiera haber sido pasado; una cosa bien sencilla: conjugación de verbos.

Vocacionalmente puedo tener un diálogo con ellos, matizar sus ideas que quedaron flotando cuando sólo eran ya polvo, pensar en lo que fueron y en lo que podían haber sido, leer ese libro que nadie se preocupó de abrir y dejar correr la imaginación rompiendo el presente con el infinito para buscar el axioma concreto que define el valor intelectual del ser humano.

Y ellos están allí, olímpicamente, mirando esas cosas tan baladíes que de generación en generación los hombres heredan para premiar a los que ya no necesitan premios.

La verdad siempre se pierde en las largas antesalas de los figurones de turno. Una nueva generación busca las fuentes del saber en aquellos libros saturados de dolor y de incomprensión. El triunfo de aquellos autores está en las manos de esta juventud inquieta, temperalmente poética y soñadora.

La vida, cuando ya la muerte ganó su partida, les entrega el aplauso y próceres caballeros lanzan la idea de erigir una estatua que perpetúe la obra del autor.

Juego de palabras del orador de turno.

Total, nada; lo cierto es que la vida fue dura con ellos; caminaron a merced de esos vientos que nunca soplan favorables a muchos: ilusiones, esperanzas, toda esa hermosa envoltura del ser humano batida en la amargura de desengaños.

Los libros que no se editaron, la partitura musical que no llegó a estrenarse se quedaron en el silencio del hogar vacío, olvidados, indefensos, sin el calor de su creador.

La vida es una constante cita con la historia; por eso los libros que no se editaron, la partitura musical que no llegó a estrenarse toman puesto de actualidad. Una nueva generación ha reemplazado a aquella otra, ya diseminada entre la tierra y el más allá, y de esta catalogación de pensamientos ha surgido de nuevo la fórmula de hombres junto a hombres.

La rueda del tiempo hace presente lo que debió de ser pasado; ellos no están aquí para recoger esos laureles; solamente unos lugares ya vacíos y unas fechas dan fe del paso por la tierra de aquellos.

Unos y otros podemos dejar sobre el campo marchito del olvido nuestro más bello epitafio: «Hombres junto a hombres».

Un barco cargado de mentiras navega por las aguas negras de la muerte.

JOSE AVALOS

Presidente de la Asociación de Escritores y Artistas A. T. S.

LIBROS

Los escritos divulgados recientemente sobre regulación de nacimientos.—Departamento de Publicaciones. Facultad de Medicina. Madrid, 1967.

Estos documentos están siendo puestos en primer plano de la atención por muchos adjuntos de que están rodeados. Fueron anunciados durante mucho tiempo y esperados un poco como Mesías de liberación para el problema de la natalidad en muchos sectores del mundo. La preparación masiva de anovulatorios y su divulgación hizo más actual la necesidad de una determinación sobre la moralidad de su uso. El escándalo de su publicación indebida en Inglaterra y Estados Unidos les dio un ambiente de ciencia secreta y de acuciante curiosidad. Su publicación en Canadá, Alemania, Francia, Argentina, etc., los convirtió en patrimonio de la ciencia común, que ninguna persona culta podría ignorar.

No se trata de un sí o un no sobre el uso de los progestágenos. Son dos concepciones distintas de la sexualidad, de la generación, de los conceptos fundamentales de natural y antinatural. Representan la aparición de un valor moral que se presenta como nuevo y muy exigente que es la *paternidad responsable*, desatendido hasta ahora por falta de conocimientos y resortes científicos para su ejercicio. Son dos mundos y dos filosofías antagónicas lo que representan. Una progresista, sin trabas ni perjuicios, y otra conservadora, llena de respeto hacia verdades y normas eternas de conducta.

Pero la última sorpresa, la más inesperada y que da a estos documentos una actualidad y un valor en que nadie pensó en un principio, ha sido el reconocimiento mutuo por parte de los sabios que elaboraron uno y otro documento: de que la manera de pensar del otro posee una autoridad interna y externa que le confiere sólida probabilidad en orden a la conducta práctica.

Nada ha sancionado hasta el presente la autoridad suprema del Sumo Pontífice; pero mientras esto no ocurra, la manera de pensar de los sabios tiene un valor que hace lícita la conducta de quien a ella se acomode. Y esto por confesión de las dos partes en litigio.

Por lo demás, contra lo que solía ocurrir en los documentos emanados de la Curia romana, están estos documentos redactados en un lenguaje exento de todo tecnicismo teológico, inteligible para el hombre culto normal, y, desde luego, poseé conceptos muy dignos de ser conocidos por la clase médica. Su lectura resulta interesante y hasta en algunos momentos apasionada. No es frecuente encontrar escritos de tanto valor científico, donde una oposición abismal de planteamiento y solución se mantiene en el sereno dominio de la ciencia desapasionada, sin ataques violentos ni personalismos.

NECROLOGICAS

En Valladolid, y tras una larga enfermedad, dejó de existir el 19 del pasado octubre la virtuosa señora doña Josefa López del Río, esposa del compañero don Alipio Pastor de la Peña, Teniente Practicante y de A. P. D. (miembro de la Directiva de este Colegio), y de la madre también de nuestro compañero Practicante de A. P. D. de Alaejos don Federico Pastor López.

A los familiares, y especialmente a los compañeros arriba mencionados, les testimonianos nuestro más sentido pesar, pidiendo a todos los colegiados una oración por el alma de la finada, por cuyo favor agradecemos.

Laboratorio B. MARTIN, S. L.

AUTOMARTIN.—Ampollas autoinyectables de sueros artificiales, glucosados, Hayem, Ringer, de 100, 200, 300 y 500 c. c.

El autoinyectable más cómodo, práctico y económico

El único que puede fraccionarse su contenido voluntariamente, garantizando que el resto que queda en la ampolla continúa estéril

SUERO FISIOLOGICO B. MARTIN

Especialmente preparado para disolver penicilina y estreptomicina; ampollas de 5 y 10 c. c.

BIHIDROL (Agua bi-destilada)

Químicamente pura; ampollas de 5 y 10 c. c.

Inyectables en general

FRANCISCO NAVACERRADA, 49 - MADRID (2) - Tel. 255 54 20

cistoplastia.—f. *Cir.*—Aplicación de la cirugía plástica a la vejiga.
cistoplejía.—f. *Urol.*—Parálisis de la vejiga.
cistoproctostomía.—f. *Cir.*—Apertura quirúrgica de un paso entre la vejiga y el recto. Llám. tam. *cistorrectostomía.*
cistoptosis.—f. *Pat.*—Caída, procidencia de parte de la capa interna de la vejiga en la uretra.
cistospurina.—f. *Quím. farmac.*—Antiséptico constituido por un acetato doble de sodio y urotropina, empleado con frecuencia en urología.
cistorradiografía.—f. *Radiol.*—Radiografía vesical; cistografía, cistograma.
cistorrafia.—f. *Cir.*—Sutura de la vejiga.
cistorragia.—f. *Pat.*—Hemorragia de la vejiga.
cistorrea.—f. *Pat.*—Catarro crónico a la vejiga.
cistorrectostomía.—f. *Cir.*—V. *cistoproctostomía.*
cistosarcoma.—m. *Pat.*—Tipo de sarcoma quístico. || Adenomacistoma de tejido sarcomatoso. || *c. filoides*: Tumor de la mama, generalmente no maligno.
cistoscirro.—m. *Pat.*—Cáncer duro de la vejiga, escirro vesical.
cistosclerosis.—f. *Med.*—Endurecimiento progresivo de un quiste o vejiga.
cistoscopia.—f. *Urol.*—Inspección de la vejiga mediante el cistoscopio.
cistoscopio.—m. *Instrum.*—Endoscopio especial para la exploración interior de la vejiga. Existe un modelo, llamado *c. cateterizador*, apropiado para efectuar el sondaje o cateterismo de los uréteres.
cistosigmoidoplastia.—f. *Cir.*—Operación quirúrgica consistente en aumentar con una porción del colon ilíaco la capacidad de una vejiga atrofiada.
cistospasmo.—m. *Urol.*—Espasmo de la vejiga.
cistosquisis.—f. *Urol.*—Fisura de la vejiga.
cistostaxis.—f. *Urol.*—V. *cististaxis.*
cistosteatoma.—m. *Dermat.*—Quiste sebáceo.
cistostenocoria.—f. *Urol.*—Disminución progresiva de la capacidad de la vejiga.
cistostomía.—f. *Urol.*—Abertura o fístula en la vejiga.
cistotisis.—f. *Urol.*—Tuberculosis a la vejiga.
cistotomía.—f. *Cir.*—Apertura quirúrgica de la vejiga, generalmente para la extracción de un cálculo o de un cuerpo extraño. Llám. tam. *talla.* Esta operación, según el modo de efectuarla, puede ser: *perineal*, o a través del perineo (*hipocistotomía*); *suprapúbica* o *hipogástrica* (*epicistotomía*), y *vagino-vesical* (*colpocistotomía*).
cistótomo.—m. *Instrum.*—Bisturí adecuado para practicar la cistotomía.
cistotraquelotomía.—f. *Cir.*—V. *cistauquenotomía.*
cistoureteritis.—f. *Urol.*—Inflamación conjunta de vejiga y uréteres.
cistoureteropielonefritis.—f. *Urol.*—Inflamación que interesa vejiga, uréteres y pelvis renal.
cistouretritis.—f. *Urol.*—Inflamación de la vejiga y de la uretra.
cistouretrografía.—f.—Radiografía de la vejiga y de la uretra.
cistouretroscopio.—m. *Instrum.*—Aparato que sirve para el reconocimiento y examen de la vejiga y de la uretra posterior.
cisura.—f. (de *caedere*, cortar).—F., *scissure*; I., *fissure*; A., *fissura*; It., *scissura*; P., *cisura.*—Surco, canal que se encuentra especialmente en el cerebro: *c. central o de Rolando, de Silvio, de Broca, de Burdach, de Ecker*, etc.; *c. calcarina, occipital, callosomarginal, interparietal, transversa*, etc. || Fisura, ragadía, hendidura.
cisvestismo.—m. *Neurol.*—Modo de vestir inapropiado, aunque no al sexo del individuo. Consiste, por ejemplo, en usar prendas no adecuadas a la edad o condición de la persona, telas o colores poco discretos, etc. Puede ser un síntoma psicopático. Llám. tam. *cisvestitismo.*
cisvestitismo.—m. *Neurol.*—V. *cisvestismo.*
citamiba.—f. *Biol.*—Amiba en el interior de una célula.
citarragia.—f. *Odont.*—Hemorragia dental suscitada en un alvéolo.
citemia.—f. *Pat.*—Presencia en la sangre de células anormales.
citemólisis.—f. *Pat.*—Destrucción de las células sanguíneas, hemocitólisis.
citeromanía.—f. *Sexol.*—Apetito sexual morboso en la mujer; ninfomanía, furor uterino.
citisina.—f. *Quím.*—Alcaloide llamado también *ulexina* y *baptitoxina.* V. *citiso.*
citisismo.—m. *Toxic.*—Envenenamiento con citisina.
citiso.—m. *Bot.*—Arbol de la familia de las papilionáceas, llamado también ébano falso o codeso (*Cytisus laburnum*), cuyas hojas, vainas y semillas contienen citisina (V.), alcaloide bastante venenoso. Su clorhidrato se emplea como purgante, colagogo y diurético, utilizado con las debidas precauciones. Los envenenamientos fortuitos suelen ser bastante frecuentes, debido a confundir sus flores con las de la acacia y sus raíces con las del regaliz, o bien por haber tomado leche de cabra que haya comido dicha planta, pudiendo provocar serios y peligrosos trastornos.
cito.—Prefijo o sufijo tomados de la voz griega *citos*, célula, y con la misma significación.
citobiología.—f.—Biología de la célula.
citobiotaxis.—f. *Histol.*—Influencia de unas células sobre otras. || Disposición específica celular. Llám. tam. *citoclesis.*
citoblastema.—m. *Histol.*—Tejido embrionario; protoplasma, blastema, sustancia que da origen a las células.
citoblasto.—m. *Histol.*—Bioblasto, micelio, germen, elemento hipotético y fundamental de la célula. || Núcleo celular.
citocentro.—m. *Histol.*—V. *centrosoma.*
citocida.—m. y adj.—Agente, sustancia, etc., que destruye las células.
citocinesis.—f. *Histol.*—Conjunto de fenómenos que se verifican en la célula durante su división, fecundación y desarrollo.
citoclasis.—f.—Destrucción celular; citolisis.
citoclesis.—f. *Histol.*—V. *citobiotaxis.*
citocromo.—m. *Quím.*—Pigmento orgánico natural cuya actuación es de la mayor importancia en el metabolismo de la célula, actuando a modo de una enzima. || Tipo de proteína de hierro y porfirina, del cual el *citocromo C* es el más abundante y que puede obtenerse con el mayor grado de pureza.
citodentrita.—f. *Histol.*—Dentrita celular.
citodesma.—m. *Histol.*—Especie de tejido celular que une a las células entre sí.
citodiagnóstico.—m. *Histol.*—Diagnóstico médico basado en el recuento celular de los líquidos serosos y cefalorraquídeo.
citodiéresis.—f. *Histol.*—División reproductora de la célula; cariocinesis o carioquinesis.
citofagia.—f. *Histol.*—Fagocitosis, ingestión de unas células por otras, especialmente de los corpúsculos rojos por los leucocitos.
citofilaxis.—f. *Histol.*—Aumento de la actividad celular.
citófilo.—adj.—Que presenta cierta afinidad o parecido celular.
citoflavina.—f. *Quím.*—Enzima de oxidación que se encuentra en la levadura, compuesta de una proteína unida mediante el ácido fosfórico a la riboflavina. Llám. tam. *enzima amarilla* o *fermento de Warburg.*
citogénesis.—f. *Histol.*—Reproducción celular, citogenia, estudio del desarrollo de las células. Llám. tam. *citopoyesis.*
citogenia.—f. *Histol.*—Estudio del desarrollo y de la reproducción celular; *citogénesis, citopoyesis, citogonia.*
citógeno.—adj.—Capaz de engendrar células.
citoglobina.—f. *Quím.*—Proteína que se encuentra en los ganglios linfáticos y en los glóbulos blancos sanguíneos.
citogonia.—f. *Histol.*—V. *citogenia.*
citohemólisis.—f. *Biol.*—Destrucción de los glóbulos rojos.
citohialoplasma.—m. *Histol.*—Sustancia reticular del protoplasma celular.
citoide.—adj.—Parecido a una célula, de constitución o evolución semejantes al de las mismas.
citolergia.—f. *Histol.*—Actividad normal celular.
citolinfa.—f. *Histol.*—Citoquilema, hialoplasma.
citolisina.—f. *Quím.*—Lisina que disgrega ciertas células.
citólisis.—f. *Histol.*—Citoclasis, destrucción celular.
citología.—f.—Parte de la histología que estudia las células y sus funciones, estructura, división, desarrollo, etc.
citoma.—m. *Histol. pat.*—Sarcoma, tumor celular.
citomaquia.—f. *Histol.*—Lucha entre las células orgánicas y las bacterias; defensa celular contra los microorganismos patógenos.
citometaplasia.—f. *Histol.*—Alteraciones sufridas en la estructura o en las funciones de las células.
citometría.—f. *Histol.*—Citología métrica; conjunto de estudios referentes a la medición, valoración, numeración y recuento de las células.
citómetro.—m. *Instrum.*—Aparato que sirve para la medida y recuento de las células. || *Cromocitómetro.*
citomicosis.—f. *Pat.*—Enfermedad bacteriana que ataca a las células fagocitarias del sistema reticuloendotelial. Llámase también *histoplasmosis.*
citomitoma.—m. *Histol.*—Filamento que forma el espongioplasma; citorretículo.
citomorfosis.—f. *Histol.*—Conjunto de transformaciones y cambios que sufren las células a lo largo de su desarrollo.
citón.—m. *Histol.*—Cuerpo de una célula nerviosa.
citopatología.—f. Patología celular, parte de la histología que estudia las enfermedades de las células; *histología morbosa* o *patológica.*
citopenia.—f. *Pat.*—Deficiencia en elementos celulares, en particular en la sangre.
citopexia.—f. *Fisiol.*—Facultad del hígado para fijar las células, ya normales, ya patológicas, que lleva la sangre.
citoplasma.—m. *Histol.*—Protoplasma celular, excluido el plasma nuclear.

citoplastina.—f. *Histol.*—Protoplasma de la célula.
citopoyesis.—f. *Histol.*—Formación y desarrollo de las células; citogénesis, citogenia.
citoquilema.—m. *Histol.*—V. *hialoplasma.*
citoquímica.—Parte de la bioquímica que trata de los compuestos químicos y de la actividad química de las células de los animales y de las plantas.
citorretículo.—m. *Histol.*—V. *citomitoma.*
citorrictología.—f. *Biol.*—Estudio de los microorganismos microscópicos llamados citorrictes (V. *Cytorrhyctes*) o virus filtrables.
citoscopia.—f. *Histol.*—V. *citodiagnóstico.*
citosina.—f. *Quím.*—Pirimidina que se encuentra en los ácidos ribonucleico y desoxirribonucleico, así como en ciertos coenzimas.
citosis.—f. *Histol.*—Estado en que se encuentra el núcleo de un leucocito, pudiendo distinguirse la *isocitosis,* igualdad en el tamaño de las células; *anisocitosis,* desigualdad en el tamaño de las células; *hipercitosis,* aumento del número de núcleos leucócicos; *hipocitosis,* disminución del número de corpúsculos sanguíneos, y *normocitosis,* normalidad sanguínea respecto al número de leucocitos. || Afición a los alimentos no comestibles, *pica,* síntoma de determinados trastornos nerviosos.
citosoma.—m. *Histol.*—Cuerpo de la célula.
citospongio.—m. *Histol.*—Espongioplasma.
citostasis.—f. *Pat.*—Cierre, obstrucción de los capilares debido a los glóbulos blancos sanguíneos en el primer período de la inflamación.
citostoma.—m. *Histol.*—Boca celular.
citotaxia.—f. *Histol.*—V. *citotropismo.*
citoterapia.—f. *Terap.*—Tratamiento de las enfermedades mediante los antígenos, antigenoterapia. || Tratamiento de ciertas enfermedades por medio de jugos o extractos animales, opoterapia u organoterapia. || Tratamiento de algunas enfermedades empleando las citotoxinas o sueros citotóxicos.
citotesis.—f. *Histol.*—Restauración de las células lesionadas o rehabilitación de las, por alguna causa, empobrecidas.
citotóxico.—adj.—Que actúa como que tiene las propiedades de una citotoxina.
citotoxina.—f. *Quím. biol.*—Citolisina, anticuerpo que aparece en la sangre cuando se inyectan células de acción tóxica sobre otras células ya determinadas. Según aquellas para las cuales son específicas, reciben el nombre de *leucotoxina* o *leucolisina,* destructora de leucocitos; *nefrotoxina* o *nefrolisina,* que actúa sobre el tejido renal; *neurotoxina* o *neurolisina,* que destruye el tejido nervioso, etc.
citotropismo.—m. *Histol.*—Atracción específica que experimentan algunas células por ciertos gérmenes, virus, bacilos, bacterias, sustancias, etc. Llám. tam. *citotaxia.*
citotroquia.—f. *Quím. biol.*—Elemento de una toxina que transporta el principio activo a la célula. Llám. tam. *citotroquina.*
citotroquina.—f. *Quím. biol.*—V. *citotroquia.*
citozima.—f. *Quím. biol.*—V. *trombocinasa.*
citozoario.—m. *Parasit.*—Protozoario parásito que se aloja en una célula. Llám. tam. *citozoo.*
citozoo.—m. *Parasit.*—V. *citozoario.*
citozoico.—adj.—Que vive parasitariamente en las células.
citral.—m. *Quím.*—Principal constituyente del aceite graso de limón, llamado también *geranial.* Es un aldehído aromático que sirve para componer diversos productos intermedios destinados a aromatizar condimentos, perfumes, medicamentos, etcétera.
citramina.—f. *Quím.*—Metilencitrato de hexametilentetramina, llamado también uropurgol y helmitol.
citrato.—m. *Quím.*—Sal derivada del ácido cítrico.
cítrico (ácido).—*Quím.*—Acido oxitricarbalítico, tribásico, cristalino, que se encuentra en el limón, cidra, bergamota, naranja, grosella, cereza, frambuesa, arándano y otras plantas. Su fórmula es $C_6H_8O_7$ y da lugar a los citratos. Se considera antirreumático, antiescorbútico y refrescante. Entra en la composición de las sales efervescentes y se utiliza en repostería, condimentación y en la preparación de numerosas bebidas y refrescos.
citrina.—f. *Quím.*—Vitamina P. Se encuentra en todos los frutos cítricos, en el escaramujo y las grosellas negras. Poseen una actividad muy semejante varias flavonas, la espiridina, la rutina, la metilcalcona y otras. Es un factor dietético necesario para la conservación de la fuerza capilar normal y desempeña papel importante en ciertos estados hemorrágicos, ascitis, púrpuras y otras enfermedades.
citrinina.—f. *Quím.*—Pigmento amarillo producido por el *Penicillium citrinis* y tiene acción bacteriostática contra bacterias grampositivas.
citrófeno.—m. *Quím.*—Citrato de para-fenetidina, compuesto de ácido cítrico y para-fenetidina. Se emplea como antidoloroso y febrífugo.
citrol.—m. *Quím.*—Citrato de plata ($Ag_3C_6H_5O_7$), llamado también *itrol.* Se emplea en Medicina para diversos usos: como astringente y antiséptico; en procesos inflamatorios de la membrana mucosa, uretritis, oftalmía gonorreica, tracoma, cistitis, blenorragia, etc.
citrulina.—f. *Quím.*—Aminoácido derivado de la argirina que se encuentra en el jugo de la sandía y, en menor proporción, en el del melón, interviniendo eficazmente en el proceso metabólico de las proteínas y favoreciendo la producción de urea en el organismo.
Citrullus.—m. *Bot.*—Género de plantas de la familia de las cucurbitáceas, al cual pertenece el *C. colocynthys,* llamada coloquíntida, manzana amarga, pepino amargo o cohombro del diablo. El glucósido denominado colocintina, que contiene la pulpa de su fruto, hace de éste un activo drástico, de uso peligroso.
Citrus.—m. *Bot.*—Género de árboles de la familia de las rutáceas, al cual pertenece el limón, naranjo, cidra, bergamota, etcétera.
cítula.—f. *Obstetr.*—Ovulo fecundado.
cituria.—f. *Pat.*—Presencia de células en la orina.
civeta.—f. *Zool.*—F., *civette*; I., *civet*; A., *zibetkatze*; It., *zibetto*; P., *gato d'algalia.*—Mamífero carnicero de origen asiático, de la familia de los vivérridos, llamado también civeto indio o gato de Algalia. Dicho animal (*Viverra civetta*) dispone de ciertas glándulas especiales, situadas entre el ano y las partes genitales, las cuales segregan un líquido untuoso, de color castaño y fuerte olor característico, insoluble en el agua, empleado en perfumería como fijante, pero que en tiempos pasados se utilizó en Medicina como anteispasmódico.
cladiosis.—f. *Pat.*—Afección cutánea producida por la ingestión de cierto hongo descubierto por Bloch (*Cladosporium madagascariensis*). Llám. tam. *cladosporiosis.*
cladosporiosis.—f. *Pat.*—V. *cladiosis.*
Cladosporium.—m. *Bot.*—Género de hongos, bastantes de los cuales producen enfermedades de la piel, como el *C. mansoni,* causante de la tiña o pitiriasis negra, y el *C. madagascariensis,* que produce la cladiosis.
Cladothrix.—m. *Bacter.*—Género de bacterias con algunas especies patógenas.
cladotricosis.—f. *Pat.*—Infección producida por una clamidobacteria del género *Cladothrix.*
clamidobacteria.—Orden de bacterias esquizomicetas que se encuentran encerradas en una gruesa cápsula.
clamidospora.—f. *Bacter.*—Espora recubierta. || Organo reproductor de ciertos hongos.
clamidozoo.—m. *Microbiol.*—Microorganismo filtrante, cuyo cuerpo unicelular se encuentra protegido por una cápsula (viruela, tracoma).
clamp.—m. *Instrum.* (del inglés *to clamp,* sujetar, fijar).—Clase de pinzas de ramas largas, de las que existen numerosos modelos (de Toupet, de Payr, de Gant, etc.), generalmente empleadas en las operaciones abdominales.
clangor.—m. *Pat.*—Resonancia metálica del segundo ruido del corazón, característico de la aortitis crónica.
clangorosa.—adj. *Pat.*—Se dice de la voz silbante, aguda, peculiar de algunas estenosis laríngeas.
clapoteo.—m. *Pat.*—Bazuqueo, ruido característico producido por los movimientos del estómago o el intestino cuando contienen abundancia de gases.
clarificación.—f. *Laborat.*—Operación que tiene por objeto aclarar un líquido turbio. Suele realizarse mediante el empleo de un *clarificante.*
clasmatoblasto.—m. *Biol.*—Tipo de leucocito, escaso en la sangre normal, cuyo protoplasma presenta gran número de gruesos gránulos basófilos. Llám. tam. *célula cebada* o *Maszelle.*
clasmatocito.—m. *Histol.*—V. *endoteliocito.*
clasmatosis.—f. *Histol.*—Ruptura del protoplasma celular.
clástico.—adj.—Frágil, quebradizo, rompible, susceptible de dividirse en varios pedazos.
clastomanía.—f. *Psiquiatr.*—Monomanía destructora, deseo irreprimible de algunos alienados de romperlo todo, destrozar los muebles, rasgar las telas, estrellar contra el suelo o las paredes cuanto de rompible encuentran a mano.
clastotrix.—m. *Pat.*—Afección capilar, especialmente de la barba, llamada también *tricorrexis nudosa.*
claudicación.—f.—Cojera. || Entorpecimiento, trastorno, realización dolorosa intermitente de una función. || *c. intermitente isquémica*: Rigidez dolorosa, torpeza de los miembros inferiores después de algún tiempo de marcha y que desaparece progresivamente con el descanso; es síntoma de arteriosclerosis. || *c. de Roth*: Meralgia parestésica.
claustrofilia.—f. *Neurol.*—Deseo morboso de permanecer encerrado.
claustrofobia.—f. *Neurol.*—Afición morbosa a los espacios abiertos, repugnancia a permanecer en lugares cerrados. Llámase también *clitrofobia.*

FACULTAD DE MEDICINA
CATEDRA DE MEDICINA LEGAL
Prof. R. Royo Villanova

LOS ESCRITOS DIVULGADOS RECIENTEMENTE SOBRE REGULACION DE NACIMIENTOS

ACABA DE APARECER
Pídalo a su librero habitual, o al «Departamento de Publicaciones. Facultad de Medicina». (Ciudad Universitaria) MADRID-3
Precio: 60 ptas.

Colegio Oficial de Enfermería de Madrid

MADRID
1 9 6 7

UNIVERSIDAD DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA

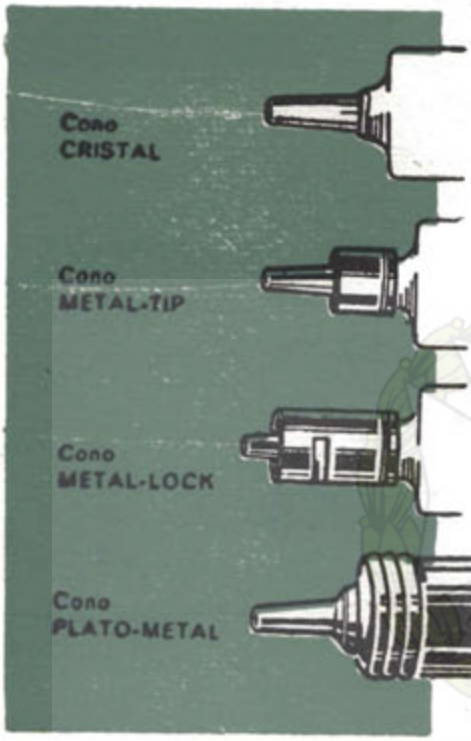
DEPARTAMENTO
DE PUBLICACIONES

ICO

HISPANO ICO, S. A.

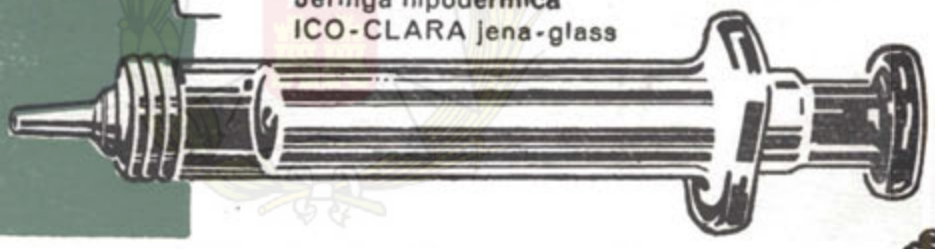
Fábrica de Material Quirúrgico

BARCELONA-18



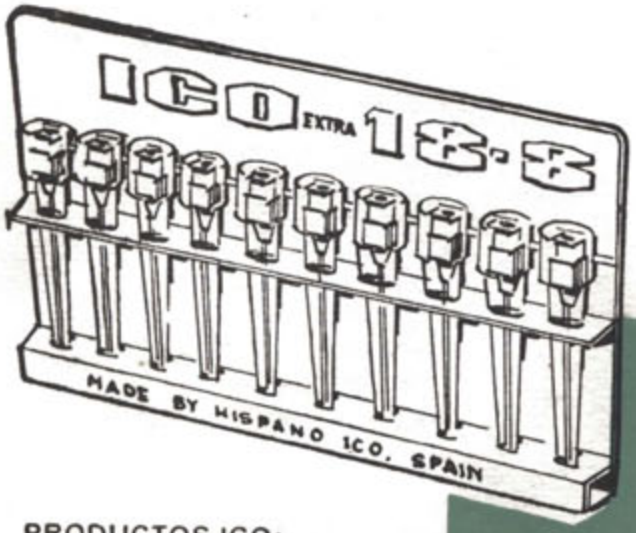
JERINGA INTERCAMBIABLE
Cualquier émbolo
para cualquier cilindro

Jeringa hipodérmica
ICO-CLARA jena-glass

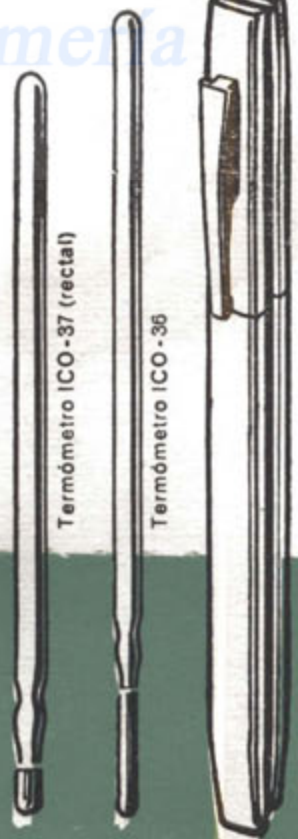


Aguja ICO 18/8 T

Colegio Oficial de Enfermería de Madrid



Estuche ICO-ASEPTIC



Termómetro ICO-37 (rectal)

Termómetro ICO-36

PRODUCTOS ICO:
UNA SOLUCION
PARA CADA NECESIDAD