

4. L'activité phosphatasique déterminée immédiatement après l'intervention chirurgicale par adénome prostatique, démontra augmentation sensible de l'enzyme.

5. L'activité phosphatasique chez des malades avec cancer prostatique fût très augmentée, arrivant jusqu'à 10 % Unités Bodansky, cette augmentation ayant un rapport direct avec le degré d'évolution du carcinome prostatique et les métastases.

PATOLOGIA DEL PIE PLANO DOLOROSO Y LA CURA BALNEARIA

E. CONDE GARGOLLO.

Médico-Director del Balneario de Montemayor (Cáceres).
Madrid.

Dentro del grupo de las artropatías estáticas, interesa señalar, por su importancia clínica y práctica, el *pie plano*.

Cuando se hace la exploración sistemática a todo reumático, y también a pacientes que presentan un cuadro patológico cualquiera o indiferenciado, se descubre que el número de sujetos portadores de pie plano o relajado es enormemente mayor de lo que suele suponerse en la práctica médica.

En este aspecto estadístico, deseo señalar uno de mis trabajos, publicados en colaboración¹, allá por los años 1932 y siguientes. Aquellas detenidas observaciones nos demostraron cuántas alteraciones estáticas dolorosas del pie existen en realidad, y muchas sin sospecharlo ni el médico ni el paciente.

Se publicó el trabajo estadístico sobre 1.000 pacientes estudiados en el Servicio de Reumatismo y se pudo comprobar—sin error ni ligereza de cálculo—que un 48,4 por 100 del millar de enfermos historiados eran portadores de pie plano y de pie relajado doloroso, o en una primera fase inicial "silenciosa" no dolorosa, dentro de los siguientes valores:

249 pies planos, que representan el 24,9 por 100.
235 pies relajados, que representan el 23,5 por 100.
516 pies normales, que representan el 51,6 por 100.

En 1933 el profesor MARAÑÓN² insistía y señalaba en su texto clínico "Once lecciones sobre Reumatismo" la importancia que tiene el descubrir un pie plano doloroso para lograr una buena línea de conducta terapéutica; y en 1935 y 1936 comienza COSTA BERTANI^{3, 4}, en Argentina, a poner de manifiesto, con su tenaz y batallador espíritu clínico en el campo de la reumatología de su país, la necesidad de plantear e ir descubriendo a todos, los problemas que suscita en la patología individual y social el error

de no dar la importancia que requiere la clínica del pie plano.

COSTA BERTANI⁵, en 1957, en el Curso de Reumatología organizado por el Instituto de Fisiología y Patología Regionales de Tenerife (España) y en el aula del Instituto de Patología Médica del profesor MARAÑÓN (Hospital General, Madrid), de nuevo refleja fielmente sus ideas provechosas en este campo de la patología articular, fruto de largos años de experiencia reumatológica en la Argentina, con el ambicioso y logrado objetivo de crear una auténtica conciencia médica en todas las facetas de esta especialidad, y que los interesados en estos problemas juzgamos sus enseñanzas como provechoso veneno de sugerencias y aplicaciones prácticas.

Si nosotros, a través de más de veinticinco años, hemos señalado en más de una publicación la importancia del pie plano doloroso—principalmente en la mujer menopáusica^{6, 7}—, y si de nuevo hoy volvemos a insistir sobre este tema, lo hacemos por estimar que, aunque bien conocida por todos la semiología y clínica del pie plano, es posible todavía olvidarlo algunas veces con perjuicio clínico del paciente, y al cual muchas veces no se le da la importancia que merece desde el ángulo de la Medicina general.

La observación de 125 casos de portadores de pie plano o relajado doloroso simple o asociado a otras manifestaciones locales de artropatías crónicas estáticas conjuntas de la región lumbosacra y de ambas rodillas, entre la concurrencia de pacientes que acudieron la pasada temporada oficial de 1958 al Balneario de Montemayor (Cáceres), es la única justificación y preámbulo a las consideraciones que brevemente deseamos exponer.

Hemos observado en la exploración clínica balnearia que tanto el pie plano como el pie relajado guarda una constante relación con el sexo, la edad y la constitución biotipológica del paciente: es más frecuente en la mujer; se presenta en las dos épocas críticas de su evolución sexual—pubertad y menopausia, fundamentalmente en esta última—, y con arreglo a su biotipo el porcentaje mayor lo acusa el tipo pícnico.

Nos dan el mayor porcentaje las enfermedades hipometabólicas y a continuación las enfermedades infecciosas diversas al condicionar el mecanismo productor: factor trófico y mecánico, ambos sobre el reflejo neuromuscular del pie debilitándolo, entre los cuales ocupa un primer lugar los aumentos rápidos de engrasamiento en esta época prepuberal y menopausia, a causa de los trastornos endocrinos característicos de una relativa o absoluta insuficiencia hormonal según la edad, agregándose como verdadera "suma de factores patógenos" lo inflamatorio e infeccioso.

Los trastornos metabólicos—en primer término, la obesidad y la gota—, así como ciertas perturbaciones endocrinas, entre éstas fundamentalmente las insuficiencias gonadales tanto en el varón como en la hembra, recuérdese la presencia del pie plano y del "genu valgum" en

los eunucoidismos del varón cuando la insuficiencia se plantea antes de la pubertad; en todos los casos, las influencias se condicionan entre sí, y pueden ser en particular agresivas a las articulaciones si en la evolución gradual de la patología estática del pie se añaden elementos infecciosos o inflamatorios, pues hoy sabemos que las variantes disfuncionales endocrinas crean un terreno favorecedor en la persistencia de los focos sépticos latentes, que tanta importancia guardan en la génesis de una extensa gama de artropatías.

Como todos sabemos, el climaterio predispone en la mujer al aumento gradual de peso, siendo dicho aumento un factor de primer orden que contribuye a la anormalidad estática de la arquitectura de la bóveda plantar y, por lo tanto, a la fijación en todos los casos de los agentes reumatógenos que hacen sumamente doloroso el pie, pues en la mujer climatérica hay—generalmente, como señala MARAÑÓN—un umbral bajo para el dolor si le comparamos con las habituales algias de otras artropatías en diferentes décadas de la vida.

No hay que olvidar la posible asociación de elementos exógenos: sobrealimentación y un excesivo sedentarismo en un elevado número de mujeres en este período de la menopausia—principalmente en ciertas regiones españolas: Andalucía y Extremadura—, que junto a los factores biotipológicos, cumplen y favorecen muy decididamente la fijación de los cuadros clínicos dolorosos del pie plano y de la artropatía simétrica de ambas rodillas. Este último cuadro clínico, ya señalado en 1930 por THOMPSON, GORDON, WEISSENBAUGH y FRANÇON⁸, lesiones que se agravan en este momento crítico hormonal por la suma de dos elementos patológicos: un cierto grado de agotamiento de la elasticidad del cartilago articular debido al exceso de peso que caracteriza a la obesidad lipomatósica de estas artropatías simétricas de las rodillas, y segundo, una intensa reacción neurovascular vasoconstrictora de la red arteriolar o fenómeno bio-hormonal por ausencia estrogénica, junto a una tendencia metabólica de hiperuricemias asociadas con manifestaciones articulares múltiples y que acentúan las características dolorosas del pie plano en las enfermas portadoras de gota, coincidentes con su edad crítica.

Efectivamente, las estadísticas nos dicen que la mujer—con relación al hombre—da un contingente exiguo de manifestaciones hiperuricémicas y gotosas antes de la edad de los cuarenta años; de hecho, pues, no podemos negar la influencia del sexo en la producción y comprobación clínica de las hiperuricemias dentro de la fase del climaterio en la mujer, confirmado por los trabajos de STECHER, HERSH y SALOMON, dejando bien demostrado que la función menstrual inhibe la hiperuricemia.

La interesante labor clínica que se logra en una consulta de Reumatología como es la Clínica Balnearia de Montemayor, nos permite examinar una serie de enfermos portadores de pie

plano, los cuales ellos mismos ignoraban, y que se confirmaba mediante la exploración con el pedígrafo, dolores que justificaban y atribuían a simples algias reumáticas más o menos crónicas.

A simple vista, nuestra observación clínica puede confirmar la presencia de toda la gama que va desde el pie hipertónico hasta el pie completamente plano en sus diferentes grados (véase dibujos) (figs. 1 a 5).

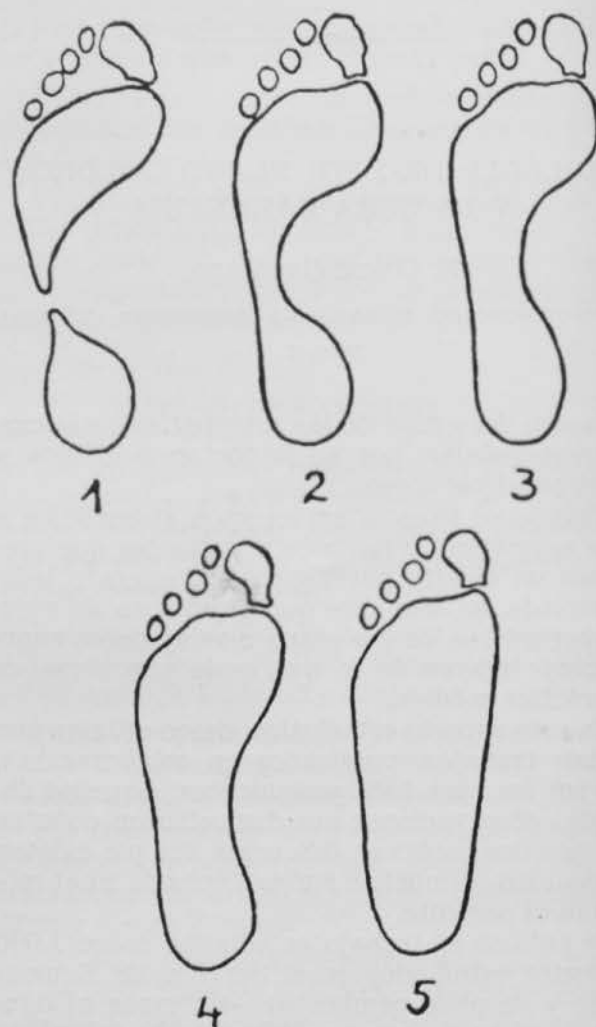


Fig. 1.

En el esquema del dibujo, el problema no ofrece dudas; en la práctica de la inspección del pie, en ocasiones es difícil marcar un límite exacto entre unos y otros grados; se precisa, pues, el pedígrafo y el examen radiográfico del mismo para buscar la angulación de la bóveda plantar en función de la marcha, logrando ver el punto más bajo de la cabeza del astrágalo y el punto más bajo del calcáneo que contacta con el plano horizontal y su grado de descenso.

Dentro de la sintomatología, el dolor lo hallamos en el 90 por 100 de los casos de pie plano y en un 40 por 100 en el pie hipertónico o relajado, con la particularidad de que todos los individuos que presentan algún foco infeccioso acusan siempre el dolor local más agudizado por sensibilización alérgica del foco infeccioso. Sigue en frecuencia el dolor en rodillas, marcando

más este síntoma los individuos con pie plano que con pie relajado, y siguiendo la escala de dolor en el siguiente orden de frecuencia: dolor generalizado en piernas, en muslos, cansancio y fatiga muscular en ambas extremidades, edema de tobillos, el cual con el tiempo se va indurando, creando un trofismo local que se acompaña de múltiples alteraciones vasculares del orden de la acrocianosis y eritromelalgia, y que se acusan con preferencia si el enfermo es a su vez portador de un estado varicoso y de hiperhidrosis local del pie.

El enfermo suele situar su dolor en la parte inferior y borde interno del pie, o bien en la zona posteroinferior del mismo, en el propio talón, constituyendo un síndrome de talalgia con irradiación dolorosa al resto de la planta del pie y hacia los planos musculares de la pierna. Coincidimos con COSTA BERTANI en la frecuencia del comienzo doloroso de un pie plano con auténticas manifestaciones de talalgia. Cerca de un 50 por 100 de los pacientes seleccionados de pie plano en nuestra consulta del balneario presentaban talalgia, confirmada en la simple exploración clínica de tomar el talón entre los dedos índice y pulgar de la mano derecha, e ir provocando una mayor y gradual presión en esta región, estando el paciente sentado o en decúbito. El dolor se hace más vivo a la presión si la bolsa serosa está irritada e inflamada; otro punto doloroso muy frecuente que observamos corresponde a la zona interna de la articulación tibioastragalina, que en ocasiones, al final de la jornada del día, se acompaña de edema maleolar, el cual se propaga en los casos avanzados sobre la cara dorsal y plantar del pie hasta cerca de las articulaciones metatarsofalángicas.

El pie valgus es la primera etapa del pie plano, el cual en muchas ocasiones se manifiesta como una auténtica talalgia por su defectuosa estática al caminar. Si practicamos una radiografía del pie en esta fase clínica, es corriente observar una marcada pronación del calcáneo, con descenso del mismo, que tiende a acercar su cara inferior al plano del suelo, circunstancia que se hace más llamativa si se agregan los factores de sobrecarga de peso en los pacientes obesos principalmente y, como repetimos, en la mujer climatérica.

Esta pronación y desplazamiento del calcáneo se produce por la pérdida de tonicidad de los ligamentos locales, y que en general están condicionados a factores hormonales, humorales y alérgicos, o bien de naturaleza inflamatoria o de orden infeccioso.

El pie relajado o plano puede estar en fase asintomática dolorosa mientras no se comprima la bolsa subcalcánea; cuando la pronación se acentúa y desciende la cara inferior del calcáneo al plano del suelo, se inicia una *bursitis* o *sinovitis* de la citada bolsa, causa fundamental del dolor y dificultad al caminar.

En ocasiones, en enfermos con alteraciones metabólicas hiperuricémicas, o en aquellos que han padecido en años anteriores una infección

del grupo: melitococia, sepsis reumática, tifoidea, gonococia, etc., la talalgia del pie plano se puede complicar con la presencia de un espolón o exóstosis de ambos calcáneos, con una sintomatología combinada que acentúa más la patología del pie plano secundario por la relajación de los tendones y ligamentos; con la edad del paciente, en la mayoría de los pies planos hay una exóstosis del calcáneo en su cara inferior y posterior, a la altura del relieve óseo, que corresponde exactamente a nivel de la bolsa serosa subcalcánea.

En suma, pues, en clínica reumática, y en este aspecto, señalamos la enorme importancia que tiene el Balneario de Montemayor (Cáceres), cuya especificidad crenoterápica es fundamentalmente la patología reumática; es preciso no dejar de examinar a los pacientes la estática y la deambulación de los mismos cuando éstos se quejan de molestias a lo largo de las piernas, muslos e incluso raquialgias, lumbalgias y sacrolumbalgias, más o menos llamativas, y que han sido resistentes a diversos medios terapéuticos. Es conveniente puntualizar que en un gran número de casos el pie plano se inicia mediante el mecanismo del pie valgus por la pronación del calcáneo en el sentido de la adducción; éste sería, pues, el mecanismo fisiológico de su existencia en la infancia, circunstancia que casi a diario se confirma en los Dispensarios de Medicina Infantil y nosotros lo observamos entre muchos pequeños escolares de nuestro Servicio de la Inspección Médico Escolar del Estado (Zona 8.ª, Madrid). El calcáneo en el niño, por una laxitud y debilidad de los ligamentos, se va luxando, dando en un primer tiempo un pie hipercóncavo, para más tarde pasar a la etapa de relajación o aplanamiento de la bóveda longitudinal interna, y que por diferentes grados de adducción del calcáneo se integra en los tipos de pie valgus relajado, valgus plano de segundo grado y, por último, el valgus plano total.

El pie valgus plano crea un extenso y grave problema médico social; recordemos su inclusión en el Cuadro de Inutilidades del Ejército y en diferentes Organismos laborales oficiales, así como determinadas empresas industriales, por la incapacidad de los portadores a permanecer muchas horas de pie en jornadas laborales, así como también marchas y ejercicios físicos de entrenamiento durante varias horas del día. El pediatra y el médico general deben insistir en la búsqueda de la existencia del pie plano en el niño, período de la vida donde el problema estático es fácil de corregir mediante ejercicios tónicos musculares, eliminando las contracturas de defensa que causa el defecto mediante la mecanoterapia y, por último, las plantillas que sirven de apoyo al arco interno. La solución es fácil a esta edad infantil; pero abandonado este período, puede crearse una incapacidad funcional estática que limita cada vez más el pie en sus actitudes viciosas, con el consiguiente perjuicio individual y sus consecuencias en el orden económico social.

Estamos de acuerdo con COSTA BERTANI al señalar "que no todos los pies planos son valgus", ya que existe el pie plano no valgus que se observa frecuentemente entre los individuos que tienen el hábito de caminar descalzos (ciertas razas negras africanas, campesinos de ciertas regiones, gitanos, etc.), o bien cuando se hace un uso inmoderado y permanente de zapatillas durante muchos años.

ROTÉS QUEROL y ARGANY⁹ señalan a la laxitud articular como un factor determinante en estas manifestaciones estáticas dolorosas del aparato locomotor, observando que cerca de un 66 por 100 de los casos de pies planos presentaban una extrema laxitud fundamental del arco transversal anterior, con descenso y ensanchamiento, o mejor dicho, en definitiva, a una mayor elasticidad de la cápsula y ligamentos articulares, inferioridad del tejido conjuntivo, que cabría aceptar desde un fondo herencial, independiente a los restantes factores metabólicos, hormonales e infecciosos que hemos citado anteriormente.

La terapéutica del pie plano es muy personal y específica de acuerdo con las características de cada caso y de sus etapas clínicas: tolerancia y descompensación. Empleamos los antiálgicos reumáticos de destacada acción antiinflamatoria, el masaje, los ejercicios gimnásticos adecuados, el reposo con los pies en alto, la crenoterapia termal y los antihistamínicos asociados a vasodilatadores periféricos cuando el componente vascular es muy acentuado y la sintomatología dolorosa se condiciona en particular a la bursitis de la cara inferior del calcáneo y también a la talalgia. Esta asociación terapéutica, justificada por etapas, ofrece grandes ventajas en los pies planos previamente sensibilizados por un fondo humoral alérgico y reumático de orden metabólico o infeccioso.

A título de complemento terapéutico, no podemos dejar en un segundo plano el régimen de adelgazamiento y el tratamiento hormonal en los casos que por su excesivo peso precisan rebajar la superficie corporal, ya que se acompañan de otras artropatías estáticas, principalmente las formas lipoartrósicas secas de las rodillas de la mujer menopáusica; la mejoría subjetiva y la recuperación funcional de las articulaciones de las rodillas y pies se produce gradualmente si asociamos al mismo tiempo la acción crenoterápica.

Nuestra experiencia se confirmó durante las temporadas balnearias de 1949 y 1950 al frente de la dirección médica del Balneario de Caldas de Reyes (Pontevedra), pues la combinación de la crenoterapia y de los estrógenos logró una rápida mejoría de las contracturas locales con atenuación muy marcada del dolor articular y reabsorción de las sinovitis crónicas que caracterizan a estas formas de pie plano y de artrosis de la menopausia.

Insistimos que la crenoterapia es una medicación de acción eficaz en todos los casos bien diagnosticados, ya que combate la inflamación

dolorosa, suprime las contracturas y mejora la crítica situación de los músculos fibrosíticos, desensibilizando la zona afectada mediante un estímulo del sistema neuromuscular-cutáneo y activando la circulación local, como hemos señalado en una reciente publicación al considerar la acción de las aguas sulfurosas por su calidad, termalidad y aplicación en clínica¹².

ALBASANZ GALLÁN¹⁰ señala un porcentaje de 69,62 por 100 de mejorías logradas en los trastornos dolorosos del pie insuficiente en pacientes que acudieron al Balneario de El Raposo (Badajoz, España) durante la temporada de 1949, que le sirvió para un excelente trabajo estadístico; CASTILLO¹¹, igualmente nos señala su experiencia balneoterápica con las aguas y lodos de Copahue y Rosario de la Frontera (Argentina), logrando una real y evidente recuperación funcional de articulaciones y músculos, logrando evitar las posibles evoluciones hacia la anquilosis.

Nuestra experiencia en el Balneario de Montemayor (Cáceres) es también halagadora en extremo; la termalidad de 44° C. y la composición sulfhídrico-sulfuradas, bicarbonatadas litico-sódicas-cálcicas y silíceo-alumínicas del manantial, logran una progresiva mejoría del estado clínico de su artropatía estática en período de cronicismo permanente; la cura termal combinada de baño a 38° de quince a treinta minutos de duración, con la aplicación local de chorros a 40° y 42° durante unos minutos, según la sensibilidad y situación inflamatoria local, modifica el terreno metabólico tisular y el recambio coloido-clásico por obrar como un verdadero catalizador y oxidorreductor enérgico en todo cuadro artrósico, consiguiendo la cura de baño y chorro una marcada acción sedante, tónica, antialérgica y antiflogística sobre los medios musculares, fibrositis y articulaciones del pie.

Por último, hay que hacer notar que la corrección ortopédica es indispensable cuando no hay mejores posibilidades de una recuperación funcional de la fuerza y tono muscular del pie y de los ligamentos del arco plantar mediante el ejercicio y la mecanoterapia oportuna; somos partidarios de las plantillas de arco metálico por su duración y resistencia al sobrepeso de los pacientes portadores de pie plano que cursan con obesidad—y que, insistimos, es la mayoría—como en los casos explorados en nuestro balneario. Las plantillas blandas de corcho comprimido o de esponja de goma solamente nos parecen útiles en los casos infantiles de valgus plano, por la delicada arquitectura del pie del niño, ya que en general estos pequeños son hipotónicos articulares y nacen con un déficit de su sistema conjuntivo, y por no ser aquí, naturalmente, el peso un factor que condiciona o agrava la patología del pie plano.

RESUMEN.

El autor señala, dentro del grupo de las artropatías estáticas, la importancia clínica y social que tiene el pie plano.

La observación de 125 casos de portadores de pie plano o pie relajado doloroso simple, o asociados a otras manifestaciones artropáticas entre la concurrencia de pacientes explorados en el Balneario de Montemayor (Cáceres), justifica las consideraciones clínicas que se señalan y las relaciones que existen del pie plano en ambos sexos, edad y biotipo, junto a los trastornos metabólicos, infecciosos, etc.

En el aspecto terapéutico destaca el autor la acción eficaz de la crenoterapia sulfurosa termal asociada a otros procedimientos.

BIBLIOGRAFIA

1. PARDO, CONDE GARGOLLO y GÓMEZ ACEBO.—Medicina Ibero, 8, 1, 45, 1933.—Anal. Med. Int., 9, 1934.
2. MARAÑÓN, G.—"Once lecciones sobre Reumatismo". Espasa-Calpe, Madrid, 1933.
3. COSTA BERTANI, G.—Semana Médica, 4, 1935.
4. COSTA BERTANI, G.—Semana Médica, 3, 1936.
5. COSTA BERTANI, G.—"Curso de Reumatología". Instituto de Fisiología y Patología Regionales de Tenerife (España), 1958.
6. CONDE GARGOLLO, E.—Rev. Esp. de Reumat. y Enfer. Osteoart., 4, 21, 1951.
7. CONDE GARGOLLO, E.—"Reumatismo". Opúsculo para médicos. Editado por la Dirección General de Sanidad. Volumen núm. 27. Madrid, 1951 (agotado).
8. THOMPSON y GORDON.—"Enfermedades reumáticas crónicas". Edic. Espasa, Barcelona, 1929.
9. ROTÉS QUEROL, J. y ARGANY, A.—Comunicación presentada. Primeras Jornadas Reumatológicas Españolas. Málaga, mayo 1956.
10. ALBASANZ GALLÁN, J. L.—Comunicación al Congreso Hispano Portugués de Hidrología Médica. Madrid, 1950.
11. CASTILLO, M.—Prensa Médica Argent., 30, 24, 1943.
12. CONDE GARGOLLO, E.—"Crenoclimatología en España". Opúsculo para médicos. Editado por la Dirección General de Sanidad. Volumen núm. 61. Madrid, 1959.

SUMMARY

The writer points out the clinical and social importance of flat foot in the group of static arthropathy.

The observation of 125 subjects with flat foot or simple, painful spread foot sometimes associated with other arthropathic manifestations among the patients examined at the Balneario de Montemayor, Cáceres, warrants the clinical considerations made and the relationship between flat foot in both sexes and age and physique, together with metabolic, infectious and other disturbances.

From the therapeutical point of view the writer points out the effective action of thermal sulfured crenotherapy combined with other procedures.

ZUSAMMENFASSUNG

Innerhalb des Gebietes des statischen Arthropathien bespricht der Autor den Plattfuss und seine klinisch und soziale Bedeutung.

Die klinischen Betrachtungen, sowie das Verhältnis von Plattfuss und Geschlecht, Altersstufe und Biotyp, zusammen mit Stoffwechseltörungen und Infektionen, stützen sich auf Beobachtungen von Plattfüßen, von einfacher, schmerzhafter Fusserschlaftung, oder in Verbindung mit anderen Arthropathieerscheinungen in 125 Fällen, welche unter den Patienten

im Kurort Montemayor (Cáceres) zur Untersuchung kamen.

Vom therapeutischen Gesichtspunkt aus betrachtet, hebt der Autor besonders die Wirksamkeit der schwefelhaltigen Thermalkrenotherapie zusammen mit anderen Verfahren hervor.

RÉSUMÉ

Dans le groupe des arthropathies statiques l'importance clinique et sociale du pied plat, est souligné.

L'observation de 125 cas porteurs de pied plat ou pied relaxé douloureux simple ou associés à d'autres manifestations arthropathiques entre la concurrence de malades explorés dans le Balnéaire de Montemayor (Cáceres), justifie les considérations cliniques qui se signalent et les rapports qui existent du pied plat dans les deux sexes, âge et biotype, uni aux troubles métaboliques, infectieux, etc.

Dans l'aspect thérapeutique l'auteur souligne l'action efficace de la crénothérapie sulfureuse thermale associée à d'autres procédés.

ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE CLÍNICA, MECANISMOS Y TERAPEUTICA DE LAS ENURESIS (*)

J. SIMARRO-PUIG.

Director de la Escuela Municipal de Niños Deficientes de Barcelona.

Durante los veinte años en que estamos actuando en la Inspección de Servicios Psiquiátricos de la Diputación Provincial de Barcelona, y encargados, entre otros servicios, de la selección, previo reconocimiento, naturalmente, de los niños para los que se solicita la admisión en la escuela de niños mentalmente deficientes de Torremar hemos tenido que ver niños oligofrénicos y psicópatas en gran número; y en los últimos cuatro, años en la Dirección de la escuela de niños deficientes del Ayuntamiento de Barcelona, hemos podido añadir aún un gran número de niños en circunstancias parecidas, así como en otras actividades, niños, adolescentes e incluso adultos, presentando trastornos análogos, parecidos y/o emparentados con las enuresis infantiles. Ello nos ha sugerido cada vez más y con motivos más poderosos ideas y reflexiones sobre estas materias que, llegado este momento, creemos interesante exponer, posiblemente para confrontar, completar y/o discutir. No se trata de hacer un estudio completo, ni menos aún exhaustivo, sino

(*) Comunicación a la VII Reunión de la Sociedad de Neuropsiquiatría Infantil, celebrada en Bilbao los días 6 y 7 de mayo de 1959.